



**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**



Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde

Relatório de Estágio

Orientador: Professor Raúl Cordeiro

**ACREDITAÇÃO DA IDONEIDADE FORMATIVA DO  
CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA NO SERVIÇO DE  
URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA DO CENTRO  
HOSPITALAR MÉDIO TEJO, UNIDADE DE  
ABRANTES**

Victor Manuel Samarra Serra

**Setembro**

**2014**

Instituto Politécnico de Portalegre  
Escola Superior de Saúde de Portalegre  
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Relatório de Estágio  
Orientador: Professor Raul Cordeiro

ACREDITAÇÃO DA IDONEIDADE FORMATIVA DO CONTEXTO DE PRÁTICA  
CLÍNICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA DO CENTRO HOSPITALAR  
MÉDIO TEJO, UNIDADE DE ABRANTES

Victor Manuel Samarra Serra

Setembro  
2014

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu filho, pelo tempo privado das suas brincadeiras comigo.

A ti Eva Claro, pela ajuda incansável, pelo apoio inesgotável, pelo incentivo constante, por não me teres deixado entrar num estado de procrastinação, por não me teres deixado desistir, por me levatares sempre a cabeça, quando ela quis render-se.

À minha família, pelo apoio, por me fazerem acreditar ser possível, pela sua presença constante, pela sua ajuda sempre presente.

Ao meu orientador Prof. Raul Cordeiro e ao Professor Adriano, pela paciência, incentivo e pela ajuda demonstrada.

A todos os que marcaram presença nesta minha caminhada, o meu **MUITO OBRIGADA.**

## **RESUMO**

Num contexto de mudança dos estatutos da Ordem dos Enfermeiros, reconhece-se a importância de renovar um Sistema de Certificação de Competências, que é contemplado por um período de Exercício Profissional Tutelado, para a obtenção do título de Enfermeiro, e um período de Desenvolvimento Profissional Tutelado, para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista.

O Conselho de Enfermagem reconhece que para a obtenção destes títulos, esta Prática Tutelada deve acontecer num contexto de prática clínica de Idoneidade Formativa, reconhecida e acreditada pela Ordem dos Enfermeiros, e sob a supervisão de um Enfermeiro com certificação de competências, com a designação de Enfermeiro Supervisor.

Serve então o presente relatório para verificar se, se encontram reunidas as condições para um eventual processo de candidatura a Acreditação de Idoneidade Formativa do Contexto de Prática Clínica, no Serviço de Urgência – Unidade de Abrantes – Centro Hospitalar Médio Tejo.

Ao longo do relatório são descritas as fases de implementação e feito o levantamento das condições necessárias à candidatura para o processo de Acreditação.

**Palavras-Chave:** Modelo de Desenvolvimento Profissional, Acreditação de Idoneidade Formativa, Certificação de Competências, Supervisão Clínica, Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

## **ABSTRACT**

In a context of change of the statutes of the Nursing and Midwifery Council, recognizes the importance of renewing a Skills Certification System, which corresponds to a period of Exercise Professional Subordinate to obtain the title of Nurse, and a period of Professional Development Subordinate for the award of the title of Specialist Nurse.

The Board of Nursing recognizes that to achieve these titles, this practice ward should happen in the context of clinical practice of formative reputation, recognized and accredited by the Association of Nurses, and under the supervision of a nurse with certification of skills, with the appointment of Nurse Supervisor.

Then serves this report to establish where the conditions are met for any application process for Accreditation Eligibility Formative Context of Clinical Practice in Emergency Service – Unit Abrantes – Centro Hospitalar Médio Tejo.

Throughout the report describes the implementation stages and made a survey of the conditions necessary for the application to the Accreditation Process.

**Keywords:** Model of Professional Development, Formative Skills Certification, Training Skills Certification, Clinical Supervision, Quality of Nursing Care

## ABREVIATURAS

APA	- <i>American Psychological Association</i>
CCI	- Comissão de Controle de Infecção
CHMT	- Centro Hospitalar do Médio Tejo
CIPE	- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPA	- Código de Procedimento Administrativo
CPC	- Contexto de Prática Clínica
DIF	- Desenvolvimento da Idoneidade Formativa
DPT	- Desenvolvimento Profissional Tutelado
EI	- Estrutura de Idoneidades
EOE	- Estatutos da Ordem dos Enfermeiros
EPE	- Entidade Pública Empresarial
EPT	- Exercício Profissional Tutelado
IFCPC	- Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica
MDP	- Modelo de Desenvolvimento Profissional
MS	- Ministério da Saúde
OE	- Ordem dos Enfermeiros
PQCE	- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
PTE	- Prática Tutelada de Enfermagem
REPE	- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RIFCPC	- Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica
SA	- Sociedade Anónima
SAV	- Suporte Avançado de Vida
SBV	- Suporte Básico de Vida
SC	- Supervisor Clínico
SCC	- Supervisor Clínico Certificado
SO	- Sala de Observação
SU	- Serviço de Urgência
TNCC	- Trauma Nurse Core Course
UCDM	- Unidade de Curta Duração de Medicina

## INDICE

<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>3</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>4</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>5</b>
<b>ABREVIATURAS.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>I PARTE</b>	
<b>1 - DOCUMENTOS REGULADORES DA PROFISSÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS.....	13
1.2 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	15
<b>2 – IDONEIDADE FORMATIVA – CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>17</b>
2.1 – PRINCIPIOS E CONCEITOS.....	18
<b>2.1.1 – Padrões de Qualidade.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1.2 – Supervisão Clínica.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.3 – Idoneidade Formativa do Contexto de Prática Clínica.....</b>	<b>21</b>
<b>3 – ESTRUTURA DE IDONEIDADES.....</b>	<b>25</b>
3.1 – PERFIL DOS MEMBROS DA ESTRUTURA DE IDONEIDADES.....	26
<b>4 – ACREDITAÇÃO DA IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA – FASES E CIRCUITOS DO PROCESSO.....</b>	<b>28</b>
4.1 – CANDIDATURA.....	28
4.2 – RECONHECIMENTO.....	29
4.3 – ACREDITAÇÃO.....	30
4.4 – RENOVAÇÃO DA ACREDITAÇÃO.....	31
4.5 – ALTERAÇÕES NO CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA.....	33
<b>5 – CERTIFICAÇÃO DO SUPERVISOR CLÍNICO DE PRÁTICA TUTELADA EM ENFERMAGEM – FASES E CIRCUITOS DO PROCESSO.....</b>	<b>34</b>
5.1 – CANDIDATURA E SUA VALIDAÇÃO.....	34
5.2 – SERIAÇÃO DOS CANDIDATOS E SUA INCLUSÃO NA “BOLSA DE CANDIDATOS”.....	36
5.3 – CONVOCATÓRIA PARA FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM SUPERVISÃO CLÍNICA DE PRÁTICA TUTELADA DE ENFERMAGEM.....	36
5.4 – FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM SUPERVISÃO CLÍNICA DE PRÁTICA	37

TUTELADA DE ENFERMAGEM.....	
<b>5.4.1 – Organização da formação.....</b>	<b>37</b>
<b>5.4.2 – Circuito (no processo formativo).....</b>	<b>38</b>
5.5 – PRIMEIRA EXPERIÊNCIA ACOMPANHADA ENQUANTO SUPERVISOR CLÍNICO DE PRÁTICA TUTELADA DE ENFERMAGEM.....	39
5.6 – ELABORAÇÃO DA PROPOSTA PARA CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE SUPERVISOR CLÍNICO DE PRÁTICA TUTELADA DE ENFERMAGEM.....	40
5.7 – CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO SUPERVISOR CLÍNICO DE PRÁTICA TUTELADA DE ENFERMAGEM.....	40
5.8 – RECERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO SUPERVISOR CLÍNICO DE PRÁTICA TUTELADA DE ENFERMAGEM.....	41
<b>6 – MATRIZ DE ADMISSÃO E SERIAÇÃO DOS CANDIDATOS A SUPERVISOR CLÍNICO DE PRÁTICA TUTELADA DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>42</b>
<b>7 – ACREDITAÇÃO DE CONTEXTOS: PROGRESSIVIDADES DOS TRIÊNIOS.....</b>	<b>44</b>
<b>8 – MEIOS E RECURSOS DOS PROCESSOS DE ACREDITAÇÃO DE IDONEIDADE FORMATIVA.....</b>	<b>45</b>
<b>9 – ARTICULAÇÃO COM A ESTRUTURA DE PRÁTICA TUTELADA E COM O PROGRAMA DOS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>46</b>
<b>II PARTE</b>	
<b>10 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....</b>	<b>48</b>
10.1 – SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICO DO CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO.....	48
10.2 – EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	51
<b>11 – CONTEMPORIZAÇÃO DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO.....</b>	<b>52</b>
<b>12 – APLICAÇÃO DO REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO DA IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA.....</b>	<b>53</b>
<b>13 – REFLEXÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS.....</b>	<b>63</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>74</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICES</b>	
Apêndice I – Perfil dos Membros da Estrutura de Idoneidades.....	81
Apêndice II – Matriz de Admissão e Seriação dos Candidatos a Supervisor Clínico da Prática Tutelada em Enfermagem.....	84
Apêndice III – Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica: Progressividade por Triênios.....	87

## **INTRODUÇÃO**

No decorrer do Curso de Licenciatura em Enfermagem o ensino clínico representa o contacto inicial do estudante com a prática clínica, iniciando-se assim o processo de socialização profissional (Arco, 2005), que proporcionará a consolidação e a aquisição de novos conhecimentos assim como permitirá desenvolver um saber contextualizado (Carvalho, 2003). O processo de ensino/aprendizagem deve ser desenvolvido à luz de saberes experienciados em contextos concretos, privilegiando a transversalidade de saberes e de forma complementar ao conhecimento teórico.

Numa perspectiva histórica sucederam-se acontecimentos que marcaram profundamente a evolução do exercício profissional. A preocupação pela formação em Enfermagem já remonta a Florence Nightingale, quando em 1860 fundou Nightingale Training Scholl cujas bases eram formação e treino. Assim sendo, à semelhança desta primeira escola, o objectivo principal do ensino clínico nos nossos dias é a aquisição, por parte dos estudantes de Enfermagem, das competências que os tornem habilitados a exercer a profissão, tendo por base as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, assim como as orientações internacionais.

Ao falarmos de formação em contexto clínico estamos a falar de um espaço de formação complexo onde interagem um conjunto heterogéneo de pessoas, mas que é sem dúvida, essencial para a aprendizagem dos estudantes. A formação em Enfermagem deverá facilitar o desenvolvimento de uma ideologia profissional e dar aos estudantes a oportunidade de desenvolver o conhecimento e as capacidades requeridas para uma prática competente. A competência envolve, não só, a apropriação significativa de conhecimentos científicos, mas também a realização de acções na prática, com utilização adequada de tecnologias quer para a manutenção da saúde, quer para a resolução dos problemas e está envolvida numa forte competência relacional de valorização da pessoa como centro de todos os cuidados, num ambiente controlado, que deve proporcionar todas estas experiências com supervisão.

Entende-se assim o ensino clínico como um espaço e um tempo de excelência para o desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas de relação interpessoal e crítico-reflexivas que permitem ao estudante e futuro profissional dar resposta às várias situações (Soares, 2008). O ensino clínico assume-se como a melhor forma de organizar as actividades práticas que, desenvolvidas em ambiente profissional, permitem ao estudante, além de aprender a executar técnicas, desenvolver outras competências, nomeadamente, a

relação interpessoal e de ajuda, o pensamento crítico, a capacidade para avaliar, decidir e utilizar (Garrido & Simões, 2007).

Para que estas competências se desenvolvam é necessário que exista colaboração/articulação entre os locais de formação, ou seja, escolas e instituições de saúde, de modo a que teoria tenha repercussões na prática e as práticas influenciem e actualizem o processo de ensino aprendizagem. Posto isto, a acreditação da idoneidade formativa do contexto de prática clínica é vital para todo este processo que exige a criação de estruturas e procedimentos próprios que permitam assegurar a qualidade das experiências proporcionadas a estes formandos, apesar das particularidades de cada campo de prática clínica.

Por outro lado a mudança de paradigma do Ensino Superior determinada pela implementação do processo de Bolonha, reorganização de Escolas de Enfermagem e consequente integração nos Politécnicos e Universidades, como refere o Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de Setembro (Ministério da Educação, 1999), exige uma transformação do ensino da Enfermagem e nos papéis dos enfermeiros ao nível do ensino, investigação, produção e difusão de conhecimento, conduzindo a alterações nas práticas e nos modelos de conceber e realizar trabalho (Mestrinho, 2008).

A Enfermagem, enquanto profissão que intervém no âmbito da saúde, depara-se com um desafio que se caracteriza pela transformação acelerada e profunda a vários níveis da realidade social, o que a tem obrigado a uma constante recriação do seu agir profissional. A Enfermagem em Portugal tem sido pioneira, e como tal, uma referência no contexto europeu no que diz respeito à coerência e qualidade que tem conseguido impor na formação na formação de enfermeiros. A nossa história revela a preocupação de investir numa formação de enfermeiro generalista ou especialista, que promova o desenvolvimento cultural, pessoal, social e ético dos estudantes, que lhes proporcione os fundamentos científicos para o exercício de uma actividade multifacetada que se desenvolve em diferentes contextos sociais, a par de um forte investimento no desenvolvimento da ciência de enfermagem.

O paradigma da Enfermagem caracteriza-se por ser um paradigma de transição, sendo os sujeitos os construtores do seu próprio conhecimento, colocando o enfoque na aprendizagem. O ensino de Enfermagem evoluiu, fruto de todo um trabalho e esforço desenvolvido que pelos gestores das escolas, quer pelos docentes, no sentido de manter uma formação e actualização permanentes elevando assim o nível de ensino (Carvalho, 2003). Os conteúdos programáticos sobre os cuidados técnicos e relacionais são leccionados na escola, mas são realmente assimilados a partir da realidade que constitui a aprendizagem clínica.

Tendo como base a preocupação em manter o elevado nível de ensino onde os futuros profissionais de enfermagem experienciam o saber ser, e o saber fazer, nasce o interesse

em analisar todo o processo, em como estes campos de experiência atingem o reconhecimento pela Ordem dos Enfermeiros como berço destes novos profissionais, mais concretamente a realidade experienciada pessoalmente enquanto Enfermeiro da Urgência do Centro Hospitalar do Médio Tejo que é respectivamente campo de estágio com idoneidade formativa para alunos de enfermagem e enfermeiros especialistas.

Assim sendo, este trabalho faz referência à estrutura, circuitos e instrumentos para o Sistema de Certificação de Competências, integrada no Modelo de Desenvolvimento Profissional. Pretendemos neste caso em particular avaliar e verificar os critérios necessários para a atribuição e reconhecimento como Entidade Acreditada de Idoneidade Formativa em Contexto de Prática Clínica no Serviço de Urgência. Posto isto, este trabalho tem como objectivos:

- Elaborar o Relatório de Estágio;
- Descrever fases e circuitos do processo de acreditação.
- Identificar os critérios do Referencial de Avaliação (presentes ou ausentes no SU);
- Identificar possíveis causas para a obtenção, ou não, da Idoneidade formativa do SU.

O presente relatório está então organizado em duas partes. Na primeira parte abordaremos os fundamentos do Modelo de Desenvolvimento Profissional, bem como os Processos de Certificação de Competências, Supervisão Clínica e Acreditação da Idoneidade Formativa. Na segunda parte, descreveremos e caracterizaremos o Serviço de Urgência – Unidade de Abrantes – Centro Hospitalar Médio Tejo e proceder-se-á à aplicação do Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa com conseqüente análise dos resultados obtidos, através de reflexão crítica.

A principal metodologia para este trabalho foi a revisão bibliográfica e a pesquisa documental.

Este documento foi elaborado de acordo com o disposto nas Normas de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre, e foram utilizadas normas da *American Psychological Association* (APA) nas citações e bibliografia.

## **I PARTE**

### **1 - DOCUMENTOS REGULADORES DA PROFISSÃO**

Um dos principais reguladores da profissão de Enfermagem em Portugal é a Ordem dos Enfermeiros criada a partir do Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, respondendo então a um “imperativo da sociedade portuguesa de ver instituída uma associação profissional de direito público, que, em Portugal, promova a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão...” (Ministério da Saúde [MS], 1998).

Para além do disposto na OE, os enfermeiros portugueses possuem um quadro de referência para o exercício profissional composto pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, o Código Deontológico do Enfermeiro, Padrões de Qualidade, e Competências do Enfermeiro de Cuidado Gerais e do Enfermeiro Especialista.

A nível Jurídico, o exercício profissional está regulado pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e pelos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros (EOE). O REPE “clarifica os conceitos, procede à caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais...” (Ministério da Saúde [MS], 1996).

O exercício profissional da Enfermagem está definido no Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (MS, 1996), de acordo com a Lei de Bases da Saúde (Ministério da Saúde [MS], 1990), constituindo então o REPE. Posteriormente este diploma sofreu alterações com o Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, que cria e aprova os estatutos da Ordem dos Enfermeiros (MS, 1998). Consecutivamente houve alteração dos mesmos na Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, de forma a introduzir modificações na estrutura organizacional e funcionamento da Ordem, mas o que merece destaque é a integração da Deontologia Profissional, constituída pelos direitos dos Enfermeiros, o regime de incompatibilidades e o Código Deontológico do Enfermeiro (Ministério da Saúde [MS], 2009).

Assim sendo, enfermeiro é o profissional

“com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade”

como regulamenta o REPE art. 4 n.º3, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril (MS, 1996), (MS, 1998). Para o exercício profissional em Portugal, o enfermeiro deve então inscrever-se na organização pública representativa desta classe profissional o que está regulamentado na Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. O mesmo Decreto conclui então que a Ordem dos Enfermeiros é um órgão regulador e supervisor da qualidade dos cuidados em Enfermagem, através do controlo do exercício profissional da mesma tendo como base a ética e deontologia (MS, 2009).

## 1.1 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS

Com a criação da OE em 21 de Abril de 1998, o Estado Português reconhece que o exercício profissional da Enfermagem deve ser regulamentado e controlado por esta associação pública (MS, 1998). Assim sendo, torna-se necessário que os Órgãos Sociais da Ordem definam o nível de qualificação profissional, regulamentem e exercício profissional e atribuam o reconhecimento de títulos profissionais de enfermeiro com o respectivo registo dos mesmos a nível nacional. Para isto, é fundamental que este representante de toda uma comunidade profissional se pronuncie sobre os modelos de formação, estrutura geral dos cursos de enfermagem e especializações de forma a garantir os fins para os quais foi criada.

É neste contexto que em 2001 se iniciaram os processos de acreditação da formação pré e pós-graduada e de certificação individual de competências que visam a atribuição de títulos profissionais reconhecidos pela OE.

Para Rosário, González-Pienda & Pérez (2006: 109), as competências são entendidas como “um conjunto de conhecimentos, destrezas e atitudes necessários para exercer uma determinada tarefa, e para resolver problemas de forma autónoma e criativa”. Para Berger Filho (1998)

“as competências são especialmente as evidências do que o indivíduo é capaz de fazer com aquilo que sabe. Entende-se por competências os esquemas mentais, ou seja, as acções e operações mentais de carácter cognitivo, sócioafectivo ou psicomotor que mobilizadas e associadas a saberes teóricos ou experiências geram habilidades, ou seja, um saber-fazer” (citado por Carvalho, 2004: 363).

Todavia, Le Boterf (2005), alerta para o facto de que a competência é vista como uma ‘soma’, enquanto na verdade trata-se de uma combinação em que cada elemento se modifica na relação com os outros, sendo pois, um processo que combina recursos. Efectivamente, este autor interessa-se, pelas competências necessárias ao desempenho das profissões complexas, definindo-as como aquelas profissões em que os profissionais devem enfrentar o desconhecido e a mudança permanente, situação em que se encontra a

profissão enfermagem, não só pela complexidade dos problemas a resolver, como pelo carácter incerto do contexto de trabalho.

No âmbito da enfermagem enquanto profissão, Alarcão (1996: 19) afirma que a competência profissional “implica um conhecimento situado na acção, holístico, criativo, pessoal, construído, um conhecimento que depende, entre outras coisas, da capacidade do profissional para apreciar o valor das suas decisões e as consequências que delas decorrem”. É aqui que se salienta a óptica da prática como fonte de conhecimento através da experimentação e reflexão, sendo um momento privilegiado de integração e de desenvolvimento de competências. Também Mestrinho (2007: 200) nos diz que “ao nível das profissões, o conceito de competência compreende os saberes conceptuais, da experiência e os saberes da acção (na formação inicial e contínua)”. E, resulta de um conjunto de micro-interacções: com o próprio (interacção intrapessoal); com os outros (interacção interpessoal); com os saberes na sua relação de interactividade (interacção interdisciplinar) (Rua & Alarcão, 2005), sem esquecer, que “nem toda a experiência resulta necessariamente numa aprendizagem, mas a experiência constitui, ela própria, um potencial de aprendizagem” (Dominicé, 1989 citado por Cavaco, 2007: 23).

Quanto às qualificações entendem-se como conjunto de saberes resultantes de formações explícitas, passíveis de serem medidos ou certificados. As qualificações diferem da competência: “quando a qualificação se reduz a diplomas de formação inicial, isso não significa que a pessoa saiba agir com competência. Significa antes, que ela dispõe de certos recursos com os quais pode construir competências” (Le Boterf, 2003: 21). Quanto às competências, já vimos que se relacionam com os saberes oriundos da formação e da experiência da acção, que são mobilizados e, se manifestam em situações de trabalho, sendo possíveis de avaliar embora com maior dificuldade. “Espera-se que o trabalhador exerça a sua qualificação para realizar um trabalho; espera-se que o profissional operacionalize competências para administrar uma situação profissional” (Le Boterf, 2003: 25), pelo que, o desenvolvimento profissional passa obrigatoriamente por um desenvolvimento pessoal.

Parafraseando Rua e Alarcão (2005: 375) a competência do enfermeiro

“deve alicerçar-se num conjunto de características entre as quais destacamos: - uma personalidade equilibrada e humanista, responsável; - conhecimentos científicos e técnicos sólidos e actualizados; - capacidade de analisar os fenómenos e acontecimentos criticamente, de tomar decisões, de agir perante o inesperado, de trabalhar em equipas multidisciplinares; - uma atitude de aprendizagem continuada.”

Afinal,

“aos novos profissionais já não é só exigido o tradicional conjunto de saberes e de competências a nível das habilidades, destreza, segurança, atitudes ou conhecimentos. Solicita-se a capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão e de trabalhar os fundamentos da mesma (...); solicita-se a abertura

para a aprendizagem ao longo da vida, a motivação para a autoavaliação e a formulação de contributos para as ciências de enfermagem” (Abreu, 2007: 97).

Assim sendo, de acordo com o artigo 4º, ponto 2, Capítulo II do Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros, Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro: o Enfermeiro de Cuidados Gerais é o profissional legalmente reconhecido, “a quem foi atribuído um título profissional que lhe concede competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade” (MS, 1996). Daqui se denota que para além do domínio da prestação dos cuidados esta categoria de enfermeiros deve observar na sua prática conceitos de ordem ética e legal a fim do desenvolvimento profissional, apoiados pela formação contínua, o que está patente no REPE.

## 1.2 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado em Assembleia Geral de 29 Maio de 2010 e publicado em Diário da República 2ª Série, n.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011 (Regulamento n.º 122/2011), o enfermeiro especialista possui um “conjunto de competências clínicas especializadas que decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns (...) e específicas” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011). É de referir que as competências específicas são reguladas em regulamento próprio de acordo com a área de especialização em enfermagem. No artigo 3 deste regulamento estabelece-se que as competências comuns são “demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. Estes profissionais devem ainda ser dotados de competências acrescidas, ou seja,

“competências que permitem responder de forma dinâmica as necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas” (OE, 2011).

