



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO**

**COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO:  
PERSPETIVA PROFISSIONAL**

Adélia da Conceição Rodrigues

Coimbra, maio de 2013



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO**

**COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO:  
PERSPETIVA PROFISSIONAL**

Adélia da Conceição Rodrigues

Orientador: Professor Doutor António Morais

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Coimbra, abril de 2013

"Não basta saber, é preciso aplicar,  
não basta querer, é preciso fazer"

*Goethe*

## **AGRADECIMENTOS**

As minhas palavras são de reconhecimento a todas as pessoas que de alguma forma apoiaram a realização deste trabalho e contribuíram para o seu sucesso.

Expressos os meus sinceros agradecimentos, em primeiro lugar ao Professor Doutor António Morais, meu orientador nesta tese de Mestrado, pelo privilégio concedido através da sua orientação científica. Pelo desafio, e pelo estímulo proporcionado à aprendizagem, por ter engrandecido este percurso de crescimento pessoal e profissional.

À APER, na pessoa do Presidente Enfermeira Isabel Ribeiro, pela efetiva colaboração demonstrada.

A todos os Enfermeiros que colaboraram no estudo, respondendo ao instrumento de colheita de dados que o possibilitou.

Aos meus amigos pela ajuda, pelos artigos e livros que me fizeram chegar.

À minha família em especial aos meus filhos, pela tolerância e compreensão nos momentos de ausência. Pelo apoio, força e presença, mas sobretudo, por existirem e fazerem parte da minha vida de uma forma tão especial.

A todos, que direta ou indiretamente apoiaram a concretização deste projeto.

Um obrigado sincero...

## RESUMO

As competências só existem enquanto processo dinâmico de articulação de conhecimentos técnicos - científicos e a obtenção de um tipo de resposta satisfatória na interação com o meio envolvente. A competência não é estática, não resulta só de conhecimentos adquiridos, mas é, antes, um processo adaptativo e progressivamente evolutivo desde as aplicações dos saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos. O termo competência evoca em si mesmo a excelência do fazer, a validade, a grandeza dos saberes e do saber – fazer num dado domínio.

A reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar compreende um corpo de conhecimento e procedimentos específicos. Assim o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação deve possuir um elevado nível de conhecimentos e experiência acrescida que lhe permita conceber planos de enfermagem de reabilitação e que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa. Esta aquisição de competências pressupõe um conjunto de conhecimentos, de capacidades, de intervenção e de comportamentos estruturados em função de uma finalidade que permite agir em contexto.

Com esta investigação pretende-se: conhecer as competências mais valorizadas, a perceção do grau de competência e as necessidades de formação relativas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e identificar as diferenças entre o tempo de especialidade e o contexto profissional, na valorização das competências, no grau de competência e nas necessidades de formação. Para a colheita de dados foi aplicado um questionário, que inclui: Escala de Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação (ECEER): Importância atribuída; Grau de competência; Necessidades de formação.

Para testar as hipóteses formuladas utilizou-se os testes não-paramétricos: Wilcoxon-Mann-Whitney; Coeficiente de correlação de Spearman; Kruskal-Wallis. Dos resultados obtidos, salienta-se que a variável importância atribuída não conduziu a diferença

estatisticamente significativa no grau de competência percebido e nas necessidades de formação. Relativamente ao grau de competência e as necessidades formativas os resultados evidenciam uma relação estatisticamente significativa para os enfermeiros inquiridos (n= 38).

Já para as hipóteses referentes às variáveis tempo de especialidade, prestação/não prestação de cuidados essencialmente de enfermagem de reabilitação e o tempo na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, não se encontrou qualquer diferença estatisticamente significativa com a valorização das competências, o grau de competência percecionado e as necessidades formativas.

**Palavras- chave:** Competências; Formação; Enfermeiro Especialista de Reabilitação

## **ABSTRACT**

Competencies only exist as a dynamic process of articulation of technical and scientific knowledge and the achievement of a kind of satisfactory answer in the interaction with the surroundings. The competency is not static, it is not only the result of the acquired knowledge, but it is more of an adaptation and progressively evolutionary process from theoretical knowledge use to the diversity and misfortunes of daily life. The term competency evokes the excellence of action, the validation, the greatness of knowledge and the know-how of a given area.

The rehabilitation as a multidisciplinary expertise involves a group of specific knowledge and procedures. Thus, the nurse who is a specialist in Rehabilitation Nursing must have an advanced level of knowledge and acquired experience that allows him/ her to design rehabilitation nursing plans and shows great levels of clinical judgement and decision-making regarding promotion of health, prevention of secondary complications, treatment and rehabilitation maximizing each person's potential. This acquisition of competencies must include a set of knowledge, abilities, intervention and behaviour towards contextualized action.

With this investigation we want to: become aware of the valued competencies, the perception of the degree of competency and the training needs regarding the specific skills of the nurse who is specialist in rehabilitation nursing and identify the differences between the expertise time and the professional context in the appreciation of competencies, competency degree and training needs. In order to gather the data a questionnaire was used which includes: Scale of Specific Competencies of the Rehabilitation Nurse (SSCRN): Given importance; Competency degree; Training needs.

In order to test the stated hypothesis we used the non-parametrical test: Wilcoxon-Mann-Whitney; Coefficient of Spearman's correlation; Kruskal-Wallis. From the results obtained, we can point out that the variable importance given didn't lead to a statistically significant difference in the perceived competency degree and training

needs. In what concerns competency degree and training needs the results show a statistically significant connection for the questioned nurses (n=38).

In what concerns the hypothesis regarding the variables time of specialty, service delivery or non-delivery of rehabilitation nursing care and the time of service delivery of rehabilitation nursing care no significant statistical difference was found with the appreciation of competencies, degree of perceived competency and training needs.

**Key words:** Competencies; Training; Rehabilitation Specialist Nurse

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APER - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Reabilitação

art. – Artigo

CE - Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros

D.L. - Decreto-Lei

DP - Desvio padrão

DR - Diário da República

ECEER - Escala de Competências Específicas dos Enfermeiros de Reabilitação

n - Número de casos

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p - Nível de significância

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

M – Média

Máx.- Máximo

Min - Mínimo

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

## ÍNDICE

*Pág.*

INTRODUÇÃO .....	17
<b>PARTE UM: ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>1 - COMPETÊNCIAS</b> .....	22
1.1 - DIMENSÕES DAS COMPETÊNCIAS .....	25
<b>1.1.1 - Percepção pessoal de competência: Autoeficácia</b> .....	29
<b>2 - COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM</b> .....	31
2.1- COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	33
<b>2.1.1 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação</b> .....	35
<b>3 - FORMAÇÃO</b> .....	40
3.1 - FORMAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	42
3.2 - FORMAÇÃO PROFISSIONAL CONTÍNUA .....	48
3.3 - FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	51
<b>3.3.1 - Formação em contexto - prática clínica</b> .....	53
<b>3.3.2 - Formação - aprendizagem experiencial</b> .....	55
<b>3.3.3 - Formação - Reflexão na ação</b> .....	57
3.4 - TIPOLOGIAS FORMATIVAS .....	61
<b>PARTE DOIS: ESTUDO EMPÍRICO</b>	
<b>4 - METODOLOGIA</b> .....	66
4.1 - FUNDAMENTAÇÃO E FINALIDADE .....	66
4.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....	68

4.3 - TIPO DE ESTUDO .....	70
4.4 - POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	70
4.5 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	71
<b>4.5.1 - Pré-teste .....</b>	<b>72</b>
<b>4.5.2 - Estudo de Validade Psicométrica do Questionário .....</b>	<b>72</b>
<b>4.5.3 - Versão final .....</b>	<b>74</b>
4.5.3.1 - Planeamento e colheita de dados .....	77
4.5.3.2 - Tratamento de dados .....	78
<b>5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS .....</b>	<b>81</b>
5.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	81
5.2 - ANÁLISE E ESTATÍSTICA INFERENCIAL .....	95
<b>6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>106</b>
7 - CONCLUSÃO .....	120
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>124</b>

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** – Resultados da avaliação da consistência interna da ECEER

**APÊNDICE II** - Questionário

**APÊNDICE III** - Pedido e autorização da APER

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<i>Pág.</i>
Figura 1 - Tipologia das competências: Adaptado de Dias (2006).....	28
Figura 2 - Desenvolvimento de competências: Adaptado Dias (2004).....	43

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<i>Pág.</i>
Gráfico 1 - Caracterização dos inquiridos segundo o género .....	81
Gráfico 2 - Caracterização dos inquiridos quanto a instituição onde exercem funções..	83
Gráfico 3 - Caracterização dos inquiridos quanto a prestação de cuidados essencialmente no âmbito da enfermagem de reabilitação .....	85

## ÍNDICE DE QUADROS

	<i>Pág.</i>
Quadro 1 – Alfa Cronbach na totalidade do pré teste .....	73
Quadro 2 – Escala de tipo <i>likert</i> de avaliação: importância atribuída, grau de competência e necessidade de formação nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação .....	75
Quadro 3 - Número de dimensões e pontuação da Escala de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação.....	76
Quadro 4 - Caracterização dos inquiridos segundo a idade .....	82
Quadro 5 - Caracterização dos inquiridos quanto à formação académica .....	82
Quadro 6 – Caracterização dos inquiridos quanto ao serviço onde exercem funções ...	83
Quadro 7 - Caracterização dos inquiridos quanto ao tempo de experiência profissional no atual serviço .....	84
Quadro 8 - Caracterização dos inquiridos quanto ao tempo de serviço na profissão .....	84
Quadro 9 - Caracterização dos inquiridos quanto ao tempo de especialidade .....	85
Quadro 10 - Caracterização dos inquiridos quanto ao tempo de prestação de cuidados essencialmente no âmbito da enfermagem de reabilitação .....	86
Quadro 11 – Caracterização dos inquiridos quanto a área de prestação de cuidados enfermagem de reabilitação .....	86
Quadro 12 - Caracterização dos inquiridos quanto ao tipo de vínculo profissional .....	87
Quadro 13 - Caracterização dos inquiridos quanto a prestação de serviço noutra local.	88
Quadro 14 - Caracterização da amostra quanto a importância atribuída pelos enfermeiros inquiridos em relação às competências específicas do enfermeiro de reabilitação .....	90

Quadro 15 - Caracterização da amostra quanto ao grau de competência percebido pelos enfermeiros inquiridos em relação às competências específicas do enfermeiro de reabilitação.....	91
Quadro 16 - Caracterização da amostra quanto à necessidade de formação pelos enfermeiros inquiridos em relação às competências específicas do enfermeiro de reabilitação.....	92
Quadro 17 – Caracterização da amostra quanto a importância das componentes formativas.....	93
Quadro 18 - Caracterização da amostra quanto as duas componentes formativas mais importantes para a aquisição das suas atuais competências.....	93
Quadro 19 - Caracterização da amostra quanto a outras componentes formativas .....	94
Quadro 20 - Caracterização da amostra quanto aos contextos formativos mais marcantes	94
Quadro 21 - Resultados da análise de correlação entre importância atribuída na ECEER e o grau de competência (n= 38).....	95
Quadro 22 - Resultados da análise de correlação entre importância atribuída na ECEER e as necessidades de formação (n= 38).....	96
Quadro 23 - Resultados da análise de correlação entre o grau de competência na ECEER e as necessidades de formação (n= 38).....	97
Quadro 24 - Resultado da comparação entre importância atribuída na ECEER e o tempo de especialidade .....	98
Quadro 25 - Resultados da comparação entre o grau de competência na ECEER e o tempo de especialidade .....	99
Quadro 26 - Resultados da comparação entre as necessidades de formação na ECEER e o tempo de especialidade .....	99
Quadro 27 - Resultado da comparação entre a importância atribuída na ECEER e a prestação/não prestação de cuidados essencialmente no âmbito da enfermagem de reabilitação.....	100

Quadro 28 - Resultado da comparação entre o grau de competência na ECEER e a prestação/não prestação de cuidados essencialmente no âmbito da enfermagem de reabilitação .....	101
Quadro 29 - Resultado da comparação entre as necessidades formativas na ECEER e a prestação/não prestação de cuidados essencialmente no âmbito da enfermagem de reabilitação .....	102
Quadro 30 - Resultado da comparação entre importância atribuída na ECEER e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação .....	103
Quadro 31 - Resultado da comparação entre o grau de competência na ECEER e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.....	104
Quadro 32 - Resultado da comparação entre as necessidades formativas na ECEER e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação .....	105

## **INTRODUÇÃO**

As competências em Enfermagem de reabilitação pressupõem um conjunto de conhecimentos, de capacidades, de intervenção e de comportamentos estruturados em função de uma finalidade que permite agir em contexto.

Neste contexto, assume-se a Enfermagem como uma ciência essencialmente construída a partir de competências práticas, donde a aprendizagem emerge necessariamente de imagens de competências práticas.

Segundo a OMS (1997) o desempenho profissional baseado em competências, permitirá uniformidade de cuidados e adequação de linguagem entre os profissionais. Assume como diretriz preconizada para o séc. XXI, que todos os profissionais de saúde devem estar dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), possibilitando a sua participação e atuação multiprofissional, beneficiando os indivíduos e comunidade.

É na prestação de cuidados que nos confrontamos com as situações de grande complexidade que, como refere Hesbeen (2000), para cuidar, o complexo está omnipresente desde que se trate de prestar uma atenção individual à pessoa. O cuidar exige um olhar sempre atento, abrangente, de interação e de integração, em que o todo suplante a soma das partes. Pela sua especificidade, o processo de cuidar, determina que o profissional desenvolva as suas capacidades para responder com competência à singularidade do ato de cuidar.

A carreira está ligada ao desempenho e à formação, havendo um deslocamento do conceito de qualificação profissional para o de competência profissional. Neste âmbito, pretende-se realçar, não só a posse dos saberes disciplinares escolares mas a capacidade de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho (Serrano, 2008). A competência é, desta forma, um “ movimento de transição de um saber ou de um saber – fazer para a realização desse mesmo saber” (Costa, 2002, p. 70).

Estamos no domínio da competência em que se exige a capacidade espontânea de integrar, mobilizar e transformar um conjunto de recursos, conhecimentos, saberes, aptidões, razões e atitudes, um contexto para fazer face aos problemas (Le Boterf, 2003).

Enfim, exige-se plasticidade, exige-se adaptação e este ritmo louco, pelo que, pensamos que a formação será a solução para colmatar as imposições que emergem na complexidade, com que os enfermeiros se deparam diariamente. “Será o agir profissional edificado no conhecimento próprio da disciplina Enfermagem, oriundo da práxis e da investigação, e sustentado na fusão de saberes originários de varias fontes, que permitirá ao enfermeiro enfrentar esses desafios” (Oliveira, 2010, p. 17).

A experiência e o contexto profissional têm sido demonstrados pela investigação como fatores diferenciadores da perceção e da competência efetiva. Diversos autores têm indicado a experiência e o contexto profissional como fator favorável ao aumento da aprendizagem e à evolução em direção à *expertise* (Benner, 2001). Segundo Schön (2000) e Perrenoud (2001), é através da experiência que o profissional constrói seu conhecimento, definido como o conjunto de esquemas de pensamento e da ação de que dispõe um ator. Esse processo determinará as suas perceções, interpretações e as direcionará na tomada de decisão que lhe permitirão enfrentar os problemas encontrados no quotidiano do trabalho. Para que o conhecimento gere competências, é necessário que os sabres sejam mobilizados através de esquemas de ação, decorrentes de esquemas de perceção, avaliação e decisão, desenvolvidos na prática.

O percurso para aquisição de uma competência, portanto, é compreendido por ensaios e erros, momentos de hesitação, decisões inconscientes, inferências e raciocínios explícitos. Nesse, sentido, observa-se que somente uma reflexão sistemática e continuada é capaz de promover a dimensão formadora da prática. A sociedade coloca o enfermeiro em situações desafiadoras; ele intervém em um cenário complexo, vivo e mutável, enfrentando problemas individuais e grupais, mas o êxito do profissional depende de sua capacidade de manejar a complexidade e de resolver problemas práticos; esse processo é, indubitavelmente, reflexivo, e exige competências por parte do enfermeiro para vencer os desafios que se apresentam na sua prática

Foi com base neste conjunto de pressupostos e com a regulamentação que define o perfil do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que nos envolvemos

num estudo no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, em que pretendemos avaliar as competências que os enfermeiros de reabilitação mais valorizam na sua intervenção profissional, o seu grau de competência e as necessidades de formação em cada uma delas. De facto, entre os fatores concorrentes da competência profissional, a competência percebida e considerada como nuclear na competência efetiva, sendo de grande importância o seu estudo para se intentar compreender a complexidade do processo da enfermagem de reabilitação e assim otimizar a sua ação profissional. Do mesmo modo, a importância da formação é reconhecida como condição basilar para elevar a qualidade das práticas profissionais.

Esta pesquisa intitulada “Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”, concretiza-se num estudo do tipo quantitativo, de carácter descritivo e correlacional, que pretende conhecer as competências mais valorizadas, a percepção do grau de competência e as necessidades de formação relativas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e identificar as diferenças entre o tempo de especialidade e o contexto profissional, na valorização das competências, no grau de competência e nas necessidades de formação. O presente relatório apresenta os contornos desta investigação e tem naturalmente por objetivos:

- Descrever a pesquisa bibliográfica que suportou a delimitação do problema de pesquisa.
- Indicar o percurso e as opções metodológicas escolhidas que possibilitaram a concretização do trabalho.
- Expor os resultados alcançados entre os enfermeiros disponíveis para o estudo.
- Discutir os dados obtidos face ao estado da arte no momento de realização desta investigação

Neste sentido, a dissertação organizada em dois grandes capítulos. O primeiro, destina-se à fundamentação teórica com a finalidade de aprofundar e sistematizar conhecimentos pela revisão bibliográfica, na qual se desenvolve as temáticas do estudo, procurando de modo sustentado o “estado da arte” em função dos autores de referência. Aborda-se a competência profissional, o enquadramento das competências específicas do enfermeiro de reabilitação. De seguida, aborda-se a formação para o exercício da profissão, destacando a aprendizagem experiencial e a reflexão sobre a prática, devido ao papel que esta tem, na construção das competências.

O segundo capítulo refere-se à contribuição pessoal e aborda a metodologia do estudo (hipóteses, amostra, instrumento, procedimentos e tratamento estatístico) e procede-se à apresentação e análise dos resultados obtidos. Por fim, apresentamos a discussão dos resultados e principais conclusões.

**PARTE UM**

***ENQUADRAMENTO TEÓRICO***

## 1 - COMPETÊNCIAS

O termo competência tem sido objeto de estudo de vários investigadores de diversas áreas. Na sua maioria, estes autores, falam na complexidade, conceptualizando-a muitas vezes de forma diferente. Assim, apesar da diversidade, tentamos apresentar algumas definições que dão um melhor sentido ao termo.

Etimologicamente, a palavra *competência* tem origem no latim *competentia*, que significa “qualidade de quem é capaz de resolver determinados problemas ou de exercer determinadas funções; aptidão” (Dicionário da língua Portuguesa, 2011, p. 388).

Pires considera a competência como “um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação empírica inicial de base e à experiência da acção, adquirida ao longo do tempo de formação empírica e não sistemática, que se manifestam em situações concretas de trabalho muito mais fáceis de avaliar” (1994, p.8).

Neste óptica Nagelsmith (1995), define competência como um processo integrador de saberes, habilidades, atitudes e valores, dependentes do contexto envolvente.

Kischner et al. (1997) definiram competências como a habilidade para tomar decisões efetivas e satisfatórias no contexto de uma situação específica, envolvendo um contexto em mudança, juízos de valor, comprometimento e confiança para assumir riscos.

Batista, Graça e Matos (2008) resumem o conceito de competência como: o conhecimento (o que se pode aprender no processo de formação); experiência (o que se adquire na prática, quer seja no local de trabalho, ou na vida social) e capacidade (para recrutar os conhecimentos e as experiências).

O profissional reconhecido como competente é aquele que sabe agir com competência. O saber agir deve ser distinguido do saber -fazer. “As competências geralmente são reconhecidas por meio de saber (conhecimento), saber - fazer (habilidades) e saber ser (atitudes)” (Le Boterf, 2003, p. 11).

As competências só existem enquanto processo dinâmico de articulação de conhecimentos técnico - científicos e a obtenção de um tipo de resposta satisfatória na interação com o meio envolvente. A competência não é estática, não resulta tão somente de conhecimentos adquiridos, mas é, antes, um processo adaptativo e progressivamente evolutivo desde as aplicações dos saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos (Mendonça, 2009).

O termo competência evoca em si mesmo a excelência do fazer, a validade, a grandeza dos saberes e do saber fazer num dado domínio (Malglaive, 1995).

Portanto, a competência aparece ligada a comportamentos que condicionam a ação, dizendo da sua eficácia e/ou eficiência. Assim possui competências profissionais quem,

*“(...) dispõe dos conhecimentos, destrezas e capacidades exigidos por uma profissão, sabe solucionar tarefas laborais com autonomia e flexibilidade e tem capacidade e disposição para participar de forma actuante no ambiente profissional que o envolve e no seio da organização do trabalho” (Bunk, 1994, p. 9).*

Um profissional competente significará sempre aquela pessoa que, possuindo um repertório de conhecimento e de capacidades vasto e diversificado, toma, executa e avalia as decisões que seleciona, em circunstâncias quase sempre imprevisíveis, de modo a que estas se constituíam como soluções adequadas, socialmente legitimáveis e abertas a constantes reajustamentos, para poderem continuar a garantir a sua responsividade à instabilidade permanente (Sá – Chaves, 2007).

A mesma perspetiva é partilhada por Lima e Pereira ao definir competência como, “ (...) a forma de mobilizar os saberes (de qualquer tipo) em situação, sendo essencial a transferibilidade desses mesmos saberes, através da recontextualização para outros contextos - interação, tornando os profissionais mais competentes em novas situações” (2008, p.225). Para o autor esta é a perspetiva fundamental à prática de cuidados cada vez mais complexos, tanto pelas interações que se desenvolvem como pela imprevisibilidade inerente a situação de cuidar em saúde, o que promove cada vez mais a importância das respostas às necessidades das pessoas serem dadas, pelo profissional melhor qualificado para o fazer.

Parece consensual que o termo competência traduz a capacidade para concretizar eficazmente o saber e o saber-fazer na realização de uma tarefa. Resulta da experiência profissional, pode observar-se objetivamente a partir da análise das funções e é validado pela performance profissional. É, portanto, uma noção teórica construída a partir das atividades (Dias, 2006).

O conceito de competência assume grande centralidade para Le Boterf (2003), o autor defende que competência:

**- Saber agir com pertinência;**

*O saber agir é o “saber o que fazer”.* A competência é uma disposição para agir de modo pertinente em relação a uma situação específica.

O profissional deve não somente saber executar o que é prescrito, mas deve saber ir além do prescrito.

*“Diante dos imprevistos e das contingências, diante da complexidade dos sistemas e das lógicas de ação, o profissional sabe tomar iniciativas e decisões, negociar e arbitrar, fazer escolhas, assumir riscos, reagir a contingências, (...), inovar no dia-a-dia e assumir responsabilidades. O saber agir não consiste somente em saber tratar um incidente, mas, igualmente, em saber antecipá-lo”* (Le Boterf, 2003, p. 39).

**- Saber mobilizar saberes e conhecimentos em um contexto profissional;**

Descrever a competência, não pode limitar-se ao estabelecimento de uma lista de conhecimentos ou de habilidades nem mesmo à constatação de sua aplicação. O profissional competente, não é aquele que possui conhecimentos ou habilidades mas aquele que sabe mobilizá-los em um contexto profissional. A competência não é uma constante. Ela pode e deve variar em função da evolução da situação em que intervém. As competências são sempre contextualizadas.

**- Saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos;**

A competência é a capacidade de integrar saberes diversos e heterogêneos para finalizá-los na realização de atividades. A lógica de integração dos saberes, dos saber-fazer e dos comportamentos estabelece-se em função das exigências da situação de trabalho.

Saber combinar é também saber improvisar diante do imprevisto. A competência reside na engenhosidade do sujeito, e não na sua capacidade para produzir cópias análogas. Há ineditismo e particularidade na competência.

*“O profissional constrói sua competência ou suas competências a partir de recursos possíveis (capacidades, conhecimentos, habilidades, etc.), mas sua competência não se reduz apenas à aplicação desses possíveis. O saber mobilizar passa pelo saber combinar e pelo saber transformar” (Le Boterf , 2003, p. 69).*

#### **- Saber transpor;**

O profissional não poderia limitar-se à execução idêntica de tarefas únicas e repetitivas. Ele sabe transpor. Isso supõe que tenha a capacidade de aprender e de se adaptar. Essa capacidade de transpor permite ao profissional reconhecer isomorfismos nas estruturas dos problemas a tratar ou das situações sobre as quais deve intervir.

Só através de um processo de abstração e de conceitualização, efetuado a partir de uma reflexão sobre suas práticas reais, o profissional poderá reinvestir sua experiência em práticas e em situações profissionais diversas.

#### **- Saber aprender e aprender a aprender;**

O profissional sabe transformar a sua ação em experiência e não se contenta em fazer e agir. Faz da sua prática profissional uma oportunidade de criação de saber. Não se aplica, somente a experiências passadas, mas, especialmente, de experiência e de reflexão sobre a ação.

#### **- Saber envolver-se;**

Todas as características do profissional que acabam de ser apresentadas supõem se *envolvimento*. É preciso *querer agir* para poder e saber agir. O envolvimento do profissional depende de sua “implicação afetiva” na situação.

### 1.1 - DIMENSÕES DAS COMPETÊNCIAS

As competências pressupõem interdependência na organização e articulação das suas dimensões, ou seja, é preciso que os conhecimentos, transferência, integração e mobilização, renovem constantemente as diferentes maneiras de fazer. Através da

utilização dos novos conhecimentos e das novas tecnologias (mas tendo por base a ética profissional), podem atingir e manter os saber-fazer perenes (Dias, 2006).

As competências podem ser analisadas a partir das diferentes dimensões dos saberes (Pires, 1994). Assim, as dimensões das competências incluem os saberes teóricos, a componente técnica e a dimensão comportamental ou de saber ser que implica o desenvolvimento social, relacional, experiencial e conceptual. Nelas estão incluídos os conhecimentos adquiridos ao longo da vida através da formação. Estas dimensões desenvolvem-se a partir das representações, potencialidades, capacidades, recursos cognitivos, habilidades ou talentos pessoais (Dias, 2006).

### **O que é o saber?**

Os saberes são usados como sinónimo de conhecimentos e de competências cognitivas que fazem apelo ao raciocínio. O conhecimento, tal como o detemos atualmente apresenta um carácter sistematizado e organizado segundo um conjunto de princípios de tal forma validados, que se pode falar de ciência como o conjunto organizado de conhecimentos sobre a realidade e obtido mediante método científico (Bravo, 1985).

Os conhecimentos organizam-se para originarem as competências teóricas que constituem os saberes pessoais e profissionais (Dias, 2006). Jolis (1998) conceptualizou as competências teóricas como um conjunto de aquisições realizadas em meios de formação e informação. A formação inicial assume particular importância para o desenvolvimento dos saberes teóricos e para saber concretizá-los na prática (Zarifian, 1999).

Os saberes são segundo Minet (1995), os conhecimentos teóricos ou as matrizes de certas linguagens científicas e técnicas que conduzem à autonomia, espírito crítico e criatividade, entre outras. Agrupam-se para constituir uma lógica de ação. Os saberes teóricos são necessários para descrever ou compreender a ação, e para criar novos procedimentos face a uma situação-problema. Pela ação educativa vão-se capitalizando conhecimentos e conduzindo pesquisas, que acompanham os repertórios teóricos e metodológicos individualizados, que serão invocados para resolver os problemas e que vão permitir resolver os imprevistos emergentes nos contextos de trabalho (Ernault-Dubois, 1999).

## **O que é um saber-fazer?**

A expressão saber-fazer emerge na literatura como uma noção em que o saber, é traduzido pela representação das aquisições em forma de conhecimento, e o fazer a arte de pôr em prática estes conhecimentos ao serviço de um objetivo determinado (Bück, 1999). Todas as pessoas possuem habilidades que vão desenvolvendo ao longo da vida. Segundo Schermerhorn, Hunt e Osborn (1999) citado por Dias (2006), uma habilidade consiste em transformar o conhecimento em ação, o que resulta no desempenho desejado. A habilidade técnica consiste em realizar tarefas específicas. Tal habilidade vem do conhecimento ou da especialização, obtidos na educação ou experiência. Essa habilidade envolve proficiência no uso de determinados métodos, processo e procedimentos para realizar tarefas.