Estes profissionais, em resumo, devem então ser dotados de competências no domínio da responsabilidade ética, legal e profissional, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais. Assim sendo existe a necessidade destes enfermeiros, sobretudo na sua área de especialização, darem repostas às necessidades actuais do seu campus de actuação e organizarem-se com base no desenvolvimento da

disciplina e na evidência produzida em enfermagem, permitindo aumentar e padronizar intervenções de qualidade. É então sua obrigação dinamizar programas de melhoria contínua da qualidade, e colaborar na concepção e concretização de projectos institucionais nesta área, para além de efectuar a disseminação necessária à sua apropriação ao nível operacional. Todo este projecto deve ser desenvolvido em articulação com os seus pares estendendo-se à equipa multiprofissional que compõe o Sistema Nacional de Saúde.

## **2 – IDONEIDADE FORMATIVA - CONTEXTUALIZAÇÃO**

De acordo com o exposto anteriormente, a formação de futuros profissionais na Arte da Enfermagem é o objectivo não só da Ordem dos Enfermeiros como elemento de máxima representação desta profissão, como também de todos os intervenientes neste processo de aprendizagem, quer por parte dos formandos, como também no que concerne aos formadores, que visam dignificar a profissão pela transmissão de boas práticas.

Assim sendo, a regulação deste processo assenta na idoneidade dos campos práticos desta formação, para que todos estes se assemelhem e visem obedecer a requisitos mínimos, de modo a serem agentes fundadores de verdadeiros enfermeiros. Por outro lado, a existência de documentos legislativos que balizam as necessidades de estes campos formativos, permitem um elo de ligação entre as diversas realidades a nível da enfermagem, com que o nosso país se confronta.

Deste modo, a OE tem como objectivo primordial “promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento e a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional”, tal como está estipulada na Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro (procede à primeira alteração do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, Artigo 3º, nº1) (MS, 2009).

De acordo com a alínea j) do artigo 30º dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros, é competência do Conselho de Enfermagem “proceder à definição dos critérios para a determinação da idoneidade e capacidade de estabelecimentos e serviços de saúde, no âmbito do exercício profissional de enfermagem”.

A regulamentação de balizas orientadoras, que estabelecem critérios para o reconhecimento e acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica, contribuem para garantir a qualidade do Sistema de Certificação de Competências no âmbito do Exercício Profissional Tutelado e do Desenvolvimento Profissional Tutelado.

Definindo os conceitos anteriores, o Exercício Profissional Tutelado tem como objectivo a atribuição do título de enfermeiro, o que está regulamentado no nº2 do artigo 7º da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro (MS, 2009). Um conceito similar é atribuído ao título de enfermeiro especialista, onde no mesmo artigo da Lei referida anteriormente, mas no nº 7, entende como peremptório a existência de prática tutelada a que denominou de Desenvolvimento Profissional Tutelado.

Independentemente se o objectivo da Prática Tutelada em Enfermagem, seja a obtenção do título de Enfermeiro ou Enfermeiro-Especialista, este deve ser promovido num ambiente de qualidade, que permita o desenvolvimento profissional de forma a conduzir à Certificação de Competências que do Enfermeiro de nível I, quer do Enfermeiro Especialista.

O Concelho de Enfermagem preocupou-se assim em regulamentar as condições necessárias para o desenvolvimento do EPT e do DPT, de modo a que qualquer um dos períodos devem acontecer sob determinadas condições que garantem neles a qualidade dos processos de desenvolvimento profissional e de Certificação de Competências. Posto isto o EPT e DPT devem desenvolver-se:

- No quadro de um determinado modelo de supervisão clínica, definido pela OE;
- Num contexto de prática clínica de idoneidade formativa reconhecida e acreditada pela OE;
- E com o acompanhamento de um supervisor clínico certificado pela OE, segundo um perfil de competências específico que propõe.

## 2.1 - PRINCÍPIOS E CONCEITOS

### 2.1.1 – Padrões de Qualidade

Relativamente à área da saúde, Pisco (2001), refere que a qualidade trata de satisfazer e diminuir necessidades, assim é pró-activa para prevenir e dar resposta reunindo como elementos a efectividade, eficiência, acessibilidade e equidade. Assim sendo trata-se de reconhecer a supremacia da evidência sobre a experiência. De forma a atingir este objectivo na área dos cuidados de saúde, Donabedian (1988) ficou conhecido pela sua tríade de *input – process – output* da Teoria Geral dos Sistemas. Este quadro conceptual pode orientar a avaliação em Saúde dado que tem em conta os conceitos de estrutura, processo e resultado.

Como estrutura entende-se os recursos existentes (humanos e materiais) e a organização do serviço. O processo refere-se ao acto de prestar e receber assistência, tendo então uma vertente técnico-científica e relacional. Por último, o resultado é o efeito da prestação de cuidados na saúde do utente e/ou população a nível do conhecimento e comportamento dos mesmos, mas também com a satisfação decorrida da intervenção (Mezomo, 2001).

De acordo com este ultimo autor, Donabedian refere que a qualidade de cuidados apenas se atinge quando se reúnem sete dimensões: eficácia (melhoria pela aplicação da ciência e tecnologia), efectividade (grau de obtenção da melhoria de saúde), eficiência

(habilidade de obter o mais alto grau de saúde ao menor custo), optimização (melhor relação custo-benefício), aceitabilidade (adequação dos serviços de saúde aos desejos e expectativas dos utentes), legitimidade (conformidade dos cuidados às preferências sociais reflectida na ética, valores, normas e hábitos dos utentes), e equidade (princípio da justiça e honestidade na distribuição de cuidados e benefícios numa população). Todas estas dimensões servem de base para a elaboração de indicadores que permitem a avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

Os padrões de qualidade em saúde tornam-se assim uma área de interesse e preocupação a nível de organizações nacionais e internacionais. Surge então em Portugal o Departamento da Qualidade da Direcção Geral de Saúde (DGS) como espelho do Conselho para a Qualidade na Saúde da Organização Mundial de Saúde. É de referir que a nível nacional, o Departamento da Qualidade da DGS está estruturado a partir de quatro pilares fundamentais: Divisão de Qualidade Clínica e Organizacional, Divisão de Segurança do Doente, Divisão de Mobilidade de Doentes e Divisão de Gestão Integrada da Doença e da Inovação. Este organismo tem ainda como competência criar um Programa Nacional de Acreditação em Saúde, adaptável às características do SNS, com a finalidade de reconhecer a qualidade dos cuidados de saúde prestados pelas organizações e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua, contribuindo assim para a cultura da qualidade integral. Todas as acções levadas a cabo por este departamento têm o apoio científico do Conselho para a Qualidade e Saúde.

Reportando-nos agora especificamente aos cuidados de enfermagem, no artigo 3º dos EOE é promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem. Nesta sequência o Conselho de Enfermagem da OE definiu Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) e Indicadores de Qualidade como meio para atingir a excelência do exercício tendo em conta a pessoa alvo de cuidados e o ambiente onde os mesmos se desenvolvem (OE, 2001). Definiram-se assim seis categorias de enunciados descritivos que permitem avaliar a qualidade do exercício profissional de Enfermagem: satisfação do cliente/utente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados enfermagem.

A primeira categoria refere-se ao respeito pela vontade, crenças e valores do individuo alvo dos cuidados, entendendo-o como um parceiro activo no planeamento de cuidados, para que no final da intervenção se atinja o máximo nível de satisfação do utente. Relativamente à promoção da saúde, pretende-se alcançar o expoente máximo de saúde tendo em conta a situação actual do doente e os recursos disponíveis, visando a criação de estilos de vida saudáveis através da transmissão de conhecimentos favorecedores de mudanças comportamentais. A prevenção de complicações para a saúde dos utentes vê-se suprimida pela identificação precoce dos potenciais problemas, o que é possível aplicando

rigor técnico e científico na prescrição e implementação de cuidados. A categoria de bem-estar e autocuidado é fundamental no caso de doentes dependentes onde o papel do enfermeiro é fulcral na obtenção do mesmo quando o indivíduo é dependente nas actividades de vida diárias, total ou parcialmente. Na sexta categoria, o enfermeiro deve organizar os cuidados, atendendo à existência de um quadro de referências para o exercício profissional e de uma intensão de melhoria contínua de qualidade, de registos, intervenções e resultados, tendo sempre em vista o desenvolvimento qualitativo do exercício profissional.

Posto isto, para alcançar o nível máximo de qualidade, não só é necessário a colaboração de todos os profissionais que integram o SNS, para além do próprio utente, mas abrangendo também a escala política no âmbito da planificação de estratégias para delinear um padrão mínimo de qualidade dos serviços que deve ser do conhecimento de todos os intervenientes. Este interveniente é também sem dúvida o enfermeiro em EPT ou DPT, que não só devem observar e experienciar qualidade de cuidados de Enfermagem nos seus futuros colegas profissionais, para que assim possam adopta-los como bases fundamentais para o desempenho das suas funções.

### **2.1.2 – Supervisão Clínica**

No âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional, a OE define supervisão clínica como “um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (OE, 2010). Assim sendo, este é um período de prática acompanhada de forma contínua, visando que o supervisionado ganhe autonomia gradualmente no contexto profissional. Por outro lado o supervisor deve construir com o supervisionado uma relação interpessoal dinâmica, motivadora e facilitadora ao desenvolvimento das suas qualidades enquanto profissional e também enquanto pessoa (Alarcão & Tavares, 2003). Posto isto, de acordo com Garrido & Simões (2007), para exercer o papel de supervisor são necessários profissionais experientes e com formação nesta área de prática tutelada, de forma a não só estimularem o potencial do formando mas inculcá-lhes atitudes, interesses e bons hábitos de trabalho. Em conclusão estes autores afirmam que este tipo de prática permite aos profissionais “estabelecer, manter e melhorar padrões, bem como promover a inovação na prática clínica” (Garrido, Simões & Pires, 2008; p15).

Neste âmbito, a OE acentua ainda o facto de que a supervisão clínica faz-se na acção e na reflexão sobre a mesma tendo como base a empatia, capacidade de escuta e de comunicar de forma a facilitar e apoiar a socialização do supervisionado ao seu novo papel na equipa multidisciplinar de forma segura e responsável.

Nesta área existem dois domínios que esclarecem de forma geral as competências de que o supervisor clínico deve ser possuidor. A primeira diz respeito às competências profissionais dos enfermeiros de cuidados gerais delineadas pela OE. A segunda, refere-se à supervisão clínica onde o supervisor clínico em DPT apenas tem como acréscimo às competências do EPT as que são relativas às competências profissionais da área de especialidade em questão.

Assim sendo, explanaremos resumidamente as três competências fundamentais na área da Supervisão Clínica e seus respectivos parâmetros de avaliação. A primeira delas tem como objectivo proporcionar aprendizagens e promover o desenvolvimento do supervisionado, para isto o enfermeiro supervisor deve ser capaz de facilitar aprendizagens e ser promotor de percursos formativos pertinentes. A segunda competência visa garantir a indução e/ou transição socioprofissional segura e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em EPT e DPT, onde o supervisor deve demonstrar sentido de responsabilidade no acompanhamento de todo o processo que permite alcançar este objectivo, salvaguardando impreterivelmente uma prática profissional segura e a qualidade dos cuidados. A última competência ambiciona a promoção de uma relação de colaboração favorável ao desenvolvimento através de uma relação de colaboração e apoio com o supervisionado (OE, 2010).

Todo o processo necessário para que o supervisor atinja a certificação no âmbito da PTE será exposto posteriormente, de forma detelhada.

### **2.1.3 – Idoneidade Formativa do Contexto de Prática Clínica**

Numa perspectiva histórica sucederam-se acontecimentos que marcaram profundamente a evolução do exercício profissional. A preocupação pela formação em enfermagem já remonta a Florence Nightingale, quando em 1860 fundou Nightingale Training Scholl cujas palavras-chaves eram a formação e treino.

Com vista a uma maior interdependência entre as competências e os títulos profissionais, foi necessário um ajuste nos quadros reguladores do exercício de Enfermagem, através das alterações do Decreto-Lei n.º 104/98 (MS, 1998), de 21 de Abril, alterado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro (MS, 2009).

É através desta Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, que a Ordem dos Enfermeiros passou a prever a Prática Tutelada de Enfermagem como mecanismo essencial de aquisição de competências para um melhor exercício desta disciplina (MS, 2009).

É no seguimento desta alteração de Estatutos que é definido o regime jurídico de Prática Tutelada em Enfermagem nos seus dois momentos; o Exercício Profissional Tutelado que se destina aos recém-licenciados e inscritos na Ordem com cédula provisória, que após avaliação positiva é atribuído o título de Enfermeiro; e o Desenvolvimento

Profissional Tutelado, que permite aos Enfermeiros já em exercício de funções, a atribuição do título de Especialista.

Para que tal suceda, e numa perspectiva de uniformização da prática de cuidados, surge a necessidade de criar um referencial único, tendo por base os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. É nesta base, que surge o Processo de Acreditação de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica.

Este processo desenrola-se por diferentes fases e circuitos, sendo estruturado pela candidatura, pelo reconhecimento, pela acreditação e renovação desta última. Para a acreditação da Idoneidade Formativa das unidades prestadoras de cuidados, é necessária a verificação e validação de determinados critérios, sendo estes classificados como obrigatórios ou de excelência (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011a).

A idoneidade formativa dos contextos de prática clínica diz respeito à existência verificada e reconhecida de um conjunto de características que estes detêm, favoráveis à qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem assim como à Supervisão Clínica em Prática Tutelada em Enfermagem.

De acordo com o Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, Artigo 2º, nº2, (OE, 2011b), “a verificação da idoneidade formativa dos Contextos de prática clínica é requisito obrigatório para o desenvolvimento de PTE”. A capacidade formativa dos estabelecimentos e serviços de saúde para PTE, traduz-se no número máximo de supervisandos que, a cada momento, podem frequentar períodos formativos EPT ou de DPT, num determinado contexto de prática clínica cuja idoneidade formativa tenha sido acreditada.

Em suma, a determinação da capacidade formativa para EPT e DPT, depende assim da garantia prévia de dois processos da responsabilidade da Ordem dos Enfermeiros:

1. Acreditação da idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica e integrando neste a
2. Certificação de Competências do Supervisor Clínico de PTE.

Para a avaliação da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica, optou-se pela construção de um referencial único – “Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica – Anexo II do Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (OE, 2011b). A elaboração deste documento tem por base os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sendo o enunciado relativo à organização dos cuidados de Enfermagem o eixo organizador das suas diferentes dimensões a considerar no processo de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica de enfermagem.

Este Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, foi aprovado na Assembleia Geral da OE a 29 de Maio de 2010, ficando patente no seu preambulo que

“a acreditação é de unidades prestadoras de cuidados e não de departamentos ou instituições, considerando-se (para o efeito), a existência de critérios obrigatórios e critérios de excelência. Os critérios são comuns para a verificação da idoneidade formativa de todos os contextos e, neles, para Exercício Profissional Tutelado e para o Desenvolvimento Profissional Tutelado” (OE, 2010).

Considerando:

- Que a Lei nº111/2009 de 16 de Setembro (MS, 2009) enquadra a responsabilidade da OE e seus órgãos no processo de certificação de competências, atribuição de título, emissão de cédula profissional, mas também na garantia das condições para estes processos;
- A relação entre o “Referencial de Avaliação de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica” e os “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” e as potenciais implicações nas condições de qualidade do exercício profissional tutelado e autónomo;
- A centralidade da acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica e certificação do supervisor clínico do PTE, para a qualidade dos processos de certificação de competências e atribuição de títulos;
- A importância do papel modelar do supervisor clínico em EPT e DPT, quer numa perspectiva ético-deontológica quer numa perspectiva de qualidade dos cuidados de enfermagem e as potenciais implicações na consolidação da identidade profissional do supervisando e na construção de uma cultura de cuidados condizente com os referenciais da profissão;
- A importância das competências de supervisor clínico de PTE para experiência do supervisando e seu desenvolvimento;
- Que a determinação da capacidade formativa é um aspecto fundamental (e condicionante) do Sistema de Certificação de Competencias, que deve orientar-se unicamente pelas condições acima referidas e não outras, que possam pôr em causa o acesso à profissão e/ou ao desenvolvimento da prática especializada assim como a sua qualidade.

Cabe então à Ordem dos Enfermeiros:

- Elaborar o referencial de avaliação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica;
- Elaborar o perfil e referencial de competências do supervisor clínico de PTE;

- Elaborar os regulamentos da creditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica e de certificação de competências de supervisor clínico de PTE;
- Acreditar a idoneidade formativa dos contextos de prática clínica e levar a cabo o seu reconhecimento;
- Certificar competências de supervisor clínico de PTE e garantir a sua formação específica em supervisão clínica de PTE.

### 3 - ESTRUTURA DE IDONEIDADES

Recorrendo uma vez mais ao Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, nº1, Artigo 4º, (OE, 2011b) “a estrutura de idoneidades é uma estrutura profissionalizada da Ordem dos Enfermeiros constituída por um Coordenador Nacional da Estrutura, nomeado pelo Conselho Directivo, sob proposta do Conselho de Enfermagem, e cinco núcleos regionais, a funcionar junto das secções regionais”. O mesmo regulamento, mas no nº2 do Artigo 4º explica que “os núcleos regionais são compostos por peritos nomeados pelo Conselho Directivo sob proposta do Conselho de Enfermagem, em número de dois, nas secções regionais dos Açores e da Madeira, e até quatro nas restantes secções regionais”.

Tendo por base o número 3 do Artigo 4º do Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, “as competências de idoneidades são as seguintes:

- a) Instruir os processos de candidatura à acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica para PTE;
- b) Conduzir o processo de reconhecimento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica para PTE;
- c) Elaborar a “Proposta de Acreditação” à Comissão de Certificação de Competências para acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica;
- d) Instruir os processos de renovação da acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica;
- e) Acompanhar os contextos de prática clínica com acreditação de idoneidade formativa e verificar a manutenção das condições de idoneidade;
- f) Definir e propor o “Plano Orientador para o Desenvolvimento da Idoneidade Formativa” específico para cada contexto de prática clínica que não tenha a idoneidade formativa acreditada e que o solicite;
- g) Prestar assessoria técnica ao desenvolvimento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica” (OE, 2011b).

No que concerne especificamente à Prática Tutelada em Enfermagem, o artigo supracitado refere ainda como competências da Estrutura de Idoneidade o seguinte:

- a) Instruir os processos de candidatura e de selecção de candidatos a Supervisores Clínicos de EPT e DPT;
- b) Organizar a formação específica em Supervisão Clínica de PTE e a formação contínua no âmbito da bolsa de supervisores;
- c) Elaborar e apresentar a proposta de certificação de Supervisor Clínico de EPT e de DPT à Comissão de Certificação de Competências;
- d) Emitir o certificado de Supervisor Clínico para EPT e DPT;
- e) Organizar e gerir a bolsa de supervisores;
- f) Instruir os processos de recertificação de Supervisor Clínico de PTE;
- g) Manter o registo da capacidade formativa para EPT e DPT, por área de especialidade, actualizado;
- h) Prestar à comissão de Certificação de Competências e/ou de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, as informações que lhe sejam solicitadas;

- i) Definir os instrumentos e processos necessários à sua actividade e submetê-los à aprovação da Comissão de Certificação de Competências (OE, 2011b)

### 3.1 - PERFIL DOS MEMBROS DA ESTRUTURA DE IDONEIDADES

A proposta de perfil técnico para os membros da Estrutura de Idoneidades tem por base o artigo 4º do Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica.

Partindo das competências estabelecidas para a Estrutura de Idoneidades e de actividades / tarefas associadas, induziu-se o perfil requerido para os seus membros (Apêndice 1).

Tendo em conta a amplitude de intervenção desta Estrutura, propõe-se a existência de elementos de perfil comuns a todos os seus membros e outros específicos para diferentes áreas de intervenção na estrutura.

Reafirmamos a importância de em cada núcleo regional, 1 dos elementos do staff ser gestor da bolsa regional de supervisores e responsabilizar-se pela instrução e desenvolvimentos dos processos de certificação e recertificação de supervisores clínicos de PTE.

Assim sendo e partindo da tabela do Apêndice 1, propõe-se o seguinte em relação ao perfil dos membros da Estrutura de Idoneidades relativamente ao Perfil Comum e aos Traços Específicos:

- Perfil Comum:
  - Utilizador de novas tecnologias;
  - Com competências de comunicação;
  - Com competências de trabalho em equipa;
  - Conhecedor dos referenciais da profissão especialmente o RIFCPC (Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica) e instrumentos associados aos seus diferentes domínios;
  - Disponibilidade e facilidade em deslocar-se pela região/país;
  - Experiência enquanto formador de adultos;
  - Experiência na Gestão de dinâmica de grupos;
  - Experiência enquanto gestor de equipas de Enfermagem;
  - Experiência na gestão de projectos;
  - Capacidade organizativa;
  - Competências de Concepção e Planeamento.

- Traços Específicos
  - Específicos para a condução dos processos de reconhecimento e acreditação da IFPCP.
    - Experiência e competências em auditoria em Enfermagem;
    - Experiência em gestão da melhoria contínua da qualidade;
    - Experiência na área de gestão de Serviços de Enfermagem.
  - Específico para a condução dos processos de Certificação de Supervisores Clínicos (SC) e gestão da bolsa de SC de PTE:
    - Experiência no planeamento e organização de formação de Adultos;
    - Conhecimentos e experiência na área da Supervisão Clínica em Enfermagem.

Relativamente ao coordenador da Estrutura de Idoneidades, é desejável que integre todos os elementos comuns e específicos do perfil, bem como a experiência de coordenação de equipas de trabalho.

## **4 - ACREDITAÇÃO DA IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA – FASES E CIRCUITOS DO PROCESSO**

O Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (RIFCPC), estabelece os princípios, a estrutura e o processo de Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (CPC) no âmbito do Sistema de Certificação de Competências da Ordem dos Enfermeiros.

“O processo de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica estrutura-se na candidatura, no reconhecimento, na acreditação e na renovação da acreditação” de acordo com o número 1 do Artigo 3º do RIFCPC (OE, 2011b).

Descrevem-se de seguida as diferentes fases e circuitos deste processo.

### **4.1 – CANDIDATURA**

A candidatura da Acreditação de Idoneidade Formativa dos CPC é aberta por determinação do Conselho Directivo sob proposta do Conselho de Enfermagem.

De acordo com o número 1 do Artigo 5º, do Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (OE, 2011b), a candidatura a acreditação de idoneidade formativa é formalizada através da apresentação processo de candidatura pelo contexto de prática clínica, de forma singular, enquanto unidade de cuidados, junto da Estrutura de Idoneidades. O processo de candidatura é efectuado em plataforma digital e em formulários disponibilizados pela Estrutura de Idoneidades. Estes formulários terão, na plataforma, campos de preenchimento obrigatório e reconhecimento de dados.

Fazem parte do processo de candidatura:

- Um Requerimento com a identificação do Contexto de Prática Clínica (CPC), enquanto unidade de cuidados e da Instituição prestadora de cuidados de saúde em que se insere, e explicitação dos fins da acreditação a que se candidata (EPT e/ou DPT e neste último em que área de especialidade). Este formulário é disponibilizado pela Estrutura de Idoneidades no n.º2 do art.º 5º do RIFCPC e obedece ao estabelecido no Código de Procedimento Administrativo (CPA).
- Caracterização do CPC relativamente a cada dimensão e indicadores previstos no Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos CPC.

Acompanham obrigatoriamente a candidatura:

- Carta de Motivos, assinada pela chefia de enfermagem do CPC do candidato. (Entenda-se por “chefia” não a categoria profissional, mas a atribuição de funções de coordenação ou gestão da área de enfermagem no CPC).
- Declaração de concordância assinada pelo órgão de gestão da instituição prestadora de cuidados de saúde na qual o CPC se integra, de acordo com o n.º3, artigo 5º do RIFCPC (OE, 2011b).