Para Dias (2006), o saber-fazer é traduzido pela capacidade de pôr em prática os conhecimentos adquiridos através do desenvolvimento das capacidades e habilidades que caracterizam as performances (os atos que a competência permite) profissionais. São capacidades ligadas à realização dos atos de vida e à prática profissional. Abrange os critérios de socialização, autonomia, iniciativa e responsabilidade. Articula-se com os conhecimentos, capacidades para realizar um diagnóstico, capacidade de intervenção, de organização e de saber ser profissional.

## **O que é saber ser em contexto de trabalho?**

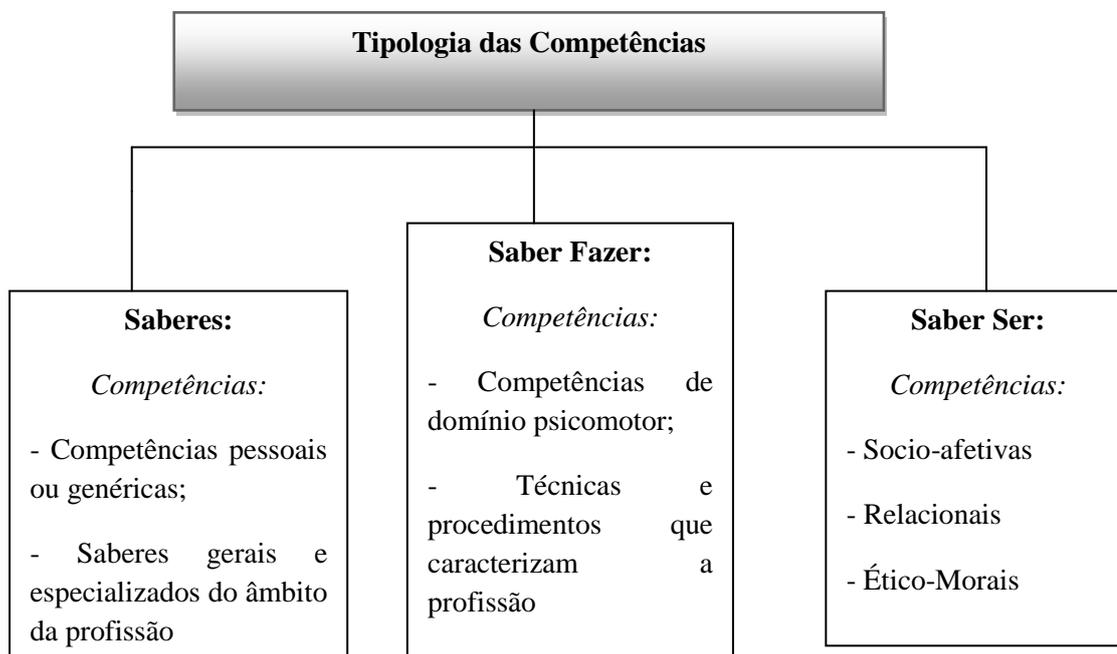
Minet (1995) conceptualizou o saber ser como sinónimo das atitudes e comportamentos das pessoas em situações concretas de trabalho.

De acordo com Schermerhorn, Hunt e Osborn (1999), citado por Dias (2006) no âmbito do saber ser, a habilidade humana mais importante, consiste em saber trabalhar e relacionar-se com outras pessoas. Ela emerge como espírito de confiança, entusiasmo e envolvimento genuíno nas relações pessoais. Assim, uma pessoa com boas habilidades humanas, terá um alto grau de perceção, auto perceção e capacidade para compreender ou ter empatia com os sentimentos dos outros. Tais habilidades são essenciais para o estabelecimento de redes de responsabilidades pessoais, sociais e profissionais. São elas que conduzem ao desenvolvimento de capacidades para analisar e resolver problemas complexos.

Bellier (1999) deu um enorme contributo à conceptualização do saber ser. É, como a própria autora diz, uma noção pluridimensional e com algumas controvérsias em virtude dos conteúdos que utiliza para poder chegar a uma definição mais objetiva. Nesta perspetiva, diz que podemos falar de um conjunto de campos semânticos e relativamente heterogéneos, como por exemplo: a descrição das qualidades morais, atitudes e traços de personalidade, gostos e interesses e os comportamentos na sua globalidade.

Na figura 1, propomos uma tipologia de competências que agrupa todos os saberes que devem ser desenvolvidos ao longo do processo formativo. Os conhecimentos organizam-se para originar as competências teóricas, definidas como conjunto de saberes adquiridos através da formação e das experiências. As competências cognitivas, resultam dos saberes combinados ou da conjugação de diversos saberes, capacidade de coordenação das ações, procura de novas soluções e da capacidade para recriar e inovar. Os saberes-fazer profissionais originam as competências técnicas ou práticas manifestadas pelo saber concretizar um conjunto de dados, traduzir informações e conhecimentos que possam ser aplicados, reproduzidos e suscetíveis de enriquecerem os processos operatórios de qualidade. As competências sociais, manifestam-se pela capacidade de trabalhar em grupo e comunicação, contribuem para o progresso coletivo, qualidade dos relacionamentos interpessoais e capacidade de dedicação à organização (Jolis, 1998).

**Figura 1** - Tipologia das competências: Adaptado de Dias (2006)



### **1.1.1 - Percepção pessoal de competência: Autoeficácia**

Quando nos referimos à percepção das competências profissionais, verificamos que estamos perante uma área ainda em clara expansão. O estudo da competência percebida representa a tentativa de descrever a percepção que o indivíduo possui das suas práticas profissionais.

A ação humana procura estabelecer um relacionamento entre a componente intelectual e a representação dos conhecimentos e habilidades do indivíduo, enquanto a componente emocional é a que irá utilizar, melhor ou pior, a componente intelectual, e daí resultar a competência e a sua percepção (Nascimento, 1999).

A auto percepção das competências profissionais é a forma como o profissional interpreta o seu próprio desempenho. A maneira como cada profissional auto percebe os seus conhecimentos, habilidades e atitudes, assume-se como uma importante variável mediadora do comportamento (Novick, Cauce e Grove, 1996 citados por Rebelo, 2009).

A percepção que o profissional tem de si, influencia a sua adaptação às exigências que se lhe colocam e permite-lhe manter a unidade de coerência do seu sistema de percepções pessoais e condiciona as suas aspirações. Segundo Bandura (1993), um profissional que apresente níveis elevados de auto percepção tem tendência a estar mais motivado para a sua atividade profissional e a desenvolver um esforço superior para cumprir os seus objetivos. Como consequência disso recorre, de uma forma mais eficaz, às habilidades que domina. Esta confiança pode significar autoeficácia que se reporta aos julgamentos que as pessoas fazem das suas capacidades para organizarem e executarem os planos de ação exigidos para o desempenho profissional.

É possível medir a percepção que cada um tem em relação aos seus conhecimentos, comportamentos, capacidades, habilidades, técnicas e/ou atitudes em que se apoia o desempenho profissional da enfermagem de reabilitação.

Sabendo que o profissional movimenta os seus recursos não só em função de uma representação operatória da situação, mas também em função da representação que tem de si mesmo, da forma como se avalia (Le Boterf, 2003), torna-se basilar falarmos de autoeficácia e de competências percebidas. Assim, cada pessoa deve ter uma representação de si mesmo imparcial e ajustada à realidade, para poder antecipar como é capaz de se comportar ou reagir nesta ou naquela situação.

Podemos dizer que a melhor definição de competência pessoal percebida está aliada ao conceito de julgamento que os indivíduos fazem acerca da sua capacidade pessoal (Simões & Ferrão, 2005), que se traduz no conceito de autoeficácia, no contexto profissional. Pois, a percepção de autoeficácia enquanto percepção da pessoa sobre aquilo que acredita ser sua competência perante situações específicas, permite indicar-lhe o que julga estar ao seu alcance, o que está em condições de poder e de saber resolver (Oliveira, 2010). Ainda para o mesmo autor só há um envolvimento pertinente na atividade se o sujeito tiver uma relação positiva consigo mesmo, visto que, cada um determina o seu comportamento em função do que lhe parece acessível e inacessível. O que está em jogo, é o grau de convicção com o qual o indivíduo crê poder alcançar um objetivo, bem como a importância que lhe atribui, ao facto de o conseguir, e a satisfação que daí advém.

## **2 - COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM**

Os avanços tecnológicos e científicos incutem, nas várias áreas, a importância primordial do desenvolvimento de competências dos profissionais, incentivando-os a construir um património pessoal e profissional assente numa dimensão diferenciada de competências. O modelo de competências tem como objetivo fundamental uniformizar competências, tornando-as universais, permitindo, desse modo, o seu intercâmbio e mobilidade dos profissionais (Mendonça, 2009).

Para a mesma autora a saúde, inserida nos novos contextos, exige profissionais detentores de competências multidimensionais, capacidades de interação, adaptação e readaptação. Os enfermeiros, atores deste processo dinâmico e progressivamente evolutivo, aplicam saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos. Na complexidade das suas tarefas, são profissionais em formação contínua.

O Comité Consultivo para a Formação no Domínio dos cuidados de enfermagem (1997) atribui ao termo competência, as qualificações específicas necessárias ao exercício da profissão. Neste domínio, as competências são definidas como as características individuais (conhecimentos, aptidões e atitudes) que permitem a um indivíduo exercer a sua atividade autonomamente, aperfeiçoar constantemente a sua prática e adaptar-se a um ambiente em rápida mutação. Na perspetiva dos elementos deste Comité, a aquisição das competências não se circunscreve à formação, pois o seu exercício exige por parte do enfermeiro uma preocupação contínua de desenvolvimento sociomoral e consciencialização antes da tomada ou mesmo de proceder a alterações no âmbito da profissão.

A profissão de enfermagem reveste-se de certa complexidade. A sua finalidade social exige o domínio de um conjunto de conhecimentos gerais e especializados que se devem auto-alimentar, desenvolver e assegurar no progresso técnico e tecnológico que a profissão requer. Como todas as formas do saber são efémeras e temporárias, é importante desenvolver competências transversais, isto é, as competências que envolvam a capacidade de aprender a aprender e de pensamento crítico (Rey, 1996),

reflexão na e sobre a ação (Schön, 1992) e saber fazer em contexto de trabalho (Bellier, 1999). A complexidade destes saberes profissionais em enfermagem, manifestam-se pelas capacidades de cada enfermeiro pôr à prova os seus talentos diversos, agir e interagir com os restantes elementos da equipa de saúde, com criatividade e autonomia em situações complexas e que comportam grande ambiguidade nas zonas de indefinição.

Nas ciências de enfermagem, o conceito de competência tem de ser claramente definido. Procuramos sintetizar os contributos de Dias (2006) para propormos uma definição. Segundo a autora,

*“As competências dizem respeito às características individuais (potencialidades, habilidades, capacidades de acção, aptidões, atitudes, traços de personalidade e comportamentos estruturados), conhecimentos gerais e especializados que permitem ao enfermeiro realizar autonomamente uma vasta gama de actividades, designadas por cuidados de enfermagem nos domínios preventivos, curativos, reabilitação e/ou reinserção do cliente no seio da família, comunidade e mundo laboral, podem ser observadas através da qualidade da execução das técnicas e procedimentos que caracterizam a profissão e lhe permitem discutir, analisar e decidir sobre os aspectos relacionados com a profissão. Organizam-se em categorias multidimensionais centradas nas dimensões pessoal, científica, técnica, sócio-afectiva, relacional, comunicativa ético-moral.” (p.37 )*

Os elementos que entram na construção de uma competência são de natureza cognitiva, afetiva e psicomotora. Incluem a capacidades para aprender e para se apropriar das informações, raciocínios, representações, motivações, interesses, estruturas cognitivas que suportam a soma dos conhecimentos, habilidades, destrezas, capacidades e os comportamentos necessários para resolver as situações emergentes relacionados com o conteúdo da carreira inerente para o cumprimento das atividades profissionais, com autonomia, flexibilidade e responsabilidade. Para explicar as *performances* profissionais é preciso considerar as estruturas biológicas que sustentam os movimentos, as informações e os conhecimentos adquiridos ao longo da vida. São estes elementos que integram os saberes formalizados, as capacidades de raciocínio que permitem a transferência de conhecimentos de umas situações para outras e a qualidade do desempenho (Dias, 2006).

Para a OE, a competência é um “ fenómeno multidimensional complexo e é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional” (2003, p. 246).

A profissão de enfermagem, enquanto contexto técnico – científico em permanente desenvolvimento e maturação, impõe, a si mesma e aos seus profissionais, dimensões diferenciadas de competências no sentido de assumir como um exemplo novo, não apenas na capacidade de dar resposta a situações de diagnóstico, prognóstico e tratamento de doentes, mas, também, como exemplificadores dessa capacidade. (Mendonça, 2009)

Assume-se como ideia central, a credibilidade de que cada profissional é inicialmente dotado de competências academicamente veiculadas, mas que nos quotidianos laborais são expandidas e até modificadas no sentido de responder com particular e fundamentada eficácia às problemáticas oferecidas pelos quotidianos do campo das práticas, e que desta “ modificação” resulta uma renovação e atualização consistente e dinâmica que, se bem orientada e cientificamente fundamentada, dota este enfermeiro de um renovado leque de competências que à partida, não detinha. (Mendonça, 2009)

## 2.1- COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Entendemos ser oportuno, na abordagem da problemática em estudo “ Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação”, debruçarmo-nos sobre a contextualização da enfermagem de reabilitação em Portugal.

Hoje a enfermagem de reabilitação tem que responder a novos desafios que se configuram. Na sociedade atual emergem novas problemáticas sociodemográficas, a evolução sócio – cultural e o progresso da medicina no mundo ocidental têm vindo a alterar substancialmente o cenário das doenças dominantes. A prevalência das doenças crónicas tem aumentado, em todas as faixas etárias. Há fatores que têm contribuído para a alteração do perfil do utilizador de cuidados nos nossos serviços de saúde: hoje vivemos no mundo das velocidades, um exemplo decorrente desse facto é o aumento da sinistralidade que se reverte em taxas de mortalidade mas também de morbilidade. Esta problemática atinge fundamentalmente os mais jovens, que são caracterizados por um constante desafio à vida, a necessidade de ultrapassar «o risco», em que o número crescente de adeptos de desportos radicais é bem elucidativo. A isto, não será alheio a evolução tecnológica automobilística, e de motociclos, a evolução económica que permite uma maior acessibilidade a veículos e desportos radicais (Gomes, 2008).

Este verdadeiro flagelo nacional gera um grande número de jovens com deficiências, cujos custos económicos e psicossociais são difíceis de calcular, sendo necessário profissionais especializados que deem resposta eficaz à especificidade destes problemas.

Por outro lado, associam-se a esta problemática a forte incidência e prevalência de acidentes de viação e laborais na população adulta, em idade produtiva com as inerentes consequências (custos à vítima, à família e à sociedade). Hoje, é do conhecimento geral, que os acidentes continuam a ser um fator importante para a ocorrência de incapacidades permanentes, para os quais o sistema de saúde português tem mostrado baixa capacidade de respostas. Mas também as alterações de estilos de vida são fatores que alteram o perfil epidemiológico do utilizador de cuidados. Isto é, a alteração de hábitos alimentares e a dominância de estilos de vida sedentária que potencia um conjunto de problemas complexos e incapacitantes quer sob o ponto de vista funcional, quer sob as implicações macroeconómicas na sociedade. Conjuntamente o aumento da longevidade e o decréscimo da natalidade, torna o envelhecimento populacional um fenómeno de amplitude mundial.

Todos estes fatores são condicionantes na prevalência de problemas de saúde crónicos, estas condições, responsáveis por um aumento do número de internamentos, mais ou menos prolongados, que ocasionam um grande número de pessoas com deficiência, com baixa qualidade de vida, trazendo importantes custos individuais, familiares, profissionais, sociais e económicos. A resposta em termos de cuidados de saúde terá de caminhar progressivamente para uma conceção global de cuidados à pessoa, colocando-a no centro da decisão, enfatizando a sua qualidade de vida, promovendo a sua autonomia de modo a potenciar ganhos em saúde, mesmo quando se vive com doença crónica e, deslocando progressivamente os cuidados para a comunidade.

Face a todos estes fatores, exige-se que os profissionais de enfermagem tenham uma formação polivalente e orientada para uma visão global desta realidade social, que implica uma contínua atitude de aprender a aprender adequando as competências profissionais às novas exigências de cuidados.

A reabilitação tem acompanhado as alterações dos cenários no campo da saúde, movendo-se dos cuidados em situações agudas, para uma maior intervenção nas situações crónicas de longa duração. Neste contexto, os objetivos da reabilitação têm que se alargar para além da restauração da função física, sendo que a determinação das

necessidades tem que perspetivar o impacto da incapacidade nos vários domínios funcionais, e avaliar os resultados da intervenção da reabilitação. O indivíduo mais que o órgão torna-se a unidade de análise e a patologia ativa é avaliada indiretamente através dos efeitos na funcionalidade do indivíduo (Turner, 1990).

### **2.1.1 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Para a OE (2007) o enfermeiro especialista,

*“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, que tem em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção” (p.17).*

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimento e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. O seu objetivo é ajudar a pessoa a atingir a melhor qualidade de vida, através de uma maior funcionalidade e independência o que envolve tanto a dimensão física, como a emocional e a social. (OE, 2011).

Neste contexto o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. Deste modo, o alvo de intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação

*“ (...) é a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida com respostas humanas desadequadas aos níveis motor, sensorial, respiratória, de eliminação e sexualidade, em processos de saúde/doença que sejam causadoras de deficiência, limitação da actividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária”(OE, 2011, p. 1).*

Ainda segundo OE, a sua intervenção visa,

*“ Promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível*

*das funções neurológicas, respiratórias, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (2010, p.2).*

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação deve possuir um nível elevado de conhecimento e experiência acrescida que lhe permita tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. Os cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação podem ser prestados em diferentes contextos da prática clínica como, entre outros, unidades de internamentos de agudos, de reabilitação, de cuidados continuados, paliativos e de cuidados na comunidade. Em qualquer destes contextos a excelência de Enfermagem da Reabilitação traz ganhos em saúde expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa para uma maior autonomia (OE, 2011).

A 18 de fevereiro de 2011 é publicado em Diário da República o Regulamento nº 125/201: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Cada competência é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação:

**1 - Cuida de pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.**

***Descritivo:***

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

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</p>	<p>J1.1.1. Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.1.2. Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardio-respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal, sexualidade.</p> <p>J1.1.3. Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Atividades de vida Diárias (AVD's) de forma independente.</p> <p>J1.1.4. Identifica fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa.</p> <p>J1.1.5. Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.1.6. Faz o diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.</p> <p>J1.1.7. Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.</p>
<p>J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p>	<p>J1.2.1. Discute as práticas de risco com pessoa, concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.2.2. Discute as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.</p> <p>J1.2.3. Concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora, sensorial e cognitiva; cardio-respiratória; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade.</p> <p>J1.2.4. Selecciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).</p>

<p>J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da eliminação e da sexualidade.</p>	<p>J1.3.1. Implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.3.2. Implementa programas de reeducação funcional cardio-respiratória, reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; otimização e/ou reeducação da sexualidade, reeducação da função de alimentação e da eliminação (vesical e intestinal).</p> <p>J1.3.3. Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamentos/domicílio/comunidade).</p>
<p>J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas</p>	<p>J1.4.1. Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução dos riscos; otimização da função; reeducação funcional; treino.</p> <p>J1.4.2. Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida)</p>

## 2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

### **Descritivo:**

Analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a um consciência social inclusiva.

Unidades de competências	Critérios de avaliação
<p>J2.1. Elabora e implementa programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</p>	<p>J2.1.1. Ensina a pessoa e/ou cuidador técnicas específicas de auto cuidado</p> <p>J2.1.2. Realiza treinos específicos de AVD's nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).</p> <p>J2.1.3. Ensina e supervisa a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.</p>

<p>J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social</p>	<p>J2.2.1. Demonstra conhecimento sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica.</p> <p>J2.2.2. Sensibiliza a comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas.</p> <p>J2.2.3. Identifica barreiras arquitectónicas.</p> <p>J2.2.4. Orienta para a eliminação das barreiras arquitectónicas no contexto de vida da pessoa.</p> <p>J2.2.5. Emite pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.</p>
---	--

### 3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

**Descritivo:**

Interage com a pessoa no sentido de desenvolver actividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardio-respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório</p>	<p>J3.1.1. Demonstra conhecimento aprofundado acerca das funções cardio-respiratórias e motora.</p> <p>J3.1.2. Ensina, instrui e treina sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardio-respiratório, tendo em conta os objectivos individuais da pessoa.</p> <p>J3.1.3. Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação.</p>
<p>J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.</p>	<p>J3.2.1. Monitoriza a implementação dos programas concebidos</p> <p>J3.2.2. Monitoriza os resultados obtidos em função dos objectivos definidos com a pessoa.</p>

### 3 - FORMAÇÃO

*“A formação como processo global de construção de conhecimento e atitudes é sempre uma “ madrugada”, um “ dia inicial” que abre novos tempos e novos espaços. É, põe isso, sempre um caminho de risco, do qual se conhece o começo, se vislumbra o fim, mas nunca se sabe exactamente quando e como será a dinâmica que levará à emergência da “noite e do silêncio”” (Marinho, 2000, p. 7)*

A palavra formação apresenta uma dificuldade semântica, uma vez que tanto pode ser entendida como o espaço de tempo em que esta se desenvolve, como o efeito desta sobre os indivíduos. O conjunto de atividades realizadas é confundido por vezes com a própria ação de formar-se, levando-nos a esquecer que a formação é um modo pessoal que implica mudanças internas no próprio sujeito (Josso, 1988).

A conceptualização da formação, à qual nas duas últimas décadas tem sido dada particular relevância, não deverá, portanto, circunscrever-se a uma análise restrita do vocábulo. Antes pelo contrário integra diferentes sentidos e varias relações.

A formação é um processo de desenvolvimento individual tendente a adquirir e aperfeiçoar as suas capacidades, um *trajeto* de formação (Ferry, 1987).

A formação assim entendida, é um processo de apropriação que pertence aos sujeitos que aprendem mas para a qual necessitam de ajuda. Isto é, no percurso individual que leva a formação, têm significado as experiências quotidianas próprias, dos outros e da sociedade; há uma articulação entre experiência e aprendizagem.

Estamos de acordo com Rua e Alarcão (2005) ao definir a formação como o processo permanente de apropriação pessoal do saber em contexto interativo, de relação constante do sujeito com o meio, tornando assim, o conhecimento pessoalizado e socialmente construído na interação ecológica dos contextos.

Para Costa e Silva (2003, p.34), “a formação tem inerente não só um estado, uma forma, mas também um processo, um percurso inerente ao sentido do ser na sua dimensão ontológica de temporalidade e relacionamento existencial, no contexto da sua interioridade/exterioridade”. Existir no mundo em formação é segundo o mesmo autor, existir em formação ao longo de toda a sua vida, em interformação na coexistência com os outros, num enlace espiritual de alteridade e com uma presença reflexiva que disponibiliza para o imprevisível e despertar o singular.

Assim, o processo educativo nunca estará completo e a capacidade de aprender a aprender é uma competência que o sujeito deve desenvolver durante toda a vida. Deste modo, e secundando Amiguinho (1992), pensar em formação consiste em deflectir “sobre o modo como os sujeitos se formam; sobre a forma como os adultos se apropriam de um determinado tempo e espaço educativo e o integram no seu percurso de formação; sobre aquilo que é de facto significativo e formador na vida de cada um; sobre a maneira como as experiências e os saberes profissionais, sociais e culturais podem ser mobilizados no processo global de formação” (Amiguinho, 1992, p. 13).

Há, nesta interpretação, uma clara valorização do «formar-se» em vez do «forma», em que a formação pertence sempre aqueles que se formam, através de um processo reflexivo sobre si próprios, sobre as situações, os acontecimentos e as ideias. Podemos acrescentar, recorrendo às palavras de Canário (1991, p.83), que se trata “fundamentalmente de um percurso individual, auto-gerido, que se desenvolve segundo uma lógica de apropriação e não de acumulação de conhecimentos. (...) em que os adultos são sujeitos e agentes de formação e não meros objectos”.

Também Fabre (1995) afirma que, formar implica a transmissão de conhecimentos, como a instrução, mas igualmente de valores e de saber ser, como a educação. Por outro lado, formar contempla a relação do saber com a prática, com a vida. Formar é, portanto, menos específico que instruir, o que o aproxima de educar. Como a educação, a formação caracteriza-se por um aspeto global: trata-se de agir sobre a totalidade da personalidade. Em síntese, formar parece caracterizar-se por uma tripla orientação: 1) transmitir conhecimentos como a instrução; 2) modelar a personalidade na sua globalidade; 3) integrar o saber com a prática.

Esta abordagem da formação constitui uma importante extensão do campo da formação, superando o modelo escolar, por vezes acrítico, baseado na oferta e no consumo individual, “numa lógica instrumental e adaptativa, em que se propõe o consumo

massivo de formação «pronto a vestir», fazendo emergir modalidades de formação «por medida»” (Canário, 1994, p. 23), para um acentuar do saber experiencial dos indivíduos em formação, em que esta é “coproduzida com os destinatários” (Canário, 1994, p. 23).

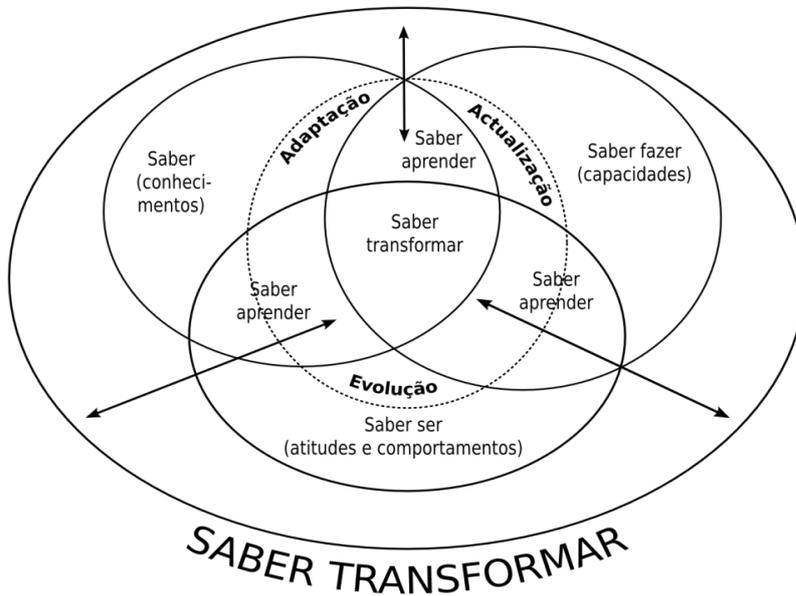
A clarificação do conceito de formação, apela para uma multirreferencialidade que convoca várias disciplinas para a sua explicitação ao nível das representações e das práticas. Além disso, há a salientar as mudanças políticas, económicas e sociais dos últimos anos, conjugadas com os fenómenos de globalização e com a multiplicação das fontes de saber e do saber-fazer. Esta pressão para a mudança deu origem a novas conceções de formação. Saberes e competências adquiridos através da formação inicial já não são suficientes para enfrentar as novas exigências da sociedade em mudança. Tais mudanças exigem o prolongamento da educação e da formação ao longo da vida, não se circunscrevendo a um determinado período, requerendo por isso, a necessidade de manter mecanismos de formação contínua (Forte, 2005).

### 3.1 - FORMAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Toda a formação deve estar orientada no sentido do desenvolvimento das competências pessoais e profissionais. Uma análise da literatura mostrou-nos como as metodologias de ensino podem ser um poderoso instrumento auxiliar na formação para a competência, e como podem ajudar a (re)pensar a lógica da aprendizagem e a transformar a ação educativa numa noção de saber-fazer perene, noção que é o corolário da inter-relação entre os saberes teóricos e a sua aplicação prática nos contextos de trabalho.

A formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimento), do saber-fazer (capacidades), do saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender pela evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem (Dias, 2004). Para o autor todos estes saberes são cruciais para que haja da parte do formando um *saber-transformar*, ou seja, uma interação entre estes saberes e uma adaptação aos contextos de trabalho. Esta interação de saberes com a evolução social, a atualização de conhecimentos e a adaptação às novas exigências das situações de trabalho, podem levar ao desenvolvimento de competências (Saber Transformar) como se pode observar pela seguinte figura:

Figura 2: Desenvolvimento de competências: Adaptado Dias (2004)



O saber profissional compreende a totalidade de todos os conhecimentos, destrezas, flexibilidades, autonomia e capacidades, tendo em vista a execução de tarefas definidas, vinculadas às várias profissões. Cada vez mais, a formação terá de conduzir que o formando fique habilitado ao exercício de uma atividade profissional qualificada, que inclua, o planeamento, execução e controlo autónomo. É por todas estas razões que o planeamento curricular, os métodos, as estratégias e todas as atividades de ensino, devem visar o ensino para a competência (Bunk, 1994).

No entanto como salienta Le Boterf (2003) é necessário não confundir a noção de competências com os conhecimentos adquiridos através da formação. Os conhecimentos obtidos pela formação estão patentes no maior grau de conhecimento e nas capacidades desenvolvidas após a formação profissional. As competências surgem pela aplicação adequada e ajustada, às situações concretas de trabalho, desses mesmos conhecimentos. Verificamos assim que para se ser competente não basta possuir capacidades e conhecimentos.

É indiscutível que os enfermeiros, no seu dia-a-dia de trabalho, para resolverem as diversas situações com que se deparam tenham de ter competência para agir, prestando cuidados de enfermagem com eficácia e eficiência. Na perspetiva de Dias (2004), o

maior desafio é o de adaptarem essas competências às novas exigências evolutivas da profissão,

*“Esta está interessada na qualidade dos cuidados prestados e nas actividades dos seus praticantes, o que se revela de suma importância quando se trata de questões de visibilidade social dos cuidados de enfermagem, a qual poderá espelhar fragilidades do desenvolvimento profissional e incapacidades da formação e da prática de enfermagem”*(Dias, 2004, p. 65).

Para Alarcão (1995) ser enfermeiro implica ser competente, e refere que ser enfermeiro competente é ser capaz de mobilizar no momento oportuno, um conjunto de conhecimentos e capacidades. Esta mobilização de conhecimentos desencadeia atitudes e sobretudo comportamentos que a formação terá que trabalhar no sentido do desenvolvimento de competências.

Do mesmo modo e independentemente dos conhecimentos obtidos da formação, Benner (2001) defende que a competência se desenvolve ao longo da vida profissional, nos contextos de trabalho, pelo que define cinco graus de competência: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito.

Podemos verificar que para Benner (2001), as competências dos profissionais desenvolvem-se de forma gradativa e temporal, o que nos leva a crer que o desenvolvimento mais ou menos rápido das competências se deve à capacidade de interiorização e reflexão, ligado que está às características individuais do sujeito e aos contextos de trabalho. Neste contexto, a formação deve ter um cariz particularmente estratégico, preocupando-se em desenvolver nos formandos as competências necessárias para mobilizar em situações concretas os recursos teóricos e técnicos adquiridos durante a formação (Nóvoa, 1988).

Le Boterf (2003), alerta para o facto, da formação inicial ou contínua não poder assegurar, sozinha, a fiabilidade das competências; pode, no máximo, comprometer-se com a disponibilização de conhecimentos ou de capacidades. Ela não pode garantir a passagem destas últimas ao estatuto de competências. As situações profissionais que requerem a operacionalização das competências não são estáveis. Elas evoluem e podem passar por fases diferentes. As competências requeridas em situação normal não são as mesmas exigidas em situação de perturbação.

Nesta perspectiva para o mesmo autor, um plano de formação deve centrar-se sobre três grandes funções:

- *Desenvolver os saberes e as capacidades-recursos necessários à construção das competências;*
- *Contribuir para o desenvolvimento do profissionalismo dos indivíduos ajudando-os a articular e a relacionar entre si saberes e capacidades-recursos assim como competências;*
- *Aumentar a capacidade de transpor os conhecimentos adquiridos de formação e os conhecimentos adquiridos profissionais para novas situações profissionais.*

Na perspectiva de Minet (1995), os responsáveis pela formação, mesmo que procurem um ecletismo na escolha dos conteúdos e métodos, devem estar vigilantes no que concerne à análise dos postos de trabalho, devido às mudanças constantes que se operam no interior das organizações. A mesma opinião é partilhada por Perrenoud (1997), relativamente às responsabilidades da escola na construção das competências. Sugere que os programas escolares devem desenvolver um conjunto significativo de competências e não se reduzirem à cultura geral de acumulação de conhecimentos.

Os conhecimentos e as competências, não constituem um produto que preexiste àquele que os adquire. Adquirir não significa, aqui, “ir buscar em prateleiras (...) o aprendiz se apropria dos conhecimentos e das competências simultaneamente à sua construção (...). Uma formação que não suscite o gosto de aprender tem poucas chances de alcançar um bom nível de qualidade”(Le Boterf, 2003, p. 214).

Segundo a perspectiva que temos vindo a desenvolver, a prática profissional vê-se investida de uma realidade muito própria. Assim sendo, é um lugar de aprendizagem autónomo e incontornável, onde se mobilizam os saberes e as competências específicas que os formandos devem desenvolver através das práticas.

Ao analisar o modelo proposto por Schön, uma epistemologia para a prática que tem, tenha como ponto de referência as competências subjacentes às práticas dos bons profissionais. No livro *Educating the Reflective Practitioner*, sintetiza o seu pensamento pedagógico ao defender que a formação do profissional deva incluir uma forte componente de reflexão a partir de situações reais. Considera Schön que está é a única

via possível para um profissional se sentir capaz de enfrentar as situações, sempre novas e diferentes, com que se vai deparar na vida real, e tomar as decisões apropriadas nas zonas de indefinição que a caracterizam (Alarcão, 1991).

Assim, Schön (1992) entende que a variação da topografia das práticas profissionais existentes coloca problemas muito diversificados à formação profissional. Neste contexto, entende que o agir profissional tem de ser orientado pela eficiência, no qual, o profissional deve possuir um saber-fazer intrínseco que se aproxime da sensibilidade artística. É esta competência que, na sua ótica, lhe permite agir nas situações de maior complexidade e fazer face ao imprevisto. Subjacente a este saber-fazer deve estar os conhecimentos provenientes das ciências e das técnicas que também devem dominar. Na realidade, os problemas com que se deparam os profissionais nem sempre se apresentam estruturados e organizados. Para os identificar e resolver é preciso recorrer aos conhecimentos. Na hora de identificar, decidir, construir soluções e de resolver um problema não é fácil a não ser mediante a aplicação do conhecimento e da técnica.

Pelo que o autor defende, a formação dos profissionais deve incluir uma forte componente de reflexão a partir de situações reais. As práticas reflexivas no campo da formação profissional exigem que se preste atenção aos problemas emergente dos contextos e que se procurem as melhores soluções. A pesquisa e a experimentação na ação centram-se nas dificuldades e nas soluções mais eficazes. Estes processos ajudam a clarificar situações confusas e a desenvolver o conhecimento, capacidades, habilidades e destrezas que vão habilitando progressivamente para o desempenho profissional.

O termo conhecimento na ação, utilizado por Schön (1992), refere-se ao tipo de conhecimento que revelamos nas nossas ações observáveis do exterior, análise, capacidade de decisão, habilidades e capacidade de explicitação verbal, não obstante algumas vezes ser difícil, mediante a observação e a reflexão sobre as ações, realizar uma descrição do conhecimento tácito que a elas está implícito. Os conhecimentos da ação são dinâmicos, os conceitos, os procedimentos, as regras e as teorias são estáticas, mas é justamente aqui que o papel do formador e da formação têm grande relevo, porque ajudam os formandos a compreenderem a relação entre a teoria e a prática.

Na perspetiva de Schön (1992), o desenvolvimento das competências processa-se a partir das situações da prática que resultam singulares, incertas e conflituosas. Resolvê-las implica fazer recurso a todos os conhecimentos, capacidades e habilidades. Pouco a

pouco, o formando começa a reconhecer a sensação, aprende a distingui-la das sensações associadas, a compreendê-las e a ser capazes de detetar e corrigir os próprios erros.

Por sua vez Perrenoud (1997) no seu modelo escolar de construção das competências, sustenta que o ensino tem que ter em conta a exigência das novas competências profissionais e as metodologias devem centra-se nas aprendizagens. Na sua perspetiva, considera que durante a formação, o formando deve ser capaz de mobilizar as suas aquisições, em situações diversificadas, complexas e imprevistas. Esta preocupação exprime-se e faz apelo à problemática do *transfer* de conhecimentos de umas situações para outras e para a construção das competências. Os saberes adquiridos devem ser transferíveis, mas este *transfer* exige que a matriz dos conhecimentos, passe pela integração das competências de reflexão, decisão e ação para se manter perene e fazer face às situações novas e complexas com que o individuo se confronta no dia-a-dia.

Neste contexto, formação das competências exige uma lógica de treino. As competências constroem-se exercendo-se ou resolvendo-se situações complexas progressivas. Deste modo, está indicada a aprendizagem através do desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas. Nelas, os formandos são confrontados com os seus saberes e identificam os que lhes falta adquirir. Aprendem a procurar autonomamente as fontes e os recursos que lhes permitem adquiri-los. A aprendizagem com base na resolução de problemas possibilita a reflexão e favorece uma progressão na assimilação dos conhecimentos e na construção das competências (Perrenoud, 1997).

A atual reorganização do Sistema Educativo com vista à concretização do processo de Bolonha assume a mudança do paradigma de ensino, de um modelo passivo baseado na transmissão de conhecimentos para um ensino baseado no desenvolvimento de competências. Assume ainda reconhecer a aprendizagem ao longo da vida, valorizando a aprendizagem formal realizada e as competências adquiridas. (Lei de Bases do Sistema Educativo, Lei nº 49/2005, de 30 Agosto e Decreto- Lei nº 74/2006, de 24 de Março).

Deste modo, pretende-se que o processo de construção de saberes seja de uma forma dinâmica, refletida e crítica para que daí advenha uma prática refletida, de modo a que os formandos se sintam preparados para fazer face à realidade complexa, instável,

incerta e mesmo contraditória da prática de enfermagem (McCallum, 2007 citado por Gomes, 2008).

### 3.2 - FORMAÇÃO PROFISSIONAL CONTÍNUA

A importância crescente que tem sido atribuída à formação profissional, encontra-se fortemente vinculada à crença de que a formação contínua atualiza os conhecimentos e, sobretudo, as competências necessárias às contínuas e rápidas mudanças que se experimentam, nomeadamente, nos contextos de trabalho. Este facto é bem assinalado por Canário (1999, p.39-40) quando afirma que:

*“ As expectativas quanto às potencialidades da formação, em sociedades que evoluíram de uma situação marcada pela estabilidade, para outra marcada pela aceleração brutal do ritmo de mudanças sociais e tecnológicas, alargaram-se ao domínio de produção de mudanças deliberadas, de grandes proporções, abrangendo sectores vastos da actividade social. A crença nas virtualidades da formação, por vezes encaradas como uma condição não só necessária como, também, suficiente para o êxito de empreendimentos reformadores, tem alimentado a convicção, mil vezes repetida, segundo a qual, para mudar a educação, a saúde, a economia é preciso...formar. Formar professores! Formar médicos e enfermeiros! Formar empresários!”*

No entanto, as perspetivas otimistas e mesmo eufóricas face às potencialidades da formação, têm vindo a sofrer alguma decepção. Esta decepção fundamenta-se numa certa ineficácia dos resultados esperados da formação que, segundo Canário (1999, p.40), “está associada à persistência de modalidades escolarizadas de formação, consubstanciada numa lógica de ‘acções’ de formação que tem subjacente uma perspectiva instrumental e cumulativa”.

Cada vez mais os contextos sociais e profissionais estão em constante desenvolvimento, não podendo, hoje em dia, o contexto pessoal e social ser alheio ao profissional. No campo da formação profissional contínua – situado num contexto que se poderá denominar de interface, entre os conhecimentos social e profissionalmente úteis e, ao mesmo tempo, significativos e representativos para o formando – os conteúdos não poderão ser encarados do mesmo modo que na formação inicial. Antes, deverá tomar-se em consideração o conjunto dos processos cognitivos, afetivos e sociais de construção de saberes pelo formando (Fabre, 1995). Saberes que não se identificam exclusivamente com o conhecimento científico - epistemológico mas que devem integrar analiticamente

conhecimento teórico com conhecimento prático e com conhecimento da experiência da vida quotidiana (Costa e Silva, 2003).

Para Sá-Chaves (2007), a ideia de um período dedicado à formação, seguido de outro de exercício profissional com base nos conhecimentos e competências desenvolvidos aquando da formação, foi-se claramente desatualizando. Questão que se amplia na óbvia incapacidade de processamento, por cada sujeito, do caudal imenso de informação continuamente disponibilizada.

Derrubadas assim as convicções sobre a larga margem de validade dos conhecimentos adquiridos na etapa dedicada à formação dita inicial, e aberto um espaço de reflexão sobre a impossibilidade de, nesse período, se processarem as aprendizagens essenciais capazes de desenvolver nos sujeitos em formação competências para enfrentar as incertezas de todos os futuros, ficam patentes duas dimensões paradigmáticas que abrem novas perspectivas e novas abordagens à problemática da formação:

- **Princípio de inacabamento** subjacente quer à produção universal de conhecimento, quer à (re) construção pessoal dos saberes e, nele, a condição de abertura ao novo como única via de atualização informacional que possa facilitar, em cada sujeito, os processos de (re)construção dinâmica de saberes e de competências.
- **Princípio de continuidade** que contrariando os princípios de organização etápica do paradigma de racionalidade técnica, remete para a ideia de formação constante ao longo da vida como único contraponto ao, também constante, processo de desatualização continuada (Sá-Chaves, 2007).

Assim, em termos educativos, o que está verdadeiramente em causa, como objeto a prosseguir, é um “saber evoluir”, traduzido numa constante capacidade de adaptação a novas ideias e novos contextos de vida pessoal e profissional. Neste último aspeto, o “saber evoluir” afirma-se, em cada momento, por um saber estar que é resultante de um sábio encontro entre “a formação académica original e uma experiência de vida com muitas faces, em que sobressaem a actividade profissional e o recurso a modalidades diversas de enriquecimento formativo” (Almeida e Costa, 2000, p. 33).

Isto significa segundo o mesmo autor que, em matéria de formação profissional ou profissionalizante, “deixou de haver referências fixas, pois o desafio passou a ser o de

preparar os indivíduos para uma elevada capacidade de adaptação a novas situações profissionais que, inexoravelmente, acabarão por surgir no percurso de vida de cada um” (Almeida e Costa, 2000, p. 33).

Considerando que os indivíduos aprendem ao longo de toda a vida, em todos os lugares e circunstâncias, formação inicial e formação contínua integram-se e articulam-se num mesmo processo, como salienta Canário (1991, p.82), “são ambas, etapas de um processo que atravessa toda a vida do profissional”.

A formação contínua difere da formação inicial a começar pelos seus públicos, passando pela sua organização, os seus conteúdos, os seus objetivos, bem como pela natureza das suas finalidades. A formação profissional contínua, na opinião de Malglaive (1995), engloba processos formativos organizados e institucionalizados subsequentes a formação inicial. A formação assume a vocação para “satisfazer novas necessidades ligadas às múltiplas evoluções da sociedade e os itinerários pessoais dos indivíduos que têm de as enfrentar; necessidades às quais estas estruturas devem estar sempre abertas e prontas a responder (...)” (Malglaive, 1995, p. 21).

A propósito da formação contínua e da educação permanente, Nóvoa e Rodrigues (2005) afirmam que tiveram uma evolução paralela e ambas “Traduzem necessidades sociais e formativas que não encontram resposta adequada em concepções escolarizantes fechadas no interior do sistema educativo formal” (Nóvoa e Rodrigues, 2005, p. 10).

Torna-se evidente pelas reflexões apresentadas, que a formação contínua permite questionar novas modalidades de exercício da ação educativa, através de um estudo detalhado das aprendizagens que ocorrem na vida do indivíduo e que, apesar de não serem consideradas deliberadamente educativas, têm de facto um efeito formativo, todo aquele que concorre, consciente ou inconscientemente, para uma modificação do comportamento de um indivíduo (ou de um grupo) e das suas representações do mundo, de uma forma durável, tanto no plano intelectual como afetivo (Scwartz, 1973 citado por Abreu, 2001).

### 3.3 - FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

A evolução que se opera no seio de qualquer profissão obriga a um aperfeiçoamento e atualização sistemática dos conhecimentos, com vista à valorização dos profissionais, à otimização dos recursos e a evolução qualitativa dos resultados. A isto não é alheia a profissão de enfermagem. O processo de profissionalização e a melhoria do estatuto socioeconómico da Enfermagem surgiram do reconhecimento sobre a importância social, da existência de um corpo de conhecimento próprio e específico. Consciente destes aspetos, a formação em enfermagem procurou atender às novas políticas de saúde, acompanhar o desenvolvimento dos saberes e culturas de enfermagem na Europa e no mundo, bem como as transformações decorrentes da sua integração no Ensino Superior Politécnico (Fernandes, 2007).

O ensino superior politécnico, visa proporcionar uma sólida formação cultural e técnica de nível superior, desenvolver a capacidade de inovação e da análise crítica e ministrar os conhecimentos científicos de índole teórica e prática e as suas aplicações com vista ao exercício de atividades profissionais (nº4, art.º 11, subsecção III). O ensino de enfermagem só teve concretização efetiva com a publicação da Portaria nº195/90, de 17 de Março, que estabelece um conjunto de princípios orientadores que se refletiram necessariamente na formação inicial dos alunos. Este conjunto de princípios determinou que o plano de estudos do curso contemplasse, de forma articulada, uma componente teórica e uma componente de ensino clínico.

Para os estudos superiores especializados, a Portaria nº239/94, de 16 Abril, prevê que a estrutura curricular do curso compreenda um conjunto de disciplinas e de estágios e deverá assegurar uma adequada articulação entre a componente teórica e a componente prática. A duração do ensino teórico deve ser, pelo menos 50% da carga horária do curso e a duração do ensino clínico deve ser, pelo menos, 40%.

A componente de ensino teórico, tem como objetivo permitir ao aluno adquirir a competência científica e técnica ao nível dos cuidados de enfermagem na área científica de especialização do curso, e desenvolver a capacidade para a gestão dos serviços, o ensino e a investigação.

A componente de ensino prático, tem como objetivo permitir ao aluno desenvolver a sua competência técnico-científica, através da aplicação dos conhecimentos e técnicas

adquiridas na componente de ensino teórico. Ao nível dos estudos superiores especializados preconizam-se os conhecimentos processuais, ou seja, aqueles que visam descrever como se faz e como se aprende. Estes distinguem-se dos conhecimentos gerais, que são expressos de forma independente das ações que podem ser realizadas. Estes conhecimentos são descritos tendo em vista as ações a realizar (Dias, 2006).

Segundo a mesma autora, é significativo que o processo de formação em enfermagem tenha adotado o modelo das competências profissionais e uma metodologia entendida como inovadora – a formação em alternância. Isto significa que o desenvolvimento de competências, é finalmente visto não só como a componente indissociável de um conjunto, mas também como fator fundamental para a promoção do sucesso educativo e desempenho profissional. Quanto à metodologia da formação em alternância, pode inferir-se a dois níveis: o primeiro, ressalta da formação teórica, alternada com estágios clínicos; o segundo, da condição de ingresso no curso de estudos superiores especializados: dois anos de exercício profissional comprovado por instituição idónea, após terminada a formação inicial. Valoriza-se assim, a experiência prática dos candidatos, como condição prévia para a frequência dos cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem.

No desenvolvimento da profissão de enfermagem a formação funcionou com alavanca no desenvolvimento das várias competências que os enfermeiros necessitam para desempenharem bem o seu papel. Como refere Collière (1999, p.111), “é a formação que constrói o papel da enfermeira e ajusta a esse papel, a prática dos cuidados prestados pelas enfermeiras”. Ainda para a autora, as influências exercidas no decurso da formação em enfermagem e no exercício profissional contribuem para a orientação do papel do enfermeiro, e ambas se estruturam em torno do domínio dos conhecimentos adquiridos e das tecnologias a desenvolver, conduzindo a um questionamento sobre a prática dos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros constituem uma força humana e profissional importante e, de acordo com Kérouc et al (1994), a sua formação e competência são diversificadas e multidisciplinares, sendo a profissão marcada pela polivalência. Esta diversificação provém da formação permanente, da formação contínua e da formação em serviço, sendo esta última a que se desenvolve paralelamente com a prática profissional.

A enfermagem como profissão exige a mobilização de conhecimentos adquiridos durante a formação de base e/ou especializada, que devem ser continuamente renovadas através da formação profissional contínua.

A formação contínua em enfermagem pode definir-se como “ a formação pós básica que vise envolver ativamente os enfermeiros num longo processo de aprendizagem, assente numa cultura de formação ao longo da vida, com o objectivo final de melhorar a prestação de cuidados de saúde” (Gaspar et al., 2010, p.54-55).

O panorama atual educativo da formação/educação em saúde, ao respeitar os pressupostos do Processo de Bolonha, acrescem-se-lhe novas exigências do ponto de vista formativo, no sentido do desenvolvimento do sujeito formando - este é agora o ator central, com estatuto de produtor do seu próprio conhecimento. Segundo Mendonça (2009), o Processo de Bolonha como paradigma de mudança do sistema educativo passivo a uma política educativa de aquisição e desenvolvimento intra e inter-pessoal de competências instrumentais, interpessoais e sistémicas onde a componente prática atinge expoente máximo, despoletou, na atualidade, um extraordinário desafio conducente a uma reflexão profunda sobre a profissão e as políticas educativas do sistema de formação em enfermagem, nacional e internacional, Esta “revolução” assume como proposta central, de forma operacionalizada, que esta metodologia assenta numa perspetiva de intervenção ativa, participativa e responsável do formando, enquanto ator do processo ensino-aprendizagem.

### **3.3.1 - Formação em contexto - prática clínica**

A articulação entre a formação e os contextos de trabalho é uma questão fulcral na formação de adultos, pois formar não é ensinar às pessoas determinados conteúdos, mas sim trabalhar coletivamente para a resolução de problemas (Nóvoa, 1988). Ainda segundo este autor, a formação faz-se na “produção” e não no “consumo” do saber. A enfermagem não foge a este princípio, uma vez que o objetivo principal a atingir é melhorar a qualidade na prestação de cuidados aos utentes e assim promover o desenvolvimento da profissão.

A formação em contexto de trabalho caracteriza-se pela integração dos espaços de trabalho e de formação, e por uma lógica interativa de construção e mobilização de saberes, com a implicação do indivíduo no seu todo.

A análise das situações de trabalho em enfermagem permite-nos encará-las sob uma perspetiva global e, por outro lado, ver a sua complexidade e especificidade. Desta forma, sendo o enfermeiro um ator que interage nos diversos contextos, a formação na prática pode contribuir para o seu crescimento pessoal e profissional e para a redefinição das suas práticas de trabalho, na medida em que se trata de encara as situações de formação como ‘reconstruções’ das situações de trabalho. A existência de uma forte dimensão formativa das situações e contextos de trabalho representa, atualmente, uma das mais fecundas hipóteses, para orientar quer a produção de novas práticas formativas quer a sua elucidação a partir da produção de novos conhecimentos (Canário, 2003).

Neste sentido, a otimização do potencial formativo das situações de trabalho passa, pela criação de dispositivos e dinâmicas formativas que propiciem, no ambiente de trabalho, as condições necessárias para que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens, a partir de um processo autoformativo (Canário, 1999).

A aprendizagem em contexto clínico é atualmente uma dimensão estruturante da socialização e da formação dos profissionais de saúde. Abreu (2001) considera o contexto da prática profissional como um espaço de trabalho e de formação, em que se assiste à construção e mobilização de saberes, implicando o envolvimento dos profissionais no seu todo. Nestas circunstâncias, a formação visa “a produção simultânea de saberes, de competências, e de identidades profissionais” (2001, p.60). O mesmo autor considera o contexto da prática profissional como um espaço impar, em que trabalho, investigação e formação são componentes indissociáveis da ação do indivíduo e do coletivo (Abreu, 2007).

São bastantes os argumentos que nos fazem acreditar no potencial formativo que representa os contextos de trabalho e na necessidade de refletir sobre as práticas. A esse propósito, Jobert (1999, p.228) alega o seguinte:

*“Os formadores já não podem mais contentarem-se em transmitir saberes formalizados produzidos pelos cientistas ou pelos organizadores, esperando que serão aplicados eficazmente, devem igualmente estar à escuta dos saberes práticos*

*produzidos e executados pelos trabalhadores, na ação situada, por ocasião da experiência do trabalho real. Por tanto é necessário renunciar a considerar a noção de trabalho como natural, como designativa de uma realidade «natural» e construí-la como conceito”.*

O campo da prática, como aliás sublinha Friedberg (1988) encontra-se repleto de mensagens implícitas que, tornando-se formativas, condicionam os comportamentos pessoais e coletivos. É neste sentido que se torna necessário perceber o campo da prática.

O campo da prática é, como lembram Jarvis (1992) e Schön (1992), um sistema complexo de interações, ocorrido num dado contexto, que por sua vez enquadra a ação e a contextualização como um conjunto de símbolos, através dos quais se lhe confere uma significação. A prática implica simultaneamente uma ação, o exercício de uma competência, um conjunto de mediações simbólicas e a própria experiência. Vista nesta perspetiva ecológica, por um lado é acompanhada de uma componente reflexiva, de interações, de conflitos, de transformações pessoais e coletivas, por outro, permite a reorganização dos contextos, com toda a sua história, tradições, simbolismos e regras. Neste sentido, a prática permite ultrapassar o conjunto de saberes estabelecidos, apelando à produção de novos saberes a partir dos preexistentes (Abreu, 2003).

A enfermagem atual, tal como as outras profissões da área da saúde, tem necessidade de mobilizar e trabalhar um conjunto muito vasto de conhecimentos, com expressão a nível da ação. Grande parte deles é oriunda de outras ciências que têm o homem como objeto de atenção. No entanto, a enfermagem conta também com saberes cuja natureza assenta na experiência do cuidar como fenómeno humano e que evoluem naturalmente, acompanhando o homem no decurso da sua existência; trata-se, na sua essência, de um saber situado no contexto da prática profissional (Abreu, 2004).

### **3.3.2 - Formação - aprendizagem experiencial**

As atitudes e comportamentos relativos à aprendizagem são resultantes do intercâmbio entre as características de cada sujeito e a relação com o meio circundante, corroborando Alarcão e Tavares (2003), que assumem que a aprendizagem é uma construção pessoal resultante de um processo experimental, interior à pessoa e que se traduz numa transformação de comportamento relativamente estável. Temos, deste

modo, uma noção de aprendizagem que é em tudo similar à noção de formação, ao consideramos esta como processo respeitante ao próprio, centrado no desenvolvimento pessoal desejado, articulando-se com os percursos individuais (Dias, 2004).

A aprendizagem experiencial é um processo que se inicia com a experiência seguido pela reflexão, discussão, análise e avaliação da experiência, emergindo novas aprendizagens. Antonello (2006), citado por Serrano (2008).

Na continuidade do processo de aprendizagem, Zeichner (1993) enfatiza o processo reflexivo com três níveis de reflexão: 1) a reflexão técnica que inclui a análise de ações manifestas, englobando o que se faz e é suscetível de ser observado; 2) a reflexão na prática, que se refere à reflexão sobre o que se faz resultando numa planificação das ações a implementar e ainda uma 3) reflexão crítica, envolvendo uma análise dos resultados e das implicações éticas e políticas.

Estas são capacidades características do desenvolvimento permanente em função da experiência, do desenvolvimento de competências e dos saberes profissionais que, como refere Perrenoud (2002, p.13) “a figura do profissional reflexivo está no cerne do exercício de uma profissão, pelo menos quando a consideramos sob o ângulo da especialização e da inteligência no trabalho”.