Quando a candidatura é submetida a validação é enviado automaticamente um e-mail, para o endereço electrónico indicado pelo CPC candidato. O sistema gera um processo individual e informa (por mail) o CPC candidato sobre o código para consulta do processo individual e estado da candidatura e sobre elementos / procedimentos em falta para a conclusão do processo de validação.

A Estrutura de Idoneidades utiliza o e-mail como veículo privilegiado de contacto com os CPC candidatos, na fase de candidatura e validação. Sempre que a candidatura avançar no circuito ou forem sendo colmatadas situações em falta, o sistema emite informação actualizada via mail. É de referir que esta informação estará também disponível para consulta no processo individual do CPC candidato.

O processo de Validação da Candidatura só estará concluído se dele constarem os documentos obrigatórios e as informações consideradas necessárias pela Estrutura de Idoneidade, relativamente à caracterização do CPC. Nesse sentido, a Estrutura de Idoneidades poderá solicitar elementos / informações adicionais. Se após solicitação de novos elementos para validação não houver, no prazo de 15 dias úteis, qualquer resposta / contacto por parte do CPC candidato, a candidatura será cancelada e eliminada do sistema, permanecendo apenas o histórico da situação. Há ainda a ressaltar que o CPC pode contactar a Estrutura de Idoneidade para acordar uma extensão do prazo em função de situação específica. O CPC a quem tenha sido cancelada a candidatura deverá, querendo, iniciar novo processo de candidatura, sem prejuízo do mesmo.

A candidatura será aceite se o CPC declarar preencher os critérios e indicadores de cada dimensão do referencial de avaliação da idoneidade formativa do CPC considerados obrigatórios pelo Conselho de Enfermagem (para a respectiva etapa do processo de implementação e após a fase de implementação).

#### 4.2 – RECONHECIMENTO

O reconhecimento da idoneidade formativa consiste na avaliação e verificação das condições estabelecidas no “Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica” no contexto candidato. Após a aceitação da candidatura e um prazo de 15 dias úteis, a Estrutura de Idoneidades contacta o CPC candidato no sentido de agendar auditoria de Reconhecimento para efeitos de acreditação da idoneidade formativa, tal como esclarece o número 1 do artigo 6º do RIFCPC (OE, 2011b).

Após a aceitação da candidatura e num prazo de 15 dias úteis, a Estrutura de Idoneidades contacta o CPC candidato no sentido de agendar uma auditoria de Reconhecimento para efeitos de acreditação da idoneidade formativa. O mesmo artigo referido anteriormente, mas no n.º 2 é ainda mais específico afirmando que “A Estrutura de Idoneidades da Ordem dos Enfermeiros é responsável por conduzir as auditorias ao contexto de prática clínica e garantir o cumprimento de todas as formalidades necessárias”.

A Estrutura de Idoneidades desloca-se ao CPC e conduz a auditoria da qual resulta um relatório de reconhecimento. Esse relatório integra uma proposta de acreditação que a Estrutura de Idoneidades coloca a análise da Comissão de Certificação de Competências, de acordo com os números 3 e 4, do artigo 6º, do RIFCPC (OE, 2011b).

#### 4.3 – ACREDITAÇÃO

A Comissão de Certificação de Competências delibera sobre a “acreditação” ou “não acreditação” da idoneidade formativa do CPC para a EPT e/ou para DPT tendo por base a análises da proposta de acreditação apresentada pela Estrutura de Idoneidades bem como o restante processo de candidatura ao qual tem acesso para o efeito em conformidade com o regulamentado nos números 1, 2 e 3 do artigo 7º do RIFCPC. Sempre que faltar um documento, este deve ser solicitado antes da decisão. A deliberação tem de ser fundamentada de mérito (quanto às razões que levaram à decisão) e de direito (com referência às norma jurídicas da lei e dos regulamentos que a suportam) (OE, 2011b).

Todo o processo de Acreditação da Idoneidade Formativa dos CPC se rege pelos princípios administrativos consagrados no CPA, pelo que as pessoas que nele interagem, sobretudo os órgão decisores, devem ter formação adequada neste domínio.

Se a decisão da Comissão de Certificação de Competências for pela “acreditação”, a Estrutura de Idoneidade, levando a efeito o deliberado: emite a correspondente chancela de acreditação (com validade de 3 anos) e contabiliza o CPC em termos de capacidade formativa. Se a deliberação da Comissão de Competências for de “não acreditação”, a Estrutura de Idoneidade informa o CPC dando-lhe a possibilidade deste solicitar, no prazo

de 15 dias úteis, o Plano Orientador para o Desenvolvimento da Idoneidade Formativa (DIF) de acordo com o n.º 6 do artigo 7º do RIFCPC (OE, 2011b).

Caso o CPC não solicite plano orientador para o DIF, o processo de candidatura entra em “Limbo”, aguardando nessa fase até 6 meses por novas informações / desenvolvimentos por parte do CPC. Se o CPC, sem plano orientador para o DIF não contactar a Estrutura de Idoneidades durante esse período, informando sobre o desenvolvimento da sua idoneidade formativa é eliminado do sistema. Esse CPC a querer, terá de iniciar de novo um processo de candidatura, só possível passado 1 ano da data de eliminação da candidatura anterior.

Se o contexto de prática clínica solicitar plano orientador para o DIF, este é definido e fornecido. Se incluir assessoria técnica, respeitadas as condições e circuitos a definir (Conselho de Enfermagem e Conselho Directivo), ela será organizada e levada a cabo pela Estrutura de Idoneidades em articulação com peritos nomeados pelo Conselho Directivo sob proposta do Conselho de Enfermagem. A assessoria técnica caracteriza-se pela sua adequação à particularidade do CPC, de acordo com o relatório de reconhecimento e plano orientador para o DIF definido.

Depois de entregue o plano orientador para o DIF e/ou terminada a assessoria técnica, é acordado entre a Estrutura de Idoneidades e o CPC um período de tempo ou cronograma para o desenvolvimento das condições de idoneidade formativa (em falta) necessárias à acreditação. O processo de candidatura entra então em “Limbo”, aguardando, nessa fase e no período acordado, novas informações sobre desenvolvimentos por parte do CPC.

Se até ao final do período acordado entre Estruturas de Idoneidades e CPC não houver qualquer nova informação, contacto, solicitação por parte do CPC, a candidatura em “Limbo”, será eliminada do sistema. O CPC a querer, terá de iniciar novo processo de candidatura, só possível passado 1 ano da data de eliminação da candidatura anterior.

Durante o período acordado entre Estrutura de Idoneidades e CPC, este último pode solicitar à Estrutura de Idoneidades prolongamento do prazo, acompanhando esta solicitação, pequeno relatório sobre o estado de desenvolvimento da idoneidade formativa do CPC. Quando um CPC, com processo em “Limbo” declarar junto da Estrutura de Idoneidades ter desenvolvido as condições necessárias à acreditação da idoneidade formativa em falta, gera-se novo processo de reconhecimento para efeitos de acreditação.

#### 4.4 - RENOVAÇÃO DA ACREDITAÇÃO

O CPC cuja acreditação da idoneidade formativa se encontre no terceiro ano de validade deve requerer à Comissão de Certificação de Competências, via Estrutura de Idoneidades, renovação da acreditação, de acordo com o n.º 2 do art.º 8 do RIFCPC (OE,

2011b). Este requerimento é realizado em plataforma digital, em formulário próprio disponibilizado pela Estrutura de Idoneidades. O formulário de renovação da acreditação inclui a caracterização do CPC relativamente a cada dimensão / critério / indicadores previstos no referencial de avaliação da idoneidade formativa dos CPC. Estes têm acesso ao seu processo individual e nele, à caracterização prévia feita no âmbito da última acreditação / renovação. Deve acrescentar somente aquilo que de novo ou diferente existe em relação a cada dimensão / critério / indicador do referencial.

A Estrutura de Idoneidades poderá solicitar ao CPC elementos / informações adicionais. Se após solicitação de novos elementos não houver, em 15 dias uteis, qualquer resposta / contacto por parte do CPC, o pedido de renovação da acreditação é cancelado e eliminado do sistema. O CPC a quem tenha sido cancelado o pedido de renovação deverá, querendo, efectuar novo requerimento para a renovação da acreditação.

Se o CPC declarar preencher os critérios e indicadores de cada dimensão referencial de avaliação da idoneidade formativa dos CPC considerados como obrigatórios pelo Conselho de Enfermagem (para a respectiva etapa do processo de implementação ou após a fase de implementação), a EI, no prazo de 15 dias úteis, contacta o CPC para agendamento de reconhecimento da idoneidade formativa para efeitos de renovação da acreditação.

Contudo, se o CPC não requerer renovação da acreditação, ou declarar não preencher os critérios / indicadores considerados obrigatórios pelo Conselho de Enfermagem, expirado o período de validade da acreditação (sem renovação): deixa de contabilizar para efeitos de capacidade formativa e de poder desenvolver PTE. O processo individual será também eliminado do sistema permanecendo apenas o histórico da situação. Se a validade do processo de renovação da acreditação expirar, esse CPC, a querer, terá de iniciar nova candidatura a acreditação, só possível, nestas condições, passado 1 ano da expiração da validade da acreditação prévia.

Se o CPC declarar, no pedido de renovação não preencher critérios / indicadores considerados obrigatórios para a nova etapa de aplicação progressiva do referencial de avaliação da idoneidade formativa, é-lhe colocada a possibilidade de solicitar plano orientador para o DIF entrando no circuito acima descrito.

Do reconhecimento para efeitos de renovação da acreditação, levado a cabo pela Estrutura de Idoneidades, resulta relatório de reconhecimento e proposta de renovação de acreditação colocados a análise da Comissão de Certificação de Competências que decide pela renovação ou não renovação da creditação bem como a sua modalidade.

Se a decisão for pela renovação é emitida nova chancela de acreditação nos termos que forem definidos pela Comissão de Certificação de Competências, com validade de 3 anos a contar da data de expiração da chancela anterior.

Se a decisão for pela não renovação é colocada ao CPC a possibilidade de solicitar plano orientador para o DIF e entra no circuito acima descrito. Expirado o período de validade da acreditação (sem renovação), o CPC deixa de contabilizar para efeitos de capacidade formativa e de poder desenvolver PTE.

#### 4.5 - ALTERAÇÕES NO CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA

Se durante o período de validade da acreditação se registarem alterações no CPC que possam comprometer as suas condições de idoneidade formativa para PTE, estas devem ser comunicadas à Comissão de Certificação de Competências, de acordo com o n.º1 do artigo 9º do RIFCPC (OE, 2011b).

Se isto acontecer, a Estrutura de Idoneidades procede a novo reconhecimento da idoneidade formativa do CPC para efeitos de manutenção e acreditação e em função do relatório de auditoria a Comissão de Certificação de Competências delibera sobre a manutenção da acreditação, tal como está descrito nos números 2 e 3 do artigo 9º do RIFCPC (OE, 2011b).

Se a decisão for pela manutenção da acreditação, esta mantém-se em vigor sem alteração das suas condições ou prazo de validade. Se a deliberação for pela não acreditação, é suspensa a PTE (DPT e/ou EPT) nesse contexto que deixa de contabilizar a esse nível para efeitos de capacidade formativa. Nessa situação é dada também a possibilidade ao CPC para solicitar plano orientador do DIF entrando no circuito acima descrito.

## **5 - CERTIFICAÇÃO DO SUPERVISOR CLÍNICO DE PRÁTICA TUTELADA EM ENFERMAGEM – FASES E CIRCUITOS DO PROCESSO**

“As condições de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica integram obrigatoriamente a existência de Supervisores Clínicos Certificados pela Ordem dos Enfermeiros” tal como está descrito no número 2 do artigo 12º do RIFCPC (OE, 2011b). De acordo com o mesmo regulamento, mas no número 2 do artigo 13º, a Certificação do Supervisor Clínico de Prática Tutelada em Enfermagem (SC de PTE) é o processo que abrange:

- A seleção dos candidatos segundo perfil definido pelo Conselho de Enfermagem, ouvidos os Colégios de Especialidade quanto aos critérios específicos relativos à respectiva área de especialidade em Enfermagem;
- A formação específica em supervisão clínica de Prática Tutelada em Enfermagem (PTE) para os candidatos seleccionados;
- A validação de Competência do Domínio de Supervisão Clínica.

Assim sendo, de seguida descrevem-se as diferentes fases e circuitos deste processo de Certificação do SC de PTE.

### **5.1 - CANDIDATURA E SUA VALIDAÇÃO**

A candidatura a Certificação de SC de PTE é aberta por determinação do Conselho Directivo sob proposta do Conselho de Enfermagem. O processo de candidatura é feito em plataforma digital e em formulário disponibilizado pela Estrutura de Idoneidades. Estes formulários terão também, na plataforma, campos de preenchimento obrigatórios e de reconhecimento de dados.

Os campos de preenchimento obrigatório devem corresponder aos dados de identificação do candidato e aos critérios considerados “obrigatórios” (de admissão) na “Matriz de Admissão e Seriação dos Candidatos a SC de PTE” (Apêndice 2). Os campos de preenchimento facultativo devem corresponder aos critérios considerados de “ponderação” nessa mesma Matriz para efeitos de seriação. A plataforma só permite submeter a candidatura a validação quando todos os campos considerados obrigatórios estiverem devidamente preenchidos, informando o candidato sempre que algum deles estiver ainda

por preencher correctamente. Sempre que o Sistema identifique dados ou valores inaceitáveis no preenchimento de um determinado campo, não aceita essa informação e avisa o candidato da razão da sua não-aceitação invocando o critério de perfil que não está a ser respeitado e no qual se baseia essa impossibilidade.

Fazem parte do processo de candidaturas (OE, 2011b):

- Requerimento que de acordo com o n.º1 do artigo 14º do RIFCPC a candidatura a Supervisor Clínico de PTE formaliza-se através de requerimento apresentado junto da estrutura ed Idoneidades, devendo este obedecer ao estabelecido no Código de Procedimento Administrativo.
- Carta de Motivação do Candidato, que de acordo com a alínea a) do n.º2 do artigo 14º do RIFCPC, é um texto livre com um limite máximo de 1500 palavras.
- Informação Curricular preenchida em formulário próprio para o efeito.

Acompanham obrigatoriamente a candidatura (OE, 2011b):

- Declaração de contagem de tempo profissional especificando os contextos de prática clínica e os períodos de exercício em cada um deles de acordo com a alínea b) do n.º2 do art.º 14º do RIFCPC.
- Fotocópia do Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão.
- Fotocópia da Cédula Profissional (actualizada).
- Os documentos comprovativos das informações curriculares.

Serão consideradas para efeitos de validação e seriação, somente as informações que forem devidamente comprovadas pela apresentação dos originais das declarações num dos Núcleos Regionais da Estrutura de Idoneidades, ou pelo envio de fotocópia autenticada de declaração por carta registada. No entanto a Estrutura de Idoneidades, pode solicitar ao candidato e sempre que considerar conveniente, a apresentação dos originais de documentos digitalizados / fotocopiados.

Quando a candidatura for submetida a validação é enviado automaticamente um e-mail para o endereço electrónico indicado pelo candidato. O sistema gera um processo individual e informa (por mail) o candidato sobre o código para a consulta do processo individual e estado da candidatura, e sobre os elementos / procedimentos em falta para a conclusão do processo de validação.

A Estrutura de Idoneidades utiliza o e-mail como veículo privilegiado de contacto com os candidatos na fase de candidatura e validação. Sempre que a candidatura avançar no circuito ou forem sendo colmatadas situações em falta, o sistema emite informação actualizada via mail.

O processo de validação da candidatura só estará concluído e aceite quando dele constarem todos os elementos comprovativos das informações prestadas nos campos de preenchimento obrigatório. Se após solicitação de novos elementos para validação não houver qualquer resposta / contacto do candidato no prazo de 15 dias úteis, a candidatura não é aceite sendo eliminada do sistema, permanecendo no entanto no histórico da plataforma. O enfermeiro a quem tenha sido cancelada a candidatura deverá, querendo, iniciar novo processo de candidatura.

## 5.2 - SERIAÇÃO DOS CANDIDATOS E SUA INCLUSÃO NA “BOLSA DE CANDIDATOS”

A seriação dos candidatos é o procedimento feito após aceitação da candidatura, que tem por base os critérios de ponderação da “Matriz de Admissão e Seriação dos Candidatos a SC de PTE”, e do qual resulta uma lista ordenada de todos os candidatos. Esta seriação é feita segundo critérios de perfil definidos pelo Conselho de Enfermagem, ouvidos os colégios de Especialidade quanto aos critérios específicos relativos à respectiva área de especialização em enfermagem (alínea a) do n.º2 do art.º 13º do RIFCPC) e com base na informação validada (OE, 2011b).

A Matriz de Admissão e Seriação dos Candidatos a SC de PTE (Apêndice 2) integra critérios obrigatórios (admissão) e critérios de ponderação (seriação). A cada critério de ponderação corresponderá uma pontuação. O seu somatório determinará a posição do candidato numa lista ordenada por ordem decrescente – Bolsa de Candidatos – que nessa fase do processo, aguardam convocatória para formação específica em supervisão clínica de PTE.

Durante o período em que os candidatos permanecem na Bolsa de Candidatos, podem solicitar à Estrutura de Idoneidade que lhes seja concedida a possibilidade de adicionar / alterar novos elementos à candidatura, que devidamente comprovados, poderão determinar o seu reposicionamento na lista ordenada.

## 5.3 - CONVOCATÓRIA PARA FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM SUPERVISÃO CLÍNICA DE PRÁTICA TUTELADA EM ENFERMAGEM

Para as fases subsequentes do processo e porque implicam maiores custos e dotação / ocupação de recursos que serão limitados (atendendo ao número de candidatos e necessidades do SCC), propõe-se que:

- Os candidatos sejam convocados;

- A convocatória se formalize em documento próprio a assinar pelo candidato marcando um efectivo e declarado compromisso de adesão e desenvolvimento das fases subsequentes do processo de Certificação de SC de PTE.
- Se estabeleçam critérios para a convocatória dos candidatos em “Bolsa de Candidatos” e que estes visem a expansão da capacidade formativa para PTE em função da capacidade instalada / necessidades do SCC.

Relativamente aos critérios para a Convocatória:

- A seriação permite estabelecer uma ordem para a convocatória dos candidatos em Bolsa;
- Propõe-se, para a fase de implementação (perante o desafio de expansão inicial da capacidade formativa para EPT e DPT), que constitua critério prioritário de convocatória para formação específica em Supervisão Clínica de PTE o facto de se exercer em contexto de prática clínica de idoneidade formativa Acreditada (com possibilidade de expansão da capacidade formativa) ou em processo de acreditação (quando nesse contexto não existam já pelo menos 2 SC de PTE certificados pela OE).

#### 5.4 - FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM SUPERVISÃO CLÍNICA DE PRÁTICA TUTELADA EM ENFERMAGEM

##### 5.4.1 - Organização da Formação (Proposta de Programa Formativo em Desenvolvimento)

Na sequência do Parecer da Comissão de Formação n.º 79/2010 (Apêndice III do Caderno Temático MDP – Fundamentos, processo e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências – Conselho de Enfermagem, Janeiro de 2010) (OE, 2010), propõe-se que a Formação Específica em Supervisão Clínica de PTE, se organize da seguinte forma:

- Num dispositivo de *B-Learning* (*blended learning*) desenvolvem-se duas fases do processo de formação / aprendizagem.
  - *E-learning*
  - Formação presencial

De forma sequencial ou sem alternância pretende-se com este dispositivo, proporcionar a aprendizagem dos recursos (sobretudo por *e-learning*) para a sua mobilização e conjugação num agir com pertinência (a explorar sobretudo na formação presencial, onde se

privilegiam metodologias activas (*role playing*, autoscopia, heteroscopia, análise de casos, etc).

Da consecução com sucesso destas duas primeiras fases resulta a Certificação de Programa de *B-learning* de Formação Específica em Supervisão Clínica de PTE.

A terceira fase desta formação específica, à qual se acede depois de certificadas as anteriores, consiste numa primeira experiência acompanhada enquanto SC de PTE por um Supervisor Clínico mais experiente.

Esta primeira experiência mais acompanhada no desempenho do papel de supervisor, terá uma dimensão de consolidação e desenvolvimento de Competências de SC de PTE bem como a sua validação. Desenvolver capacidade de reflexividade e transferência é fundamental para que se consolidem e desenvolvam competências. Esta fase do processo de formação será um momento privilegiado para essa aquisição.

O que é pedido a um profissional não incide somente no saber fazer ou saber agir, mas no saber descrever como e porquê faz ou age de tal maneira. Passar para palavras a experiência permite estrutura-la e reforça-la, ou corrigir os esquemas operatório que concretiza. A reflexividade consiste em ganhar distanciamento em relação às práticas profissionais, de modo a explicitar a forma como se actuou para modelar e para fazer evoluir os esquemas operatórios no sentido de os poder transferir ou transpor para novas situações – o distanciamento é uma tomada de consciência. É a partir da reflexão sobre as práticas reais que o profissional, graças a um trabalho de abstracção e de conceptualização (“conceitos pragmáticos”), poderá reinvestir a sua experiência em diversas práticas e situações profissionais. Este “recuo” permite-lhe saber transferir ou transpor (Le Boterf, 2005).

A relação do SC de PTE com a formação em Supervisão Clínica, não termina com o seu processo de certificação de competências. A formação contínua em relação ao papel de supervisor, no modelo de supervisão clínica de PTE, contribuirá para o desenvolvimento do supervisor, para a melhoria das práticas de supervisão e para o aprofundamento do modelo proposto pela OE. Será por isso, estimulada e apoiada no âmbito das bolsas regionais de SC.

Porque a formação contínua constitui um compromisso do enfermeiro com a manutenção e desenvolvimento de competências de SC de PTE e melhor desempenho nesse papel, esta deve ser considerada, em condições a definir em matriz específica, para efeitos de recertificação de competências dos SC de PTE.

#### **5.4.2 - Circuito (no processo formativo)**

O candidato convocado pela estrutura de Idoneidades para a Formação Específica em SC de PTE, aceitando, ingressa no dispositivo de formação em *b-learning* e desenvolve nele

o seu percurso formativo, nos moldes em que vier a ser definido. Configuram-se ao longo deste percurso, momentos de balanço e de avaliação que marcam o seu progresso e determinam, no final, a emissão, ou não, de um Certificado do Programa *B-Learning* de Formação Específica em Supervisão Clínica de PTE.

Este certificado emitido pela Comissão de Certificação de Competências sob proposta da Estrutura de Idoneidades, habilita para a primeira experiência acompanhada enquanto SC de PTE. O Enfermeiro detentor deste certificado, ingressa na Bolsa Regional de SC e é contabilizado para efeitos de capacidade formativa.

Quando a avaliação do candidato ao longo da formação em *b-learning* for negativa, este reingressa na bolsa de candidatos e aguarda nova convocatória para programa formativo, que só acontecerá pelo menos um ano depois da primeira. No final da segunda oportunidade formativa e se a avaliação continuar a ser negativa, o candidato é excluído da bolsa de candidatos.

#### 5.5 - PRIMEIRA EXPERIÊNCIA ACOMPANHADA ENQUANTO SUPERVISOR CLÍNICO EM PRÁTICA TUTELADA EM ENFERMAGEM

A primeira experiência de SC de PTE desenvolve-se com o acompanhamento próximo de um SC de PTE mais experiente, da instituição / serviço, e em articulação com a Estrutura de Idoneidades (via bolsa regional de SC). Esta primeira experiência de SC de PTE, enquanto período formativo considerado, desenvolve-se segundo programa próprio.