Nos adultos as experiências vividas são um suporte importante da sua aprendizagem, o que tem sido sublinhado em diferentes trabalhos sobre formação de adultos. Como sublinha Pires (2005) a aprendizagem é um processo desenvolvido ao longo da vida, a partir de trajetórias pessoais, sociais, profissionais, e numa multiplicidade de contextos.

A aprendizagem deve ser concebida como processo e não como resultado, um contínuo processo alicerçado na experiência, o qual requer a resolução de conflitos sobre diferentes modos de olhar o mundo. Neste sentido, a aprendizagem é um processo holístico de adaptação à vida, envolvendo transações entre o aprendiz e o meio. Como tal, é um processo de criação de conhecimento através da transformação pela experiência, e não uma identidade independente que é adquirida e transmitida (Kolb, 1984 citado por Abreu 2001).

A aprendizagem é entendida como um processo contínuo, cuja base é a experiência; a aprendizagem transforma a experiência tanto na sua forma objetiva como subjetiva. A aprendizagem experiencial caracteriza-se exatamente pela abertura à experiência, o que

implica saber aproveitar oportunidades e agir com flexibilidade estratégica em situações imprevistas, dando uma imagem positiva de abertura à experiência e desejo de aprender. (Rodrigues et al, 2006)

Existem duas condições básicas para que determinada formação possa ser qualificada de experiencial: o contacto direto com a situação e a possibilidade de agir (Kolb, 1984). Para o mesmo autor citado por Abreu (2001, p.118),

*“A vivência dos acontecimentos e o contacto com os problemas permitem mudanças de valores, sentimentos, conhecimentos e habilidades. Existe um comprometimento do individuo em todas as suas dimensões (cognitivas, afectivas, comportamental) e mudanças consequentes, que se fazem sentir aos diversos níveis: conhecimentos, atitudes, habilidades, auto-conceito. A aprendizagem pela experiência não se projecta apenas no desenvolvimento do saber- fazer ou no de habilidades instrumentais. Nem se limita, como processo amplo de desenvolvimento de saberes, à experiência propriamente dita: ela supõe uma intensa actividade intelectual, a fim de confrontar a experiência, de a integrar, de lhe dar um sentido e de a reinvestir”.*

Uma questão se nos coloca quando falamos de aprendizagem experiencial, é sobre o que entendemos por experiência.

Para Benner (2001) a palavra “experiência” não faz só referência ao tempo passado a exercer uma profissão, mas a um processo muito ativo que consiste em formar e modificar teorias e ideias ligadas de muito perto à realidade. A teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria.

Em sentido amplo, experiência é tudo o que se constitui ao longo da vida na confrontação com o real; constrói-se na intimidade individual e/ou coletiva, e pode englobar aspetos emocionais, intelectuais, entre outros (Moniz, 2001). O mesmo autor refere crer, que foi pela incapacidade da maioria dos saberes constituídos não poderem resolver a maioria dos problemas que se nos colocam, que o conhecimento produzido na e pela experiência emerge. Todavia, produzir conhecimento pela experiência, constitui uma necessidade de explicitar o que constitui essa experiência, de modo a tomarmos consciência dessa experiência e fazê-la objeto de reflexão, tendo por objetivo modificar ações futuras (Vermesh, 1989 citado por Moniz, 2001).

Abreu (2007), lembra que as experiências só por si não asseguram desenvolvimento, embora se aceite que o potencial de desenvolvimento seja influenciado pela sucessão de experiências. Os pontos - chave que explicam o desenvolvimento e a aprendizagem são

a reflexão e a auto – crítica. Ambas devem ser entendidas como instâncias avaliativas e formativas do indivíduo que refletem sistematicamente sobre a sua prática e trajeto de formação. Só a experiência combinada com estas duas instâncias pode proporcionar aprendizagens consistentes.

### **3.3.3 - Formação - Reflexão na ação**

Dewey em 1933, um dos primeiros teóricos na área da educação, explorou o processo e o produto do “pensamento reflexivo”, Dewey citado por Abreu (2007) defendia que o “pensamento reflexivo” tinha como função transformar uma determinada situação em que se experiencia dúvida e conflito, numa situação clara, coerente, apaziguadora e harmoniosa. Acreditava que o pensamento reflexivo surgia em situações de dúvida, hesitação, perplexidade, e/ou dificuldade mental, e que impulsionava a pessoa a procurar, sondar ou inquirir uma forma de esclarecer a dúvida e eliminar as perplexidades. O pensamento reflexivo contribui para uma ideia mais informada, e uma ação futura mais consistente. Confirmou o valor das experiências vivenciadas na reflexão e argumentou que as ideias e as sugestões dependem de experiências vividas dado que não surgem do vazio.

Abreu (2007) faz referência as obras de Schön “ The Reflective Practitioner” (1983) e “Educating the Reflective Practitioner” (1987), nas quais o autor aborda a epistemologia da prática, caracterizando a reflexão-na-ação como um processo através do qual os profissionais aprendem refletindo, analisando e interpretando as suas cognições e decisões na ação. O conhecimento que advêm da prática refletida é um saber fundamental, porque é específico e inerente à ação, no contexto em que esta se desenvolve.

A reflexão sobre as praticas profissionais é igualmente um processo fundamental para a formalização de conhecimentos inerentes à prática que não são suscetíveis de ser reduzidos ou transportados para a teoria (Abreu, 2001). A este respeito, Canário (1999, p.111) afirma que:

*“A ideia que hoje tende a ser prevalecente, no campo das teorias da formação, nomeadamente da formação de adultos, conferindo uma importância decisiva aos saberes adquiridos por via experiencial, e ao seu papel de “âncora” na produção de novos saberes, procura articular uma lógica de continuidade (sem referência à*

*experiência anterior não há aprendizagem), com uma lógica de ruptura (a experiência só é formadora se passar pelo crivo da reflexão crítica) ”.*

Para Schön (1983) citado por Alarcão (1996, p.14), “nem as teorias aplicadas nem as técnicas de decisão e os raciocínios aprendidos fornecem soluções lineares”. Como defende o autor, torna-se necessário e indispensável recorrer a outras fontes e ao domínio de outros saberes, que emergem de uma experiência refletida e consciencializada e onde podem ser mobilizados conhecimentos, quer de natureza teórica, quer de natureza prática. Neste sentido, nega-se a artificialidade da separação entre a teoria e a prática, encarando-as antes numa relação interaccional em que a teoria informa a prática e esta por sua vez, permite reequacionar e reorganizar os pressupostos teóricos, constituindo-se desse modo como uma fonte de conhecimento (Sá-Chaves, 2007).

Por outro lado, a mesma autora sustenta que o conhecimento resultante da prática não seja integrado e assumido de forma mecanicista, inquestionável e automática. Estamos, assim, perante um novo entendimento da prática educativa - uma nova epistemologia - em que se pretende que se desenvolva uma ação intencionalmente reflexiva. A reflexão sobre a prática (retrospectiva ou prospetiva) constitui-se, assim, como uma estratégia privilegiada para a construção e reconstrução de saberes profissionais, de atitudes e de competências. Exige de nós não a competência aplicativa simplista e muda, mas uma meta competência reflexiva e crítica, inteligente e estratégica que se traduz no saber pensar e na obrigação de o fazer a todo o instante no exercício das práticas. (Sá-Chaves, 2007)

Não se trata de afirmarmos que todo o nosso conhecimento anterior sofre uma rejeição absoluta, quer no seu valor intrínseco, quer na possibilidade da sua aplicação. Do que se trata é de uma mudança de atitude ao nível da competência reflexiva que, a uma praxis de autómato, preferência uma ação refletida e humanizada, oportuna, pertinente e ajustada que veicule o que se sabe e o que se sente e que se acredita ser o melhor para aquela situação e momento. E isto, porque acrescenta não mais competência, como já referimos, mas mais qualidade à ação através de uma também mais complexa reflexão que a justifica, avalia e regula de forma continuada. Assim, “estes profissionais, reflexivos e solidários, questionam-se a todo o momento, interrogam cada uma das sub – áreas do seu saber múltiplo, à procura de melhor. E deste modo, deixam, sem mágoa,

cair o saber velho e, conhecendo-se a si mesmos melhor do que ninguém, prosseguem inquietos e sempre insatisfeitos rumo ao sítio primordial onde julgam que a qualidade mora” (Sá-Chaves, 2007, p. 89).

D’Espiney (1997) refere que a formação de profissionais através de um processo reflexivo, com base na sua experiência, requer que se enfatize a ligação do profissional ao contexto de trabalho, o que significa que estes profissionais têm que ter vinculação É ao local de trabalho e por conseguinte, à própria profissão. É a sua atividade que constitui o ponto de partida e, como refere Canário (1994, p.27), “para que a experiência se converta em saber, é necessário fazer do exercício de trabalho objecto de reflexão e pesquisa pelos que nele estão directamente implicados”. D’Espiney (1997) considera que a reflexão não é um fim em si; encontra fundamento no argumento de que esta “é um meio que permite aos sujeitos através de um processo de descontextualização da acção e de recontextualização, uma (re) construção interna da situação, que adquire outros significados, permitindo visualizar novas formas de operar e desenvolver o reflexo de aprendizagem permanente nas e através das situações profissionais, no quadro de uma organização autoformativa” (Canário, 1994, p. 27).

Assim os encontros de reflexão (pré e pós ação) deverão constituir-se como tempos e espaços privilegiados de interação social nos quais, através da ajuda do outro, cada qual procura reequacionar conhecimentos adquiridos e apropriar-se de outros, procurando resolver problemas que teria mais dificuldade em solucionar sozinho (Sá-Chaves, 2007).

Em nosso entender, a capacidade de se debruçar sobre as situações reais de trabalho deverá estar presente e desenvolvida nos enfermeiros, uma vez que se estes refletiram ao longo da ação, eles refletirão seguramente sobre o seu saber profissional (Schön, 1996), pois só a partir da compreensão da própria atividade profissional se desenvolverá o sentido crítico necessário sobre a ação, ou seja, a capacidade reflexiva, que permita o desenvolvimento de bases cognitivas para a prática de cuidados, a partir de uma conceção alargada de pensamento crítico em enfermagem, que inclua a técnica de resolução de problemas e de raciocínio diagnóstico, considerando vários pontos de vista. A reflexão crítica na formação, sobre os cuidados que prestam, é fundamental para a melhoria, e implica, como refere Schön (1996), que o conhecimento na ação seja dinâmico resultando numa reformulação da própria ação.

Por outro lado, como refere Le Boterf (2003), é a partir de uma reflexão sobre a experiência concreta que o trabalho de abstração e de conceptualização poderá ser realizado para ser reinvestido em situações formativas em contexto de trabalho. Podem surgir das situações práticas do dia-a-dia conhecimentos novos, que vão levar a uma reorganização do processo formativo, pois na enfermagem o conhecimento prático fundamenta-se no conhecimento teórico adquirido, propiciando uma retroalimentação constante, pois aquilo que é vivido na prática fornecerá elementos para reafirmar ou refinar a teoria (Waldow et al, 1995).

### 3.4 - TIPOLOGIAS FORMATIVAS

O estado atual das reflexões em matéria de formação contínua permite questionar novas modalidades de exercício da ação educativa, através de um estudo das aprendizagens que ocorrem na vida do indivíduo e que, apesar de não serem consideradas deliberadamente educativas, têm de facto um efeito formativo todo aquele que concorre, consciente ou inconscientemente, para uma modificação do comportamento de um indivíduo de uma forma durável (Scwartz, 1973 citado por Abreu, 2001).

As mudanças sociais, técnicas e culturais obrigam a outras necessidades educativas e a outras estruturas educativas da formação para lhe fazer face. Nesse sentido, a formação advém de situações formais, não formais e informais (Costa, 2008).

É provavelmente dos exercícios mais difíceis, no âmbito do debate sobre a definição de critérios que distingam a formação formal, da informal e não formal. É geralmente fácil encontrar e fornecer exemplos que ilustram cada uma destas partições conceptuais, mas não se encontram critérios consensuais que definam as fronteiras entre elas, subsistindo sempre margem para situações do quotidiano educativo que ultrapassam essas mesmas fronteiras.

Canário (1999) identifica as situações formais como aquelas que na sua estruturação obedecem a programas prévios, a horários, e estão sujeitas a avaliação e certificação. As não formais, não estão sujeitas às características anteriores, estando baseadas no voluntariado e na preocupação de dar resposta às necessidades que advêm dos contextos de trabalho. Por último, as situações informais correspondem às situações que no dia-a-

dia são potencialmente formativas, não havendo consciência do mesmo nem intencionalidade. Todas elas poderão ser estruturadas ou não, em função do paradigma escolar, competindo ao formador fazer as opções mais adequadas a cada situação de formação inseridas nos diversos contextos.

Os modelos formais têm um papel capital no momento da organização e na definição dos atos que deverão ser praticados nos serviços Benner (2001). A educação formal resulta de uma ação intencional educativa e “assenta na dialéctica da separação e da articulação”, uma vez que as atividades sociais são cada vez mais complexas levando a que os conhecimentos teóricos e práticos não se limitem apenas aos acontecimentos vividos. Para se apropriar dos “conhecimentos é necessário tempo separado das práticas, tempo consagrado à aquisição intensiva das capacidades e competências necessárias a qualquer actividade e portanto também em articulação com o que lhe serve de referência” (Malglaive, 1995, p. 21).

Os objetivos e as metodologias das práticas educativas em contexto de educação não formal têm em conta o desenvolvimento e a experiência do educando no seu todo. Por isso, a educação não-formal procura propiciar o enquadramento adequado para responder às aspirações e necessidades do formando bem como para desenvolver as suas competências pessoais, potenciando a sua criatividade. (Pinto, 2005).

Para Benner (2001) o tipo não formal é utilizado sobretudo nas passagens de turno e reuniões, onde se discutem as fases do processo de enfermagem, pela reflexão sobre os problemas existentes.

A educação não formal é vista como complementar e não contraditória ou alternativa, ao sistema de educação formal e deve, pois, ser desenvolvida em articulação permanente quer com a educação formal, quer com a educação informal (Pinto, 2005).

Ainda o mesmo autor refere “Ao longo dos últimos anos, a necessidade de formação permanente- ao longo da vida- mostrou-nos que o desenvolvimento de competências variadas pode ser conseguido através da aprendizagem em contextos quer formais, quer não-formais ou informais” (p.3).

A educação informal, pode definir-se como tudo o que aprendemos mais ou menos espontaneamente a partir do meio em que vivemos: das pessoas com quem nos relacionamos informalmente, dos livros ou da televisão, da multiplicidade de

experiências que vivemos quotidianamente com mais ou menos intencionalidade em relação ao seu potencial de aprendizagem (Pinto, 2005).

A educação informal não é impreterivelmente organizada ou orientada. É utilizada em contexto de trabalho com situações concretas e reais, contribuindo para a resolução de problemas «in loco» no dia-a-dia, existindo uma proximidade entre os formandos e o formador, em que este ultimo tem um papel de orientador e de facilitador, apelando sempre ao diálogo e à reflexão Benner (2001).

No percurso formativo, o indivíduo ultrapassa claramente a necessidade de aumentar e expandir o espaço de formação a áreas que tradicionalmente não lhe eram permitidas. Segundo Correia (1992, p.5), “(...) o reconhecimento da importância da formação informal tem sido, com efeito, acompanhado pela produção de modelos de inteligibilidade das práticas formativas onde o informal não desempenha um papel subsidiário, mas estruturante”.

Questionar a formação, os saberes ou a prática profissional nunca poderá ser refletir sobre ações isoladas ou abstratas. O desenvolvimento das sociabilidades, inerente à transformação cognitiva dos contextos de trabalho, faz apelo a um vasto conjunto de saberes, não centrados, sobre operações isoladas mas sim no próprio processo de produção. É nesta medida que importa prestar uma atenção acrescida ao informal, às situações imprevistas, aos diálogos invisíveis, aos saberes aos espaços e aos tempos simbólicos que estruturam a formação, mesmo quando não estão presentes na sua “materialidade” (Correia, 1992).

Abreu (2001) referia a importância dos momentos não formais ou informais para a aprendizagem dos enfermeiros, uma vez que permitiam problematizar aspetos estruturantes do contexto socioclínico. No mesmo sentido, Spouse (2001) citado por Abreu (2007) refere que participando nestas atividades informais (por vezes consideradas periféricas), os formandos reconhecem a relevância dos saberes adquiridos por via informal para a prática, permitindo inclusivamente concretizar mais facilmente novas aprendizagens e como articular a teoria e a prática.

Encontram-se no campo das ações informais aquelas que não obedecem a formas educativas determinadas; aquelas que não aparecem como formas educativas explicitas, específicas ou independentes (quando o papel educativo do agente não é reconhecido

socialmente nem institucionalmente), a educação produzida por uma ação que não foi concebida explicitamente para formar e aquela da qual ainda não se conhece a forma educativa que a ação terá. (Pain, 1990, citado por Abreu 2001).

Os processos de educação informal cobrem uma variedade de aprendizagens, mais ou menos consciencializadas pelos indivíduos, que influenciam de modo distinto as práticas. Apesar da importância de todas estas aprendizagens, aquelas que apresentam maior interesse para a formação estão relacionadas com o desenvolvimento de processos informais baseados na experiência, que ocorrem na sequência de situações nas quais os indivíduos pensam, sobre os acontecimentos que vivem e estão na origem de posteriores alterações de comportamento, e atitudes (Garrick, 1998 citado por Guimarães, 2000).

Desta forma, a educação formal e não formal assumem um carácter intencional, contando com objetivos de aprendizagem ou formação explícitos e apresentam-se sempre como processos educativos diferenciados e específicos. No seu conjunto, é isto que as distingue da educação informal (Pinto, 2007).

Os critérios de diferenciação entre educação formal e não formal e informal aqui refletidos, dificilmente conseguem evitar a sensação de nos movermos num território de delimitação conceptual muito ténue e, porventura, significativamente artificial. Em cada proposta de delimitação entre estes três conceitos, haverá sempre uma evidência da prática, da realidade, que a colocará legitimamente em questão (Pinto, 2007).

*“Não basta aos alunos e aos enfermeiros dominarem um conjunto de saberes teóricos para se considerarem aptos para o desenvolvimento, com qualidade, das práticas profissionais. É imprescindível, para a mobilização dos diversos saberes na prática, o domínio de saberes processuais que permitam concretizar a síntese entre os saberes formais e informais, legitimar os últimos nos contextos de trabalho e integrá-los na constelação de saberes em uso.(...) A aprendizagem informal que hoje continua a ser marginalizada em detrimento dos saberes veiculados em sala de aula, é um veículo fundamental para a construção de saberes progressivamente mais complexos, a percepção de si como elemento de uma equipe e o desenvolvimento de uma identidade profissional reconhecida em contexto” (Abreu, 2001, p. 304).*

**PARTE DOIS**

***ESTUDO EMPÍRICO***

## 4 – METODOLOGIA

“ (...) investigação em ciências de enfermagem diz respeito ao estudo sistemático de fenómenos que conduzem à descoberta de saberes próprios da disciplina.” (Fortin, 1999, p.31)

A investigação permite a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão.

No que concerne à disciplina de Enfermagem, o desenvolvimento da investigação está inerente à evolução da profissão, ao seu ensino e à prática, verificando-se que ao longo da sua história surgiram progressos neste domínio e mudanças de tendência e de orientação. Não obstante estas mudanças temos vindo a verificar que junto dos profissionais de saúde, o recurso à investigação tem vindo a aumentar nos últimos anos, no estudo dos seus percursos e espaços de formação, o que, para além de proporcionar o desenvolvimento de um novo corpo de saberes e de promover a autonomia da profissão, permite, também, melhorar as condições de vida dos indivíduos, pelo que assume grande importância na nossa profissão.

Neste capítulo será descrito o percurso metodológico inerente ao nosso estudo, de forma a dar seguimento prático à pesquisa, tendo consciência de que os dados analisados numa investigação dependem de quem é observado (amostra), através de que meios foram observados (instrumentos) e de como as observações foram conduzidas (procedimentos), pois, um método é uma estratégia integrada de pesquisa que organiza criticamente as práticas de investigação, incidido sobre a seleção e articulação das técnicas de recolha e análise da informação (Oliveira, 2010).

### 4.1 - FUNDAMENTAÇÃO E FINALIDADE

A reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos. Assim, o enfermeiro especialista em

Enfermagem de Reabilitação deve possuir um elevado nível de conhecimentos e experiência, acrescida que lhe permita conceber planos de enfermagem de reabilitação e que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa. Esta aquisição de competências pressupõe um conjunto de conhecimentos, de capacidades, de intervenção e de comportamentos estruturados em função de uma finalidade que permite agir em contexto.

Neste contexto, assume-se a Enfermagem como uma ciência essencialmente construída a partir de competências práticas, donde a aprendizagem emerge necessariamente de imagens de competências práticas e tem como finalidade o desenvolvimento profissional e a melhoria dos cuidados.

Segundo a OMS (1997) o desempenho profissional baseado em competências, permitirá uniformidade de cuidados e adequação de linguagem entre os profissionais. Assume como diretriz preconizada para o séc. XXI, que todos os profissionais de saúde devem estar dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), possibilitando a sua participação e atuação multiprofissional, beneficiando os indivíduos e comunidade.

Com a regulamentação das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação pela OE e a sua publicação em Diário da Republica em Fevereiro de 2011, tornou-se para nós importante perceber aquelas que os enfermeiros de reabilitação mais valorizam na sua intervenção profissional, uma apreciação do seu valor é essencial para apreender o “estado de arte” que cada um calcula face ao exercício da enfermagem de reabilitação. O seu grau de competência, de facto, entre os fatores concorrentes da competência profissional, a competência percebida e considerada como nuclear na competência efetiva, sendo de grande importância o seu estudo para se intentar compreender a complexidade do processo da enfermagem de reabilitação. E quais as necessidades formativas, ambicionamos contribuir para a melhoria da formação dos enfermeiros de reabilitação, reconhecida como condição basilar para elevar a qualidade das práticas profissionais.

É este o argumento essencial para fundamentar a pertinência de considerar as competências desta população como objeto de estudo.

Conhecida a finalidade do estudo, e de forma a tornar mais expressiva a intencionalidade inerente ao mesmo, enunciámos as questões de investigação.

#### 4.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Para Quivy & Campenhoudt (2003) a melhor forma de começar um trabalho de investigação social é pelo levantamento de uma ou mais questões de partida, tentando o investigador exprimir o mais exatamente possível o que procura saber, elucidar ou compreender melhor. As questões deverão apresentar qualidades de clareza, de exequibilidade e de pertinência, qualidades fundamentais para o sucesso da investigação.

Fortin (1999) define as questões de investigação como enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem uma ou duas variáveis assim como a população estudada.

Desta forma, com a elaboração do quadro de referência do presente estudo, foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- 1 - Quais Competências Específicas os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação mais valorizam para o exercício da sua atividade profissional?
- 2 - Quais as Competências Específicas em que os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação, se consideram mais competentes?
- 3 - Quais as Competências Específicas em que os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação, referem ter/sentir maior necessidade de formação?
- 4 - Qual o contributo dos diferentes tipos de formação na aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação?
- 5 - Como se correlacionam as variáveis importância atribuída, grau de competência e as necessidades de formação na escala de Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação?
- 6 - A valorização das competências, bem como a perceção das competências e as necessidades de formação variam em função de que variáveis (tempo de especialidade, contexto profissional)?

Hipótese é uma tentativa de explicação provisória da relação entre duas ou mais variáveis (Polit e Hungler, 1995).

Tendo em atenção estas questões e de acordo com os objetivos do estudo e enquadramento teórico, foram formuladas as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1:** Há relação entre a importância atribuída às competências e o grau de competência.

**Hipótese 2:** Há relação entre a importância atribuída às competências e as necessidades formativas.

**Hipótese 3:** Há relação entre o grau de competência e as necessidades formativas.

**Hipótese 4:** Há relação entre a importância atribuída às competências e o tempo de especialidade.

**Hipótese 5:** Há relação entre o grau de competência e o tempo de especialidade.

**Hipótese 6:** Há relação entre as necessidades formativas e o tempo de especialidade.

**Hipótese 7:** Há relação entre a importância atribuída e a prestação/não prestação de cuidados essencialmente no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

**Hipótese 8:** Há relação entre o grau de competência e a prestação/não prestação de cuidados essencialmente no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

**Hipótese 9:** Há relação entre as necessidades formativas e a prestação/não prestação de cuidados essencialmente no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

**Hipótese 10:** Há relação entre a importância atribuída e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

**Hipótese 11:** Há relação entre o grau de competência e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

**Hipótese 12:** Há relação entre as necessidades formativas e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

#### 4.3 - TIPO DE ESTUDO

A abordagem da investigação será de tipo quantitativo, por se julgar ser o mais apropriado para o estudo. O estudo quantitativo insere o descritivo e correlacional.

Será de natureza quantitativa porque constitui “um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo (...) os instrumentos metodológicos e a análise estatística visam tornar os dados válidos (...)” (Fortin, 1999, p. 322).

É ainda descritivo - correlacional, o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações. “O principal objetivo do estudo descritivo - correlacional é a descoberta de factores ligados a um fenómeno. (...) A definição e a descrição preliminares das variáveis, estabelecidas num nível de investigação precedente, conduzem o investigador a explorar a existência de relações entre variáveis, podendo dar lugar à formulação de hipótese, que poderão ser objecto de verificação em estudos subsequentes” (Fortin, 1999, p. 174).

#### 4.4 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Polit e Hungler (1995, p.143) “*uma população é toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios*”. Estas autoras referem ainda a utilidade da distinção entre população-alvo e população de acesso, em que “a população-alvo é toda a população em que está interessado o pesquisador. A população de acesso refere-se àqueles casos que estão de acordo com os critérios de elegibilidade e que são acessíveis ao pesquisador”.

O estudo das Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação, pretendeu envolver a população de profissionais constituindo um grupo amostral representativo. Assim, seleccionou-se um número de elementos da população alvo que poderia dar uma informação fidedigna sobre o assunto a estudar.

Como referem Quivy e Campenhoudt (2003) e Fortin (1999), uma amostra é um conjunto de elementos da população que nos permite obter dados sobre um determinado fenómeno, tendo em conta o tipo de estudo quantitativo e o tipo de amostragem.

O processo de recolha da amostra populacional, com seleção de forma não probabilística, por conveniência, que favorece o uso de pessoas mais facilmente disponíveis como sujeitos do estudo (Hill e Hill, 2002). Ou seja, incidiu sobre todos os Enfermeiros Especialista em Reabilitação inscritos na Associação Portuguesa Enfermeiros de Reabilitação (1011 Enfermeiros, no total).

A amostra ficou confinada a 38 enfermeiros que colaboraram com as suas respostas.

#### 4.5 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Um dos grandes desafios que se colocam aos investigadores profissionais e académicos, das diversas áreas, prende-se com a tentativa de descrever e explicar a realidade nas suas múltiplas dimensões, recorrendo a linguagens e metodologias diferentes, permitindo acompanhar a impetuoso ritmo com que se verifica a transformação das sociedades modernas (Pires, 2004).

Neste sentido, os investigadores encontram ao seu dispor um vasto conjunto de técnicas que lhes permitem responder a estratégias de natureza qualitativa e quantitativa. A natureza do problema de investigação, bem como, o tipo de informação que pretendemos recolher, determinou a nossa seleção dos instrumentos a utilizar. Neste caso, tendo em vista as características e desenho do estudo, pretendemos recolher informação de natureza quantitativa.

Para concretizar a pesquisa em causa, optámos por utilizar, como instrumento de colheita de dados, um questionário. Os motivos para esta opção metodológica prendem-se com a dimensão da população, a economia de tempo e de recursos e com a garantia de maior liberdade de resposta e de anonimato.

O questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessitam das respostas escritas por parte dos sujeitos. Traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a verificar os dados de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa (Fortin, 1999).

A opção da construção de um instrumento para a investigação, deve-se ao facto da inexistência de uma escala ou questionário elaborado sobre as “Competências

Específicas do Enfermeiro de Reabilitação”. Assim, foi necessário a construção original que contivesse as competências específicas do enfermeiro de reabilitação definidas pela Ordem dos Enfermeiros, para a qual foi solicitada autorização à Ordem dos Enfermeiros.