No culminar desta primeira experiência de SC de PTE procede-se à validação de competências do domínio da SC. Desta validação, levada a cabo pela Estrutura de Idoneidade, de acordo com a alínea d) do n.º 3, do artigo 14º do RIFCPC (OE, 2011b), resulta: proposta para Certificação de Competências de SC de PTE a colocar a deliberação da Comissão de Certificação de Competência (alínea e) do n.º 3, do artigo 14º do RIFCPC), ou decisão sobre realização de uma segunda experiência acompanhada enquanto SC de PTE de acordo com programa formativo específico a definir. Este último deve ter por base as dificuldades identificadas na primeira experiência enquanto SC de PTE e um projecto de desenvolvimento específico (definido pelo próprio e acompanhado pelo SC de PTE mais experiente). Se depois de uma segunda experiência acompanhada de SC de PTE o candidato continuar a não validar as três competências do domínio de SC será então excluído do sistema.

Numa fase inicial de implementação do Sistema de Certificação de Competências e dada a inexistência de SC de PTE mais experientes, admite-se, em alternativa à primeira experiência acompanhada, a existência de um período de regular partilha e discussão entre

SC de PTE (acerca de experiências, situações e casos) e com uma assessoria de “proximidade” por parte da Estrutura de Idoneidades pela gestão que faz das bolsas regionais de SC de PTE.

#### 5.6 - ELABORAÇÃO DE PROPOSTA PARA CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE SUPERVISOR CLÍNICO EM PRÁTICA TUTELADA EM ENFERMAGEM

É a Estrutura de Idoneidades que elabora a Proposta para Certificação de Competências do candidato a SC de PTE, de acordo com alínea e), do n.º 3 do art.º 14º do RIFCPC (OE, 2011b), quando validadas e presentes as competências do domínio da Supervisão Clínica. Submete esta proposta a decisão pela Comissão de Competências, onde esta tem para este efeito acesso na plataforma, a todo o processo do candidato.

#### 5.7 - CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO SUPERVISOR CLÍNICO EM PRÁTICA TUTELADA EM ENFERMAGEM

“A certificação de Competências do Supervisor Clínico de PTE é da competência da Comissão de Certificação de Competências do Conselho de Enfermagem, sob proposta da Estrutura de Idoneidades”, tal como explana a o número 1 do artigo 13º do RIFCPC (OE, 2011b). A Estrutura de Idoneidades leva a efeito a decisão da Comissão de Certificação de Competências. Se esta deliberar favoravelmente, a Estrutura de Idoneidades desencadeia em conformidade o processo de averbamento da Certificação de SC na Cédula Profissional.

Se a deliberação for desfavorável, a Estrutura de Idoneidades organiza uma reunião com a Comissão de Certificação de Competências e na presença do candidato, para definição da sua situação, seja ela a reintegração em qualquer das fazes do circuito, seja a sua exclusão da Bolsa de Candidatos.

Um enfermeiro Supervisor Clínico de EPT que entretanto preencha os critérios obrigatórios estabelecidos para ser Supervisor Clínico de DPT numa dada área de especialidade e que o queira e comprove, pode alargar o seu campo de Supervisão Clínica sem ter de para isso realizar outra formação específica em Supervisão Clínica de PTE. Neste caso deverá averbar-se à cédula, em vez de “Supervisor Clínico de EPT”, “Supervisor Clínico de EPT e DPT em Enfermagem de Especialidade...” passando a ser considerado também para efeitos de capacidade formativa de DPT dessa área de especialidade.

## 5.8 - RECERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE SUPERVISOR CLÍNICO EM PRÁTICA TUTELADA EM ENFERMAGEM

A certificação de competências do SC de PTE tem uma validade de cerca de seis anos a contar a partir da data de notificação de competências e processasse de acordo com o estabelecido no art.º 16º do RIFCPC (OE, 2011b). O processo de recertificação é feito também através da plataforma digital, em formulário próprio disponibilizado pela Estrutura de Idoneidades.

Serão validadas para efeitos de recertificação, somente as informações que forem devidamente comprovadas: pela apresentação dos originais e das declarações num dos Núcleos Regionais da Estrutura de Idoneidades, ou pelo envio de fotocópia autenticada da declaração por carta registada. As informações relativas à participação do SC na bolsa regional de SC de PTE e desempenho das suas funções de SC de PTE, não necessitam de ser comprovadas (já se encontram no sistema).

O processo de recertificação é analisado em função de critérios estabelecidos pelo CE em matriz específica para o efeito – Matriz de Recertificação do SC de PTE. Terminada a análises do processo, a Estrutura de Idoneidade elabora proposta de recertificação de competências do SC de PTE e submete-se à Comissão de Certificação de Competências, de acordo com o número 4, do art.º 16º, do RIFCPC (OE, 2011b).

Se a decisão for desfavorável a Estrutura de Idoneidades leva a efeito o regulamento nas alíneas a) e e) do n.º5 do art.º 16º da RIFCPC (OE, 2011b), relativo à expiração da validade da certificação. Se a decisão for favorável, a validade da Certificação de Competências de SC de PTE é renovada por mais 6 anos. Um enfermeiro Supervisor Clínico de EPT que tenha o título de enfermeiro, pode, aquando da recertificação como supervisor, solicitar a certificação de competências do Domínio da “Avaliação das Aprendizagens”, na esfera das competências comuns do enfermeiro especialista.

## **6 - MATRIZ DE ADMISSÃO E SERIAÇÃO DOS CANDIDATOS A SUPERVISOR CLÍNICO EM PRÁTICA TUTELADA EM ENFERMAGEM**

A Matriz de Admissão e Seriação dos Candidatos a Supervisor Clínico de PTE, serve ao Processo de Certificação do SC de PTE e está na base da Validação da candidaturas e Seriação dos candidatos, tal como é proposto no capítulo anterior. Integra um conjunto de critérios estabelecidos em função do Perfil desejável para o Supervisor Clínico de PTE, de acordo com as competências regulamentadas e modelo de Supervisão Clínica definido pelo Conselho de Enfermagem, tal como está descrito no Caderno Temático MDP – Fundamentos Processos e Instrumentos para a Operacionalização do Sistema de Certificação de Competências – Conselho de Enfermagem, Janeiro de 2010 (OE, 2010).

De entre os critérios estabelecidos distinguem-se: Critérios Obrigatórios e Critérios de Ponderação. Os primeiros destinam-se a validar as condições de admissão ao Processo de Certificação do Supervisor Clínico de PTE. Os segundo, convertido em pontuação, destinam-se a seriar os candidatos admitidos estabelecendo uma ordem entre eles na Bolsa de Candidatos.

A pontuação atribuída aos diferentes critérios de ponderação valoriza:

- O desenvolvimento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica e o contributo dado pelo candidato nesse sentido;
- A experiência profissional e de forma particular aquela que se refere a contextos com idoneidade formativa acreditada e ao contexto em que o candidato se propõe supervisionar PTE;
- O ser Enfermeiro Especialista;
- O Envolvimento na Profissão;
- A formação prévia em áreas consideradas relevantes para o papel do SC de PTE e de forma particular em Supervisão Clínica. De acordo com o Parecer da Comissão de Formação (Parecer nº 79/2010 – Formação de Supervisores Clínicos em Prática Tutelada em Enfermagem – Comissão de Formação, Fevereiro de 2010), tem-se em consideração a natureza / âmbito da formação em causa;
- A participação no Programa dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

No cumprimento da alínea a) do número 2 do artigo 13º do RIFCPC (OE, 2011b): “Seleção do candidato segundo critério de perfil definido pelo CE, ouvidos os Colégios de Especialidade quanto aos critérios específicos relativos à respectiva área de especialização

em Enfermagem”, fica em aberto na matriz (Apêndice 2), campo para os eventuais contributos dos Colégios de Especialidade. Entende-se por contributos o acrescentar de novos critérios ou a especificação, em critérios já propostos, de aspectos relativos à Verificação do SC de DPT da respectiva área de especialidade. A abertura de candidatura a Certificação de SC de DPT em cada área de especialidade, fica dependente da posição do respectivo Colégio da Especialidade sobre esta matéria.

O que se destaca com fundo cinzento no Apêndice 2, corresponde a critérios ou elementos critérios a não considerar na fase de implementação.

## **7 - ACREDITAÇÃO DE CONTEXTOS: PROGRESSIVIDADES DOS TRIÊNIOS**

De acordo com o artigo 11º do Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (OE, 2011b):

- a) A aplicação do Referencial de Avaliação será progressiva, de acordo com três etapas, correspondentes, cada uma delas a um triénio.
- b) A progressividade na aplicação do Referencial de Avaliação é estabelecida pelo Conselho de Enfermagem que define as condições de implementação para cada etapa.

No Apêndice 3, apresenta-se o Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, na sua aplicação progressiva por três triénios. O entendimento é de que os triénios são fixos, sendo que cada candidatura, ao apresentar-se, tem de responder aos critérios do triénio em curso.

A ajustar conforme a disponibilidade da plataforma, sugere-se que os triénios sejam:

- Abril 2011 a Abril 2014
- Abril de 2014 a Abril de 2017
- Abril de 2017 a Abril de 2020, neste caso cumprindo-se os critérios finais da matriz.

## 8 - MEIOS E RECURSOS DOS PROCESSOS DE ACREDITAÇÃO DE IDONEIDADE FORMATIVA

Constituem-se meios indispensáveis ao desenvolvimento dos processos de Acreditação da Idoneidade Formativa dos CPC e de Certificação do Supervisor Clínico de PTE, tal como foi referido anteriormente:

- Estrutura de Idoneidades para o desenvolvimento das competências regulamentadas no artigo 4º do RIFCPC (OE, 2011b);
  - Recrutamento e selecção dos membros da Estrutura de Idoneidades de acordo com perfil técnico proposto;
  - Formação de Membros da Estrutura de Idoneidades em Auditoria específica para o Reconhecimento da Idoneidade Formativa dos CPC e em procedimento administrativo (CPA);
- Plataforma e software informático, interoperável com formulários de candidatura e outputs / indicadores necessários à monitorização da eficiência dos processos e de Suporte ao Planeamento e Gestão da Capacidade Formativa para PTE;
- Plataforma *e-learning*;

Enquanto instrumentos de suporte aos processos requerem-se:

- Definição dos critérios e indicadores do Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos CPC para DPT (relativos a cada área de especialidade) e de entre estes, os obrigatórios e de excelência para cada triénio da fase de implementação.
- Definição dos critérios obrigatórios e de ponderação da Matriz de Admissão e Seriação dos Candidatos a Supervisor Clínico de DPT para cada área de especialidade;
- Elaboração de Instrumentos para o Reconhecimento da Idoneidade Formativa dos CPC (*checklist* de verificação);
- Elaboração de Instrumentos de Suporte à Definição de Planos Orientadores para o Desenvolvimento da Idoneidade Formativa dos CPC;
- Definição dos circuitos e condições para a Assessoria Técnica aos CPC no âmbito dos Processos de Acreditação da Idoneidades Formativa;
- Definição do Programa formativo para Formação Específica de SC de PTE;
- Definição de Processo e instrumentos para a Validação de Competências do SC de PTE;
- Definição de Matriz de Recertificação do SC de PTE.

## **9 - ARTICULAÇÃO COM ESTRUTURA DE PRÁTICA TUTELADA E COM O PROGRAMA DOS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

“A verificação de idoneidade formativa dos contextos de prática de prática clínica é requisito obrigatório para o desenvolvimento da PTE” como está explícito no número 1 do artigo 2º do RIFCPC (OE, 2011b).

A Estrutura de Prática Tutelada em Enfermagem, a quem competirá a gestão executiva da PTE em Portugal, carece de informação prévia sobre a capacidade formativa de EPT e DPT, para efeitos de distribuição dos supervisandos.

Compete à Estrutura de Idoneidades fornecer essa informação pois que é à Estrutura de Idoneidade, no quadro das suas competências, que cabe determinar a capacidade formativa para EPT e DPT (por área de especialidade), e disso, entre outros, informar o Presidente da Comissão de Certificação de Competências que tem assento na Direcção Nacional da Estrutura de Prática Tutelada em Enfermagem em representação da Ordem dos Enfermeiros.

A articulação da Estrutura de Idoneidades com a Estrutura da Prática Tutelada está prevista, quer através do presidente da Comissão de Certificação de Competências (que leva à Direcção Nacional toda a informação e problemática relativa à idoneidade e capacidade formativa para PTE), quer por outras vias que possam vir a ser encontradas, institucionalmente e de acordo com a determinação da lei.

Considerando:

- A articulação com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem pelas dimensões escolhidas para o referencial da matriz de acreditação dos contextos,
- A relação entre os referenciais da profissão (perfis de competências) e a regulamentação do acesso à profissão (acesso ao título de enfermeiro e enfermeiro especialista) através da certificação individual de competências;

Relevamos,

- Que a defesa de qualidade nos cuidados de enfermagem é desígnio fundamental da Ordem dos Enfermeiros;
- Que o processo de certificação de competências que se preconiza realizar em contexto de prática tutelada, assenta sobre um processo de supervisão clínica, com supervisores certificados e em contextos acreditados;

- Que a estrutura de idoneidades assenta sobre os fundamentos da melhoria contínua da qualidade na organização dos serviços.

A convicção de que os contextos que têm desenvolvido o Programa de Padrões de Qualidade terão, eventualmente, maior facilidade em completar os critérios da matriz de acreditação, convive com a certeza de que existem contextos de prática clínica, que ainda não tem protocolo com a OE quanto aos PQCE e que cumprirão os referidos critérios.

A lógica da progressividade, a divulgação da matriz de acreditação e dos respectivos instrumentos, permitirão, em cada contexto de prática clínica realizar auto-avaliação e preencher uma lista de verificação, identificando em que áreas ou critérios precisa de investir de imediato e no tempo adiante.

## **II PARTE**

### **10 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO**

O Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E., integra três unidades hospitalares de carácter geral localizadas em Abrantes, Tomar e Torres Novas. Tem uma área de influência que engloba 15 concelhos e com uma densidade populacional a rondar os 266 mil habitantes.

A necessidade de rentabilizar recursos humanos, financeiros e técnicos, promovendo a complementaridade originou a constituição do Grupo Hospitalar do Médio Tejo, através da Portaria n.º 209/2000, de 6 de Abril (Ministério da Saúde, 2000). Os Hospitais Distritais de Abrantes, Tomar e Torres Novas, embora mantendo a sua natureza de pessoas colectivas públicas com autonomia administrativa e financeira, passaram a estar sujeitos a uma coordenação comum.

Em 2001, a Portaria n.º 1277/2001 de 13 de Novembro (Ministério da Saúde, 2001) extingue os três Hospitais Distritais e integra-os numa única instituição, com uma gestão comum e integrada: o Centro Hospitalar do Médio Tejo.

Em Dezembro de 2002, o Decreto-Lei n.º 301/2002 transformou o Centro Hospitalar em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, com a designação de Centro Hospitalar do Médio Tejo, SA (Ministério da Saúde, 2002).

A última alteração é feita em Dezembro de 2005, através do Decreto-Lei n.º 233/2005, que transforma os 31 Hospitais S.A. em Entidades Públicas Empresariais, E.P.E. (Ministério da Saúde, 2005).

#### **10.1 - SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICO DO CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO**

O local de realização deste Estágio, o Serviço de Urgência – Unidade de Abrantes do CHMT, está inserido na Rede de Referenciação Hospitalar, cujo princípio orientador é construído numa lógica centrada nas necessidades da população e com base em critérios de distribuição e rácios, previamente definidos, de instalações, equipamentos e recursos humanos, não esquecendo nunca a articulação com a rede geral e a concentração de recursos permitindo a maximização da sua rentabilidade.

O Serviço de Urgência é classificado como o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência.

Trata-se de uma unidade diferenciada, dispondo das seguintes valências:

- Medicina Interna;
- Cirurgia Geral;
- Ortopedia;
- Anestesiologia;
- Urologia;
- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente;
- Bloco Operatório;
- Imuno-hemoterapia;
- Imagiologia (Radiologia convencional, Ecografia simples e unidade de TAC);
- Patologia Clínica.

Uma vez que se encontra inserida no contexto de um Centro Hospitalar, valências como urgências de Otorrino, Cardiologia, Oftalmologia, estão inseridas nas Unidades de Tomar e Torres Novas.

Os Hospitais com Urgência Médico-Cirúrgica estão obrigatoriamente articulados com o nível superior (Urgência Polivalente que será o seu hospital de referência, no caso o Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital de São José), com os do mesmo nível da sua área e com os de nível inferior (com Urgência Básica).

Poder-se-á afirmar que o espaço físico deste Serviço está delimitado em sete áreas distintas.

A primeira área, a zona da triagem de prioridades, onde se encontra um posto de triagem aberto 24h ao dia, um segundo posto que é aberto se necessário de acordo com a afluência de utentes, dois gabinetes clínicos, uma sala de tratamentos que dá apoio aos dois clínicos já referidos, uma sala de espera pediátrica e uma sala de espera para doentes em maca que é comum ao restante serviço. Existe ainda aqui neste área física, um gabinete de atendimento a doentes que pode ser partilhado entre a Clínica Geral e a Medicina Interna, para observação de doentes em maca. Neste espaço, o número de enfermeiros existentes é de dois, um para a triagem de prioridades e um segundo, que além de estar na sala de tratamentos, poderá, se necessário, abrir o segundo posto de triagem.

A segunda área, e comum a todas as especialidades, é um espaço muito específico, a sala de emergência. Nela se recebem doentes politraumatizados, vias verdes, quer sejam elas coronárias, cerebral, sepsis ou toda e qualquer situação que ponha em risco iminente a vida de um utente. Está sempre distribuído para esta área um elemento de enfermagem, que quando a sala de emergência não está em funcionamento, poderá dar apoio às outras

áreas, mas que quando tem este espaço em funcionamento, recebe a ajuda do chefe de equipa de turno ou de outro colega que tenha disponibilidade para ajudar.

A terceira grande área, e em termos físicos, provavelmente a maior, corresponde aos gabinetes de Medicina Interna, SO de Medicina, com capacidade para doze macas e a sala de observação de doentes muito urgentes, vulgo Sala Laranja, com capacidade para monitorização electrográfica de todos os utentes que nela entrem e maior capacidade de observação e disponibilidade de intervenção dos profissionais, sendo que tem uma limitação de ocupação de cinco macas. No SO de Medicina, estão sempre de presença física dois enfermeiros, independentemente de qual o turno a realizar, bem como na Sala Laranja, a presença física de um enfermeiro, sempre adstrito àquele espaço.

A quarta área, corresponde ao espaço de observação das especialidades de Cirurgia Geral e Ortopedia. Há um espaço de observação com capacidade de monitorização, caso necessário, para três macas, um gabinete de observação de Cirurgia Geral, uma sala de gessos, que é ao mesmo tempo o gabinete de observação da especialidade de Ortopedia e uma sala de pequena cirurgia, onde se realizam pensos, suturas, e outras pequenas técnicas cirúrgicas que não careçam de cuidados diferenciados. Neste espaço, está pelo menos, distribuído um enfermeiro, sendo que em situações excepcionais se verificar a presença de dois elementos.

O quinto espaço/área, é uma área mais técnica, de lavagem de material, acomodação de resíduos hospitalares, e um espaço de armazenamento de consumíveis. Todos eles são espaços bem delimitados, sem comunicação directa entre si.

Em sexto, o SO Cirúrgico, espaço com capacidade de até dez utentes, com capacidade de monitorização na sua quase totalidade. Este espaço, e pela forma como se encontra dividido, poderá funcionar dentro de si, um isolamento em caso de necessidade. Neste espaço, estão distribuídos dois enfermeiros por turno.

A sétima área referida, é a área das salas dos profissionais, havendo uma sala de enfermagem (onde por exemplo se realiza a passagem de turno, pequenas reuniões informais, entre outras), o gabinete da chefia de enfermagem, o gabinete do Serviço Social e um gabinete para médicos.

Fazendo parte integrante do Serviço de Urgência e dependente no que a profissionais da equipa diz respeito, mas não sendo um espaço físico integrante da mesma, existe ainda a Unidade de Curta Duração de Medicina (UCDM), que tem por turno um mínimo de dois enfermeiros distribuídos para prestarem cuidados a um número máximo de doze utentes.

## 10.2 - EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A Equipa de Enfermagem sofreu grandes alterações nos últimos anos, tendo em conta a reestruturação existente no CHMT, bem como a redistribuição de profissionais entre as suas três unidades constituintes.

Houve um grande aumento do número de profissionais na equipa, para que se possam respeitar os rácios das dotações seguras implícitas.

Neste momento a equipa é constituída por setenta e três elementos, incluindo a chefia, sendo eles distribuídos em nove equipas, trabalhando a maior parte dos elementos em sistema “rollmant”.

Por turno e consoante o mesmo, mas referindo-nos a um turno das oito às dezasseis, estão no serviço de urgência, dez ou onze elementos de enfermagem, de acordo com a existência de um elemento distribuído na área ortopédica ou não.

É uma equipa jovem e dinâmica, com boa capacidade de adaptação, tendo uma idade média a rondar os trinta e os quarenta anos de idade.

No que diz respeito à Carreira de Enfermagem, pode-se afirmar que são os enfermeiros generalistas os mais representados no Serviço de Urgência, havendo depois uma menor existência de enfermeiros graduados e com formação Pós-Graduada, e ainda uma bem menor percentagem de Enfermeiros Especialistas, tendo-se vindo a verificar uma maior aposta pelos profissionais de investimento na sua formação quer em termos de especialização, quer em termos de cursos pós-graduados.

Relativamente à experiência profissional, grande percentagem dos enfermeiros tem uma experiência profissional inferior a dez anos de idade, sendo que se verifica um investimento pessoal e profissional na área da urgência/emergência.

Em relação à formação na área da urgência/emergência, os cursos/formação que os enfermeiros mais apostam são os que mais directamente estão relacionados com a actividade que diariamente desenvolvem, nomeadamente os cursos de Suporte Avançado de Vida (SAV), o Trauma Nurse Core Course (TNCC), o curso de Suporte Básico de Vida (SBV) e curso de Triagem de Prioridades de Manchester.

## **11 - CONTEMPORIZAÇÃO DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

A elaboração deste relatório de estágio é desfazada da realização do mesmo, num espaço de tempo de dois anos civis. Na realidade, além de uma reestruturação do relatório inicial, esta foi uma re-formulação de todo o trabalho em si, uma vez que os exemplares inicialmente entregues, em nada correspondem à realidade presente, no que à implementação do processo de Acreditação da Idoneidade Formativa referente ao contexto de Prática Clínica do Serviço de Urgência diz respeito.

Este é um processo que se encontra a decorrer no presente momento, através de candidatura já apresentada à Estrutura de Idoneidades da Ordem dos Enfermeiros, tendo sido o trabalho de pesquisa revisto de acordo com a realidade presente e actualizada toda a informação no preenchimento do Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica.

Assim sendo, a revisão e consequentes alterações em todo este processo, decorreram no período de tempo de Julho a Setembro de 2014, período de tempo este concedido pela Escola Superior de Saúde de Portalegre, para finalização do presente relatório como forma de conclusão do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde.

## 12 – APLICAÇÃO DO REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO DA IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA

I Dimensão	Critérios	Indicadores	Validação	Evidências
<p><b>Quadro Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem</b></p>	<p><b>Existência de um enquadramento conceptual de referência para o EPE</b></p>	<p>Que o quadro de referência contemple os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos.</p>	<p>✓</p>	<p>Existência de um Regulamento do Exercício de Enfermagem (REE), que tem como principais objetivos: a definição do quadro de referência para o exercício profissional; a definição de pressupostos que assegurem a produtividade, a eficiência e a eficácia; garantir a todos os intervenientes o conhecimento rigoroso dos pressupostos que asseguram o desenvolvimento da atividade; estabelecer a estrutura hierárquica da Enfermagem; definir as funções e competências do grupo profissional; e, potenciar a capacidade de organização.</p>
		<p>Que o quadro de referências plasme o Código Deontológico dos Enfermeiros.</p>	<p>✓</p>	<p>O Regulamento do Exercício de Enfermagem tem por base entre outros, os seguintes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE);</li> <li>- Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE);</li> <li>- Modelo de desenvolvimento profissional da Ordem dos Enfermeiros;</li> <li>- International Council of Nurse.</li> </ul>
		<p>Que o quadro seja enriquecido com o suporte de uma filosofia de cuidar associada a conceptualização de enfermagem.</p>	<p>✓</p>	<p>O REE contempla a filosofia do cuidar, tendo subjacentes os seguintes modelos teóricos de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hiedgard Peplau – centrado na teoria das relações interpessoais;</li> <li>- Dorothea Orem – teoria do défice do auto-cuidado;</li> <li>- Calista Roy – modelo de adaptação de Roy;</li> <li>- Madeleine Leninger – teoria da diversidade e universalidade cultural;</li> <li>- Afaf Meleis – experiência de transições;</li> <li>- Anne Casey – parceria no cuidar.</li> </ul>

	<b>Existência de um Plano de Actividades de Enfermagem</b>	Participação dos enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de actividades.	✓	Reunião com equipa de enfermagem, divisão da mesma em grupos de trabalho e áreas específicas de desenvolvimento das actividades, planeamento de acções e designação de elementos responsáveis para os diversos grupos de trabalho, de acordo com a área de atuação.
		Evidência de explicitação de intenções, metas e indicadores relativos a diagnósticos e/ou intervenções dos enfermeiros.	✓	Existência de um plano de actividades, onde são descritas todas as actividades a desenvolver, nas mais diversas áreas, bem como: - recursos humanos (dotações seguras, recursos de enfermagem vs horas de cuidados necessárias, precisões de absentismo,...); - recursos materiais (previsão de aquisição de equipamentos com prioridade e de acordo com os indicadores de qualidade); - descrição dos projectos/actividades a desenvolver (acreditação da idoneidade formativa, implementação do sistema de armazém avançado, implementação do SAPE no ambulatório, reorganização e profissionalização da sala de emergência, padrões de qualidade, plano de emergência externo, entre outros). Contempla a avaliação de desempenho dos profissionais, através de vários itens, dos quais se destacam o projecto individual, registos sistemáticos de incidentes críticos, entrevistas de reflexão sobre a prática sempre que necessárias, realização de entrevista intercalar e entrevista final de avaliação de desempenho. Evidencia a existência de um plano de formação, e devidamente publicado na intranet do Centro Hospitalar, bem como a colaboração com diferentes Escolas de Saúde. São também descritas as áreas das auditorias a realizar, nomeadamente a monitorização estatística do serviço ao nível do movimento assistencial, taxa de utilização da sala de emergência, transferências com necessidade de acompanhamento de Enfermagem, percentagem de conformidades na triagem de Manchester.
		Relatórios de actividades disponíveis.	???	Elaboração e redacção de relatórios das auditorias e acções realizadas, sendo posteriormente apresentadas à equipa de forma informal, aquando a passagem de turno ou de uma forma mais formal, através da realização de reuniões da

II Dimensão	Critérios	Indicadores	Validação	Evidências
<b>Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros</b>	<b>Existência de dispositivos que permitam a implementação e monitorização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem</b>	Formação realizada a pelo menos 20% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.	✓	Existência de relatório comprovativo da realização formação bem como a descrição dos elementos da equipa de enfermagem com formação relativa aos PQCE.
		Evidência de designação de elemento dinamizador dos PQCE.	✓	Designação pela chefia de Enfermagem, de um elemento da equipa como elemento dinamizador relativamente à área dos PQCE. Este elemento é dado a conhecer ao serviço e restante estrutura de prestadores de cuidados, através da divulgação de nota interna bem como colocação da mesma em rede informática interna. O elemento dinamizador do PQCE, exprime a sua motivação, revela metas e objectivos e define as suas actividades através de documento oficial, reportando-o ao chefe de serviço/responsável.
		Em curso, pelo menos um projecto de melhoria dos cuidados de enfermagem.	✓	Incluso nos objectivos de serviço e nos objectivos individuais projecto de prevalência de Ulceras de Pressão e Prevenção de Quedas, bem como monitorização dos resultados das acções desenvolvidas, quer na prevenção ou actuação nos mesmo.
	<b>A existência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correcção dos desvios, caso se verifiquem</b>	Existência de sistemas de registo de eventos-sentinela.	✓	Existência de plataforma informática onde são reportados os eventos (clínicos e não clínicos), designada comissão de avaliação e reporte dos resultados aos intervenientes, bem como medidas correctivas a adoptar.
		Existência de sistemas de avaliação da qualidade Institucional (Normas ISO; Joint Commission; King's Fund).	✓	Realização de Auditorias internas sobre Qualidade. Acreditação da Joint-Comission. Redacção de relatórios sobre as auditorias desenvolvidas e apresentação dos resultados obtidos.
		Existência de um responsável pela gestão do risco no contexto e de uma carta de risco clínico e ambiental.	✓	Nomeação por parte da chefia de Enfermagem de um elemento dinamizador e respectiva divulgação do mesmo através de nota interna da Instituição, bem como colocação da

				mesma em rede informática interna.
Existência de procedimentos de segurança documentados e actualizados	de	Evidência de proactividade na gestão das reclamações associadas aos cuidados de enfermagem.	✓	Circuito definido, que passa pelo gabinete do utente, chefia de enfermagem, entrevista de orientação com os profissionais em causa, respectiva resposta à reclamação feita, através do percurso contrário chefia enfermagem >>> gabinete do utente >>> reclamante.
		Controlo e monitorização de infecção associada aos cuidados de saúde.	✓	Nomeação por parte da chefia de Enfermagem de um elemento dinamizador da Comissão de Controlo de Infecção e respectiva divulgação do mesmo através de nota interna da Instituição, bem como colocação da mesma em rede informática interna. Atuação de acordo com os protocolos e procedimentos da CCI.
		Triagem de resíduos.	✓	Circuito definido. Recolha dos resíduos por empresa do ramo. Existência de um documento interno “procedimento de resíduos hospitalares” que fornece as orientações aos profissionais de saúde sobre os cuidados e procedimentos a ter com os diferentes tipos de resíduos hospitalares.
		Manutenção preventiva (sistema eléctrico; água, saneamento, elevadores, estrutura do edifício).	✓	Da responsabilidade do Serviço de Instalações e Equipamentos.
		Armazenamento dos stocks.	✓	Existência de um armazém interno ao serviço, que serve de base à reposição de grande parte do material de consumo clínico, inerente à prestação de cuidados no serviço. Existência de local apropriado e independente para acomodação e posterior recolha dos resíduos hospitalares.
		Existência de instalações adequadas à prática de cuidados de Enfermagem com qualidade e segurança (espaços, iluminação, limpeza, circuitos de lixo e sujos, ...).	✓	Obras recentes de melhoria dos espaços de prestação de cuidados e dos circuitos dos utentes dentro do serviço, ainda assim, existência de pequenas condicionantes. Em construção, um novo espaço com capacidade de 12 macas/camas, para observação e prestação de cuidados a

				utentes sob vigilância da especialidade de Medicina Interna.
	<b>Evidência da adequação dos equipamentos e demais recursos materiais às necessidades para a prestação de cuidados de enfermagem</b>	Evidência da avaliação da qualidade dos produtos e sua adequação às necessidades dos serviços.	✓	Existência ao nível do CHMT de uma comissão de normalização e novos produtos, cujo objectivo passa pela “ <i>elaboração de estudos com vista à normalização de consumo de produtos no CHMT, assim como avaliar e dar parecer sobre os pedidos de introdução de novas técnicas ou novos produtos de consumo hospitalar, com excepção dos produtos farmacêuticos, avaliando a sua incidência assistencial, qualitativa e económica, numa perspectiva tendencialmente normalizadora.</i> ”
Evidência de manutenção e calibragem regular dos equipamentos.		✓	Manutenção pelas empresas fornecedoras/prestação de serviços e equipamentos, de forma periódica. Testes de verificação diária do funcionamento de equipamentos específicos, nomeadamente, monitores-desfibrilhadores, ventiladores, equipamento de ventilação não invasiva, verificação de temperaturas de equipamentos de manutenção de terapêutica, etc...	
Existência de um sistema de gestão de stocks.		✓	Existência de um mapa inventário da totalidade do material existente no serviço. Existência também de um centro de custos inerente ao consumo de material clínico no serviço de urgência. Existência de um sistema de gestão de stocks informatizado, do material de consumo clínico, existência de um armazém de stock e sistema de picagem do material consumido. Realização de auditorias aos stocks existentes, com evidência em relatórios efectuados. Reposição do armazém de material de acordo com os consumos de material registados através do sistema informático de “picagem de material”.	
<b>III Dimensão</b>	<b>Critérios</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Validação</b>	<b>Evidências</b>
<b>Sistemas de Informação em Enfermagem; organizado em torno da sistematização do processo de tomada de</b>	<b>A existência de um sistema de informação em enfermagem;</b>	- que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e	?	Existência de uma plataforma informática conjunta e multi-disciplinar, onde são contemplados os registos de enfermagem, bem como as acções desenvolvidas. A utilização desde sistema de informação apenas é desenvolvido na área

<b>decisão</b>		os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente.		de cuidados da triagem, onde o movimento dos utentes é feito de uma forma mais rotativa.
		- que explicita o processo de tomada de decisão.	?	Reflexo da tomada de decisão, em procedimentos autónomos e não dependentes na prestação de cuidados.
		- que utilize linguagem classificada – CIPE.	?	Plataforma de enfermagem, além da possibilidade de registo de intervenções de enfermagem de forma livre, através de texto corrido, possui a possibilidade de selecção dos diagnósticos de enfermagem da linguagem CIPE, devidas intervenções e resultados esperados e obtidos.
	<b>Sistemas de Informação em Enfermagem de acordo com as directrizes da OE para a sua certificação;</b>	- que respeitem os princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais.	X	Não implementados.
		- que incorporem o resumo mínimo de dados e Core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde (na versão mais actualizada).	X	Não implementados.
<b>IV Dimensão</b>	<b>Critérios</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Validação</b>	<b>Evidências</b>
<b>Satisfação profissional dos Enfermeiros</b>	<b>Existência de dispositivos que avaliem regularmente a satisfação dos enfermeiros</b>	Estabelecida forma regular de avaliação da satisfação dos enfermeiros.	✓	Realização de um questionário interno sobre o grau de satisfação dos profissionais de Enfermagem, em intervalos de tempo regulares.
		Evidência de elevados níveis de satisfação dos enfermeiros.	X	É elaborado um relatório dos resultados dos inquéritos de satisfação profissional, mas cujos resultados deixam a desejar pela sobrecarga de trabalho, baixo reconhecimento de competências, aumento da carga horária laboral, descontentamento salarial, sentimento de incapacidade de resolução de problemas.

	<b>Evidência da valorização dos resultados de satisfação dos enfermeiros</b>	Evidência de medidas ou estratégias resultantes da avaliação para efeitos de gestão da qualidade/gestão de Recursos Humanos.	X	Sem evidências de estratégias, pós resultados do questionário sobre o grau de satisfação dos profissionais de Enfermagem.
<b>V Dimensão</b>	<b>Critérios</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Validação</b>	<b>Evidências</b>
<b>Dotações seguras em Enfermagem</b>	<b>Adequação do número de enfermeiros às necessidades de cuidados de enfermagem;</b>	Utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem.	✓	Aquando da realização do plano de actividades anual, é contemplada as necessidades dos cuidados de enfermagem, de acordo com o principio das dotações seguras em enfermagem, por “posto de trabalho”. É adaptada ao conhecimento da casuística e aos fluxos da procura diária, semanal e mensal do serviço em questão.
		Adequação do número de enfermeiros em função dos resultados da avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem.	✓	O número de enfermeiros por turno é adequado de acordo com o principio das dotações seguras por posto de trabalho, logo é feita a adequação do número de enfermeiros igual ao número de postos de trabalho existentes, tendo sido estes mencionados anteriormente aquando da caracterização do serviço de urgência. Assim sendo, são necessários 10 enfermeiros por turno.
	<b>Evidência de estabilidade na equipa de enfermagem</b>	Índice de rotatividade anual inferior a 15%.	?	Desconhecida a percentagem de rotatividade do serviço.
	<b>Escalas de trabalho adequadas</b>	Existência de um modelo de organização de escalas de trabalho que cumpra as disposições legais.	✓	A planificação do trabalho de enfermagem é feita através de plataforma informática para elaboração de escala de serviço por profissional, contemplando o número de horas, horas por turnos, tipo de turno, carga horária mensal prevista, carga horária mensal planeada e carga de horária acumulada. Planificação mensal.
	<b>Ter recursos humanos para PTE</b>	Ter pelo menos 2 supervisores clínicos certificados pela OE.	✓	Documento redigido pela chefia de enfermagem da existência de dois elementos que possuem pós-graduação em Supervisão Clínica. Existem ainda candidaturas de outros profissionais à categoria de supervisor clínico pelos critérios estabelecidos pela OE.

		Respeito pelo rácio supervisando-número de enfermeiros do Contexto de Prática Clínica.	✓	O serviço tem a capacidade para a aceitação de 10 supervisandos desde que hajam 10 candidaturas a supervisor clínico. Rácio máximo supervisando/supervisor.
<b>VI Dimensão</b>	<b>Crítérios</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Validação</b>	<b>Evidências</b>
<b>Política de Formação Contínua de Enfermeiros</b>	<b>A existência de uma política e práticas de formação contínua, promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade</b>	Existência de enfermeiro responsável pela coordenação da formação em Serviço.	✓	Nomeação por parte da chefia de Enfermagem de um elemento dinamizador da Formação em Serviço e respectiva divulgação do mesmo através de nota interna da Instituição, bem como colocação da mesma em rede informática interna.
		Existência de um Plano Anual de Formação que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos enfermeiros.	✓	Elaboração por parte da chefia de enfermagem de um plano de formação de acordo com necessidades e lacunas no serviço ao nível dos profissionais, adequando os diferentes temas abordados de acordo com a necessidades de cada profissional e de acordo com os grupos de trabalho onde este se insere.
		Existência de Relatório de formação, que contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados.	✓	Redacção de relatório em impresso próprio do resultado formativo, ao mesmo tempo que o Departamento de Formação também dá conhecimento às chefias de enfermagem dos resultados formativos. Aplicação dos conhecimentos obtidos nos diferentes postos de trabalho do SU, bem como em cada área específica de actuação/patologia/situação.
		Existência de critérios explícitos para a selecção de enfermeiros enquanto formadores (interna e externamente) e enquanto formandos (interna e externamente).	✓	Existência de uma bolsa de formadores internos pelo Departamento de Formação (formadores Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida), de acordo com conhecimentos e competências adquiridas de cada profissional nela inserido. Nomeação por parte da chefia de enfermagem dos profissionais de acordo com as suas lacunas ou manifestação de intenção consoante o tema abordado de formação. Em ofertas formativas mais generalistas, voluntariado dos profissionais nas acções formativas, cabendo a escolha final à chefia de enfermagem e de acordo com o número de formandos possíveis para cada formação.

		Evidência de participação de enfermeiros do serviço em projectos/ grupos de trabalho pertinentes para o contexto e/ou para a enfermagem .	✓	Designação por parte da chefia de elementos dinamizadores de diversos grupos de trabalho, que, conjuntamente com os restantes profissionais divididos de acordo com estes grupos e com a sua apetência ou formação específica numa determinada área, desenvolvem trabalho para a restante equipa de profissionais e procedem assim a acções de formação em serviço ou mesmo a nível institucional de acordo com o tema desenvolvido.
		Existência de dispositivos de formação promotores de prática reflexiva regulares e sistemáticos: “análise das práticas”, “estudos de caso”, “Supervisão Clínica”.	✓	A existência de formação em serviço de uma forma mais formal, informalmente, na passagem de turno, tomada de conhecimento sobre alguns temas abordados ou situações decorridas no seio da equipa ou no dia a dia da prestação de cuidados.
		Evidência de que os supervisores clínicos estão inseridos na bolsa de supervisores regional e envolvidos nos processos de formação contínua de supervisores.	X	Não verificado
	<b>Existências de meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua e em serviço</b>	Existência de recursos de suporte informativo e pedagógico de apoio aos enfermeiros (ex: acesso à internet; biblioteca; estudos relevantes e actuais).	X	Acesso limitado à rede exterior. Não existe uma biblioteca no serviço, apenas a existência de alguns manuais mais específicos. Existência de uma biblioteca institucional. Carência na área da Investigação.
		Evidência de parcerias para a formação e investigação em enfermagem.	✓	Existência de protocolos e parcerias entre o CHMT e diferentes Escolas Superiores de Saúde, para que o SU da Unidade de Abrantes possa ser um campo de estágio para os alunos dessas mesmas escolas no curso geral de Enfermagem. Campo de estágio autorizado pela Ordem para a realização de estágios para a obtenção do Grau de Enfermeiro Especialista.
		Existência de Planos de Integração de Enfermeiros no	✓	Manual de Acolhimento para novos profissionais, bem como a

VII Dimensão	CrITÉRIOS	Indicadores	Validação	Evidências
<b>Metodologias de Organização de Cuidados de Enfermagem</b>	<b>Evidência de utilização de metodologias de organização de cuidados de enfermagem promotora de qualidade</b>	Serviço.		existência de acções de formação sobre o tema. Existência de uma integração planeada temporalmente, onde os profissionais percorrem as diferentes áreas constituintes do serviço com o acompanhamento (se possível) de outro profissional.
		Evidencia de metodologias de organização de cuidados de enfermagem baseadas na evidencia científica e tendo por referencia os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	✓	Redacção dos projectos individuais de cada profissional, onde os objectivos especificos de cada um têm de ser baseados nos padrões de qualidade em enfermagem, sendo que estes têm de vir referenciados nessa mesma descrição de objectivos.
		Opção por método(s) de organização do trabalho que assegurem uma prestação de cuidados global e segura.	✓	A organização dos cuidados de enfermagem prestados é feita através do Método Individual de Trabalho, sendo que o Enfermeiro distribuído em determinada área ou a determinados utentes é o inteiro responsável pelo acompanhamento e devida prestação de cuidados aos utentes em questão.
		Que o método de organização do trabalho permita a proximidade e a relação de cooperação entre supervisor e supervisando.	✓	Sendo o método de organização de trabalho o Método Individual de Trabalho e sabendo que o supervisando está apenas e só sob a supervisão de 1, no máximo 2, supervisores (mas apenas sempre só 1 por turno), promove a ligação e a interdependência entre estes dois intervenientes.

### **13 - REFLEXÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS**

Procede-se agora à análise de cada dimensão e seu respectivo enquadramento no serviço de urgência do CHMT, tendo como base o Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica.

Tendo em conta que a Dimensão I promulga a referência para o exercício profissional da enfermagem, um dos critérios visa a existência de um enquadramento conceptual de referência para o EPE, o SU obtém classificação positiva para os três indicadores, o que concerne ao padrão de qualidade dos cuidados de enfermagem (enquadramento conceptual e enunciados descritivos), o que diz respeito ao quadro de referências que plasme o Código Deontológico dos Enfermeiros, e por último o que realça a necessidade de uma filosofia de cuidar associada à conceptualização de enfermagem.

Relativamente ao primeiro item que tem por base os padrões de qualidade, enquadramento conceptual e enunciados descritivos, a equipa de enfermagem deste SU, presta cuidados de enfermagem holísticos que abrangem não só o indivíduo doente mas que alcançam o ambiente do mesmo em todas as suas dimensões, de acordo com a orientação da OE relativamente ao Bem-Estar e Auto-Cuidado. De forma semelhante, mas tendo o cuidado de adequar as normas orientativas generalistas à realidade e necessidade dos utentes do serviço, no que concerne à prevenção de complicações e controlo da dor, elaboraram-se documentos que suprimam as carências identificadas de forma mais incisa e eficaz. Este objectivo foi o mesmo que levou a que em 2011 se produzisse um documento de avaliação de Integridade Cutânea. Todas estas actividades demonstram interesse pela qualidade dos cuidados prestados e revelam a operacionalidade da equipa de Enfermagem do SU, dado que para além de evidenciar preocupação em actualizar e adaptar as orientações gerais das entidades competentes, possuem também a iniciativa de formular documentos de acordo com as necessidades identificadas, bem como os meios para as pôr em prática.

No que concerne ao segundo item, onde o quadro de referências deve plasmar o Código Deontológico dos Enfermeiros, o mesmo está plasmado no documento de descrição de funções que não só é facultado aos novos elementos da equipa, aquando da sua integração no serviço, mas também a todos os elementos do EPP. Relativamente aos primeiros elementos é um meio de afirmar a preocupação da equipa de enfermagem relativamente à necessidade de ter sempre presente a deontologia na prática de cuidados, sobretudo neste serviço com características próprias e incomuns ao exercício da

enfermagem. Para os alunos, este documento tem a mesma função mas serve como reforço da aprendizagem e conhecimento na área da enfermagem, mas sobretudo visa a sua aplicação na prática clínica independentemente das características do serviço ou do meio onde se encontram. O Código Deontológico deve ser assim a base de qualquer actuação de enfermeiros e futuros profissionais.

O terceiro item que também é cumprido pela equipa, refere-se à existência de um quadro conceptual de referência para o EPT que seja enriquecido tendo como base uma filosofia de cuidar associada à conceptualização de enfermagem. Atendendo ao facto de que os métodos de trabalho da equipa do SU visam a continuidade de cuidados (Cartas de Alta, passagem do doente aos colegas do Internamento, abordagem e integração da família nos cuidados) não descurando as situações de urgência e emergência, todas as acções desenvolvidas têm como suporte básico a filosofia do cuidar baseada na evidência. Tendo como prova todos os documentos elaborados, que servem de avaliação do estado de saúde do doente, já anteriormente mencionados de acordo com as orientações mais recentes, bem como todas as acções desenvolvidas individualmente e em equipa, que tem como finalidade integrar o doente neste serviço de estância fugaz, assim como, todo o esforço desta equipa para humanizar os cuidados prestados, e sobretudo abranger o alvo de cuidados no seu todo, todas estas atitudes reforçam a filosofia que conduz e à conceptualização contínua da enfermagem de uma forma actualizada e adaptada a todas à realidade do serviço e da comunidade. Posto isto, todos os profissionais que tutelam o EPT, são designados tendo como base o seu conhecimento e experiência profissional, de modo a que sejam estes que consigam transmitir durante o EPT a importância de aplicar na prática a todo o quadro conceptual aprendido durante o curso, de maneira a que o formando verifique a utilidade do mesmo para que a Enfermagem se possa afirmar como disciplina autónoma do ramo do saber com um campo de conceptual próprio.

Analisando ainda a Dimensão I, do quadro de referência para o Exercício Profissional de Enfermagem, no segundo critério que prevê a existência de um Plano de Actividades de Enfermagem, obtemos dois indicadores positivos e um negativo.

No que diz respeito à participação dos enfermeiros do contexto da prática clínica na elaboração do plano de actividades, periodicamente realizam-se reuniões de equipa de enfermagem com vista a que se desenvolvam actividades em áreas específicas por grupos de trabalho, onde o responsável de grupo, está incumbido de dinamizar os elementos de fora a delinearem acções / projectos que visem a melhoria de cuidados, adequados à realidade do CHMT, sem nunca perder o objectivo de superar contrariedades.

A evidência de explicitação de intenções, metas e indicadores relativos a diagnóstico e/ou intervenções dos enfermeiros obtém uma validação positiva dado que existe um Plano de Actividades, onde se tem em conta os objectivos a cumprir em termos de recursos

humanos, mas também as necessidades a nível de materiais / equipamentos, e de acordo com isto, a descrição de projectos/actividades a desenvolver. Extrapolando, a nível formativo, também se identificou um Plano de Formação, bem como a colaboração com diferentes Escolas de Saúde.