#### **4.5.1 - Pré-teste**

Fizemos o pré teste do questionário, no qual participaram 25 Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, que decorreu no período de 5 a 30 de Janeiro 2012, com o intuito do seu aperfeiçoamento.

O estudo piloto, só se realizou após consentimento informado por parte dos referidos enfermeiros.

Consideramos esta etapa indispensável pois permite corrigir ou modificar o questionário e resolver problemas imprevistos.

Fortin (1999) refere que “o pré -teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (entre 10 a 30 sujeitos) a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas” (p.253).

Ponderou-se a facilidade e tempo requerido para a sua aplicação, a compreensão, clareza e pertinência das questões e, as sugestões relativamente são instrumentos.

#### **4.5.2 - Estudo de Validade Psicométrica do Questionário**

A validade de conteúdo foi assegurada pelo trabalho realizado pela OE (2011), quando delineou as “Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação”. A validade do constructo foi determinada pela análise de consistência interna entre os itens ( Alpha de Cronbach).

Os itens que compõem o questionário englobam dimensões que, como já referimos pretendem medir e consequentemente verificar as suas relações conceptuais. Faz parte do processo de investigação, que o investigador certifique o instrumento construído, de

modo que os itens pertencentes a cada dimensão se correlacionem, ou seja, avaliem os conceitos que de facto querem avaliar.

Hill e Hill (2002) ao referirem-se à medida de uma variável latente, isto é, definida por um conjunto de outras variáveis, dizem que esta é fiável se for consistente, quer em termos de estabilidade temporal, quer em termos de equivalência de medidas e consistência interna.

A consistência interna entre itens, foi calculada através da determinação do alpha de Cronbach, que é uma medida de avaliação da homogeneidade inter-itens na aferição de uma dimensão não diretamente observável. Este coeficiente varia entre o 0 e 1, assumindo o valor 0 se os itens não se apresentam estatisticamente correlacionados entre si e o valor 1 se os itens se apresentam perfeitamente correlacionados entre si.

No apêndice I encontram-se os resultados do valor de Alpha de Cronbach na totalidade do questionário no pré teste, verificando-se excelente consistência interna entre as variáveis. Não obstante, prosseguiu-se uma análise deste coeficiente caso alguma das variáveis fosse excluída, tendo em conta a correlação de cada variável com o conjunto de variáveis constituintes (*corrected item-total correlation*) e o cálculo do coeficiente de alpha de Cronbach procedendo à eliminação de cada uma das variáveis (*Alpha if item deleted*). Verifica-se que, nas situações assinaladas, o coeficiente de alpha aumenta em caso de eliminação da variável que o compõe e o coeficiente de correlação total é comparativamente inferior

#### Quadro 1 – Alfa Cronbach na totalidade do pré teste

<b>Importância Atribuída</b>	<b>Grau de Competência</b>	<b>Necessidade de Formação</b>
<b>0,9776</b>	<b>0,9708</b>	<b>0,9719</b>

Os valores de Alfa entre 0,7 e 0,8, são considerados de “Razoável”, entre 0,8 e 0,9 de “Bom” e maior que 0,9 são considerados de “Excelente” (Hill e Hill, 2002; Moreira, 2004).

Podemos assim, considerar a consistência interna de “Boa” e “Excelente” pelos resultados obtidos pela determinação do coeficiente Alpha de Cronbach.

#### **4.5.3 - Versão final**

A versão final aplicável deste instrumento (Apêndice II) de recolha de dados divide-se em três partes.

A primeira tem como objetivo caracterizar a amostra, resultante da análise:

- Variáveis como género e idade.
- Variáveis profissionais, como habilitações académicas, tempo de experiência profissional no serviço e na profissão, tempo de especialidade, vínculo profissional, categoria e instituição de exercício na prática de enfermagem e se presta cuidados essencialmente no âmbito dos cuidados enfermagem de reabilitação.

Na segunda, construímos um questionário com a finalidade de avaliar: Importância atribuída; Grau de competência e as Necessidade de formação, sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

O questionário tem a forma de escala tipo Likert de 1 a 5, em que a sua organização foi realizada segundo as 8 unidades de competências e respetivos critérios de avaliação das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, num total de 46 itens que descrevem as competências que um profissional deve possuir para exercer a profissão, regulamentadas pela OE.

Cada item pode ser respondido conforme o exemplo, que se reporta ao cabeçalho da Parte II:

O exercício da enfermagem de reabilitação compreende um conjunto de competências específicas. Assim, após ler cada uma das competências, expresse a sua opinião, relativamente ao seguinte:

- Indique a **importância que atribui** a cada uma delas, de acordo com a seguinte escala

1	2	3	4	5
Nenhuma importância	Pouco importante	Importante	Muito Importante	Muitíssimo importante

- Indique o seu **grau de competência** em cada uma delas, de acordo com a seguinte escala

1	2	3	4	5
Incompetente	Pouco competente	Competente	Muito competente	Muitíssimo competente

- Indique as suas **necessidades de formação**, de acordo com a seguinte escala

1	2	3	4	5
Desnecessário	Necessito pouco	Necessito	Necessito muito	Necessito muitíssimo

**Quadro 2 – Escala de tipo *likert* de avaliação: importância atribuída, grau de competência e necessidade de formação nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.**

<p><b>Unidade de competência: 1 - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.</b></p>															
<b>CrITÉRIOS de avaliação</b>	<b>Importância atribuída</b>					<b>Grau de competência</b>					<b>Necessidade formação</b>				
Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

**Quadro 3 - Número de dimensões e pontuação da Escala de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação.**

Estudo das competências Dimensões	Variáveis - Pontuação					
	Importância atribuída		Grau de competência		Necessidade de formação	
	min	máx.	min.	máx.	min.	máx.
<u>Dimensão 1 - Unidade de competência</u> - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades. <b>Itens: 1 a 10</b>	10	50	10	50	10	50
<u>Dimensão 2 - Unidade de competências</u> - Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade. <b>Itens: 11 a 22</b>	12	60	12	60	12	60
<u>Dimensão 3 - Unidade de competência</u> - Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da eliminação e da sexualidade. <b>Itens: 23 a 27</b>	5	25	5	25	5	25
<u>Dimensão 4 - Unidade de competência</u> - Avalia os resultados das intervenções implementadas. <b>Itens: 28 a 30</b>	3	15	3	15	3	15
<u>Dimensão 5 - Unidade de competência</u> - Elabora e implementa programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida. <b>Itens: 31 a 34</b>	4	20	4	20	4	20
<u>Dimensão 6 - Unidade de competência</u> - Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social. <b>Itens: 35 a 39</b>	5	25	5	25	5	25
<u>Dimensão 7 - Unidade de competência</u> - Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório. <b>Itens: 40 a 44</b>	5	25	5	25	5	25

<b>Dimensão 8 - Unidade de competência</b> - Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados. <b>Itens: 45 e 46</b>	2	10	2	10	2	10
<b>Total</b>	46	230	46	230	46	230

Para determinar as pontuações das 8 dimensões, deverão ser somado os valores de 1 a 5, obtidos em cada item e pertencentes a cada dimensão. A nota total é obtida pela soma de todos os itens. Estes podem variar entre um mínimo de 46 e um máximo de 230.

A terceira parte aborda as componentes formativas mais importantes na aquisição das competências específicas do enfermeiro de reabilitação: formação académica/especializada; formação experiencial; formação pela análise das práticas e ações de formação. De forma a medir a importância das componentes formativas foram questionados 4 atributos, sendo que cada atributo é medido através de uma *Escala de Likert* de cinco níveis: *Nada Importante*, *Pouco Importante*, *Importante*, *Muito Importante* e *Muitíssimo Importante*.

A questão seguinte tenta identificar as duas mais importantes para a aquisição das atuais competências. As duas últimas questões são questões abertas que pretendem complementar e aprofundar as componentes formativas ao induzir o sujeito a enumerar aquelas com as quais mais se identifica, assim como, os contextos formativos mais marcantes.

#### 4.5.3.1 - Planeamento e colheita de dados

Após efetuar um pedido de colaboração a associação portuguesa enfermeiros de reabilitação, para o desenvolvimento do presente estudo (Apêndice III). Este teve apreciação favorável da Presidente da APER e a sua anuência para a recolha de informação.

Foi da APER a responsabilidade única e exclusiva, proceder aos contatos via e-mail aos enfermeiros inscritos na APER e o envio dos questionário via internet, garantindo todos os requisitos de segurança e confidencialidade dos dados pessoais, no respeito integral

de todos os preceitos ético legais. Foram-lhes explicados os objetivos e finalidades do estudo, carácter voluntário, anonimato e confidencialidade dos dados. Consideramos a aceitação por consentimento informado e a participação voluntária como condições éticas válidas para a prossecução do estudo.

A colheita de dados para o presente estudo de investigação decorreu entre Março e Abril de 2012.

#### 4.5.3.2 - Tratamento de dados

Após a colheita de dados é necessário organizar a informação obtida para que eles possam ser analisados e tratados a fim de fornecerem respostas às questões de investigação previamente colocadas.

#### **Análise estatística**

Os dados foram tratados estatisticamente através do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 17.8.

Numa primeira parte realizou-se uma análise estatística descritiva com o objetivo de descrever e analisar a amostra em estudo recorrendo à representação da informação através de tabelas e de gráfico, bem como à determinação de algumas medidas descritivas de localização ou tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão).

Numa segunda fase, por meio da estatística inferencial, recorreu-se a testes estatísticos visando deste modo obter uma resposta à questão central de investigação e à aceitação ou rejeição das hipóteses formuladas.

Na aplicação das técnicas estatísticas observou-se que, de um modo geral, os pressupostos de normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias não foram verificadas, pelo que se recorreu a técnicas estatísticas não-paramétricas que não exigem à partida o conhecimento da distribuição amostral e devem então ser aplicados como alternativa aos testes paramétricos. Para verificar a normalidade das distribuições recorreu-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* ou ao teste de *Shapiro-Wilk*, consoante a dimensão da amostra em análise. Segundo Maroco (2007) o teste de *Shapiro-Wilk* é particularmente apropriado, e preferível ao teste *Kolmogorov-Smirnov*, para amostra de

pequena dimensão ( $n < 30$ ). E para verificar a homogeneidade das variâncias recorreu-se ao teste de *Levene*.

De forma a quantificar a intensidade e direção da associação dos scores globais e por dimensão da ECEER com as três variáveis “importância atribuída” “Grau de competência” e “necessidades formativas”, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman, que é uma medida de associação alternativa não-paramétrica entre duas variáveis pelo menos ordinais (Maroco, 2007). Optou-se pela utilização do coeficiente de correlação de Spearman pois não exige à partida nenhum pressuposto sobre a forma da distribuição das variáveis. Ao testar a normalidade da distribuição das variáveis, através do teste Kolmogorov-Smirnov, constatou-se que a generalidade das variáveis não verificava este pressuposto.

Para avaliar se prestar ou não cuidados de reabilitação afeta significativamente os scores globais e por dimensão da ECEER com as três variáveis “importância atribuída” “Grau de competência” e “necessidades formativas”, utilizou-se o teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney (ou teste de U Mann-Whitney). Pois, tal como refere Maroco (2007), este constitui uma alternativa a usar quando o teste *t*-Student para duas amostras independentes não possa ser utilizado na comparação de duas médias populacionais. Segundo Pestana e Gageiro (2008), o teste de Mann-Whitney é de utilização preferível quando há violação da normalidade, ou quando o tamanho das amostras é pequeno, ou ainda quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal. Optou-se pela utilização do teste de Mann-Whitney uma vez que os pressupostos do teste *t*-Student para amostras independentes não são válidos. Este teste permite averiguar se as funções de distribuição das duas populações sob estudo são idênticas.

Para avaliar se o tempo de especialidade afeta significativamente os scores globais e por dimensão da ECEER com as três variáveis “importância atribuída” “Grau de competência” e “necessidades formativas” utilizou-se o teste de análise variâncias por ordens de Kruskal-Wallis (ou teste de Kruskal-Wallis), que pode ser considerado como a alternativa não-paramétrica à ANOVA *one-way*. Pois, tal como refere Pestana e Gageiro (2008), deve-se recorrer a este teste quando não se encontram reunidos os pressupostos da normalidade, ou da igualdade das variâncias, ou quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal. Segundo Maroco (2007), este teste pode ser então usado para testar se duas ou mais amostras provém de uma mesma população ou se de

populações diferentes ou se, de igual modo, as amostras provém de populações com a mesma distribuição. Optou-se pela utilização do teste de Kruskal-Wallis uma vez que os pressupostos do teste ANOVA *one-way* não são válidos.

Ainda se recorreu ao teste de Kruskal-Wallis para verificar se, o tempo em cuidados de reabilitação afeta significativamente os scores globais e por dimensão da ECEER com as três variáveis “importância atribuída” “Grau de competência” e “necessidades formativas”.

A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de  $\alpha=0,05$  com intervalo de confiança de 95%. Para um  $\alpha$  significativo ( $\leq 0,05$ ) observam-se as diferenças ou associação entre os grupos. Para um  $\alpha > 0,05$  não se observam diferenças ou associação significativa entre os grupos.

## 5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Segundo Gil (1999), a análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de tal forma, que possibilitem a adequação de respostas ao problema proposto.

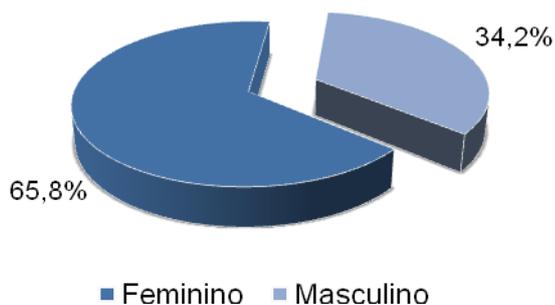
Os dados são apresentados em quadros nos quais se omitiu a fonte por se tratar de dados respeitantes a aplicação do instrumento.

### 5.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

#### Género

A amostra é constituída por 38 enfermeiros, dos quais 13 (34,2%) são homens e 25 (65,8%) são mulheres. No gráfico 1 ilustra-se a distribuição da variável sexo.

**Gráfico 1 - Caracterização dos inquiridos segundo o género**



#### Idade

Pela observação do quadro 4, verificamos que a média de idades dos enfermeiros inquiridos foi de 39,13 anos, para um desvio padrão de 8,13 anos. O mínimo verificado foi de 38 anos para um máximo de 56 anos.

#### Quadro 4 - Caracterização dos inquiridos segundo a idade

	n	Min	Máx	M	DP
Idade	38	28	56	39,13	8,13

Min = mínimo Máx = máximo M = Média DP = Desvio padrão

#### Formação académica

Quanto à formação académica verifica-se pelo quadro 5, que todos os inquiridos têm a Licenciatura em Enfermagem. Dos enfermeiros inquiridos 14 (36,8%) têm uma Pós Graduação, 9 (23,7%) têm um Mestrado e 1 (2,6%) o Doutoramento.

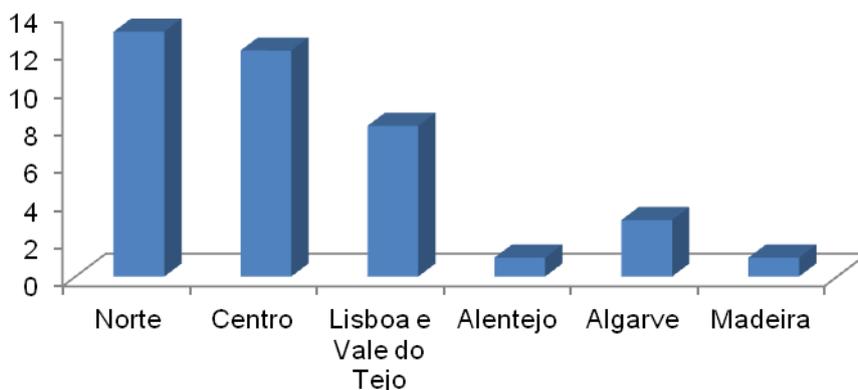
#### Quadro 5 - Caracterização dos inquiridos quanto à formação académica

Formação académica	n	%
Licenciatura	38	100
Pós graduação	14	36,8
Mestrado	9	23,7
Doutoramento	1	2,6

#### Instituição onde exerce funções

Relativamente instituição onde exerce funções, verifica-se que 34,2% dos enfermeiros trabalha na região de saúde do norte, 31,6% dos enfermeiros trabalha na região de saúde do centro, 21,1% dos enfermeiros trabalha na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2,6% dos enfermeiros trabalha na região de saúde do Alentejo, 7,9% dos enfermeiros trabalha na região de saúde do Algarve e por fim 2,6% dos enfermeiros trabalha na região de saúde da Madeira.

**Gráfico 2 - Caracterização dos inquiridos quanto a instituição onde exercem funções**



**Serviço onde exerce funções**

No quadro 6 seguinte apresenta-se a distribuição da variável serviço onde os enfermeiros da amostra trabalham

**Quadro 6 – Caracterização dos inquiridos quanto ao serviço onde exercem funções**

	n	%
Medicina	6	15,8
Cardiologia	4	10,5
ECCI	4	10,5
Ortopedia	4	10,5
UCC	4	10,5
UCIP	4	10,5
Centro de saúde	2	5,3
Direção de enfermagem	2	5,3
Bloco Operatório	1	2,6
Cirurgia	1	2,6
Cirurgia Plástica /ORL	1	2,6

Consulta externa	1	2,6
Escola enfermagem	1	2,6
Gastro	1	2,6
Pneumologia	1	2,6
Unidade de queimados	1	2,6

### Tempo de experiência profissional no atual serviço

Em relação ao tempo de experiência profissional no atual serviço, como se observa no quadro 7, verificou-se que o mínimo de experiência profissional na amostra é de 1 ano para um máximo de 31 anos. Com uma média de 7,84 para um desvio padrão de 6,98.

### Quadro 7 - Caracterização dos inquiridos quanto ao tempo de experiência profissional no atual serviço

	n	Min	Máx	M	DP
<b>Tempo de experiência</b>					
<b>Profissional no atual</b>					
<b>serviço</b>	38	1	31	7,84	6,93

Min = mínimo Máx.= máximo M = Média DP = Desvio padrão

### Tempo de serviço na profissão

Da análise do quadro 8, podemos concluir que, o tempo mínimo de exercício na profissão foi de 5 anos para um máximo de 34 anos. A média é de 16,84 para um desvio padrão de 7,89.

### Quadro 8 - Caracterização dos inquiridos quanto ao tempo de serviço na profissão

	n	Min	Máx	M	DP
<b>Tempo de serviço</b>					
<b>na profissão</b>	38	5	34	16,84	7,89

Min = mínimo Máx.= máximo M = Média DP = Desvio padrão

### Tempo de especialidade

Na variável em análise, como podemos comprovar pelo quadro 9, a média foi de 5,87 e o desvio padrão de 7,19. O mínimo observado foi de 0 para um máximo de 26 anos.

#### Quadro 9 - Caracterização dos inquiridos quanto ao tempo de especialidade

Tempo de especialidade	n	%
< 5 anos	27	71
5 a 15 anos	5	13,2
> 15 anos	6	15,8

### Prestação de cuidados essencialmente no âmbito da enfermagem de reabilitação

No que respeita aos cuidados de reabilitação, constatou-se no quadro 10 que a maioria dos enfermeiros da amostra 63,2%, 24 enfermeiros presta cuidados de reabilitação, sendo que o tempo médio que presta cuidados de reabilitação é 4,96 anos para um desvio padrão 6,7, com um valor mínimo de 1 ano e um máximo de 26 anos.

Dos 14 enfermeiros que não prestam cuidados de reabilitação, consta-se que 50% é derivado à falta de enfermeiros (7 indivíduos), 35,7% tem cargo de gestão (5 indivíduos) e 14,2% está na BO ou numa unidade polivalente (2 indivíduos).

#### Gráfico 3 - Caracterização dos inquiridos quanto a prestação de cuidados essencialmente no âmbito da enfermagem de reabilitação.



**Quadro 10 - Caracterização dos inquiridos quanto ao tempo de prestação de cuidados essencialmente no âmbito da enfermagem de reabilitação.**

<b>Tempo de prestação</b>		
<b>Cuidados de enfermagem</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
< 5 anos	18	75
5 a 15 anos	4	16,7
> 15 anos	2	8,3

**Área de prestação de cuidados enfermagem de reabilitação**

Relativamente a área de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, como se pode constatar pelo quadro 11 existe uma grande diversidade de áreas, a mais representativa com 20,8% presta cuidados de reabilitação domiciliária.

**Quadro 11 – Caracterização dos inquiridos quanto a área de prestação de cuidados enfermagem de reabilitação**

	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
Domicílios	5	20,8
Respiratória/ motora	3	12,5
Neurologia/respiratória/ortopedia	3	12,5
Respiratória /ortopedia	3	12,5
Neurologia/respiratória	2	8,3
Respiratória	1	4,2
Cardíaca/respiratória	1	4,2
Cuidados intensivos	1	4,2
Ensino	1	4,2
Medicina	1	4,2

<b>Medicina /Ortopedia</b>	<b>1</b>	<b>4,2</b>
<b>Neurologia /ortopedia</b>	<b>1</b>	<b>4,2</b>
<b>Queimados</b>	<b>1</b>	<b>4,2</b>
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

### Vínculo profissional

Da análise do quadro 12, podemos concluir que a grande maioria, 33 (86,9%) dos enfermeiros têm como vínculo profissional um contrato por tempo indeterminado, 4 (10,5%) contrato a termo e 1 (2,6%) um contrato por tempo incerto.

### Quadro 12 - Caracterização dos inquiridos quanto ao tipo de vínculo profissional

	n	%
Contrato a termo	4	10,5
Contrato tempo incerto	1	2,6
Contrato tempo indeterminado	33	86,9

### Prestação de serviço noutra local

Relativamente à questão se presta serviço noutra local, como se pode comprovar no quadro 13, maioritariamente, ou seja, 27 (71,1%) dos enfermeiros inquiridos não presta serviço noutra local para além da sua instituição. Apenas 11 (28,9%) responderam que sim. Destes 4 (36,4%) prestam cuidados no âmbito da enfermagem de reabilitação, 2 (50%) na reabilitação domiciliária, 1 (25%) na reabilitação desportiva e cinesiterapia e 1 (25%) como professor.

### Quadro 13 - Caracterização dos inquiridos quanto a prestação de serviço noutra local

	n	%		n	%		n	%	
Sim	11	28,9%	Âmbito	Sim	4	36,4%			
			Enfermagem				Reab.Domiciliaria	2	50%
			Reabilitação				Reab.desportiva/cinesiterapia	1	25%
							Professor	1	25%
				Não	7	63,6%			
Não	27	71,1%							

### Estudo das competências

Na análise descritiva da importância atribuída, grau de competência percebido e necessidade de formação, será considerado, tal como previsto na metodologia, a importância atribuída, o grau de competência e a necessidade de formação na escala global das competências específicas do enfermeiro de reabilitação e suas respetivas dimensões.

### Importância atribuída

Ao analisarmos o quadro 14, verifica-se que os enfermeiros inquiridos apresentam uma média de 202,84, com um desvio padrão de 22,57, com um mínimo de 143 e um máximo de 230 na **escala global**. Os enfermeiros assinalam a importância atribuída entre o nível 4 e 5 da escala de Likert, que corresponde respetivamente a “Muito importante” e “Muitíssimo importante”.

Quanto à **Dimensão 1** “Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades”, os valores oscilam entre 36 e 50 (amplitude de 14) apresentando uma média de 45,11 para um desvio padrão de 4,60.

Na **Dimensão 2** “Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto cuidado nos processos de

transição saúde/doença e ou incapacidade”, os valores oscilam entre os 38 e 60 (amplitude de 22) apresentando uma média de 52,26 para um desvio padrão de 6,22.

Na **Dimensão 3** “Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da eliminação e da sexualidade”, os valores oscilam entre os 14 e 25 (amplitude de 11) apresentando uma média de 22,13 para um desvio padrão de 3,26.

No que se refere a **Dimensão 4** “Avalia os resultados das intervenções implementadas” os valores oscilam entre os 3 e 15 (amplitude de 12) apresentando uma média de 12,95 para um desvio padrão de 2,71.

Na **Dimensão 5** “Elabora e implementa programas de treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida”, os valores oscilam entre os 7 e 20 (amplitude de 13) apresentando uma média de 18,08 para um desvio padrão de 2,70.

Quanto a **Dimensão 6** “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”, os valores oscilam entre os 10 e 25 (amplitude de 15) apresentando uma média de 21,00 para um desvio padrão de 3,68.

Na **Dimensão 7** “Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório”, os valores oscilam entre os 16 e 25 (amplitude de 9) apresentando uma média de 22,34 para um desvio padrão de 2,88.

Quanto a **Dimensão 8** “Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados”, os valores oscilam entre os 6 e 10 (amplitude de 4) apresentando uma média de 8,97 para um desvio padrão de 1,17.

De acordo com os resultados reconhece-se que os enfermeiros inquiridos atribuem às 8 dimensões uma importância entre o nível 4 e 5 da escala de Likert, que corresponde respetivamente a “Muito importante” e “Muitíssimo importante”.

**Quadro 14 - Caracterização da amostra quanto a importância atribuída pelos enfermeiros inquiridos em relação às competências específicas do enfermeiro de reabilitação**

<b>ECEER - Dimensões</b>	<b>n</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Dimensão 1	38	36	50	45,11	4,60
Dimensão 2	38	38	60	52,26	6,22
Dimensão 3	38	14	25	22,13	3,26
Dimensão 4	38	3	15	12,95	2,71
Dimensão 5	38	7	20	18,08	2,70
Dimensão 6	38	10	25	21,00	3,68
Dimensão 7	38	16	25	22,34	2,88
Dimensão 8	38	6	10	8,97	1,17
<b>Global</b>	<b>38</b>	<b>153</b>	<b>230</b>	<b>202,84</b>	<b>22,75</b>

Min = mínimo Máx. = máximo M = Média DP = Desvio padrão

**Grau de competência percebido**

Na variável em análise, como podemos comprovar, pelo quadro 15 verifica-se que o grau de competência percebido pela amostra apresenta uma média de 151,24, com um desvio padrão de 25,16, com um mínimo de 101 e um máximo de 222 na escala global. Verificamos que os enfermeiros apresentam uma média de auto percepção entre o nível 3 e 4 da escala de Likert, que corresponde respetivamente a “Competente” e “Muito competente”.

Ainda no quadro 15 podemos observar que os profissionais se sentem menos competentes na dimensão 6 “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”, os valores oscilam entre os 6 e 25 (amplitude de 19) apresentando uma média de 14,42 para um desvio padrão de 3,94. A média apresentada corresponde ao nível 2 e 3 da escala de Likert, que corresponde respetivamente a “Pouco competente” e “Competente”.

**Quadro 15 - Caracterização da amostra quanto ao grau de competência percebido pelos enfermeiros inquiridos em relação às competências específicas do enfermeiro de reabilitação**

<b>ECEER - Dimensões</b>	<b>n</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Dimensão 1	38	26	50	33,58	5,61
Dimensão 2	38	27	56	39,29	6,41
Dimensão 3	38	11	25	16,58	2,76
Dimensão 4	38	5	15	9,39	2,18
Dimensão 5	38	8	20	13,61	2,80
Dimensão 6	38	6	25	14,42	3,94
Dimensão 7	38	12	25	17,55	3,37
Dimensão 8	38	4	10	6,82	1,47
<b>Global</b>	<b>38</b>	<b>101</b>	<b>222</b>	<b>151,24</b>	<b>25,16</b>

Min = mínimo Máx.= máximo M = Média DP = Desvio padrão

### **Necessidades de formação**

Na variável em estudo pode constatar-se pelo quadro 16, que a necessidade formação da amostra apresenta uma média de 128,89, com um desvio padrão de 33,32, com um mínimo de 46 e um máximo de 198 na escala global. Verificamos que os enfermeiros apresentam uma média entre o nível 2 e 3 da escala de Likert, que corresponde respetivamente a “Necessito pouco” e “Necessito”.