Os enfermeiros do SU-CHMT aplicam desde 2008 objectivos definidos como indicadores, tendo os mesmos a sua respectiva avaliação e mensuração. Além do mais, efectua-se um relatório anual (concretizado pela Chefia e oficializado pela Direcção de Enfermagem) que é apresentado em reunião de Serviço e posteriormente enviado à Direcção de Enfermagem o que valida positivamente o indicador que prevê a existência de relatórios de actividades.

Relativamente aos relatórios de actividades disponíveis, considera-se que apesar de existirem relatórios das auditorias e acção realizadas, que são transmitidos em reuniões formais da equipa de enfermagem, ou de maneira oficiosa nas passagens de turno, este indicador não é atingido na sua globalidade não existir um espaço (físico ou virtual) onde estejam compilados todos estes dados, sendo o mesmo de fácil e livre acesso a todos os membros da equipa.

Em jeito de análise global desta dimensão pode-se concluir que, de uma maneira geral, os indicadores são validados positivamente pela equipa de enfermagem do SU, o que demonstra não só uma preocupação relativamente à adequação dos cuidados prestados de acordo com o público-alvo, mas também o interesse relativamente à actualização e avaliação dos mesmos. Só uma equipa interessada em contribuir para a auto e hétero formação dos seus componentes estará habilitada em ministrar esses mesmos conhecimentos a formandos no auge da sua aprendizagem. No entanto, há aspectos que podem ser melhorados, principalmente no que diz respeito à elaboração do plano de actividades, esta deve ser um ponto de empenho de toda a equipa, dado que, como agentes interventivos e activos no processo de cuidar, são os que melhor conhecem as necessidades do indivíduo, e por outro lado, são os melhores elementos avaliadores das actividades que realmente são preponderantes, de forma a gerir recursos humanos, económicos e logísticos. Integrar enfermeiros do contexto da prática clínica na elaboração do plano de actividades potencia a eficácia dos objectivos delineados, posto que, são estes elementos que contactam com o presente da prática clínica, mas estão também mais despertos para todas as inovações e actualizações da mesma, pelo que podem fornecer orientações direccionadas para o futuro operacional do acto de cuidar.

Na Dimensão II, que aborda o Sistema de Melhoria da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros, quanto ao critério que explicita a necessidade de existirem dispositivos que permitam a implementação e monitorização dos padrões de qualidade dos

cuidados de enfermagem, os três indicadores desta categoria são validados dado que existe formação em serviço sobre padrões de qualidade realizado pelo menos a 75% dos enfermeiros, que abrangem também a questão das aplicabilidades e respectiva avaliação destes padrões. Para além disto existe um elemento dinamizador dos PQCE designado pela Chefia de Enfermagem que também é o responsável de todas as actividades realizadas nesta área. Por último, o indicador que visa a existência de pelo menos um projecto de melhoria dos cuidados de enfermagem em curso também é validado dado que se encontra em operacionalização o projecto sobre avaliação e registo de Úlceras de Pressão de acordo com o estipulado pela OE.

O segundo critério desta dimensão diz respeito à existência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correcção dos desvios caso se verifiquem, onde os três indicadores obtêm validação positiva. No que concerne à existência de sistemas de registo de eventos-sentinela, obteve-se validação positiva dado que nas Reuniões de Serviço são identificados e discutidos estas ocorrências de forma a melhorar e delinear estratégias com fim à resolução do problema identificado. Tendo como base esta intenção, o mesmo acontece com as auditorias retrospectivas dos registos de Enfermagem e Triagem para que os agentes prestadores de cuidados possam melhorar relativamente à informação escrita registada, assim como, identificar problemas comuns que possam ser espelho de rotinas do serviço que devem ser alvo de intervenção.

Existe ainda uma plataforma informática – Comissão de Avaliação e Reporte dos Resultados aos intervenientes – onde são reportados os eventos clínicos e não clínicos, bem como as medidas correctivas a adoptar.

Relativamente à existência de sistemas de avaliação da qualidade institucional (Normas ISO; Joint Commission; King's Fund), obteve-se uma validação positiva dado que se realizam auditorias internas sobre a qualidade dos serviços prestados, tendo também acreditação por parte da Joint-Commission e SGQ (Sistema de Garantia da Qualidade), onde posteriormente se elaboram relatórios sobre as mesmas de forma a apresentarem os resultados observados.

No que diz respeito à existência de um responsável pela gestão do risco no contexto e de uma carta de risco clínico e ambiental, é possível validar este item dado que existe no SU uma entidade que assegure a execução deste objectivo nomeada pela chefia de Enfermagem, que é divulgado em Nota Interna da Instituição e encontra-se disponível na rede informática interna.

Seguidamente avaliou-se a existência de procedimentos de segurança documentados e actualizados. No indicador que avalia a evidência de proactividade na gestão das reclamações associadas aos cuidados de enfermagem, o mesmo obteve validação dado que este serviço dispõe de um circuito de doentes que permite realizar o seu

acompanhamento nos vários níveis de prestação de cuidados, além do mais, a Enfermeira Chefe analisa as queixas e no caso em que se aplique são transmitidos à equipa a fim de evitar reincidências e aumentar a qualidade dos cuidados. Além disto, existe ainda o Gabinete do Utente, onde subsiste toda uma rede estruturada para permitir a queixa e diligenciar resoluções e justificações para a mesma.

O segundo indicador visa a existência de procedimentos de segurança documentados e actualizados, onde é necessário que exista um controlo e monitorização da infecção associada aos cuidados de saúde. Neste âmbito o SU, efectua colheitas aos utentes vindos de lares/instituições de saúde cuja estância hospitalar prevista ultrapasse as 24h, que são da responsabilidade da Comissão de Controlo de Infecção (CCI). Ao nível da Sala de Observação (SO 1 e 2) existe ainda o registo e monitorização diária de todos os possíveis agentes favorecedores de infecção. Todas estas acções são dinamizadas por um elemento da equipa de enfermagem nomeado pela chefia, onde a sua responsabilidade é assegurar que se cumpram os protocolos e procedimentos definidos pela CCI.

No indicador que tem por base a triagem de resíduos, o CHMT dispõe de um circuito de lixos definido, sendo os mesmos recolhidos por uma empresa especializada no sector, no entanto, cabe aos enfermeiros a separação dos resíduos de acordo com as normas explanadas em documento interno (“Procedimento de Resíduos Hospitalares”), existindo dispositivos físicos suficientes e bem identificados para o efeito, tendo por isto obtido validação positiva.

A manutenção preventiva (sistema eléctrico, água e saneamento, elevadores e estrutura do edifício) está a cargo do Serviço de Instalações e Equipamentos, mas cabe também à equipa de enfermagem detectar falhas no sistema e activar os mesmos com vista à supressão do problema identificado.

O armazenamento de stocks no SU efectua-se de acordo com o Sistema de Reposição Medimat (leitura óptica de níveis), existindo também um local próprio de armazenamento de material, não obstante, é da responsabilidade do enfermeiro monitorizar os mesmos, e muitas vezes adequar os pedidos dos mesmos a necessidades imprevistas do serviço, mas que tem de ser supridas.

No que concerne à existência de instalações adequadas à prática de cuidados de Enfermagem com qualidade e segurança, as obras recentes no SU melhoram o espaço de cuidados e o circuito dos utentes, estando os mesmos divididos por zonas de acordo com a gravidade do seu estado de saúde, e pelo tempo de permanência no SU. Com esta categorização espera-se a rentabilização de meios humanos e físicos para incrementar a qualidade de cuidados. No entanto, este meio físico deve ser alvo de intervenções futuras para que não haja necessidade de colocar doentes em corredor quando o afluxo de doentes supera a capacidade das salas. Há ainda que referir que encontra-se actualmente em

construção um novo espaço com capacidade de 12 camas/macas reservado a doentes da Medicina Interna.

O terceiro critério visa a evidência da adequação dos equipamentos e demais recursos materiais às necessidades para a prestação de cuidados de enfermagem. O primeiro item de grelha de indicadores, evidência da avaliação da qualidade dos produtos e sua adequação às necessidades dos serviços, obtém validação positiva dado que a utilização do material pressupõe a monitorização do mesmo, verificando a sua qualidade e operacionalidade. No CHMT existe uma comissão de normalização de novos produtos que prevê a elaboração de estudos com vista à normalização de produtos, mas também avaliar a necessidade de introdução de novas técnicas ou produtos.

O seguinte indicador desta categoria diz respeito à evidência de manutenção e calibragem regular dos equipamentos, o que é efectuado pelas empresas fornecedoras/prestadoras de serviços e equipamentos de forma periódica. No entanto, determinados equipamentos específicos tem verificação diária, como é o caso do desfibrilhador, balas de oxigénio portáteis e material existente na sala de emergência entre outros.

No indicador que se refere à existência de um sistema de gestão de stocks, esta função da equipa de enfermagem foi facilitada pela implementação do sistema Medimat, pois o stock informatizado do material de consumo clínico, com o sistema de picagem do material consumido leva a que este seja actualizado a todo o momento, levando a uma reposição célere. Além do mais existe um mapa de inventário da totalidade do material existente no serviço, assim como um centro de custos inerente ao mesmo. Para supervisionar todas estas vistorias existem ainda auditorias periódicas das quais constam a verificação da conformidade do material.

Como análise global desta dimensão pode-se afirmar que a equipa de enfermagem satisfaz plenamente todos os critérios avaliados. Desta forma a preocupação com a qualidade dos serviços prestados no exercício profissional abrange não só a avaliação dos cuidados em si, mas de toda a envolvência que contribuem para os mesmos, tanto a nível físico como dos meios materiais que tem para a sua disponibilidade. Há que ter em atenção que os melhores e mais especializados recursos humanos necessitam de condições dignas laborais que permitam o aumento e melhoria dos cuidados prestados, mas também a satisfação pessoal e profissional dos intervenientes, o que por si só estimula a busca da melhoria dos cuidados prestados. Tudo isto é potenciado por um sistema de avaliação de actividades contínua de forma a reforçar a necessidade do trabalho executado, mas também premiar a qualidade da execução do mesmo.

A Dimensão III da grelha de avaliação refere-se aos sistemas de informação em enfermagem, organizadas em torno da sistematização do processo de tomada de decisão. Os critérios dizem respeito à existência de um sistema de informação em enfermagem que não só permita a incorporação sistemática de diagnósticos e intervenções de enfermagem, mas também que explicita o processo de tomada de decisão e utilize linguagem classificada (CIPE). Neste âmbito, a nível da triagem, existe uma plataforma informática conjunta e multidisciplinar onde são evidenciados os registos e as acções de enfermagem, que são fruto de uma tomada de decisão autónoma. Relativamente à linguagem classificada – CIPE, a plataforma para além da possibilidade de registar intervenções de enfermagem por texto corrido, permite seleccionar diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados / obtidos, em codificação CIPE.

Relativamente aos Sistemas de Informação em Enfermagem de acordo com as directrizes da OE para a sua certificação não há evidência da sua implementação no SU do CHMT.

Assim sendo, esta dimensão não é totalmente satisfeita pelo SU, porém, esta é uma actividade a ser desenvolvida num futuro próximo, abandonando assim definitivamente o registo escrito em papel. Além do mais, esta é uma necessidade que a equipa identifica como um meio para a melhoria da prestação de cuidados, dado que o suporte informático dos mesmos permite não só a rapidez da execução dos registos, como a clareza e a facilidade de acesso por outros profissionais de saúde. Assim sendo, a implementação dos sistemas de informação para a enfermagem beneficiariam não só os profissionais de saúde, mas também o próprio doente.

A Dimensão IV, que avalia a satisfação profissional dos enfermeiros tem como critérios reguladores a existência de dispositivos que avaliem regularmente a satisfação dos enfermeiros e a evidência da valorização dos resultados de satisfação dos mesmos. No SU existe um questionário interno que avalia formalmente o grau de satisfação da equipa de enfermagem, aplicado em intervalos de tempo regular, e onde posteriormente é elaborado um relatório dos resultados obtidos nos inquéritos de satisfação profissional. No entanto, esta é uma área cujos resultados positivos são insuficientes para atingir um elevado nível de satisfação por parte da equipa. Estes resultados justificam-se pela sobrecarga laboral, baixo reconhecimento de competências, aumento da carga horária, descontentamento salarial, sentimento de impotência para a resolução de problemas.

Reconhece-se assim, a necessidade de implementar medidas ou estratégias que fomentem a satisfação da equipa e profissional individualmente, para que com a colaboração profícua de todos os elementos se possa atingir a tão desejada qualidade do

cuidar, que por si só implica um elevado nível de satisfação por parte do prestador de tais cuidados de excelência.

A Dimensão V refere-se às dotações seguras em Enfermagem, onde um dos critérios é adequar o número de enfermeiros às necessidades dos cuidados de enfermagem com a utilização de instrumentos de avaliação das necessidades dos mesmos. A equipa de enfermagem, aquando da realização do plano de actividades anual, contempla as necessidades de cuidados de enfermagem de acordo com os princípios das dotações seguras em enfermagem por “posto de trabalho”. No entanto este planeamento corresponde a uma estimativa da afluência ao SU, assim, perante situações excepcionais é possível adequar o número de enfermeiros à casuística e aos fluxos de procura. Posto isto, e salvaguardando excepções, estão escalados 10 enfermeiros por turno, obtendo-se assim o equilíbrio entre enfermeiros e necessidade de cuidados.

No que diz respeito à evidência de estabilidade na equipa de enfermagem, deveria existir um índice de rotatividade anual inferior a 15%, no entanto, a equipa de enfermagem deste serviço caracteriza-se por uma grande rotatividade, também fruto das últimas reestruturações efectuadas a nível do Centro Hospitalar, no entanto não são conhecidos os números exactos desta realidade.

Outro critério refere-se à necessidade das escalas de trabalho serem adequadas, pela existência de um modelo de organização das mesmas que cumpra as disposições legais, o qual é validado pela utilização do Sisqual, como sistema informatizado de realização de escalas. Estas são realizadas a nível mensal contemplando o número de horas, horas por turno, carga horária mensal prevista / planeada e acumulada.

Por último, no critério que avalia a existência de recursos humanos para PTE existem, dois supervisores clínicos certificados pela OE, estes possuem uma pós-graduação em Supervisão Clínica. Há ainda a referir que neste momento existem candidaturas de outros profissionais à categoria de supervisor clínico, estando a submeter-se à avaliação criteriosa pela OE.

Relativamente a esta dimensão, todos os itens são validados de forma positiva, com excepção de não atingir uma rotatividade inferior a 15%, mas considera-se que esta situação tem como base o facto de o CHMT estar a ser alvo de uma reestruturação de meios físicos e humanos, sobretudo no que concerne à Urgência Geral, com a formação recente de novas equipas e ainda se estar em período de adaptação a esta nova organização do Centro Hospitalar. Mas tendo em conta que este será um período transitório e que estas limitações agora identificadas, serão supridas com o decorrer da actividade laboral e a formação definitiva da equipa do SU, este será um item a ser validado positivamente num futuro próximo.

A Dimensão VI refere-se à política de formação contínua de enfermeiros, que possui como critério a existência de práticas de formação contínua promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade. Para isto existe um enfermeiro responsável pela coordenação da formação em serviço e existe um plano anual de formação que vai de encontro às necessidades identificadas pelos enfermeiros (de forma informal) e nas auditorias. Para além disto procura-se de forma sistemática realizar periodicamente cursos a nível do SBV, Suporte Imediato de Vida Pediátrico, Trauma, SAV e Electrocardiografia entre outros, para manter a actualização e revalidação de conhecimentos. Relativamente à existência de um relatório de formação que contemple a avaliação da formação e do impacto dos seus resultados existe um impresso próprio, que dá a conhecer à chefia, ao mesmo tempo que o Departamento de Formação que avalia formandos e formadores, os resultados formativos bem como a sua aplicabilidade na prática clínica.

No que concerne à existência de critérios explícitos para a selecção de enfermeiros enquanto formadores e formandos (interna e externamente), verifica-se a existência no CHMT de uma bolsa de formadores internos pelo Departamento de Formação em SBV e SAV. É este departamento que gere as formações mais abrangentes, enquanto a formação em serviço é realizada pelas pessoas mais sensibilizadas/preparadas para a mesma, após nomeação por parte da chefia de enfermagem. De forma mais informal verifica-se o voluntariado dos profissionais nas acções formativas, cabendo mais uma vez a a escolha final à chefia de enfermagem de acordo com o número de formandos possíveis para cada formação.

Relativamente ao indicador onde é avaliada a evidência de participação de enfermeiros do serviço em projectos/grupos de trabalho pertinentes para o contexto e/ou para a enfermagem, este obtém validação positiva dado que a equipa de enfermagem encontra-se dividida em grupos de trabalho de acordo com a apetência pessoal e formação específica individual, que desenvolvem trabalhos para a restante equipa de acordo com as necessidades identificadas de acções a desenvolver para a melhoria dos cuidados prestados.

No indicador que prevê a existência de dispositivos de formação promotores de prática reflexiva regular e sistemática (“análise das práticas”, “estudos de caso” e “supervisão clínica”) este indicador valida-se positivamente dado que executa-se formalmente a nível da formação em serviço, e de forma informal, mas de forma rotineira, nas passagens de turno onde são discutidos planos de cuidados e cuidados de enfermagem de acordo com a situação clínica do doente, mas também psicossocial. O último indicador desta categoria não obtém validação positiva dado que não foi possível a averiguação da existência no SU de supervisores clínicos que estejam inseridos na bolsa de supervisores regional, e de igual

forma, a não confirmação da existência de supervisores envolvidos nos processos de formação contínua dos mesmos.

O último critério desta dimensão relaciona-se com a existência de meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua e em serviço, para isto torna-se necessário a existência de recursos de suporte informativo e pedagógico acessíveis aos enfermeiros, no entanto no SU ainda não existe biblioteca de Serviço e o acesso livre à internet apenas é disponibilizado no gabinete da chefia, o que condiciona o acesso ao mesmo. Assim sendo, este item é validado desfavoravelmente, no entanto é de referir a existência de uma Biblioteca institucional a nível do CHMT de livre acesso.

Relativamente à evidência de parcerias para a formação e investigação em Enfermagem, os protocolos realizados com Escolas de Enfermagem a nível institucional, permitem que o SU do CHMT seja um campo de estágio para alunos destas Escolas Superiores de Saúde, a fim de obterem o grau de enfermeiro generalista. Este serviço tem ainda idoneidade formativa outorgada pela OE para a realização de estágios que visem a obtenção do grau de enfermeiro especialista.

Relativamente à existência de planos de integração de enfermeiros no serviço, este indicador obtém classificação positiva dado que existe um manual de acolhimento e um plano de integração aplicado a todos os novos membros da equipa de forma a facilitar a sua inclusão. Além do mais esta é planeada temporalmente, onde os profissionais percorrem as diferentes áreas constituintes do serviço com o acompanhamento (se possível) de outro profissional.

Analisando então de forma global os resultados obtidos relativamente à formação contínua constata-se que o SU-CHMT atinge positivamente os indicadores, sendo esta uma área que merece a preocupação não só dos prestadores de cuidados, mas também da chefia e do Conselho Directivo. No entanto, há que fomentar a mesma tentando formalizar alguns aspectos, sobretudo aqueles que dizem respeito a trabalhos de investigação assim como a criação de documentos que espelhem as conclusões dos mesmos, de forma a criar no próprio SU uma biblioteca de conhecimento físico e humano.

A Dimensão VII desta grelha de avaliação, refere-se às metodologias de organização dos Cuidados de Enfermagem promotora da qualidade, onde deve existir a evidência da utilização de metodologia de organização de cuidados de enfermagem promotora de qualidade, onde um dos indicadores validados positivamente é a opção por métodos de organização do trabalho que assegurem uma prestação de cuidados global e segura, onde no SU este é realizado pela organização segundo o Método Individual de Trabalho. Relativamente à evidência de metodologias de organização de cuidados de enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos

padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, valida-se positivamente este item dado que a realização individual de projectos individuais cujos objectivos pessoais tem de ser baseados nos padrões de qualidade em enfermagem, levam a que todo o processo se desenvolva dentro de uma evidência científica orientada para a qualidade.

No que concerne ao indicador que visa a opção por um método de trabalho que assegure uma prestação de cuidados global e segura, esta equipa organiza-se de acordo com o Método Individual de Trabalho, onde cada enfermeiro é responsável pela área / doentes que lhe foram distribuídos na passagem de turno, não só pela prestação de cuidados aos mesmos, mas também pelo seu acompanhamento.

Relativamente ao método de organização do trabalho que permita a proximidade e a relação de cooperação entre supervisor e supervisando, tendo como base o exposto anteriormente, e sabendo que o supervisando está apenas e só sob a tutela de 1 supervisor (no máximo 2, em caso de férias ou outro imprevisto) por turno, promove a relação e a empatia entre os dois, essencial para a transmissão e aquisição de conhecimentos.

Como conclusão global, considero que ao serem cumpridos todos os discriminadores de validação obrigatória para a obtenção da Idoneidade Formativa, este serviço cumpre os requisitos para a atribuição da Idoneidade Formativa do Contexto de Prática Clínica, no âmbito do EPT e DTP.

## **CONCLUSÃO**

Tendo como ponto de partida a especificidade do ensino em Enfermagem, assumimos que esta é a base para garantir a qualidade dos cuidados a que os profissionais estão obrigados e a que os cidadãos têm direito. A Enfermagem a nível nacional serve como referência a nível europeu no que diz respeito à coerência do percurso e da qualidade de formação, que levou ao desenvolvimento da autonomia profissional que poucos países atingiram. Posto isto, cada centro de aprendizagem, e neste caso, cada núcleo de estágio pratico tutelado e/ou desenvolvimento profissional tutelado, vê-se obrigado a obedecer a um nível mínimo de parâmetros que validem a sua idoneidade formativa, de modo a oferecer formação de qualidade a futuros profissionais, generalistas ou especialistas.

Relativamente ao SU do CHMT cabe em primeiro lugar frisar, que as condições socioeconómicas do país são particulares, e levaram a variadas alterações nos cenários estratégicos a nível do País, nomeadamente na gestão da saúde em Portugal, assim sendo, este trabalho foi realizado num ambiente de mudança e adaptação às novas orientações do Ministério da Saúde para o país e em particular para o CHMT. Assumindo como prioridade a reorganização da rede dos cuidados de saúde oferecidos à população de forma a diminuir custos e rentabilizar recursos, o CHMT encontra-se ainda em remodelação das suas três estruturas básicas (Hospital de Tomar, Torres Novas e Abrantes), com concentração e reestruturação de serviços, o que leva secundariamente à reorganização dos recursos humanos. Posto isto, a mobilidade a nível dos profissionais de saúde de serviços extintos, para outros que foram criados/aumentados, ainda está em curso, o que conduziu à reorganização não só a nível das chefias e coordenações em todas as áreas, mas também à própria formação de novas equipas de enfermagem a partir de outras que foram desmanteladas em muitos casos. O SU não foi excepção a estas novas normas de gestão, levando a que três urgências medico-cirúrgicas fossem remodeladas a uma com a criação de dois Serviços de Urgência Básica, o que levou imperiosamente à mobilização de profissionais de saúde e sobretudo à modificação de equipas de trabalho. Esta situação é ainda promotora de grande instabilidade (dado que ainda não está concluído) a nível profissional dos profissionais de saúde do CHMT pois existe uma nova realidade laboral, pessoal e familiar.

Por outro lado o exercício da Enfermagem no contexto dos cuidados urgentes/emergentes exigem procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento de

funções num ambiente de cooperação e complementaridade interprofissional. Os enfermeiros de urgência, ao contrário de outros grupos de especialidade de enfermagem, afirmam-se pela diversidade de conhecimentos, não só de processos fisiopatológicos, bem como de inovações tecnológicas mais recentes ao nível do equipamento, monitorização e tratamento, sem perder a visão psicossocial do doente. Assim sendo, para além do empenho profissional e autoformação, as organizações onde está inserido não se podem alinear da sua responsabilidade na formação contínua não só dos seus elementos mas também de futuros profissionais. São estes últimos que para além de incentivarem a autoformação, conduzem à implementação de procedimentos mínimos que outorguem a idoneidade formativa do serviço.