Ainda no quadro 16 constata-se, que os profissionais têm maiores necessidades formativas na dimensão 6 “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”, os valores oscilam entre os 5 e 25 (amplitude de 20) apresentando uma média de 15,63 para um desvio padrão de 4,31. A média apresentada corresponde ao nível 3 e 4 da escala de Likert, que corresponde respetivamente a “Necessito” e “Necessito muito”.

**Quadro 16 - Caracterização da amostra quanto à necessidade de formação pelos enfermeiros inquiridos em relação às competências específicas do enfermeiro de reabilitação**

<b>ECEER - Dimensões</b>	<b>n</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Dimensão 1	38	10	42	27,79	6,83
Dimensão 2	38	12	53	33,45	9,13
Dimensão 3	38	5	25	13,82	4,38
Dimensão 4	38	3	15	8,68	2,30
Dimensão 5	38	4	20	10,68	3,54
Dimensão 6	38	5	25	15,63	4,31
Dimensão 7	38	5	20	13,37	3,90
Dimensão 8	38	2	10	5,47	1,70
<b>Global</b>	<b>38</b>	<b>46</b>	<b>198</b>	<b>128,89</b>	<b>33,32</b>

Min = mínimo Máx.= máximo M = Média DP = Desvio padrão

**Importância atribuída as componentes formativas**

Ao analisarmos o quadro 17 verifica-se que as quatro componentes formativas têm um contributo positivo na aquisição das competências específicas do enfermeiro de reabilitação.

A formação experiencial é considerada por 25 (65,8%) enfermeiros como “Muitíssimo importante”, a análise das práticas é para 24 (63,2%) “Muitíssimo importante”, também a formação académica/Especializada é “Muitíssimo importante” para 22 (57,9%) dos enfermeiros e por último temos as ações de formação com 11 (28,9%) dos enfermeiros que a consideram como “Muitíssimo importante”.

**Quadro 17 – Caracterização da amostra quanto a importância das componentes formativas**

	Nada Importante	Pouco Importante	Muito Importante	Muitíssimo Importante
Acadêmica/ Especializada	0	0	3	13
Experiencial	0	0	1	12
Análise das Práticas	0	0	4	10
Ações de Formação	0	0	9	18

### Componentes formativas mais importantes

Da análise do quadro 18, observamos que a ordem de importância na aquisição das atuais competências da nossa amostra é de: importância 1- para a formação acadêmica como a mais importante com 18 (47,4%). A importância 2 para análise das práticas com 19 (50,0%).

**Quadro 18 - Caracterização da amostra quanto as duas componentes formativas mais importantes para a aquisição das suas atuais competências.**

	Importância 1		Importância 2	
	Frequência	Frequência	Frequência	Frequência
	Absoluta	Relativa (%)	Absoluta	Relativa (%)
Acadêmica/Especializada	<b>18</b>	<b>47,4</b>	7	18,4
Experiencial	<b>16</b>	<b>42,1</b>	<b>10</b>	<b>26,3</b>
Análise das Práticas	4	10,5	<b>19</b>	<b>50,0</b>
Ações de Formação	0	0,0	2	5,3

### Outras componentes formativas

No que se refere às outras componentes formativas para aquisição de competências, pela observação do quadro 19, a maioria dos enfermeiros 30 (78,9%) respondeu “troca de ideias/experiências com colegas”, seguido de 28 (73,7%) dos enfermeiros que referem “consulta regular de literatura especializada”. Também os “Workshops” com 22 (57,9%) e “Reuniões serviço/passagem turno” com 20 (52,6%) são valorizados pelos inquiridos como importantes na aquisição de competências.

### Quadro 19 - Caracterização da amostra quanto a outras componentes formativas

	n	%
Troca de ideias/experiências com colegas	30	78,9
Consulta regular literatura especializada	28	73,7
Workshops	22	57,9
Reuniões serviço/passagem turno	20	52,6
Participar congressos/colóquios	10	26,3
Não respondeu	5	13,1

### Contextos formativos mais marcantes

Quanto aos contextos formativos mais marcantes, de acordo com o quadro 20, podemos verificar que 18 (47,4%) dos enfermeiros referem os “Ensinos clínicos”, seguido de 15 (39,5%) dos enfermeiros a referiram as “Práticas clínicas com reflexão na ação”.

### Quadro 20 - Caracterização da amostra quanto aos contextos formativos mais marcantes

	n	%
Ensinos clínicos	18	47,4
Prática clínica com reflexão na ação	15	39,5
Prática clínica com estudos caso	5	13,2

Participação em projetos	3	7,9
Investigação	2	5,7
Não respondeu	15	39,5

## 5.2 - ANÁLISE E ESTATÍSTICA INFERENCIAL

Após a caracterização da amostra passaremos à apresentação e análise dos resultados inerentes a cada uma das hipóteses em estudo.

“A testagem das hipóteses, através de procedimentos estatístico, capacita os pesquisadores a tomarem decisões objectivas, acerca dos resultados dos estudos “ (Polit e Hungler, 1991:266).

**Hipótese 1: Há relação entre a importância atribuída as competências e o grau de competência.**

Aplicou-se o coeficiente de correlação de Spearman e o respetivo teste de significância, para testar a hipótese «**existe relação estatisticamente significativa entre a importância atribuída as competências e o grau de competência percebida**», procedemos aos estudos da correlação entre os resultados da importância atribuída e o grau de competência percebida em cada uma das dimensões da Escala de Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação (ECEER) e na escala global.

Os resultados apresentados no quadro 21, mostram que entre importância atribuída e o grau de competência percebida a correlação é negativa, muito fraca e não significativa ( $R_s = -0,277$ ), ou seja não se confirma a hipótese formulada.

**Quadro 21 - Resultados da análise de correlação entre importância atribuída na ECEER e o grau de competência (n= 38)**

Importância atribuída	Dimensões da ECEER								
	1	2	3	4	5	6	7	8	Global
Grau de competência	-0,204	-0,176	-0,008	-0,035	-0,194	-0,149	-0,020	0,010	-0,277

\* p <0,05    \*\* p<0,01

**Hipótese 2: Há relação entre a importância atribuída as competências e as necessidades formativas.**

De modo idêntico procedemos ao teste da hipótese «**existe relação estatisticamente significativa entre a importância atribuída as competências e as necessidades formativas.** Analisando os resultados no quadro 22, podemos verificar que entre a importância atribuída as competências e as necessidades formativas não existe correlação significativa e os valores do coeficiente são muito baixos ( $R_s = 0,057$ ). Estes resultados levaram-nos a admitir que não se confirma a hipótese formulada.

**Quadro 22 - Resultados da análise de correlação entre importância atribuída na ECEER e as necessidades de formação (n= 38)**

Importância atribuída	Dimensões da ECEER								
	1	2	3	4	5	6	7	8	Global
Necessidades de formação	0,150	0,268	0,048	0,139	0,031	0,100	0,008	-0,059	0,057

\* p <0,05    \*\* p<0,01

**Hipótese 3: Há relação entre o grau de competência e as necessidades formativas**

Para a hipótese «**existe relação estatisticamente significativa entre o grau de competência percebida e as necessidades de formação**» procedemos ao estudo da correlação entre os resultados das duas variáveis através do coeficiente de correlação de Spearman. Pelos resultados apresentados no quadro 23 podemos observar, que existe uma relação estatisticamente significativa e negativa entre o grau de competência e as necessidades formativas dos enfermeiros inquiridos ( $R_s = - 0,330$ ). Atendendo a que o coeficiente apresentou um resultado negativo, podemos ainda admitir que os enfermeiros com maior grau de competência tendem a apresentar valores mais baixos nas necessidades formativas. Podemos admitir que a hipótese formulada é aceite.

Analisando ainda o quadro 23, podemos concluir que existe uma correlação muito significativo entre o grau de competência na Dimensão 3 “Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor,

sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade” (Rs = -0,436); Dimensão 6 “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social” (Rs = -0,569); Dimensão 8 “Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados” (Rs = -0,464).

**Quadro 23 - Resultados da análise de correlação entre o grau de competência na ECEER e as necessidades de formação (n= 38)**

Grau de competência	Dimensões da ECEER								
	1	2	3	4	5	6	7	8	Global
Necessidades de formação	-0,186	-0,094	<b>-0,436**</b>	-0,167	-0,311	<b>-0,569 **</b>	-0,289	<b>-0,464**</b>	<b>-0,330 *</b>

\* p <0,05    \*\* p<0,01

**Hipótese 4: Há relação entre a importância atribuída as competências e o tempo de especialidade.**

Para testar a hipótese «o tempo de especialidade afeta significativamente a importância atribuída as competências», utilizou-se o teste não-paramétrico Kruskal-Wallis, com o objetivo de analisar as diferenças entre a importância atribuída e o tempo de especialidade. A análise descritiva permite encontrar médias mais baixas para um tempo de especialidade superior a 15 anos em todas as dimensões. No entanto os resultados apresentados no quadro 24 revelam que nenhuma das diferenças podem ser consideradas significativas. Este facto levou-nos a admitir que não se confirma a hipótese formulada.

### Quadro 24 - Resultado da comparação entre importância atribuída na ECEER e o tempo de especialidade

Tempo especialidade		<5 anos (n= 27)	5 a 15 anos(n= 5)	>15 anos(n=6)
Importância atribuída	p-value	M	M	M
Global	0,55	19,98	22,00	15,25
Dimensão 1	0,42	20,46	20,80	14,08
Dimensão 2	0,72	19,76	21,70	16,50
Dimensão 3	0,66	20,07	20,70	15,92
Dimensão 4	0,40	20,35	21,10	14,33
Dimensão 5	0,52	20,46	19,50	15,17
Dimensão 6	0,97	19,56	20,30	18,58
Dimensão 7	0,45	19,28	24,40	16,42
Dimensão 8	0,14	21,09	19,70	12,17

#### Hipótese 5: Há relação entre o grau de competência e o tempo de especialidade.

De modo idêntico procedemos ao teste da hipótese «o **tempo de especialidade afeta significativamente o grau de competência**». A análise do quadro 25 revela crescentes médias no grau de competências, a variar em consonância com o tempo de especialidade. No entanto apenas nas dimensões: Dimensão 2 “Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”; Dimensão 6 “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social” Dimensão 7 “Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório”, existem diferenças com peso estatístico, demonstrado pelo teste Kruskal-Wallis.

**Quadro 25 - Resultados da comparação entre o grau de competência na ECEER e o tempo de especialidade.**

Tempo de especialidade		<5 anos (n=27)	5 a 15 anos (n=5)	>15 anos (n=6)
Grau de competência	p-value	M	M	M
Global	0,05	17,30	19,50	29,42
Dimensão 1	0,10	17,26	22,20	27,33
Dimensão 2	<b>0,04</b>	<b>17,26</b>	<b>19,40</b>	<b>29,67</b>
Dimensão 3	0,08	17,63	19,20	28,17
Dimensão 4	0,55	18,35	20,90	23,50
Dimensão 5	0,10	18,19	16,50	27,92
Dimensão 6	<b>0,01</b>	<b>17,56</b>	<b>15,10</b>	<b>31,92</b>
Dimensão 7	<b>0,04</b>	<b>16,91</b>	<b>22,60</b>	<b>28,58</b>
Dimensão 8	0,12	17,44	22,00	26,67

**Hipótese 6: Há relação entre as necessidades formativas e o tempo de especialidade.**

Utilizando novamente teste Kruskal-Wallis, testámos a hipótese «o tempo de especialidade afeta significativamente as necessidades formativas». Analisando os resultados apresentados no quadro 26 podemos constatar que não existe diferença estatisticamente significativa, não se confirmando a hipótese formulada.

**Quadro 26 - Resultados da comparação entre as necessidades de formação na ECEER e o tempo de especialidade.**

Tempo de especialidade		<5 anos (n=27)	5 a 15 anos (n=5)	>15 anos (n=6)
Necessidade de formação	p-value	M	M	M
Global	0,25	21,06	19,20	12,75

Dimensão 1	0,39	20,94	17,90	14,33
Dimensão 2	0,31	21,06	18,20	13,58
Dimensão 3	0,14	21,54	17,20	12,25
Dimensão 4	0,21	19,65	25,30	14,00
Dimensão 5	0,66	20,17	20,30	15,83
Dimensão 6	0,07	21,00	22,80	10,00
Dimensão 7	0,23	21,35	16,30	13,83
Dimensão 8	0,71	20,04	20,40	16,33

**Hipótese 7: Há relação entre a importância atribuída as competências e a prestação/não prestação de cuidados essencialmente no âmbito dos cuidados enfermagem de reabilitação.**

Aplicando o teste Mann-Whitney testámos a hipótese «a importância atribuída as competências e significativamente diferente conforme os enfermeiros prestam ou não cuidados essencialmente no âmbito dos cuidados enfermagem de reabilitação». Os resultados apresentados no quadro 27 revelam que as diferenças observadas não podem ser consideradas significativas. Este facto levou-nos a admitir que não se confirma a hipótese formulada, ou seja, concluímos que a importância atribuídas as competências específicas não dependem do facto dos enfermeiros prestaram ou não cuidados essencialmente no âmbito dos cuidados de enfermagem.

**Quadro 27 - Resultado da comparação entre a importância atribuída na ECEER e a prestação/ não prestação de cuidados essencialmente no âmbito da enfermagem de reabilitação.**

Prestação de cuidados enfermagem reabilitação		Não (n=14)	Sim (n=24)
Importância atribuída	p-value	M	M
Global	0,30	21,96	18,06
Dimensão 1	0,45	21,25	18,48

Dimensão 2	0,33	21,79	18,17
Dimensão 3	0,53	20,89	18,69
Dimensão 4	0,33	21,64	18,25
Dimensão 5	0,54	20,86	18,71
Dimensão 6	0,62	20,64	18,83
Dimensão 7	0,60	20,68	18,81
Dimensão 8	0,53	20,82	18,73

**Hipótese 8: Há relação entre o grau de competência e a prestação/não prestação de cuidados essencialmente no âmbito dos cuidados enfermagem de reabilitação.**

Também para testar a hipótese «o grau de competência é significativamente diferente conforme os enfermeiros prestam ou não cuidados essencialmente no âmbito dos cuidados enfermagem de reabilitação». Os resultados apresentados no quadro 28 permitem-nos verificar que entre os enfermeiros que prestam ou não cuidados essencialmente no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, como se pode observar pelo teste Mann-Whitney. Não se confirma a hipótese formulada.

**Quadro 28 - Resultado da comparação entre o grau de competência na ECEER e a prestação/ não prestação de cuidados essencialmente no âmbito da enfermagem de reabilitação.**

Prestação de cuidados Enfermagem reabilitação		Não (n = 14)	Sim (n = 24)
Grau de competência	p-value	M	M
Global	0,73	20,32	19,02
Dimensão 1	0,61	20,68	18,81
Dimensão 2	0,89	19,82	19,31
Dimensão 3	0,39	21,43	18,38
Dimensão 4	0,53	20,96	18,65
Dimensão 5	0,21	22,32	17,85

Dimensão 6	0,20	22,50	17,75
Dimensão 7	0,94	19,32	19,60
Dimensão 8	0,86	19,89	19,27

**Hipótese 9: Há relação entre as necessidades formativas e a prestação/não prestação de cuidados essencialmente no âmbito dos cuidados enfermagem de reabilitação.**

De modo idêntico procedemos ao teste da hipótese «as necessidades formativas são significativamente diferente conforme os enfermeiros prestam ou não cuidados essencialmente no âmbito dos cuidados enfermagem de reabilitação». Podemos constatar pelos resultados do quadro 29, que não existem diferenças estatisticamente significativas quando se comparam os dois grupos de enfermeiros, os que prestam ou não cuidados essencialmente no âmbito dos cuidados enfermagem de reabilitação, nas suas necessidades formativas.

**Quadro 29 - Resultado da comparação entre as necessidades formativas na ECEER e a prestação/não prestação de cuidados essencialmente no âmbito da enfermagem de reabilitação.**

Prestação de cuidados		Não (n=14)	Sim (n=24)
Enfermagem de reabilitação			
Necessidades formativas	p-value	M	M
Global	0,78	18,82	19,90
Dimensão 1	0,83	19,00	19,79
Dimensão 2	0,66	18,46	20,10
Dimensão 3	0,80	18,93	19,83
Dimensão 4	0,92	19,71	19,38
Dimensão 5	0,83	19,00	19,79
Dimensão 6	0,88	19,14	19,71
Dimensão 7	0,61	20,64	18,83
Dimensão 8	0,59	20,68	18,81

**Hipótese 10: Há relação entre a importância atribuída e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.**

Usamos o teste Kruskal-Wallis para testar a hipótese «a importância atribuída as competências e significativamente diferente conforme o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação». Como se pode verificar no quadro 30 não existem diferenças estatisticamente significativas relativas entre a importância atribuída na ECEER e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Estes resultados leváramos a admitir que não se confirma a hipótese formulada.

**Quadro 30 - Resultado da comparação entre importância atribuída na ECEER e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação**

Tempo na prestação cuidados reabilitação	<5 anos		5 a 15 anos		>15 anos	
		(n = 18)		(n= 4)		(n=5)
Importância atribuída	p-value	M		M		M
Global	0,53	13,14		12,25		7,25
Dimensão 1	0,38	13,61		9,88		7,75
Dimensão 2	0,75	12,92		12,38		9,00
Dimensão 3	0,47	13,14		12,38		7,00
Dimensão 4	0,24	13,33		12,50		5,00
Dimensão 5	0,46	13,28		11,63		7,25
Dimensão 6	0,69	12,94		12,50		8,50
Dimensão 7	0,94	12,22		13,25		13,50
Dimensão 8	0,14	13,33		13,00		4,00

**Hipótese 11: Há relação entre o grau de competência e o tempo de prestação de cuidados enfermagem de reabilitação.**

Também para testar a hipótese «o grau de competência e significativamente diferente conforme o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação».

Analisando os resultados apresentados no quadro 31 não existem diferenças estatisticamente significativas relativas entre o grau de competência na ECEER e o

tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Estes resultados levaram a admitir que não se confirma a hipótese formulada. A análise descritiva permite no entanto considerar que para os enfermeiros com mais tempo de prestação de cuidados de reabilitação apresentam uma distribuição média mais elevada no grau de competência na ECEER

**Quadro 31 - Resultado da comparação entre o grau de competência na ECEER e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.**

Tempo na prestação de cuidados reabilitação		<5 anos (n= 18 )	5 a 15 anos (n= 4)	>15 anos (n= 2)
Grau de competência	p-value	M	M	M
Global	0,23	12,00	10,75	20,50
Dimensão 1	0,56	11,69	14,00	16,75
Dimensão 2	0,28	11,78	12,00	20,00
Dimensão 3	0,14	11,69	11,88	21,00
Dimensão 4	0,47	13,31	8,63	13,00
Dimensão 5	0,64	11,83	13,63	16,25
Dimensão 6	0,16	11,69	11,63	21,50
Dimensão 7	0,32	11,94	11,50	19,50
Dimensão 8	0,70	12,39	11,25	16,00

**Hipótese 12: Há relação entre as necessidades formativas e o tempo de prestação de cuidados enfermagem de reabilitação.**

Para testar a hipótese «as necessidade formativas e significativamente diferente conforme o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação».

Os resultados apresentados no quadro 32, permitem-nos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas relativas entre as necessidades formativas na ECEER e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Não se confirma a hipótese formulada. Os dados sugerem no entanto que para os enfermeiros

com mais tempo de prestação de cuidados de reabilitação apresentam uma distribuição média mais baixos nas necessidades formativas na ECEER.

**Quadro 32 - Resultado da comparação entre as necessidades formativas na ECEER e o tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação**

Tempo na prestação de cuidados reabilitação		<5 anos (n= 18)	5 a 15 anos (n = 4)	>15 anos (n= 2)
Necessidades formativas	p-value	M	M	M
Global	0,14	13,78	11,25	3,50
Dimensão 1	0,13	14,03	9,63	4,50
Dimensão 2	0,13	14,00	9,75	4,50
Dimensão 3	0,06	14,14	9,75	3,25
Dimensão 4	0,43	12,58	14,75	7,25
Dimensão 5	0,22	13,72	10,50	5,50
Dimensão 6	0,11	13,44	13,25	2,50
Dimensão 7	0,06	13,97	11,00	2,25
Dimensão 8	0,69	12,78	13,13	8,75

## 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Terminada a apresentação dos resultados da análise estatística, emerge a necessidade de os interpretar e retirar as possíveis conclusões, tendo presente a interligação com as concetualizações de índole teórico.

Realizando uma apreciação global, procurar-se-á realçar os resultados mais significativos, possibilitando uma reflexão mais aprofundada sobre os mesmos.

A inexistência de estudos acerca das “Competências específicas do Enfermeiro de Reabilitação” impossibilita-nos realizar comparações sobre o objeto de estudo, todavia, assume-se este facto como uma mais-valia na pertinência da realização deste estudo.

Quanto ao género, a amostra é maioritariamente do sexo feminino 25 (65,8%), constata-se que a distribuição dos enfermeiros de reabilitação quanto ao sexo, se apresenta próximo dos valores publicados pela Ordem dos Enfermeiros (2011), onde aproximadamente 2/3 dos profissionais desta especialidade são do género feminino.

Quanto a idade, os enfermeiros de reabilitação participantes neste estudo enquadram-se numa: média de 39,13 anos para um desvio padrão de 8,13.

### **Quais Competências Específicas os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação, mais valorizam para o exercício da sua atividade profissional?**

De acordo com os resultados reconhece-se que os enfermeiros inquiridos atribuem às 8 dimensões uma importância entre o nível 4 e 5 da escala de Likert, que corresponde respetivamente a “Muito importante” e “Muitíssimo importante”.

Estes dados obtidos convidam-nos a uma atenta reflexão, tendo em conta quão essenciais são as competências à construção e sedimentação da profissão, como verificamos no constructo teórico. Neste ponto os enfermeiros inquiridos valorizam todas as competências específicas, o que demonstra que têm uma relação de proximidade cognitiva e funcional/executória para as colocar em prática.

Num estudo realizado por Gomes (2008), verificou-se que dos contributos para a melhoria dos cuidados, os enfermeiros especialistas em reabilitação valorizam todas as áreas desde a: conceptualização de novas abordagens de prestação de cuidados, a aplicação de conhecimentos e técnicas adequadas às situações, a promoção da reflexão sobre as práticas e a elaboração de projetos de promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação.

### **Quais as Competências Específicas em que os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação, se consideram mais competentes?**

Na variável em análise, verificamos que os enfermeiros apresentam uma média de auto percepção entre o nível 3 e 4 da escala de Likert, que corresponde respetivamente a “Competente” e “Muito competente”.

Não se observam registos de incompetência o que se revela essencial, visto que, estamos a falar de competências chaves para a prestação de cuidados de reabilitação.

Estes resultados são ideais, uma vez que a aquisição e o desenvolvimento de competências, é um dever do enfermeiro, o dever de procurar a excelência do cuidar, no exercício profissional, o que implica: competência e o aperfeiçoamento profissional (D.L.nº104/98, art.78.º).

Se os enfermeiros se percebem como competentes (e num nível elevado de competência), pressupõe-se que estejam aptos a agir em situação, prontos a mobilizar os saberes, a integra-los, e a transferi-los, tornando-os aptos a navegar na imprevisibilidade e na complexidade, com que o enfermeiro de reabilitação se depara constantemente, que possuem o saber combinatório dos recursos pessoais e do meio e que estão determinados a aprender ao longo da vida (Le Boterf, 2003).

Atendendo a que as crenças que as pessoas concebem acerca de si próprios, são os componentes basilares para o exercício do controlo e da agência humana, e por isso, interferem no seu comportamento, percebe-se que os enfermeiros têm uma percepção elevada sobre as competências, esta situação interfere no seu comportamento, refletindo-se em melhores desempenhos (Oliveira, 2010).

Queremos ressaltar, que a dimensão 6 “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”, a média apresentada corresponde ao nível 2 e 3 da escala de Likert, que corresponde respectivamente a “Pouco competente” e “Competente”.

Para tal pode ter contribuído a diminuta ou ausente experiência de desempenho durante a vida académica e no decurso da prática clínica. Não contribuindo para a construção de uma perceção positiva.

### **Quais as Competências Específicas em que os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação, referem ter/sentir maior necessidade de formação?**

Quanto a necessidade formação obteve-se uma média de 128,89. Verificamos que os enfermeiros apresentam uma média entre o nível 2 e 3 da escala de Likert, que corresponde respectivamente a “Necessito pouco” e “Necessito”.

Constata-se, que os profissionais têm maiores necessidades formativas na dimensão 6 “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”. A média apresentada corresponde ao nível 3 e 4 da escala de Likert, que corresponde respectivamente a “Necessito” e “Necessito muito”.

Estes dados estão em consonância com os dados da questão anterior, em que os enfermeiros inquiridos na dimensão 6 se percecionam “Pouco competente” e “Competente”. Estes resultados vêm confirmar a importância que os enfermeiros inquiridos atribuem a necessidade de formação neste âmbito.

Esta análise permitirá fornecer aos responsáveis pela formação dos enfermeiros de reabilitação informação relativa aos interesses dos mesmos. Para Vargas-Tonsing (2007) citado por Santos (2009) num estudo com treinadores, considera as necessidades de formação referidas por estes de grande relevância, na medida em que confere um cunho mais prático e contextualizado aos programas de formação, ou seja, aproxima-os da realidade da atividade profissional.

Assim um estudo proveniente da perceções das necessidades formativas dos enfermeiros de reabilitação permite reunir importante informação, podendo contribuir para o debate sobre questões e implicações nos atuais programas de formação, tendo como base o conhecimento proveniente de conceções reais sobre a atividade destes intervenientes centrais no processo de cuidar.

## **Qual o contributo dos diferentes tipos de formação na aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação?**

Relativamente aos diferentes tipos de formação na aquisição das competências, os enfermeiros expressam que a formação experiencial, a análise das práticas, assim como formação académica como muitíssimo importante e por último as ações de formação. Nenhum dos tipos de formação apresenta pontuação negativa.

No estudo sobre Contributos da formação para o desenvolvimento de competências na área de enfermagem de reabilitação, Gomes (2006) conclui que a formação é globalmente necessária para a melhoria da prática e emerge de uma forma mais evidente “(...) nos enfermeiros especialistas uma concepção de formação problematizadora, mais dirigida para o desenvolvimento de atitudes, de “aprender a aprender” que é capaz de se adequar mais aos novos cenários que se traçam na óptica da incerteza, instabilidade, imprevisibilidade” ( p.204).

Também Costa (2011), menciona no seu estudo que a formação a nível de pós-graduação e especialidades possibilita um desenvolvimento de competências e da capacidade reflexiva das práticas.

A ordem de importância na aquisição das atuais competências da nossa amostra relativamente as componentes mencionadas são: Importância 1 - formação académica como a mais importante, Importância 2 - análise das práticas.

Um dado que nos afigura de imediato é o facto de que os enfermeiros fazem uma atribuição competencial muito dependente da formação académica/especialização. Estes dados não vão de encontro aos resultados do estudo de Mendonça (2009) com enfermeiros dos cuidados gerais que refere, no global, pode admitir-se que os enfermeiros fazem uma atribuição competencial muito mais dependente da componente prática e da adaptação a ela, do que os saberes inclusos a quaisquer unidades curriculares.

A literatura sustenta que os conhecimentos teóricos são a base que sustenta a prática. Essa prática exprime-se através das competências, que são flexíveis e ajustáveis, em função dos contextos (Rosado, 2000 citado por Campos, 2010).

O enfermeiro competente é aquele que consegue estabelecer interação com o meio e desencadear mecanismos de adaptação aos contextos. Assim, existem autores que acreditam que a prática clínica é essencial para o indivíduo se tornar competente, embora a formação acadêmica não deva ser colocada de parte. Como também reforça Benner (2001, p.24), “(...) os cuidados de enfermagem competentes necessitam de programas de educação bem planejados. A aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas”.

A articulação dos vários níveis de saberes potencializa as competências do indivíduo. O saber teórico, dá a conhecer as leis de existência, de constituição, de funcionamento do real, permite agir com toda a clareza, isto é, permite ajustar de maneira muito precisa as intervenções práticas sobre a realidade, prever os seus efeitos, o seu sucesso ou o seu insucesso, fixar as suas condições e os seus limites de validade e, portanto, garantir que determinada ação terá um dado resultado. O saber teórico, é portanto, o fundamento indispensável da eficácia dos saberes que regulam a ação: saberes processuais (Malglaive, 1995).

*“Toda a prática é uma inteligência das coisas. Uma vez que se sistematiza, se reflecte, se organiza e se gere, ela ganha lugar numa perspectiva teórica. Esta perspectiva é a da racionalização dos procedimentos da acção tornada possível pelo investimento da teoria na prática. Sem ela, sem apelo à teoria, ou em todo o caso à racionalidade, a prática está condenada à esterilidade, à tirania dos seus fins e à estagnação do eterno retorno ao idêntico” (Malglaive, 1995, p. 74).*

Também segundo Costa (1995), a teoria é vista como base do conhecimento profissional que guia a prática, significa a aplicação do conhecimento que domina a educação e formação dos enfermeiros. Estes têm estado amplamente empenhados em mudar e melhorar a sua prática clínica em relação às necessidades e exigências da sociedade da qual fazem parte, para isso têm que atualizar conhecimentos, uma vez que para prestarem cuidados de enfermagem eficazes e eficientes, da concepção até à morte, são necessários conhecimentos complexos e a diversos níveis:

*“Pela análise das práticas profissionais, a formação desenvolve os metacomentos e a metacognição indispensáveis à transposição. O mesmo acontece com a formação teórica: bem-concebida, ela pode representar uma formidável oportunidade para compreender novas situações, afrontar o inédito e ampliar o campo de aplicação do que o profissional sabe fazer. “(Le Boterf, 2003, p. 208)*

Benner (2001, p.24) reforça, “a aquisição de competências baseada na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas”. A teoria é fundamental, porque ela ajuda a pôr as boas perguntas numa situação real, ela permite localizar o problema e saber antecipar os cuidados que é necessário ter. Mas há sempre numa situação elementos que a teoria não prevê. É este conhecimento das exceções que somente a experiência no terreno pode trazer.

Os profissionais de enfermagem conscientes dos contextos atuais, apostam na formação, na aquisição e desenvolvimento das suas competências considerando-as essenciais para a qualidade do seu exercício, dado que os cuidados prestados se dirigem ao ser humano complexo e único (Mendonça, 2009).

É cada vez mais reconhecida a importância dos locais de trabalho para o processo formativo dos sujeitos, resultado de uma articulação entre as práticas formativas e os contextos de trabalho, levando a uma importância crescente da formação experiencial. (Canário, 1999). O mesmo autor acrescenta que o potencial formativo das situações de trabalho, passa pela criação de dinâmicas formativas que proporcionem, no próprio local de trabalho, condições para que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens.

Naphtine (1996) considera que a formação em enfermagem está profundamente dependente da qualidade das aprendizagens em contexto clínico. Este seria um espaço insubstituível para a integração de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais. Nesta perspetiva, a formação em contexto clínico transcende a lógica de “aplicação” de conhecimentos, para se situar ao nível dos processos mais complexos da consciência, da identidade profissional e da construção coletiva de uma lógica de qualidade.

Na área de enfermagem, a generalidade dos estudos sublinha que a constelação de competências que o exercício do trabalho evoca não é um adquirir intrínseco ao sujeito, e muito menos uma entidade estática. O enfermeiro, no decurso da sua experiência, forma-se no confronto com o contexto e com os outros, confronto este que só se traduz em mudanças na medida em que se confronta permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património cognitivo e afetivo, motor e relacional (Abreu, 2001).

Para clarificar esta ideia, recuperam-se as palavras de Delors et al (1996), não basta que cada um acumule no começo de vida uma determinada quantidade de conhecimento de que possa abastecer-se indeterminadamente: é necessário estar à altura de aproveitar e explorar, do começo ao fim da vida, todas as ocasiões de atualizar, aprofundar e enriquecer estes primeiros conhecimentos, e de se adaptar a um mundo em mudança.

No que se refere a outras componentes formativas, a maioria dos enfermeiros 78,9% respondeu “troca de ideias/experiências com colegas”, seguido de 73,7% dos enfermeiros que referem “consulta regular literatura especializada”. Também os “Workshops” com 57,9% e “Reuniões serviço/passagem turno” com 52,6% são valorizados pelos inquiridos como importantes na aquisição de competências.

Os resultados do nosso estudo apontam para uma multiplicidade nas formas e modalidades de aprendizagem sendo certo que abundam os momentos de educação informal e não formal por parte dos enfermeiros inquiridos, em consonância com outro estudo de Lopes (2001). Tal como acontece noutros grupos, os enfermeiros possuem trajetórias profissionais que cruzam os percursos formais de formação, para além destas, estes profissionais desenvolvem processos de educação informal (Pain,1990 citado por Guimarães, 2000), ao experienciarem acontecimentos nos locais de trabalho que são geradas de aprendizagem e competências.

Também Alves (2008) no seu estudo de caso sobre equipa multiprofissional e formação em contexto de trabalho, refere

*“ As reuniões da equipa multiprofissional de saúde são um espaço comum de partilha, debate e reflexão dos vários profissionais acerca de experiências em contexto de trabalho. Estas reuniões fazem também parte do contexto de trabalho sendo um local potencial de aprendizagem, depreendendo-se um sentido formativo destas reuniões. (...) Nestas reuniões articulam-se situações de formação não formal e informal. (...). Esta análise reforça também a importância e a mais valia da articulação entre a formação formal, não formal e informal na aprendizagem do indivíduo e da incomparável necessidade de formação em contexto de trabalho para os profissionais de saúde. Além disso, também sobressai a necessidade de momentos de partilha e de reflexão entre os profissionais para que cada um destes possa olhar e/ou tornar a olhar e a reflectir sobre a experiência possibilitando a sua integração e conseqüente autoformação” (Alves, 2008, p 29-30).*

Botelho (1993) citado por Abreu (2007) coloca em evidência os trajetos formativos individuais no processo de formação contínua dos enfermeiros, e realça a importância

da formação informal e da reflexão sistemática e deliberada sobre as práticas como estratégias de formação. Uma parte das competências é seguramente adquirida no decurso da formação básica e pós básica; contudo, é sobretudo na interação com o utente e com os colegas de trabalho que os enfermeiros as adquirem na verdade, no dia a dia do seu exercício profissional, o enfermeiro vive experiências e desenvolve formas de atuação que constituem, por certo, uma importante fonte de acontecimentos.

No seu estudo Abreu (1994) identifica um conjunto de fatores, que interferem com o processo de formação dos enfermeiros, para além dos momentos formais de formação, salienta que os momentos informais e não formais de formação no contexto de trabalho, considerados por vezes periféricos e marginais, assumem um lugar de relevo na evolução das práticas profissionais.

Guimarães (2000) na sua pesquisa “Aprendendo no local de trabalho” constatou, que a prática profissional era geradora de conhecimentos e que estes, apesar das diversas regularidades no seu exercício, surgiam na sequência de situações que não eram previstas, de problemas, erros e dilemas, mas também, de momentos de discussão no seio de grupos de profissionais. Estas aprendizagens surgiam na sequência de acontecimentos e processos determinados pelas regras formais da organização hospitalar, assim como das regras não formais e informais.

Quanto aos contextos formativos mais marcantes da nossa amostra, os enfermeiros referem os “Ensinos clínicos”, seguido das “Práticas clínicas com reflexão na ação”. Verificamos que existe uma atitude proactiva e reflexiva, sobre a prática. Essa reflexão é o ponto da avaliação da sua prática, a partir do qual melhora a sua intervenção. Sem reflexão, a prática é desprovida de qualidade e não possibilita a aquisição de competências Schön (1992).

A enfermagem como profissão exige a mobilização de conhecimentos adquiridos durante a formação de base e/ou especializada, que devem ser continuamente renovadas através da formação contínua. Nesta perspectiva a formação de profissionais só é válida se, como refere Schön, citado por Alarcão (1991, p.12) “foi realizada em ambientes de formação profissional prática que integram ação e reflexão na ação, considerando esta como fonte de conhecimento que se gera na própria ação”.

Assim, a aprendizagem no contexto do ensino clínico permitirá desenvolver competências em situações semelhantes e diferentes, com condições afetivas e materiais para a tomada de decisões congruentes com o saber em enfermagem. O ensino clínico não será um espaço de aplicação de conhecimentos teóricos na prática, mas sim um meio pedagógico de aprender a partir da sua própria experiência, desenvolvendo todas as dimensões, técnica, cognitiva e relacional (Lima e Pereira, 2008).

São os modelos de formação “centrados na análise” em que se apela a uma pedagogia de reflexão, de questionamento das práticas, que torne possível mobilizar conhecimentos variados e diferenciados, permitindo prestar melhores cuidados de enfermagem (Ferry, 1987)

Também Perrenoud (2001) falando sobre a prática clínica, diz que essa prática visa alimentar a construção de novos saberes, ou integrara e mobilizar outros já adquiridos quer na teoria ou em aprendizagens anteriores. A análise das práticas permite, a tomada de posição metacognitiva face a prática, fator essencial de mudança.

A prática reflexiva enfatizada num estudo do Conselho de Enfermagem de NCBoard of Nursing (2004) citado por Serrano (2008) é caracterizado por um processo para o desenvolvimento permitindo identificar, na prática, a procura de oportunidades de aprendizagem; a promoção de competências continua; a identificação de objetivos, ou seja, mover-se através do contínuo de “noviço a perito”.

### **Como se correlacionam as variáveis importância atribuída, grau de competência e as necessidades de formação na escala de competências específicas do enfermeiro de reabilitação?**

No nosso estudo a variável importância atribuída não conduziu a diferença estatisticamente significativa no grau de competência percebido e nas necessidades de formação.

Observou-se que existe uma relação negativa e fraca mas estatisticamente significativa entre o grau de competência e as necessidades formativas dos enfermeiros inquiridos, ou seja, quanto maior o grau de competência menor é a necessidade de formação. Aferimos ainda, que existe uma correlação muito significativa entre o grau de competência na Dimensão 3 “Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de

otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da eliminação e da sexualidade”; Dimensão 6 “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”; Dimensão 8 “Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados”.

Eram expectáveis estes resultados, uma vez que a avaliação do grau de competências inclui o pensamento em ação, a confiança e clareza na tomada de decisões autónomas e a recuperação de informações baseadas em evidências que devem ser transportadas para o contexto formativo de situações práticas (Allen et al., 2008). Este balanço de competências funciona como uma confirmação das lacunas da formação, dos saberes, evitando a estagnação pela possibilidade de permitir a procura de oportunidades de aprendizagem para promover a competência continuada e pelo crescimento profissional (Dias, 2006), com a missão de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Isto é, a autorreflexão e a autoavaliação das competências profissionais funciona como guia para a autoformação permite antecipar o futuro e gerir o percurso de carreira, de forma responsável. Isto é, funciona como um motor desencadeador de uma dinâmica pessoal de autoformação, de autovalorização, de autoconfiança e de desejo de desenvolvimento/construção permanente, sempre inacabado (Pires, 2007).

Entre os vários autores referenciados no enquadramento teórico que se têm dedicado ao estudo das competências, salientamos Perrenoud (2002), este autor acentua a conexão da competência com os saberes, ao declarar que ter competência é saber mobilizar saberes e ao clarificar que a competência é a capacidade de utilizar os saberes para agir em situação, de tal forma, que não existe competências sem saberes.

Na mesma linha de pensamento, Le Boterf (2003) propõe que a competência é a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos para enfrentar uma situação complexa, reconhecendo de igual forma, que a competência requer um conjunto de saberes, porém salienta que não se reduz a tal, ou seja, não reside nos recursos (saberes, saber-fazer ou saber-ser) a serem mobilizados, mas na própria mobilização dos mesmos.

O mesmo autor menciona no que concerne às competências, estas existem quando os indivíduos que auferiram formação aplicam eficazmente e com conhecimentos, aquilo que aprenderam na formação, numa situação de trabalho concreto, pois, possuir as

capacidades e conhecimentos não significa necessariamente ser-se competente, salientando-se que a competência não é um estado, mas um processo.

É essencial conhecer o «que não se sabe», visto que é condição necessária, apesar de não ser suficiente, para uma aprendizagem contínua, em que a abordagem da formação centrada nas competências mais do que nos conhecimentos, não pretende mais do que permitir a cada um aprender a utilizar os seus saberes para atuar (Rua e Alarcão, 2005).

Dias (2006) chama a atenção para a necessidade de repensar o currículo na enfermagem, de definir os objetivos da aprendizagem, da seleção e organização dos conteúdos e das estratégias pedagógicas, bem como, o processo de avaliação, de forma a promover o desenvolvimento integrado e simultâneo de competências. Afinal, os conhecimentos que os currículos proporcionam não valem por si mesmos, mas pela capacidade de ajudar a desenvolver as competências de cada sujeito e de serem, por este, investidos na ação (Esteves, 2009).

**A valorização das competências, bem como a perceção das competências e as necessidades de formação variam em função de que variáveis (tempo de especialidade, contexto profissional)?**

Perante os resultados apresentados na análise inferencial, no nosso estudo não encontramos diferenças significativas na valorização das competências, no grau de competência percecionado e nas necessidades formativas relacionadas, com o tempo de especialidade, prestação/não prestação de cuidados essencialmente de enfermagem de reabilitação e o tempo na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Sobressaem, no entanto, diferenças significativas nas dimensões: Dimensão 2 “Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (p=0,04), Dimensão 6 “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social” (p=0,01), Dimensão 7 “Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório” (p= 0,04) em relação ao grau de competência e o tempo de especialidade.

Estes resultados são sugestivos de que os enfermeiros inquiridos quanto mais tempo de especialidade têm, maior é a percepção do grau de competências, essas competências reportam-se essencialmente à conceção dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Atendendo que a conceptualização é a base para suportar a recursividade entre a teoria e a prática, a base para o pensamento reflexivo e um eixo estruturante da capacidade crítica. Por outro lado, sem conceção não há um cuidar responsável, fundamentado na evidência científica, na reflexão e pensamento crítico, que suportam a recursividade entre a teoria e a prática (Schön, 2000).

Embora noutra área profissional, no âmbito do exercício dos treinadores, Santos (2009) faz referência à experiência profissional como fator diferenciador da percepção e da competência efetiva. O mesmo autor faz referência a um estudo realizado por Jones et al (2004), em que consideram a experiência profissional como a fonte de conhecimento mais eficaz, mesmo acima do efeito exercido pelos próprios programas de certificação.

Também o autor verificou no seu estudo que os treinadores com mais experiência tendem a atribuir mais importância às competências, o que reforça as conclusões de outros estudos que evidenciam, a influência da experiência na competência percebida e efetiva.

Regressando a área da enfermagem, se tivermos em consideração os resultados de alguns estudos (Abreu, 2001, 2003, 2007; Oliveira, 2010), verificamos também que a experiência clínica é referenciada como um fator essencial para o desenvolvimento de competências. Para Benner (2001) a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática. A prática é mais que uma coleção de técnicas. O domínio de um conjunto especializado de aspetos da prática não qualifica necessariamente o profissional para ser reconhecido como um perito.

A este propósito, parece-nos pertinente referir o estudo realizado pela mesma autora, sobre o Modelo Dreyfus de aquisição de competências, no sentido de “perito” que mostrou que a aquisição de um certo grau de competência, será mais ou menos rápido de acordo com as características e capacidades da pessoa e a variedade de situações experienciadas. “O modelo Dreyfus, aplicado aos cuidados de enfermagem mostra que poderemos alcançar a especialização graças à experiência.” (Benner, 2001, p. 199).

Este estudo evidência, que só ao fim de três anos de exercício se considera que a/o enfermeiro adquire experiência de trabalho, permitindo-lhe agir eficazmente na maior parte das situações que não sejam de grande complexidade. No entanto, a competência de perito, só é adquirida ao fim de cinco anos de experiência de trabalho na mesma área de cuidados.

*“As enfermeiras eventuais, que por definição, mudam constantemente de serviço, não chegam a atingir a perícia, porque não ficam o tempo suficiente no mesmo ambiente para apreenderem todos o elementos e particularidades de uma determinada competência. Além disso, uma enfermeira não se torna perita sem que seja confrontada durante o tempo suficiente com a mesma população de doentes”* (Benner, 2001, p. 204).

Assim a experiência é por isso necessária para a perícia. É necessário ter estado tempo suficiente num mesmo meio e ter participado num determinado número de experiências similares para adquirir bases permitindo complementar o julgamento clínico. A perícia em matéria de tomada de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem (Benner, 2001).

Fernandes (2007) no seu estudo entre a teoria e a experiência - desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura, concluiu a competência não pode ser analisada em saber técnico, saber teórico e atitude para agir. A competência traduz um saber agir em circunstância, que determina em simultâneo as três vertentes. Ainda segundo a mesma autora, aprendizagem embora contextualizada, deu lugar não a competência, mas a qualificação que só muito mais tarde darão lugar a um saber agir muito mais profundo, completo e complexo que tocará o limiar da competência, mas sempre desenvolvido em contexto específico de trabalho.

As competências são portanto saberes que se desenvolvem através da ação num contexto e a aprendizagem é um processo contínuo realizado ao longo da vida resultante da ação levada a cabo pelos sujeitos nos seus contextos de vida, ou seja, a aprendizagem e a ação não se distinguem uma da outra (Pinheiro, 2005).

No estudo qualitativo “Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s)”, Serrano et al (2011) concluíram que:

*“ (...) o desenvolvimento de competências resulta da articulação entre os actores (equipa de saúde), o contexto e os saberes através das díades . Estas desenvolvem-se nos sistemas micro e meso com influências do sistema exo e macro. Tem por base: estratégias promotoras de um processo reflexivo sobre a prática de enfermagem: a construção da experiência, um habitus de cuidar caracterizado pelo conhecimento colectivo e um processo de supervisão” (p.15).*

Assim, estes dados permitem afirmar que o contexto é determinante no desenvolvimento de competências (Serrano et al, 2011).

## **7 - CONCLUSÃO**

Partimos para a realização deste trabalho com o objetivo de conhecer as competências mais valorizadas, a percepção do grau de competência e as necessidades de formação relativas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e identificar as diferenças entre o tempo de especialidade e o contexto profissional, na valorização das competências, no grau de competência e nas necessidades de formação. Procurámos encontrar respostas que fossem conducentes a problemática de investigação e aos objetivos do trabalho.

Neste ponto, apresentamos uma síntese das principais conclusões do estudo que realizámos e as suas implicações, a partir das quais propomos também algumas pistas de investigação.

Explanando, mas não extrapolando, os resultados do nosso estudo, confirmam a valorização da alargada diversidade de competências que os enfermeiros de reabilitação devem dominar para cumprir cabalmente as suas funções, visto que os enfermeiros classificam as dimensões da ECEER como pelo menos “Muito importante”. Desta forma, sublinha-se um multidisciplinar e complexo aporte de competências e, concomitantemente, a necessária formação para as almejar.

Quanto ao grau de competência, os enfermeiros do estudo apresentam níveis de competência percebida entre o “Competente” e “Muito competente”, verificou-se que os profissionais se sentem menos competentes na dimensão 6 “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”.

Relativamente as necessidades de formação, os inquiridos apresentam níveis na escala de Likert que corresponde respetivamente a “Necessito pouco” e “Necessito”. Constatase no entanto que têm maiores necessidades formativas na dimensão 6 “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”. A média apresentada

corresponde a níveis da escala de Likert, que corresponde respetivamente a “Necessito” e “Necessito muito”.

Quanto aos diferentes tipos de formação na aquisição das competências, os enfermeiros expressam que a formação experiencial, a análise das práticas, assim como formação académica como muitíssimo importante e por último as ações de formação. Nenhum dos tipos de formação apresenta pontuação negativa. No que se refere a outras componentes formativas, os resultados do nosso estudo apontam para uma multiplicidade nas formas e modalidades de aprendizagem sendo certo que abundam os momentos de educação informal e não – formal por parte dos enfermeiros inquiridos.

No nosso estudo a variável importância atribuída não conduziu a diferença estatisticamente significativa no grau de competência percebido e nas necessidades de formação. Quanto ao grau de competência e as necessidades formativas dos enfermeiros inquiridos, observou-se que existe uma relação negativa e fraca mas estatisticamente significativa, ou seja, quanto maior o grau de competência menor é a necessidade de formação.

Já para as hipóteses referentes às variáveis tempo de especialidade, prestação/não prestação de cuidados essencialmente de enfermagem de reabilitação e o tempo na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, não se encontrou qualquer diferença estatisticamente significativa com a valorização das competências, o grau de competência percebido e as necessidades formativas. No entanto, existem diferenças significativas nas dimensões: Dimensão 2 “Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”, Dimensão 6 “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”, Dimensão 7 “Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório” em relação ao grau de competência e o tempo de especialidade.

### **Limitações do estudo e sugestões**

Finalizado o percurso de investigação em torno de Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação, resta tecer algumas considerações, refletir acerca das

limitações e problemáticas inerentes vividas. Como é observável em todos os processos de análise científica, também esta investigação enfrentou obstáculos e desafios ao longo do percurso. Os objetivos definidos no início do estudo adivinhavam-se ambiciosos, quando confrontados com as múltiplas dificuldades que se poderiam encontrar. Felizmente, os eventuais constrangimentos não constituíram barreiras intransponíveis. A inexperiência, as indecisões, as limitações de tempo foram colmatadas por uma preciosa orientação que serviu também como impulsionadora e animadora de todo este projeto.

As principais limitações que se aponta ao estudo é o tamanho da amostra e literatura sobre a problemática em estudo, o que veio dificultar a amplitude do estudo e impossibilitou a comparação com os outros estudos. A inexistência de dados publicados sobre algumas temáticas em estudo reclamava uma amostra tão extensa quanto possível.

A dificuldade em obter um maior número de participantes impediu também a realização de outro tipo de análises. Contudo, consideramos que todas as análises e procedimentos utilizados foram adequados para o teste das hipóteses formuladas.

Para ser possível a generalização dos resultados obtidos nos diferentes estudos deste trabalho para uma maior variedade de contextos, seria também interessante a condução de estudos no futuro que procurassem testar e replicar as mesmas relações aqui analisadas, recorrendo à utilização de outras amostras, que permitam conhecer melhor a realidade da enfermagem de reabilitação em Portugal, colmatando deste modo as principais limitações que se identificaram nesta investigação.

Por fim, a investigação futura deve albergar o estudo pormenorizado e detalhado das variáveis equacionadas no presente estudo, de cariz qualitativo, como entrevista e observação participativa, de forma a se obter um entendimento mais profundo, mais situado e mais ecológico do desenvolvimento das competências inerentes aos enfermeiros de reabilitação.

Também a realização de estudos longitudinais sobre o desenvolvimento de competências e a formação de enfermeiros de reabilitação, poderão evidenciar novos contornos desta área de investigação

Quanto à aplicação do estudo, tendo em conta que as competências surgem como fator de desenvolvimento da profissão, tornando-se elemento impulsionador na melhoria

contínua da qualidade dos cuidados prestados, as problemáticas que emergem deste estudo sugerem a necessidade de se tornarem objeto de consulta, reflexão geral.

Aos enfermeiros de reabilitação, como atores principais deste contexto, já que o trabalho pretende solicitar neles a reflexão sobre estes resultados no sentido de agir em prol da aplicação das competências nas práticas clínicas, conferindo, assim, identidade, autonomia e respeito pela Enfermagem de Reabilitação, quer pelas organizações, quer pela população em geral.

Estes resultados podem interessar, ainda as Escolas de Enfermagem, por serem um espaço de relevância da aquisição e desenvolvimento das competências e os primeiros a pensar a formação.

Enquanto enfermeira de reabilitação considero que o desenvolvimento de competências do enfermeiro de reabilitação melhorará a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos clientes e/ou cuidadores, conferindo às organizações de saúde bons níveis de cuidados prestados.

Em suma, existe ainda um longo caminho a percorrer para o conhecimento mais aprofundado e sistematizado sobre as Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação. Esperamos assim que este trabalho tenha constituído um importante contributo para esta área e que possa ter aberto novos caminhos de investigação para o futuro.

## BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (1994). *Dinâmica de formatividade dos enfermeiros: subsídio para o estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar*. Tese de mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos*. Coimbra: Sinais Vitais.
- Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: Fundamentos, Teorias e Considerações Didácticas*. Coimbra: Formasau.
- Alarcão, I. (1991). Reflexão crítica sobre o pensamento de D.Schön e os programas de formação de professores. In: *Supervisão e formação de professores* (pp.5-22). Aveiro: Cadernos Cidine.
- Alarcão, I. (1995). Desafios actuais da formação dos enfermeiros. In *Conferencia no Workshop – Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores – Estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. (2ª edição). Coimbra: Livraria Almedina.
- Allen, P., Lauchner, K., Bridges, R.A., Francis Johnson, P.K., McBride, S., Olivarez, A. (2008). Evaluating Continuing Competency: A challenge for the nursing profession. *Journal of continuing education in nursing*, 39(20), 81-85.
- Almeida e costa, A (2000). *O ensino Politécnico Português. Descrição evolutiva e prospectiva deste sub-sistema de ensino superior*. Acedido em 5 de Janeiro de 2011 em sholar. Google.pt.
- Alves, P.V. (2008). Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho – O caso de um serviço hospitalar. In: *Revista de Ciências da Educação*. 5, 19-32.
- Amendoeira, J. (1999). *A Formação em enfermagem: Que conhecimentos? Que contextos?* Dissertação de Mestrado em Sociologia, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.
- Amiguinho, A. (1992). *Viver a Formação, Construir a Mudança*. Lisboa: Educa/ICE
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*,

44 (9), pp. 1175-1184. Acedido em 05 de Abril de 2012 em <http://des.emory.edu>.

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28, pp. 117-148. Acedido em 05 de Abril de 2012 em <http://des.emory.edu>.

Batista, P., Graça, A., Matos, Z. (2008). Termos e características associadas à competência. Estudo comparativo de profissionais do desporto que exercem a sua actividade profissional em diferentes contextos de prática desportiva. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 8(3), 377-395.

Bellier, S. (1999). A Competência. In: Philippe Carré & Pierre Caspar (org). *Tratado das ciências e das técnicas de formação* (pp.241-262). Lisboa: Instituto Piaget.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Bravo, R.S. (1985). *Técnicas de investigación social: teoria y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.

Búck, J. Y. (1999). *Le management des connaissances: mettre en oeuvre un projet de knowledge management*. Paris: Éditions d'Organisation.

Bunk, G, P. (1994). Prestação de competências na formação profissional inicial e contínua na RFA. *Formação profissional: Revista Europeia*, 1, 8-14.

Campos, A. B. M. (2010). *Valorização e auto-percepção de competências e conhecimentos de treinadores de futebol de formação*. Dissertação de Mestrado em Treino de alto Rendimento Desportivo. Universidade do Porto. Acedido em 21 de Janeiro de 2011 em [sigarra.up.pt/fadeup/pt/publs](http://sigarra.up.pt/fadeup/pt/publs).

Canário, R. (1991). “Mudar as escolas: o papel da formação e da pesquisa”, *Inovação*, 4 (1), 77-92.

Canário, R. (1994). Centros de Formação das Associações de Escolas: Que Futuro? In A. Amiguinho e R. Canário (org.). *Escolas e Mudança: O Papel dos Centros de Formação* (pp.13-58). Lisboa: Educa.

Canário, R. (1999). *Educação de Adultos: Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa

Canário, R. (2001). A prática profissional na formação de professores. In Bártolo Campos (org.), *Formação profissional de professores no ensino superior* (pp.31-45). Porto: Porto Editora.

Canário, R. (2003). A “aprendizagem ao longo da vida”, análise crítica de um conceito e de uma política. In Rui Canário (org.) (2.<sup>a</sup> Ed.), *Formação e Situações de Trabalho* (pp.189-207). Porto: Porto Editora.

Collière, M. (1999). *Promover a Vida, Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (2<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Lidel

Comissão Europeia (1997). VII CCFI (Comité Consultivo para a formação no domínio dos cuidados de Enfermagem). *Relatório e recomendações sobre a formação de enfermeiros responsáveis por cuidados gerais na União Europeia*. Bruxelas.

Costa, A.A.C. (2008). *Oferta de actividades formativas em contexto de trabalho no âmbito da formação profissional contínua em enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, área Especialização em Formação de Adultos. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Costa, M. A. M. (1995) – Formação, práticas dos enfermeiros: percursos interactivos. *Enfermagem*. 6,6-16.