Dada esta conjectura torna-se imperioso reflectir sobre a Enfermagem, não só enquanto disciplina científica e enquanto profissão, mas também que enquadramento de ensino temos neste cenário estratégico governamental. Actualmente, não existem somente dificuldades no que consiste em motivar a equipa para o seu envolvimento a nível da formação profissional de formandos, como também para a sua autoformação dado o pouco reconhecimento que se obtém não só a nível da própria organização, como também a nível governamental. No entanto os enfermeiros do SU reconhecem que a investigação em enfermagem contribui para o desenvolvimento do conhecimento no campo da saúde, tendo como área empírica de referência a prestação de cuidados de enfermagem e considerando que suporta igualmente as outras áreas de actuação, seja a gestão, a docência, a formação ou a assessoria. Reconhecem também que este será um processo que não só incrementa o reconhecimento profissional individual e colectivo, mas também da própria instituição, e da própria Enfermagem como disciplina com auto-regulação profissional que garante a protecção do interesse público e do bem comum.

Por tudo isto, realizar este trabalho num contexto de mudança tem como limitação a não extrapolação fiável dos resultados obtidos, dado que a análise do grau de idoneidade formativa do SU-CHMT não foi realizada num momento estável do serviço, pois a reforma organizacional do mesmo ainda não está concluída. No entanto, cabe salientar que de acordo com a grelha de avaliação, existem alguns itens que necessitam intervenção de forma a serem validados positivamente, nomeadamente no que concerne à implementação dos Sistemas de Informação em Enfermagem e Satisfação Profissional dos Enfermeiros. Daqui se denota que grande parte da aprovação destes itens não diz respeito à competência individual dos enfermeiros que compõem a equipa, mas de políticas intrínsecas do CHMT condicionada pela gestão económica. Assim sendo, considero que apesar da qualidade instabilidade laboral dos enfermeiros do SU a idoneidade formativa dignifica o SU do CHMT, mas considero também que, aquando do término desta reorganização, se possa alcançar o objectivo primordial de ser uma referência no EPT e DPT a nível regional.

Considero que a equipa do SU responde às exigências profissionais decorrentes do código deontológico dos enfermeiros que são essenciais para a estruturação dos percursos formativos de futuros profissionais, que têm como núcleo os cuidados de enfermagem de que a população necessita e como dimensões essenciais as experiências de prática clínica, de formação e de investigação. Assim sendo, espero ter contribuído com este trabalho para a identificação não só de lacunas, mas também de possíveis soluções para as mesmas. Mas mais importante do que isto, espero ter reconhecido todo o trabalho individual e colectivo que todos os enfermeiros do SU levam a cabo todos os dias, neste ambiente instável de reestruturação organizacional, para que os cuidados holísticos ao doente não sejam afectados por esta conjectura profissional e económica.

O ensino da enfermagem, está novamente em processo de evolução, não só pelos novos modelos de ensino que estão a ser implementados, nomeadamente o Processo de Bolonha, mas também por toda a reestruturação do Serviço Nacional de Saúde que influenciam não só o exercício da Enfermagem bem como o ensino prático da mesma. A formação de qualidade de enfermeiros deve ser portanto um item a não descurar nesta nova conjectura para que a autonomia e a qualidade da Enfermagem em Portugal, continue a ser uma referência. Experimentamos agora um ambiente propício ao desenvolvimento de novas abordagens ao EPT e DPT, ao nível da sua execução, mas abrangendo também o formador, incluindo a creditação e certificação do mesmo. O Modelo de Desenvolvimento Profissional, em ambas vertentes (EPT e DPT), procura então ambientes favoráveis à formação de futuros enfermeiros que não visem somente ser o espelho da experiência cronológica do formador, mas toda uma panóplia de experiências, que ultrapassam os limites do saber académico, tal como o desenvolvimento de capacidades crítico-reflexivas que consolidam a identidade profissional. O ideal será ter ambientes formativos onde se transformem as dificuldades da prática num dispositivo formativo, capazes de uma atitude mais questionadora e reguladora e menos avaliativa do desempenho, favorecida por um ambiente idóneo de formação.

Torna-se assim imperioso que os momentos de prática clínica, a nível do EPT e DPT, sejam reconhecidos e acreditados pela Ordem dos Enfermeiros, aplicando de forma rigorosa a Idoneidade Formativa, para que se esbatam neste processo de avaliação as assimetrias de formação entre os grandes polos de saúde centrais e os periféricos. Da mesma forma, as entidades formativas devem esforçar-se para atingir esta certificação e revalida-la, dado que todos os intervenientes do processo são elementos vencedores, desde os formandos aos formadores, como da própria instituição que permite o processo. É pelo ensinar fazendo, e pela aplicação prática dos conhecimentos teóricos, mas sobretudo pelo crescimento pessoal a que cuidar de outra pessoa implica, que devemos perseguir a idoneidade formativa dos núcleos de estágio, pois só assim contribuiremos para a igualdade da formação entre

diferentes centros, mas sobretudo estabeleceremos um nível mínimo de qualidade dos mesmos, a fim de se contribuir para uma enfermagem cada vez mais autónoma e com um papel preponderante nas decisões a nível de cuidados de saúde no âmbito da instituição formativa mas também do País.

Espero que este documento seja um aliciador de projectos nesta área, bem como estimule a persecução por parte das Instituições e dos profissionais de enfermagem desta idoneidade reconhecida e validada pela OE, não só dos centros formadores mas também da qualidade da formação oferecida, mas que seja também uma exigência por parte dos formandos. Só uma formação num ambiente com todos estes matizes, contribui para que a Enfermagem se afirme como ciência, e esta é uma tarefa que nos cabe a todos.

## BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem (2ª Edição)*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Alarcão, I. (1996). *Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores*. In I. Alarcão (Org.), *Formação Reflexiva de Professores* (pp. 10-39). Porto: Porto Editora.
- Arco, António Reis (2005) *Supervisão pedagógica no ensino clínico de enfermagem*. Revista sinais vitais, N.º 58 (Janeiro 2005). Coimbra.
- Berger Filho, R. L. (1998). *Formação Baseada em Competências numa Conceção Inovadora para a Formação Tecnológica*. Anais do V Congresso de Educação Tecnológica dos Países do MERCOSUL.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na Formação. Papel dos orientadores clínicos. Perspectiva dos actores*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, A. (2004). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Dominicé, P. (1989). *“Expérience et apprentissage: faire de nécessité vertu”*, Education Permanent.
- Donabedian, A. (1997). *The Quality of Care: How can it be assessed? In Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 121 (11), 1145 – 1150 (Original publicado em Setembro de 1988).
- Garrido, A. & Simões, J. (2007). *Supervisão de alunos e ensino clínico: uma reflexão*. *Nursing*, 218 (A. 17), 7-11.
- Garrido, A.; Simões, J. & Pires, R. (2008). *Supervisão Clínica em Enfermagem: Perspectivas Práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.

- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas. Resposta a 80 questões*. 1ª Ed. Porto: Asa
- Mestrinho, M. (2007). *As Mudanças no ensino de Enfermagem: Em busca de uma ideologia do profissionalismo docente*. In A. Rodrigues et al., *Processo de Formação Na e Para a Prática de Cuidados*. Loures: Lusociência.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios básicos*. São Paulo: Editora
- Ministério da Educação (1999). Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro. *Diário da República*, I Série-A, n.º 206, 6198 – 6201
- Ministério da Saúde (1990). Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto: Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 195, 3452 – 3459
- Ministério da Saúde (1996), Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 Abril: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, I Série-A, n.º 205, 2959-2962
- Ministério da Saúde (1998), Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, I Série-A, n.º 93, 1739 – 1757
- Ministério da Saúde (2000). Portaria n.º 209/2000 de 6 de Abril, *Diário da República*, I Série-B, n.º 82, 1508
- Ministério da Saúde (2001). Portaria n.º 1277/2001 de 13 de Novembro, *Diário da República*, I Série-B, n.º 263, 7212-7213
- Ministério da Saúde (2002). Decreto-Lei nº 301/2002 de 11 de Dezembro: Constituição do Centro Hospitalar Médio Tejo como sociedade anónima. *Diário da República*, I Série-A, nº 286, 7794-7802
- Ministério da Saúde (2005). Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro: Transformação de Entidades Públicas Empresariais com o estatuto de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos. *Diário da República*, I Série A, nº 249, 7323-7333.
- Ministério da Saúde (2009), Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro: Primeira alteração aos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 180, 6528 – 6550
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional – Fundamentos, Processos e Instrumentos para a Operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem

- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, n.º 35, 8648 – 8653
- Ordem dos Enfermeiros a) (2011). *Caderno Temático: Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros b) (2011). Regulamento nº 167/2011 de 8 de Março: Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, nº 47, 11114 – 11123.
- Pisco, L. (2001). *Qualidade de cuidados de saúde primários. Avaliação da saúde*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, volume temático 2, 43 – 51
- Rosário, P.; González-Pienda, J.A.; Pérez, J. C. N. (2006). *Cartas do Gervásio ao seu Umbigo. Comprometer-se com o estudar na Universidade*. Coimbra: Almedina.
- Rua, M. & Alarcão, I. (2005). *Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências*. Texto Contexto Enfermagem.
- Soares, C. S. (2008). *O Processo Supervisivo. Projecto de Tese de Doutoramento*, Universidade de Aveiro

Apêndice I – Perfil dos Membros da Estrutura de Idoneidades

Competências da Estrutura de Idoneidades		Actividades / Tarefas	Perfil Requerido	
Candidatura e Processo de Acreditação	Instruir processos de candidatura a Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica para PTE e sua renovação	Receber e conduzir os processos de candidatura / renovação de acordo com o estabelecido em termos de algoritmo de decisão, circuitos e processos; solicitar elementos a candidatos; articular com Comissão de Certificação de Competências (CCC).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar novas tecnologias;</li> <li>• Tomar decisões fundamentadas à luz do regulamentado;</li> <li>• Competências de comunicação;</li> <li>• Competências de trabalho em equipa;</li> <li>• Conhecedor dos referenciais da profissão, em especial do Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (RIFCPC) e instrumentos associados aos seus diferentes domínios;</li> <li>• Experiência e competências em auditoria em Enfermagem;</li> <li>• Disponibilidade e facilidade em deslocar-se pela região / País;</li> <li>• Experiência na área de gestão de serviços de Enfermagem.</li> </ul>	
	Levar a cabo o Reconhecimento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica para PTE	Visitar os Contextos de Práticas Clínica candidatos e verificar <i>in loco</i> as condições estabelecidas no Referencial de Avaliação da IFPCP; elaborar «Relatório de Reconhecimento».		
	Elaborar proposta para Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica	Elaborar proposta para acreditação com base no relatório de reconhecimento		
	Emitir chancela de Acreditação da IFPCP para EPT / DPT, após decisão e em conformidade com o parecer da Comissão de Certificação de Competências (CCC)	Levar a efeito a decisão da CCC; emitir a chancela de Acreditação da IFPCP; informar disso o Contexto de Prática Clínica; incluir os contextos de prática clínica no registo daqueles que têm Idoneidade Formativa acreditada e contabilizá-los para efeitos de capacidade formativa para EPT e / ou DPT.		
	Acompanhar os contextos com Idoneidade Formativa acreditada e verificar a manutenção das condições de idoneidade	Visitar contextos acreditados sempre que se afigure necessário, por solicitação do contexto, ou no decorrer de informação sobre irregularidades relativas às condições de idoneidade formativa para PTE.		
	Assessoria para o Desenvolvimento da Idoneidade Formativa	Definir e propor um «Plano Orientador para o Desenvolvimento da Idoneidade Formativa» específico para cada Contexto de Prática Clínica que (após candidatura) não tenha idoneidade formativa acreditada e que o solicite	Utilizar os instrumentos concebidos para orientação ao desenvolvimento da idoneidade formativa e partindo de um bom diagnóstico da situação, elaborar e propor plano orientador específico e pertinente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiência na gestão da melhoria contínua da qualidade;</li> <li>• Experiência enquanto formador de adultos;</li> <li>• Experiência na gestão de dinâmica de grupos e de equipas de Enfermagem;</li> <li>• Experiência na gestão de projectos.</li> </ul>
		Organizar o processo de Assessoria Técnica ao Desenvolvimento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (segundo regulamento e circuito a definir pelo CE)	Organizar e prestar assessoria técnica aos contextos em condições a estabelecer para o efeito; articular com peritos segundo regulamento e circuito a definir pelo CE.	
	Seleção, Formação e Certificação de Supervisores Clínicos de PTE	Instruir os processos de candidatura e selecção de candidatos a Supervisores Clínicos de EPT e DPT	Receber e conduzir os processos de candidatura a Supervisor Clínico de EPT e DPT de acordo com o estabelecido em termos de algoritmo de decisão, circuitos e processos; proceder à selecção dos candidatos de acordo com matriz própria estabelecida para o efeito; solicitar elementos a candidatos (quando necessário); organizar bolsa de candidatos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar novas tecnologias;</li> <li>• Tomar decisões fundamentadas à luz do regulamentado;</li> <li>• Competências de comunicação;</li> <li>• Competências de trabalho em equipa;</li> <li>• Experiência na gestão de dinâmica de grupos e de equipas de Enfermagem;</li> <li>• Disponibilidade e facilidade em deslocar-se pela região / País;</li> <li>• Experiência no planeamento e organização de formação de adultos;</li> </ul>
		Organizar a Formação Específica em Supervisão Clínica de PTE e a formação contínua no âmbito da bolsa regional de supervisores, em consonância com o Parecer n.º 79 / 2010 da Comissão de Formação	Planear e organizar Formação Específica em Supervisão Clínica de PTE; convocar membros da bolsa de candidatos para o processo formativo; acompanhar / dinamizar a formação específica de SC de PTE; participar/levar a cabo o processo de avaliação dos formandos.	

	Elaborar proposta à CCC para Certificação de SC de EPT e de DPT	Elaborar proposta para certificação do SC de PTE de acordo com avaliação da formação específica e validação de competências de SC (inclui primeira experiência enquanto SC); submeter propostas à CCC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiência enquanto formador de adultos;</li> <li>• Conhecimentos e experiência na área da Supervisão Clínica em Enfermagem.</li> </ul>
	Emitir certificado de SC para EPT e DPT após decisão e em conformidade com o parecer da CCC (e actuação do processo de averbamento à cédula do profissional)	Levar a efeito a decisão da CCC; informar disso o Candidato a SC de PTE; activar processo de averbamento à Cédula Profissional; incluir o SC na bolsa regional de SC e contabilizá-lo para efeitos de capacidade formativa para EPT e/ou DPT.	
	Organizar e gerir a(s) bolsa(s) regional(ais) de supervisores clínicos	Gerir a bolsa regional de SC; organizar e dinamizar formação contínua em SC de PTE na região, segundo necessidades formativas identificadas e de acordo com planeamento nacional; acompanhar os processos de SC de PTE e constituir-se numa referência de suporte para os SC (via mediador institucional); manter actualizado o registo de SC de PTE.	
	Instruir os processos de recertificação de SC de PTE	Receber e conduzir os processos de recertificação de SC de PTE de acordo com os critérios estabelecido em termos de algoritmo de decisão, circuitos e processos.	
	Determinar e manter actualizado o registo sobre a Capacidade Formativa para EPT e DPT por área de especialidade, assim como informar disso a Comissão de Certificação de Competências da Ordem dos Enfermeiros e, através desta, em momento oportuno, a Direcção Nacional do Organismo de PTE	Registo da capacidade formativa de PTE (EPT e DPT por área de especialidade) e sua actualização; participação na gestão da capacidade formativa e na definição de uma política de expansão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar novas tecnologias;</li> <li>• Competências de concepção e planeamento (projectos);</li> <li>• Capacidade organizativa.</li> </ul>
	Definir, de acordo com o Regulamento da Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica e com as competências que lhe ficarem atribuídas, os instrumentos e processos necessários à sua actividade, que colocam à aprovação da CCC.	Elaborar instrumentos necessários à sua actividade; colocá-los à aprovação da CCC; levar a efeito a decisão da CCC; rever instrumentos e processos e propor alterações,	

Apêndice II – Matriz de Admissão e Seriação dos Candidatos a Supervisor Clínico da Prática Tutelada em Enfermagem

Critérios	PTE		Instrumentos	Indicadores de Evidência	Pontuação	Pontuação Máxima			
	EPT	DPT <sup>87</sup>							
Obrigatório (pré-requisito)	Ser enfermeiro com comprovado exercício contínuo da clínica nos últimos 5 anos <sup>88</sup>	✓		- Cédula Profissional atualizada – Título de enfermeiro há pelo menos 5 anos; - Declaração de contagem de tempo com evidência de exercício contínuo da clínica nos últimos 5 anos.					
	Ser enfermeiro especialista com comprovado exercício contínuo da clínica <sup>89</sup> , numa dada área de especialidade, nos últimos 2 anos <sup>90</sup>		✓	- Cédula Profissional atualizada – Título de enfermeiro especialista há pelo menos 2 anos; - Declaração de contagem de tempo com evidência de exercício contínuo da clínica numa dada área de especialidade, nos últimos 2 anos. - Declaração de contagem de tempo com evidência de exercício contínuo da clínica, nos últimos 2 anos, em contexto com Idoneidade Formativa acreditada para EPT ou DPT (na área de especialidade que visa supervisionar).					
	Exercer nos últimos 2 anos e de forma contínua em contexto de Idoneidade Formativa acreditada pela OE <sup>91</sup>	✓	✓	- Cédula Profissional; - Declaração de contagem de tempo de exercício profissional <sup>92</sup> .	- Declaração de contagem de tempo com evidência de exercício contínuo da clínica, nos últimos 2 anos, em contexto com Idoneidade Formativa acreditada para EPT ou DPT (na área de especialidade que visa supervisionar). - Declaração de contagem de tempo com evidência de exercício contínuo da clínica de pelo menos 1 ano no contexto de prática clínica em que se pretenda supervisionar.				
	Exercer há pelo menos 1 ano no contexto de prática clínica em que se pretenda supervisionar	✓	✓		- Declaração de contagem de tempo com evidência de exercício contínuo da clínica de pelo menos 1 ano no contexto de prática clínica em que se pretenda supervisionar.				
	Interesse e disponibilidade para o desempenho do papel de Supervisor Clínico de PTE	✓	✓	- Carta de Motivação	- Evidência de que é voluntário para o processo de SC de PTE, propondo-se ou afirmando ser pronto; - Manifesta e justifica interesse legítimo para o desempenho do papel de SC de PTE.				
-----									
Ponderação (pontuação)	Tempo da Experiência Profissional do Enfermeiro	Em contextos de Idoneidade Formativa Acreditada (EPT)	✓		- Declaração de contagem de tempo de exercício profissional; - Base de dados da EI relativa aos CPC de Idoneidade Formativa Acreditada para EPT e DPT.	- Declaração de contagem de tempo com evidência relativa ao número de anos de experiência profissional do candidato em cada CPC; - Cruzamento da informação contida na declaração de contagem de tempo com a da base de dados da EI.	- 1 ponto / ano até ao máximo de 15 pontos; - Se o Contexto de Prática Clínica a que a experiência se refere é aquele que o candidato indica como contexto para SC de PTE, acresce 0,5 pontos / ano de experiência nesse contexto; - 0,5 pontos / ano até ao máximo de 5 pontos.	15	20
		Em contextos sem Idoneidade Formativa Acreditada (EPT)	✓				- Se o Contexto de Prática Clínica a que a experiência se refere é aquele que o candidato indica como contexto para SC de PTE, acresce 0,25 pontos / ano de experiência nesse contexto.	5	
	Tempo da Experiência Profissional do Enfermeiro Especialista	Em contextos de Idoneidade Formativa Acreditada (DPT)	✓	✓	- Declaração de contagem de tempo de exercício profissional; - Base de dados da EI relativa aos CPC de Idoneidade Formativa Acreditada para EPT e DPT.	- Declaração de contagem de tempo com evidência relativa ao número de anos de experiência profissional do candidato em cada CPC; - Cruzamento da informação contida na declaração de contagem de tempo com a da base de dados da EI.	- 1 ponto / ano até ao máximo de 15 pontos; - Se o Contexto de Prática Clínica a que a experiência se refere é aquele que o candidato indica como contexto para SC de PTE, acresce 0,5 pontos / ano de experiência nesse contexto; - 0,5 pontos / ano até ao máximo de 5 pontos.	15	20
		Em contextos sem Idoneidade Formativa Acreditada (DPT)	✓	✓			- Se o Contexto de Prática Clínica a que a experiência se refere é aquele que o candidato indica como contexto para SC de PTE, acresce 0,25 pontos / ano de experiência nesse contexto.	5	
	Formação em área considerada relevante para o papel de Supervisor Clínico de PTE	Supervisão Clínica	✓	✓	- Informação curricular em formulário pré-definido disponibilizado pela EI.	- Declaração validada relativa a formação em Supervisão Clínica; - Que nessa declaração conste de forma explícita: - A área de formação: supervisão clínica; - A entidade certificadora; - O grau académico (quando se aplicar); - O número de ECTS ou número de horas de formação.	- Douoramento – 8 pontos; - Mestrado – 6 pontos; - Licenciatura – 5 pontos; - Pós-graduação (≥ 60 ECTS) – 4 pontos; - Unidades curriculares de formação em cursos de Ensino Superior <sup>93</sup> (≥ 6 ECTS) – 1,5 pontos; - Formação certificada por entidades acreditadas (DSQA-DGERT <sup>94</sup> ; ACSSE) ≥ a 150 horas – 1,5 pontos; - Outra formação superior a 30 horas / 1 ECTS promovida por instituições de Ensino Superior e entidades formativas acreditadas (DSQA-DGERT; ACSSE) – 0,2 pontos cada, até 4 pontos.	8	15
		Ciências da Educação / Formação de Adultos	✓	✓		- Declaração validada relativa a formação em Ciências da Educação / Formação de Adultos; - Que nessa declaração conste de forma explícita e clara: - A área de formação; - A entidade certificadora; - O grau académico (quando se aplicar); - O número de ECTS ou número de horas de formação.	- Douoramento – 7 pontos; - Mestrado – 5 pontos; - Licenciatura – 4 pontos; - Pós-graduação (≥ 30 ECTS) – 3 pontos; - Unidades Curriculares de Formação em Cursos de Ensino Superior <sup>95</sup> (≥ 6 ECTS) – 1 ponto; - Formação Certificada por Entidades Acreditadas (DSQA-DGERT; ACSSE) e ≥ a 150 horas – 1 ponto; - Outra formação superior a 30 horas / 1 ECTS promovida por instituições de Ensino Superior e entidades formativas acreditadas (DSQA-DGERT; ACSSE) – 0,1 pontos / cada, até 0,5 pontos.	7	

<sup>87</sup> Numa dada área de Especialidade Clínica em Enfermagem.  
<sup>88</sup> Contabiliza-se o tempo de exercício clínico não tutelado.  
<sup>89</sup> Declaração de contagem de tempo profissional, especificando os contextos de prática clínica e os períodos de exercício em cada um deles (alínea b) do n.º 2 do art.º 14.º do RIFCPC).  
<sup>90</sup> Destaca-se neste Apêndice com fundo a laranja aquilo que não se aplica na fase de implementação do processo.  
<sup>91</sup> Contabiliza-se o tempo de exercício clínico não tutelado.  
<sup>92</sup> No caso do DPT, considera-se a Idoneidade Formativa acreditada para DPT na área de especialidade correspondente à da candidatura. Situação de exceção a este critério, candidato proveniente de Contexto de Prática Clínica em fase de Candidatura a Acreditação da IEPCPC (para EPT ou DPT) que não tenha já 2 Supervisores Clínicos de PTE certificados pela OE.  
<sup>93</sup> Excluem-se as unidades curriculares de cursos de doutoramento, mestrado, pós-graduações e licenciaturas na área da Supervisão Clínica e que tenham já sido contabilizadas.  
<sup>94</sup> A Direção de Serviços de Qualidade e Acreditação (DSQA) constitui uma unidade orgânica nuclear da Direção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (DGERT) com competência específica de gestão do Sistema de Acreditação de Entidades Formadoras. [www.dgert.gov.pt](http://www.dgert.gov.pt)  
<sup>95</sup> Excluem-se as unidades curriculares de cursos de doutoramento, mestrado, pós-graduações e licenciaturas na área da Supervisão Clínica e que tenham já sido contabilizadas.