Costa, M. A. (2002). *Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau e Educação.

Costa, M. A. M.; Mestrinho, M. G.; Sampaio, M. J. (2000). *Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação*. Lisboa: Ministério da Saúde; Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

Costa, M. L. G. (2011). *Mais Saber, Melhor Enfermagem: A repercussão da formação na qualidade de cuidados*. Tese de doutoramento em Educação. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Acedido em 6 de Janeiro de 2012 em <http://hdl.handl.net/10437/1576>.

Costa e Silva, A. M. (2003). *Formação Percursos e Identidades*. Quarteto

Correia, J.A. (1992). Dispositivos e disposições na formação de adultos: a dinâmica da formatividade. In: *II Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da educação*. Braga.

Correia, J. A. (2003). Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação. In Rui Canário (org.). (2ªed.). *Formação e Situações de Trabalho* (pp.13-42). Porto: Porto Editora.

Decreto-Lei nº104/1998 de 21 de abril de 1998. Aprova a criação da Ordem dos Enfermeiros e respetivos Estatutos. Diário da Republica I Serie A. Nº93 (98-04-21),1739-1757.

Decreto-Lei nº49/2005 de 30 de agosto (2005). Aprova a Lei de Bases do Sistema Educativos. Diário da República I Série A. Nº166 (05-08-30),5122-5138

Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de Março de 2006. Regulamento as alterações introduzidas pela Lei de bases do sistema educativo. Diário da Republica I Serie A. Nº 60 (06-03-24),2242-2257.

Dias, M. (2004). *Formadores: Que desempenho?* Loures: Lusociência

Dias, M.F.P.B. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência.

Dicionário da língua Portuguesa (2011). Porto: Porto editora

Delors, J. (1996) – *Educação um tesouro a descobrir*. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Rio Tinto: Edições ASA.

D’Espiney, L. (2003). Formação Inicial / Formação Contínua de Enfermeiros: Uma Experiência de articulação em Contexto de Trabalho. In: Canário, Rui (Org.). *Formação e situações de trabalho* (pp.169-188). Porto: Porto Editora.

Esteves, M. (2009). Construção e desenvolvimento das competências profissionais dos professores. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 08, 37-48. Acedido em 22 de Março de 2011 em <http://sisifo.fpce.ul.pt>.

Ernoul- Dubois, A. (1999). *Offre de compétences et mobilité professionnelle: un projet pour quoi faire?* Levallois: Editions Yes Michel.

Fabre, M. (1995), *Penser la Formation*. Paris:PUF

Fernandes, O. (2007). *Entre a Teoria e a Experiência: Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Hospital no Curso de Licenciatura*. Loures: Lusociência.

Ferry,G. (1987). *Le trajet de la formation*. Paris:Dunod

Forte, A.M. (2005). *Formação contínua: contributos para o desenvolvimento profissional e para a (re) construção da(s) identidades(s) dos professores do 1ºCEB*. Dissertação de mestrado. Universidade do Minho. Acedido em 16 de janeiro de 2012 em <http://repositorium.sdm.uminho.pt>.

Fortin, M. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Friedberg,E. (1988). L’analyse sociologique des organizations. *Pour*,28,3-122.

Friedberg, E. (1993). *O Poder e a Regra. Dinâmicas da Acção Organizada*. Lisboa: Instituto Piaget.

Gaspar,P.,Costa, R, Costa, J., Fierro, J., Rodrigues,J. (2010).Impacto da formação profissional contínua nos custos do tratamento das feridas crónicas. *Referência III série* (1), 53-62.

Gil A.C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

Gomes, B. P. (2006). Contributos da Formação para o Desenvolvimento de competências na Área de Enfermagem de Reabilitação. *Texto & Contexto Enfermagem*.15(2), 193-204.

Gomes, B. P. (2008). *Enfermagem de Reabilitação – Um contributo para a satisfação do utente. Dissertação de doutoramento*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Acedido em 6 junho 2011 em [Repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7275](http://Repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7275).

Guimarães, P. (2000). Aprender no Local de Trabalho: Um Outro Olhar sobre a Formação e a Enfermagem. *IV Congresso Português de Sociologia*. Associação Portuguesa de Sociologia – Actas do IV Congresso. Acedido em 23 de Abril de 2011 em <http://www.aps.pt/ivcong-actas/Acta079>.

- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência
- Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Jarvis, P. (1992). Reflective practice and nursing. *Nurse Education Today*, 12, 174-181
- Jobert, Guy (1999). A Inteligência no Trabalho. In: P. Carré e P. Caspar, (Orgs.). *Tratado das Ciências Técnicas da Formação* (pp.223-240). Lisboa: Instituto Piaget.
- Jolis, N. (1998). *Compétences et compétitivité*. Paris: les Editions d'Organisation
- Josso, Marie-Christine (1988). Da formação do Sujeito ... Ao Sujeito da Formação. In: A. Nóvoa, e M. Finger, (orgs.). *O método (auto)biográfico e a formação* (pp.107-130). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1994). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Laval. Edition. Études vivantes.
- Kirschner, P., Vilsteren, P., Hummel, H., Wigman, M. (1997). The design of a study environment for acquiring academic and professional competence. *Studies in Higher Education*, 22, 151-171
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Lima, J., & Pereira, H. (org.) (2008). *Políticas públicas e conhecimento profissional: a Educação e a Enfermagem em reestruturação*. Porto: Livpsic-
- Lopes, M. (2001). *A recomposição dos Saberes, ideologia e Identidades de Enfermagem- Estudo sociológico em contexto Hospitalar*. Coimbra. Quarteto.
- Malgaive, G. (1995). *Ensinar adultos*. Porto: Porto Editora.
- Marinho, M. M. P. (2000). Prefácio. In: M.A.M. Costa, M.G. Mestrinho, M. J: Sampaio. *Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação* (pp.7). Lisboa: Ministério da Saúde; Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Sílabo.
- Mendonça, S.S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: a excelência do cuidar*. 1ª edição. Lisboa: Editorial Novembro
- Minet, f. (1995). *L'analyse de l'activité et la formation des competences*. Paris: Editions L'Harmattan
- Moniz, J. M. (2001). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa – Contributos da prestação de cuidados para a formação em enfermagem*. Dissertação de mestrado em Ciências da Educação, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa.
- Moreira, J.M: (2004). *Questionários: teoria e prática*. Coimbra. Almedina
- Nagelsmith, L. (1995). Competence: an evolving concept. *Journal of Continuing Education*, 26 (6), 245-248.

- Naphtine,R. (1996). Clinical education: a system under pressure. *Australian Nursing Journal*, 3(9), 20-24
- Nascimento,J.(1999). Escala de auto- percepção de competências profissionais em Educação física e desporto. *Revista Paulista Educação Física*, 13 (1),5-21
- Nóvoa, A. (1988). O Método (auto)biográfico na Encruzilhada dos Caminhos e Descaminhos da Formação dos Adultos. In: *Revista Portuguesa de Educação*, 1 (2), 7-20.
- Nóvoa, A. (1988). A formação tem que passar por aqui: as histórias de vida no projecto Prosalus. In : Nóvoa, António , org.:Finger, Mathias, org. – *O método (auto) biográfico e a formação* (pp.108-117). Lisboa: DRHS.
- Nóvoa, A. (1991).O passado e presente dos professores. In: *Profissão Professor* (pp. 9-32)). Porto editora: Colecção ciências da Educação.
- Nóvoa, A. (1992). Os professores e a história da sua vida. In: *Vidas de professores* (pp. 11-30). Porto editora: Colecção ciências da Educação.
- Novóá, A., Rodrigues,C. (2005). Prefácio. In: R. Canário e B. Cabrita (orgs). *Educação e formação de adultos: Mutações e convergências* (pp.7-14). Lisboa: Educa.
- Oliveira, P. C. M. (2010). *Auto-Eficácia Específica nas Competências do Enfermeiro de cuidados Gerais: percepção dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Administração e Planificação da Educação. Universidade Portucalense
- OPS/.OMS (1997). División de desarrollo de sistemas y servicios de salud(hsp)programa de desarrollo de recursos humanos (hrs)11. *El desafío educativo de las reformas sectoriales: câmbios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud. Grupo de trabajo sobre avaliación de la capacitación en salud*. 1, Buenos Aires: Junho/ Julho, 33.
- Ordem Dos Enfermeiros (2003) – Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Ordem dos Enfermeiros*. 10, 47.
- Ordem Dos Enfermeiros (2004) – A Certificação de competências dos enfermeiros é matéria regulamentar da profissão. *Suplemento da Revista Ordem dos Enfermeiros*,14,15-18.
- Ordem Dos Enfermeiros (2007). *Enfermagem Portuguesa Implicações na Adequação ao Processo de Bolonha no Actual Quadro Regulamentar*. Lisboa: OE.
- Ordem Dos Enfermeiros (2010). *Estatuto: Nova redacção conferida pela Lei n°111/2009 de 16 Setembro*. Lisboa.
- Ordem Dos Enfermeiros (2011). *Conselho de Enfermagem*. Parecer n°008/2011.
- Ordem Dos Enfermeiros (2011) – *Dados Estatísticos 2000 - 2010*. Lisboa.
- Perrenoud,P. (1997). *Construire des competences dès l'école*. Paris: ESSE.

- Perrenoud, P. (2001). *Porquê construir competências a partir da escola? Desenvolvimento da autonomia e luta contra as desigualdades*. Porto: Asa.
- Perrenoud, P. (2002). *A Prática Reflexiva no Ofício de Professor. Profissionalização e Razão Pedagógica*. PortoAlegre: Artmed.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Pinto, L.M.C. (2005). *Sobre educação Não- Formal*. Cadernos D´Inducar
- Pinto, L. M.C. (2007). *Educação Não- Formal- um contributo para a compreensão do conceito e das práticas em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Educação e Sociedade. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Pinheiro, A. (2005). As Competências e as Aprendizagens nos Contextos Académicos Profissionais. *Educação & Comunicação*, 8,9-22.
- Pires, A.I. de O. (1994). As novas competências profissionais. *Formar*,10,4-19.
- Pires, A. L. de O. (2005). *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagem e de competências*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Ministério da Ciência e do Ensino Superior.
- Pires, A. L. de O. (2007). Reconhecimento e validação das aprendizagens. Uma problemática educativa. *Revista de Ciências da Educação*.2,5-20
- Polit, D.; Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portaria nº 195/90 de 17 de Março (1990). Regulamenta o Curso de Bacharelato em Enfermagem. Diário da República I Série A Nº64 (90-03-17),1331-1334.
- Portaria nº239/94 de 16 Abril (1994). Regulamento genérico dos Cursos de Estudos Superiores especializados na área de enfermagem. Diário da República I Série A Nº89 (94-04-16), 1821-1825.
- Quivy, R.& Campenhoudt, L.V.(2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (3ª ed.). Lisboa: Editora Gradiva.
- Rebelo, M.T. (1996). *Os discursos nas práticas dos cuidados dos enfermeiros: contributos para a análise das representações sociais dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação Universidade de lisboa.
- Rebelo, R.M.C. (2009). *Auto percepção das competências profissionais: Estudo em professores de educação física a exercer funções nos Conselhos de Resende, Cinfães e Baião*. Dissertação de Mestrado em Ciências do desporto. Porto: Faculdade de Desporto, Universidade do Porto.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da Republica II Série. N.º 35 (11- 02-18). 8648-8649.

Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da Republica II Série. N.º 35 (11- 02-18) 8658-8659.

Rey, B. (1996). *Les compétences transversals en questions*. Paris:ESE.

Rua, M. & Alarcão, I. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enferm.*, 14 (3), 373-82.

Rodrigues, M.; Pereira, A.; Ferreira, C. (2006). *Da aprendizagem construída ao desenvolvimento pessoal e profissional*. Coimbra: Formasau.

Sá – Chaves, I. (2007). *Formação, conhecimento e supervisão: contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. (2ª Ed.). Aveiro. Universidade de Aveiro.

Santos, A. S. F. (2009). *Competências profissionais do treinador de desporto*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Desporto. Universidade do Porto. Acedido em 24 Abril de 2011 em Repositorio-aberto.up.pt/bitstream.

Santos, E.M.M (2009). *A aprendizagem pela Reflexão em ensino clínico. Estudo qualitativo na formação Inicial em Enfermagem*. Tese de doutoramento. Universidade de Aveiro.

Schön, D. (1992). Formar professores como profissionais reflexivos. In A. Nóvoa, *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Dom Quixote.

Schön, D. (1996). A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes. In J.M. Barbier. *Savoir théorique et savoir d'action* (pp. 201-222). Paris: Press Universitaires de France.

Schön, D. (2000). *Educando o profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.

Serrano, M.T. P. (2008). *Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros em Contexto de trabalho*. Tese de doutoramento. Universidade de Aveiro.

Serrano, M. T. P., Costa, A. S: M., Costa, N. M. V. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência (s). *Revista de enfermagem - Referência*.3.15-23.

Silva, A. S., & Pinto, J.M., orgs. (2001)) – *Metodologia das ciências sociais*. 11ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

Simões, A. J. C. (2008). *Motivações e expectativas profissionais dos estudantes de enfermagem – Estudo numa escola da área de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

Simões, F. & Ferrão, M. (2005). Competência pessoal percebida e desempenho escolar em matemática. *Estudos em Avaliação Educacional*, 16 (32), 25-42.

Sousa, E. S. A. (2011). *A família – Atitudes do Enfermeiro de Reabilitação*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Turner, R. (1990). Rehabilitation. In *Spilker, Bert (ed) Quality of Life Assessment in Clinical Trials* (pp.247-267). New York Raven Press.

Waldow, V., Lopes, M., Marques, J., Meyer, D. E. (1995). *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar. A enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Zarifian, P. (1999). O modelo de competências e as suas consequências sobre os Métiers Profissionais. IN: Anais do Seminário Internacional. *Mercado do trabalho: Transformações e Monitoramento de ocupações*. Rio de Janeiro, (SENAI/DN/CIET).

Zeichner, K.M. (1993). *A formação reflexiva de professores: Ideias e práticas*. Lisboa: Educa.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA  
DA ECEER**

## RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DA ECEER

Cronbach's Alpha	Importância Atribuída 0,9776		Grau de Competência 0,9708		Necessidade de Formação 0,9719	
	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Questão1	0,9041	0,9765	0,7912	0,9697	0,6981	0,9712
Questão2	0,5508	0,9777	0,5251	0,9706	0,6845	0,9712
Questão3	0,7540	0,9769	0,8401	0,9695	0,6807	0,9712
Questão4	0,8819	0,9772	0,8961	0,9692	0,6515	0,9713
Questão5	0,7317	0,9771	0,5979	0,9704	0,7668	0,9709
Questão6	0,8788	0,9767	0,8936	0,9693	0,8551	0,9707
Questão7	0,9041	0,9765	0,5316	0,9706	0,2925	0,9724
Questão8	0,8819	0,9772	0,7772	0,9697	0,4770	0,9718
Questão9	0,8788	0,9767	0,8041	0,9697	0,6745	0,9713
Questão10	0,8819	0,9772	0,8498	0,9696	0,6140	0,9715
Questão11	0,7623	0,9772	0,1517	0,9720	0,4251	0,9720
Questão12	0,5326	0,9780	0,6050	0,9704	0,4722	0,9718
Questão13	0,6697	0,9772	0,5172	0,9706	0,7551	0,9709
Questão14	0,3265	0,9780	0,6928	0,9702	0,6077	0,9714
Questão15	0,7207	0,9770	0,8198	0,9699	0,7982	0,9710
Questão16	0,8819	0,9772	0,6887	0,9700	0,7973	0,9708
Questão17	0,8819	0,9772	0,7696	0,9699	0,6155	0,9714
Questão18	0,8819	0,9772	0,7953	0,9699	0,7227	0,9710
Questão19	0,6850	0,9772	0,7003	0,9702	0,7451	0,9710
Questão20	0,5085	0,9776	0,5715	0,9706	0,6832	0,9712
Questão21	0,5424	0,9775	0,6594	0,9701	0,7325	0,9710
Questão22	0,7620	0,9771	0,3842	0,9713	0,7248	0,9710
Questão23	0,868	0,9766	0,6751	0,9701	0,7702	0,9709
Questão24	0,8683	0,9766	0,7472	0,9699	0,6762	0,9712
Questão25	0,8681	0,9766	0,7495	0,9698	0,7728	0,9709
Questão26	0,8681	0,9766	0,6259	0,9703	0,7834	0,9708
Questão27	0,8681	0,9766	0,6956	0,9700	0,8425	0,9705
Questão28	0,7424	0,9772	0,7340	0,9700	0,7196	0,9710
Questão29	0,8681	0,9766	0,7758	0,9697	0,8520	0,9705
Questão30	0,8681	0,9766	0,6553	0,9702	0,6654	0,9712
Questão31	0,8819	0,9772	0,6428	0,9702	0,5540	0,9716
Questão32	0,7907	0,9768	0,6946	0,9701	0,8117	0,9707
Questão33	0,8613	0,9766	0,5775	0,9705	0,6548	0,9713
Questão34	0,8613	0,9766	0,5820	0,9704	0,6103	0,9714
Questão35	0,4680	0,9780	0,5055	0,9710	0,3347	0,9726
Questão36	0,2359	0,9788	0,2668	0,9715	0,1221	0,9730
Questão37	0,7554	0,9769	0,3441	0,9714	0,1748	0,9729
Questão38	0,5760	0,9775	0,7138	0,9699	0,7423	0,9710
Questão39	0,5187	0,9780	0,5517	0,9707	0,5153	0,9717
Questão40	0,4741	0,9778	0,4237	0,9710	0,3257	0,9724

Questão41	0,7023	0,9771	0,7835	0,9698	0,7912	0,9708
Questão42	0,5930	0,9775	0,7432	0,9698	0,8168	0,9706
Questão43	0,8681	0,9766	0,6609	0,9701	0,8090	0,9707
Questão44	0,7907	0,9768	0,6485	0,9702	0,6406	0,9713
Questão45	0,8788	0,9767	0,7518	0,9698	0,7582	0,9709
Questão46	0,8788	0,9767	0,7675	0,9698	0,7824	0,9709

---

## **APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO**

# Questionário

## *Parte I - Caracterização do participante no estudo*

1- Género:

2- Idade:

3- Formação académica:            Bacharelato                    Licenciatura

    Pós graduação:            Qual

    Mestrado:                      Qual

    Doutoramento:            Qual

4- Instituição onde exerce funções:

4.1- Serviço onde exerce funções:

4.2- Tempo de experiência profissional no actual serviço:                      (anos)

5- Tempo de serviço na profissão                      (anos)

6- Há quanto tempo tem a especialidade?                      (anos)

7- Presta cuidados, essencialmente no âmbito dos cuidados enfermagem de reabilitação?

7.1- Se sim, há quanto tempo?                      Em que área?

7.2- Se não, porquê?

8- Tipo de vínculo:

9- Para além desta instituição presta serviço noutra local?

    Se sim, a actividade é no âmbito da enfermagem de reabilitação?

    Se sim, qual?

## *II Parte - Estudo das competências*

O exercício da enfermagem de reabilitação compreende um conjunto de competências específicas. Assim, após ler cada uma das competências, expresse a sua opinião, relativamente ao seguinte:

Indique a importância que atribui a cada uma delas, de acordo com a seguinte escala

1	2	3	4	5
Nenhuma importância	Pouco importante	Importante	Muito Importante	Muitíssimo importante

Indique o seu grau de competência em cada uma delas, de acordo com a seguinte escala

1	2	3	4	5
Incompetente	Pouco competente	Competente	Muito competente	Muitíssimo competente

Indique as suas necessidades de formação, de acordo com a seguinte escala

1	2	3	4	5
Desnecessário	Necessito pouco	Necessito	Necessito muito	Necessito muitíssimo

Unidade de competência: 1-Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.				
<b>Critérios de avaliação</b>	<b>Importância atribuída</b>	<b>Grau de competência</b>	<b>Necessidade formação</b>	
Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário	
Recolhe informação pertinente para avaliar as funções: cardio-respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal, sexualidade	1.Nenhuma Importância	5.Muitíssimo Competente	1.Desnecessário	
Utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardio-respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal, sexualidade	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário	
Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Actividades de vida Diárias (AVD's) de forma independente.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário	
Identifica factores facilitadores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário	
Identifica factores inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário	
Avalia os aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário	
Faz o diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário	
Identifica as necessidades de intervenção para otimizar a função a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário	
Identifica as necessidades de intervenção para reeducar a função a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário	
Unidade de competências: 2- Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade				
<b>Critérios de avaliação</b>	<b>Importância atribuída</b>	<b>Grau de competência</b>	<b>Necessidade formação</b>	
Discute as práticas de risco com pessoa, para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário	
Concebe planos para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário	
Selecciona as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial,	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário	

cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.			
Prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Discute as alterações da função a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Concebe planos para otimizar / reeducar a função: motora, sensorial e cognitiva;cardio-respiratória; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Prescreve as intervenções para otimizar/reeducar a função: motora, sensorial e cognitiva;cardio-respiratória; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Selecciona as intervenções para otimizar/reeducar a função: motora, sensorial e cognitiva;cardio-respiratória; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Elabora programas de reeducação funcional: motora, sensorial e cognitiva;cardio-respiratória; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Selecciona produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Unidade de competência: 3- Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da eliminação e da sexualidade.			
<b>Critérios de avaliação</b>	<b>Importância atribuída</b>	<b>Grau de competência</b>	<b>Necessidade formação</b>
Implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Implementa programas de reeducação funcional cardio-respiratória, reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; optimização e/ou reeducação da sexualidade, reeducação da função de alimentação e da eliminação (vesical e intestinal)	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Ensina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade nos diferentes contextos (internamento/domicilio/comunidade)	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Demonstra técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade nos diferentes contextos (internamento/domicilio/comunidade)	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade nos diferentes contextos (internamento/domicilio/comunidade)	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Unidade de competência: 4-Avalia os resultados das intervenções implementadas			
<b>Critérios de avaliação</b>	<b>Importância atribuída</b>	<b>Grau de competência</b>	<b>Necessidade formação</b>

Monitoriza a implementação dos programas de: redução dos riscos; optimização da função; reeducação funcional; treino.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Monitoriza os resultados dos programas de: redução dos riscos; optimização da função; reeducação funcional; treino.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida)	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Unidade de competência: 5- Elabora e implementa programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.			
Critérios de avaliação	Importância atribuída	Grau de competência	Necessidade formação
Ensina a pessoa e/ou cuidador técnicas específicas de auto cuidado	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Realiza treinos específicos de AVD's nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Ensina a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Supervisa a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Unidade de competência: 6- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social			
Critérios de avaliação	Importância atribuída	Grau de competência	Necessidade formação
Demonstra conhecimento sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Sensibiliza a comunidade para a importância de adopção de práticas inclusivas	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Identifica barreiras arquitectónicas	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Orienta para a eliminação das barreiras arquitectónicas no contexto de vida da pessoa	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Emite pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Unidade de competência: 7- Concebe e implementa programas de treino motor e cardio- respiratório			
Critérios de avaliação	Importância atribuída	Grau de competência	Necessidade formação
Demonstra conhecimento aprofundado acerca das funções cardio- respiratórias e motora.	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Ensina sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardio- respiratório, tendo em conta os objectivos individuais da pessoa	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Instrui sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardio- respiratório, tendo em conta os objectivos individuais da pessoa	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Treina sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardio- respiratório, tendo em conta os objectivos individuais da pessoa	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Unidade de competência: 8 -Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados			
Critérios de avaliação	Importância atribuída	Grau de competência	Necessidade formação

Monitoriza a implementação dos programas concebidos	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário
Monitoriza os resultados obtidos em função dos objectivos definidos com a pessoa	1.Nenhuma Importância	1.Incompetente	1.Desnecessário

### ***Parte III - Formação***

a) Relativamente a aquisição das suas competências específicas de Reabilitação, indique a importância atribuída a cada componente enunciada no próximo quadro de acordo com a seguinte escala.

1	2	3	4	5
Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Muitíssimo importante

Formação Académica/Especializada	1 - Nada Importante
Formação experiencial	1 - Nada Importante
Formação pela análise das práticas	1 - Nada Importante
Acções de formação	1 - Nada Importante

b) - Das componentes enunciadas, indique as duas que considerou mais importantes para aquisição das suas actuais competências. Atribuindo o 1 a que considera mais importante.

1-

2-

c) - Indique outras componentes formativas que considera importantes para aquisição das competências, que não foram enunciadas.

d) - Quais os contextos formativos mais marcantes?

**APÊNDICE III - PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DA APER**

EXMª SRª PRESIDENTE DA APER - ISABEL RIBEIRO

O MEU NOME É ADÉLIA DA CONCEIÇÃO RODRIGUES ( ASSOCIADA Nº603), SOU ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO NO CENTRO HOSPITAL LEIRIA-POMBAL E ESTOU A FREQUENTAR O CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA, SOB ORIENTAÇÃO DO PROF. DOUTOR ANTÓNIO MORAIS.

O TEMA DA MINHA TESE DE MESTRADO TEM COMO TEMA: " AS COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO"

**JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO:**

COM A REGULAMENTAÇÃO QUE DEFINE O PERFIL DAS COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO, TORNA-SE IMPORTANTE PERCEBER AQUELAS QUE OS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO MAIS VALORIZAM NA SUA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL. DE FACTO, ENTRE OS FACTORES CONCORRENTES DA COMPETÊNCIA PROFISSIONAL, A COMPETÊNCIA PERCEBIDA É CONSIDERADA COMO NUCLEAR NA COMPETÊNCIA EFECTIVA SENDO DE GRANDE IMPORTÂNCIA O SEU ESTUDO PARA SE INTENTAR COMPREENDER A COMPLEXIDADE DO PROCESSO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.

**OBJETIVO DO ESTUDO:**

IDENTIFICAR A VALORIZAÇÃO PERCEBIDA, AS PERCEPÇÕES DE AUTO-EFICACIA E AS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO RELATIVAMENTE AS COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM FUNÇÃO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL, FORMAÇÃO ACADÉMICA E FUNÇÕES QUE DESEMPENHA ACTUALMENTE

**QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO:**

1- QUE COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS OS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS DE REABILITAÇÃO, MAIS VALORIZAM PARA O EXERCÍCIO DA SUA ACTIVIDADE PROFISSIONAL?

2 - QUAIS AS COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS EM QUE OS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS DE REABILITAÇÃO, SE CONSIDERAM MAIS COMPETENTES?

3- QUAIS AS COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS EM QUE OS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS DE REABILITAÇÃO, REFEREM TER/SENTIR MAIOR NECESSIDADE DE FORMAÇÃO?

4- QUAL O CONTRIBUTO DOS DIFERENTES TIPOS DE FORMAÇÃO NA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO?

5- A VALORIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS, BEM COMO A PERCEPÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E AS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO VARIAM EM FORMAÇÃO DE QUE FACTOR (EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL, SITUAÇÃO PROFISSIONAL, FORMAÇÃO)?

PARA O REFERIDO ESTUDO CONSTRUÍ UM QUESTIONÁRIO ONLINE ( EM ANEXO), O MEU PEDIDO DE COLABORAÇÃO VAI NO SENTIDO DA UTILIZAÇÃO DA VOSSA BASE DE DADOS PARA O ENVIO DOS QUESTIONÁRIOS AOS ASSOCIADOS DA APER. FICO A AGUARDAR O VOSSO CONTACTO.

COM OS MELHORES CUMPRIMENTOS

ADÉLIA DA CONCEIÇÃO RODRIGUES

BOA NOITE ENF ADELIA

CONFORME CONVERSA TELEFÓNICA ACUSO A RECEPÇÃO DO MAIL A SOLICITAR COLABORAÇÃO.

È SEMPRE COM GRANDE SATISFAÇÃO QUE A APER COLABORA COM ENFERMEIROS NA ÁREA DA REABILITAÇÃO NA PARTICIPAÇÃO DE ESTUDOS.

A NOSSA CONTRA PARTIDA É A OBRIGATORIEDADE DE ENVIO DOS RESULTADOS EM FORMA DE ARTIGO PARA SE PUBLICAR E DAR A CONHECER AS COLEGAS.

DESEJAMOS SUCESSO NO TRABALHO

ISABEL RIBEIRO

[ISABEL RIBEIRO](#)