	Critérios	PTE		Instrumentos	Indicadores de Evidência	Pontuação	Pontuação Máxima		
		EPT	DPT <sup>74</sup>						
Ponderação	Experiência como Formador	✓	✓	- Informação circular em formulário próprio disponibilizado pela EI.	- Declaração validada relativa à experiência do formador em despachos / unidades de formação teórica e teórico-prática; - Que nessa declaração conste de forma explícita o número de horas de formação e em anexo o respectivo plano de formação / sessão.	- 0,1 pontos / hora de formação, até 3 pontos; - 3 pontos se for formador no âmbito do PPOCE.	3	15	
					- Declaração validada relativa à experiência do formador em formações práticas, orientação / supervisão em ensino clínico e integração de enfermeiros; - Que nessa declaração conste de forma explícita o número de horas ou semanas de formação.	- 0,2 pontos por cada 25 horas de formação prática, até 4 pontos; - 0,25 pontos / semana de ensino clínico, até 8 pontos; - 0,5 pontos por cada ano em que colabora na integração de enfermeiros, até 6 pontos.			12
	Envolvimento na Profissão	Participação em associações profissionais de enfermeiros	✓	✓	- Informação circular em formulário próprio disponibilizado pela EI.	- Declaração validada relativa à participação em associações profissionais de enfermeiros, explicitando claramente o número de anos de associado / membro efectivo dos corpos sociais da associação; - Declaração emitida pelo órgão competente / instituição responsável pelo projecto / programas, acompanhada de uma cópia do projecto / programa; - Reseradamente ao PPOCE, declaração emitida pela estrutura dos PQCE da DE.	- 0,25 pontos / ano de associado, até 3 pontos; - 1 ponto / ano de membro efectivo dos corpos sociais da associação, até 4 pontos.	4	
		Participação em projectos ou programas no âmbito da Enfermagem				- 1 ponto por projecto / programa, até 6 pontos; - Participação no PPOCE – 2 pontos; - Responsabilidade pela gestão de projectos – 2 pontos / projecto, até 6 pontos.	6		
		Participação em grupos de trabalho e comissões no âmbito da Enfermagem				- Declaração emitida pelo órgão competente / instituição responsável pelo grupo de trabalho / comissão.	- 0,5 pontos por participação em grupos de trabalho / comissão, até 2 pontos; - Composição de grupos de trabalho / comissões – 1 ponto / cada, até 2 pontos.	2	
		Trabalhos de investigação realizados no âmbito da Enfermagem <sup>75</sup>				- Declaração validada relativa a autoria ou co-autoria de trabalhos de investigação realizados no âmbito da Enfermagem com resumo do trabalho em anexo.	- Trabalhos de investigação de autoria individual – 2 pontos / cada, até 6 pontos; - Trabalhos de investigação de co-autoria – 2 pontos / cada, até 4 pontos.	6	
		Publicação de livros, artigos <sup>76</sup> e traduções / revisões de obras científicas na área da Enfermagem				- Declaração validada relativa à publicação de livros, artigos e traduções / revisões de obras científicas na área da Enfermagem, com respectivos ISBN e ISSN.	- 3 pontos / livro, até 6 pontos; - 2 pontos / artigo, até 6 pontos; - 2 pontos por tradução / revisão, até 4 pontos.	6	
		Comunicações no âmbito da Enfermagem em reuniões científicas				- Declaração validada relativa a comunicações proferidas no âmbito de reuniões científicas de Enfermagem.	- 1 ponto / comunicação, até 4 pontos.	4	
		Pósteres apresentados e discutidos em reuniões científicas de Enfermagem				- Declaração validada relativa a apresentação e discussão de pósteres em reuniões científicas de Enfermagem.	- 0,5 pontos / póster apresentado e discutido, até 2 pontos.	2	

### Critérios de Desempate

Após aplicação dos parâmetros de seriação enunciados e em situação em empate, utilizar-se-ão sucessivamente os seguintes critérios de desempate<sup>80</sup>:

- Maior tempo de exercício profissional em contexto de idoneidade formativa acreditada;
- Maior pontuação no critério «Envolvimento na Profissão»;
- Maior pontuação no critério «Formação em área considerada relevante para o papel de Supervisor Clínico de PTE - Supervisão Clínica»;
- Maior pontuação no critério «experiência como formador».

Nota:

- Criar um factor que «premeie» a antecipação na chegada das candidaturas e sua antiguidade (estímulo à antecipação):
  - Candidaturas entradas em 2011 – acresce à ponderação total o valor de 15 pontos;
  - Candidaturas entradas em 2012 – acresce à ponderação total o valor de 10 pontos;
  - Candidaturas entradas em 2013 – acresce à ponderação total o valor de 5 pontos.

Por cada 6 meses de presença na Bolsa de Candidatos acresce 1 ponto à ponderação total.

<sup>74</sup> Numa dada área de especialidade clínica em Enfermagem.

<sup>75</sup> No caso de participação simultânea em múltiplas associações profissionais, contabiliza-se, nesse período, o tempo de apenas uma associação.

<sup>76</sup> Não são contabilizados os trabalhos que não tenham sido concluídos ou que tenham sido realizados no âmbito da formação académica (pontuados noutro critério).

<sup>77</sup> Só serão considerados artigos publicados em revistas científicas de Enfermagem e / ou indexadas.

<sup>80</sup> O desempate pode ser necessário na fase de Convocatória para Formação Específica em Supervisão Clínica de PTE.

Apêndice III – Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica: Progressividade por Triénios

	CRITÉRIOS	INDICADORES <sup>81</sup> - 1º TRIÊNIO		INDICADORES - 2º TRIÊNIO		INDICADORES - 3º TRIÊNIO	
		Obrigatórios	Excelência <sup>82</sup>	Obrigatórios	Excelência	Obrigatórios	Excelência
<b>Dimensão 1 - Quadro de Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem</b>	<b>1.1. Existência de um enquadramento conceptual de referência para o Exercício Profissional da Enfermagem</b>	1.1.1. Que exista um quadro de referência que considere o REPE; 1.1.2. Que o quadro de referência plasme o Código Deontológico dos Enfermeiros.	1.1.1. Que o quadro de referência contemple o enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	1.1.1. Que o quadro de referência contemple o enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; 1.1.2. Que o quadro de referência plasme o Código Deontológico dos Enfermeiros.	1.1.1. Que o quadro de referência contemple os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos; 1.1.3. Que o quadro seja enriquecido com o suporte de uma conceptualização de Enfermagem.	1.1.1. Que o quadro de referência contemple os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos; 1.1.2. Que o quadro de referência plasme o Código Deontológico dos Enfermeiros; 1.1.3. Que o quadro seja enriquecido com o suporte de uma conceptualização de Enfermagem.	1.1.3. Que o quadro seja enriquecido com o suporte de uma filosofia de cuidar associada a conceptualização de Enfermagem.
	<b>1.2. Existência de um Plano de Actividades de Enfermagem</b>	1.2.1. Participação informal dos enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de actividades.	1.2.1. Participação formal dos enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de actividades.	1.2.1. Participação formal dos enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de actividades.	1.2.2. Evidência de exploração de intenções, metas e indicadores relativos a diagnósticos e/ou intervenções dos enfermeiros.	1.2.1. Participação dos enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de actividades; 1.2.2. Evidência de exploração de intenções, metas e indicadores relativos a diagnósticos e/ou intervenções dos enfermeiros.	1.2.3. Relatórios de actividades disponíveis.

<sup>81</sup> Os indicadores estão numerados em cada critério, e para cada triénio, de acordo com a numeração que lhe é atribuída no Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (Anexo II do RIFCPC) e não segundo a sua ordem de apresentação neste apêndice.

<sup>82</sup> Na fase de implementação, a modalidade de acreditação "Acreditação com Critérios de Excelência" será atribuída ao contexto de prática clínica que para além dos indicadores obrigatório tiver, no critério, todos os indicadores de excelências considerados para esse triénio. Em cada triénio são considerados os indicadores desse triénio (e não de triénios posteriores).

	CRITÉRIOS	INDICADORES - 1º TRIÉNIO		INDICADORES - 2º TRIÉNIO		INDICADORES - 3º TRIÉNIO	
		Obrigatórios	Excelência	Obrigatórios	Excelência	Obrigatórios	Excelência
<b>Dimensão 2 - Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros</b>	<b>2.1. Existência de dispositivos que permitam a implementação e monitorização dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem</b>	2.1.1. Formação realizada a pelo menos <b>10%</b> dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.	2.1.1. Formação realizada a pelo menos <b>20%</b> dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;  2.1.2. Evidência de designação de elemento dinamizador dos PQCE.	2.1.1. Formação realizada a pelo menos <b>20%</b> dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;  2.1.2. Evidência de designação de elemento dinamizador dos PQCE.	2.1.1. Formação realizada a pelo menos <b>50%</b> dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;  2.1.3. <b>Pelo menos um</b> projecto de melhoria dos cuidados de Enfermagem <b>em planeamento.</b>	2.1.1. Formação realizada a pelo menos <b>50%</b> dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;  2.1.2. Evidência de designação de elemento dinamizador dos PQCE;  2.1.3. <b>Pelo menos um</b> projecto de melhoria dos cuidados de Enfermagem <b>em planeamento.</b>	2.1.1. Formação realizada a pelo menos <b>75%</b> dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;  2.1.3. Em curso, pelo menos um projecto de melhoria dos cuidados de Enfermagem.
	<b>2.2. A existência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correcção dos desvios, caso se verifiquem</b>	2.2.1. Existência de sistemas de registo de eventos-sentinelas.	2.2.3. Existência de um responsável pela gestão do risco no contexto.	2.2.1. Existência de sistemas de registo de eventos-sentinelas;  2.2.3. Existência de um responsável pela gestão do risco no contexto.	2.2.2. Existência de sistemas de avaliação da qualidade Institucional.	2.2.1. Existência de sistemas de registo de eventos-sentinelas;  2.2.2. Existência de sistemas de avaliação da qualidade Institucional;  2.2.3. Existência de um responsável pela gestão do risco no contexto.	2.2.2. Existência de sistemas de avaliação da qualidade Institucional (Normas ISO; Joint Commission; King's Fund);  2.2.4. Evidência de proactividade na gestão das reclamações associadas aos cuidados de Enfermagem.

	CRITÉRIOS	INDICADORES - 1º TRIÉNIO		INDICADORES - 2º TRIÉNIO		INDICADORES - 3º TRIÉNIO	
		Obrigatórios	Excelência	Obrigatórios	Excelência	Obrigatórios	Excelência
Dimensão 2. Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros	2.3. Existência de procedimentos de segurança documentados e actualizados		2.3.1. Controlo e monitorização de infeção associada aos cuidados de saúde; 2.3.2. Triagem de resíduos; 2.3.4. Armazenamento dos stocks.	2.3.1. Controlo e monitorização de infeção associada aos cuidados de saúde; 2.3.2. Triagem de resíduos; 2.3.4. Armazenamento dos stocks.	2.3.3. Manutenção preventiva (sistema eléctrico; água, saneamento, elevadores, estrutura do edifício).	2.3.1. Controlo e monitorização de infeção associada aos cuidados de saúde; 2.3.2. Triagem de resíduos; 2.3.3. Manutenção preventiva (sistema eléctrico; água, saneamento, elevadores, estrutura do edifício); 2.3.4. Armazenamento dos stocks.	2.3.5. Existência de instalações adequadas à prática de cuidados de Enfermagem com qualidade e segurança (espaços, iluminação, limpeza, circuitos de lixo e sujos,...).
	2.4. Evidência da adequação dos equipamentos e demais recursos materiais às necessidades para a prestação de cuidados de Enfermagem	2.4.1. Evidência da avaliação da qualidade dos produtos.	2.4.1. Evidência da avaliação da qualidade dos produtos e sua adequação às necessidades dos serviços; 2.4.2. Evidência de manutenção e calibragem regular dos equipamentos.	2.4.1. Evidência da avaliação da qualidade dos produtos e sua adequação às necessidades dos serviços; 2.4.2. Evidência de manutenção e calibragem regular dos equipamentos.	2.4.3. Existência de um sistema de gestão de stocks.	2.4.1. Evidência da avaliação da qualidade dos produtos e sua adequação às necessidades dos serviços; 2.4.2. Evidência de manutenção e calibragem regular dos equipamentos; 2.4.3. Existência de um sistema de gestão de stocks.	

	CRITÉRIOS	INDICADORES - 1º TRIÉNIO		INDICADORES - 2º TRIÉNIO		INDICADORES - 3º TRIÉNIO	
		Obrigatórios	Excelência	Obrigatórios	Excelência	Obrigatórios	Excelência
Dimensão 3 - Sistemas de Informação em Enfermagem; organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão	3.1. A existência de um Sistema de Informação em Enfermagem (SIE)	3.1.1. Existência de um SIE que incorpore entre outros dados, os diagnósticos de Enfermagem do cliente, as intervenções de Enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de Enfermagem obtidos pelo cliente.	3.1.3. Existência de um SIE que utilize linguagem classificada – CIPE®.	3.1.1. Existência de um SIE que incorpore entre outros dados, os diagnósticos de Enfermagem do cliente, as intervenções de Enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de Enfermagem obtidos pelo cliente;	3.1.1. Existência de um SIE que incorpore <b>sistematicamente</b> , entre outros dados, os diagnósticos de Enfermagem do cliente, as intervenções de Enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de Enfermagem obtidos pelo cliente;	3.1.1. Existência de um SIE que incorpore <b>sistematicamente</b> , entre outros dados, os diagnósticos de Enfermagem do cliente, as intervenções de Enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de Enfermagem obtidos pelo cliente;	
	3.2. Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) de acordo com as directrizes da OE para a sua certificação		3.2.1. SIE que respeitem os princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais.	3.2.1. SIE que respeitem os princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais.	3.2.2. SIE que incorporem o resumo mínimo de dados e core de indicadores de Enfermagem para o repositório central de dados de saúde (na versão mais actualizada).	3.2.2. SIE que incorporem o resumo mínimo de dados e core de indicadores de Enfermagem para o repositório central de dados de saúde (na versão mais actualizada).	3.1.2. Existência de um SIE que <b>explícite o processo de tomada de decisão</b> ;

	CRITÉRIOS	INDICADORES - 1º TRIÊNIO		INDICADORES - 2º TRIÊNIO		INDICADORES - 3º TRIÊNIO	
		Obrigatórios	Excelência	Obrigatórios	Excelência	Obrigatórios	Excelência
Dimensão 4 - Satisfação Profissional dos Enfermeiros	4.1. Existência de dispositivos que avaliem regularmente a satisfação dos enfermeiros	4.1.1. Estabelecida <b>forma de avaliação</b> da satisfação dos enfermeiros.	4.1.1. Estabelecida <b>forma regular</b> de avaliação da satisfação dos enfermeiros.	4.1.1. Estabelecida forma regular de avaliação da satisfação dos enfermeiros.	4.1.2. Evidência de níveis <b>razoáveis</b> de satisfação dos enfermeiros.	4.1.1. Estabelecida forma regular de avaliação da satisfação dos enfermeiros;	4.1.2. Evidência de <b>elevados</b> níveis de satisfação dos enfermeiros.
	4.2. Evidência da valorização dos resultados de satisfação dos enfermeiros	Não considerado no 1º triénio			4.2.1. Evidência de medidas ou estratégias resultantes da avaliação para efeitos de gestão da qualidade / gestão de Recursos Humanos.	4.2.1. Evidência de medidas ou estratégias resultantes da avaliação para efeitos de gestão da qualidade / gestão de Recursos Humanos.	

	CRITÉRIOS	INDICADORES - 1º TRIÊNIO		INDICADORES - 2º TRIÊNIO		INDICADORES - 3º TRIÊNIO	
		Obrigatórios	Excelência	Obrigatórios	Excelência	Obrigatórios	Excelência
<b>Dimensão 5 - Dotações Seguras em Enfermagem</b>	<b>5.1. Adequação do número de enfermeiros às necessidades de cuidados de Enfermagem</b>	5.1.1. Utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de Enfermagem, especificamente cálculos de dotação de pessoal.	5.1.2. Propostas para a adequação do número de enfermeiros em função dos resultados da avaliação das necessidades em cuidados de Enfermagem.	5.1.1. Utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de Enfermagem;	5.1.2. Adequação do número de enfermeiros em função dos resultados da avaliação das necessidades em cuidados de Enfermagem.	5.1.1. Utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de Enfermagem;	5.1.1. Utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de Enfermagem de forma regular e sistemática
	<b>5.2. Evidência de estabilidade na equipa de Enfermagem</b>	Não considerado no 1º triénio			5.2.1. Índice de rotatividade anual inferior a 20%.	5.2.1. Índice de rotatividade anual inferior a 20%.	5.2.1. Índice de rotatividade anual inferior a 15%.
	<b>5.3. Escalas de trabalho adequadas</b>	5.3.1. Existência de um modelo de organização de escalas de trabalho que cumpra as disposições legais.		5.3.1. Existência de um modelo de organização de escalas de trabalho que cumpra as disposições legais.		5.3.1. Existência de um modelo de organização de escalas de trabalho que cumpra as disposições legais.	
	<b>5.4. Ter recursos humanos para PTE</b>	5.4.1. Ter pelo menos 2 supervisores clínicos certificados pela OE; 5.4.2. Respeito pelo rácio supervisando / número de enfermeiros do Contexto de Prática Clínica.		5.4.1. Ter pelo menos 2 supervisores clínicos certificados pela OE; 5.4.2. Respeito pelo rácio supervisando / número de enfermeiros do Contexto de Prática Clínica.		5.4.1. Ter pelo menos 2 supervisores clínicos certificados pela OE; 5.4.2. Respeito pelo rácio supervisando / número de enfermeiros do Contexto de Prática Clínica.	

	CRITÉRIOS	INDICADORES - 1º TRIÉNIO		INDICADORES - 2º TRIÉNIO		INDICADORES - 3º TRIÉNIO	
		Obrigatórios	Excelência	Obrigatórios	Excelência	Obrigatórios	Excelência
<b>Dimensão 6 - Política de Formação Contínua de Enfermeiros</b>	<b>6.1. A existência de uma política e práticas de formação contínua, promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade</b>	<p>6.1.1. Existência de enfermeiro responsável pela coordenação da formação em serviço;</p> <p>6.1.2. Existência de um plano anual de formação que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos enfermeiros;</p> <p>6.1.3. Existência de relatório de formação, que contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados.</p>	<p>6.1.4. Existência de critérios explícitos para a seleção de enfermeiros enquanto formadores (interna e externamente) e enquanto formandos (interna e externamente).</p>	<p>6.1.1. Existência de enfermeiro responsável pela coordenação da formação em serviço;</p> <p>6.1.2. Existência de um plano anual de formação que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos enfermeiros;</p> <p>6.1.3. Existência de relatório de formação, que contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados;</p> <p>6.1.4. Existência de critérios explícitos para a seleção de enfermeiros enquanto formadores (interna e externamente) e enquanto formandos (interna e externamente).</p>	<p>6.1.5. Evidência de participação de enfermeiros do serviço em projectos / grupos de trabalho pertinentes para o contexto e / ou para a Enfermagem;</p> <p>6.1.6. Existência de dispositivos de formação promotores de práticas reflexivas regulares e sistemáticas: «análise das práticas»; «estudos de caso»; «Supervisão Clínica».</p>	<p>6.1.1. Existência de enfermeiro responsável pela coordenação da formação em serviço;</p> <p>6.1.2. Existência de um plano anual de formação que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos enfermeiros;</p> <p>6.1.3. Existência de relatório de formação, que contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados;</p> <p>6.1.4. Existência de critérios explícitos para a seleção de enfermeiros enquanto formadores (interna e externamente) e enquanto formandos (interna e externamente);</p> <p>6.1.5. Evidência de participação de enfermeiros do serviço em projectos / grupos de trabalho pertinentes para o contexto e / ou para a Enfermagem;</p> <p>6.1.6. Existência de dispositivos de formação promotores de práticas reflexivas regulares e sistemáticas: «análise das práticas»; «estudos de caso»; «Supervisão Clínica».</p>	<p>6.1.7. Evidência de que os supervisores clínicos estão inseridos na bolsa de supervisores regional e envolvidos nos processos de formação contínua de supervisores.</p>

	CRITÉRIOS	INDICADORES - 1º TRIÉNIO		INDICADORES - 2º TRIÉNIO		INDICADORES - 3º TRIÉNIO	
		Obrigatórios	Excelência	Obrigatórios	Excelência	Obrigatórios	Excelência
<b>Dimensão 6. Política de Formação Contínua de Enfermeiros</b>	6.2. Existências de meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua e em serviço	6.2.3. Existência de planos de integração de enfermeiros no serviço.	6.2.1. Existência de recursos de suporte informativo e pedagógico de apoio aos enfermeiros (ex: acesso à internet, biblioteca, estudos relevantes e actuais).	6.2.1. Existência de recursos de suporte informativo e pedagógico de apoio aos enfermeiros (ex: acesso à internet, biblioteca, estudos relevantes e actuais);  6.2.3. Existência de planos de integração de enfermeiros no serviço.	6.2.2. Evidência de parcerias para a formação e investigação em Enfermagem.	6.2.1. Existência de recursos de suporte informativo e pedagógico de apoio aos enfermeiros (ex: acesso à internet, biblioteca, estudos relevantes e actuais);  6.2.2. Evidência de parcerias para a formação e investigação em Enfermagem;  6.2.3. Existência de planos de integração de enfermeiros no serviço.	

	CRITÉRIOS	INDICADORES - 1º TRIÊNIO		INDICADORES - 2º TRIÊNIO		INDICADORES - 3º TRIÊNIO	
		Obrigatórios	Excelência	Obrigatórios	Excelência	Obrigatórios	Excelência
Dimensão 7 - Metodologias de Organização de Cuidados de Enfermagem	7.1. Evidência de utilização de metodologias de organização de cuidados de Enfermagem promotora de qualidade	7.1.1. Evidência de metodologias de organização de cuidados de Enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, tais como: metodologias de implementação, guias orientadores de boas práticas (GOBP), procedimentos, normas, etc; 7.1.3. Que o método de organização do trabalho permita a proximidade e a relação de cooperação entre supervisor e supervisando.	7.1.1. Evidência de metodologias de organização de cuidados de Enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, nomeadamente, metodologias de implementação, guias orientadores de boas práticas (GOBP), procedimentos, normas, ou outros; 7.1.2. Opção por método(s) de organização do trabalho que assegurem uma prestação de cuidados global e segura.	7.1.1. Evidência de metodologias de organização de cuidados de Enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, nomeadamente, metodologias de implementação, guias orientadores de boas práticas (GOBP), procedimentos, normas, ou outros; 7.1.2. Opção por método(s) de organização do trabalho que assegurem uma prestação de cuidados global e segura; 7.1.3. Que o método de organização do trabalho permita a proximidade e a relação de cooperação entre supervisor e supervisando.	7.1.1. Evidência de metodologias de organização de cuidados de Enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.	7.1.1. Evidência de metodologias de organização de cuidados de Enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; 7.1.2. Opção por método(s) de organização do trabalho que assegurem uma prestação de cuidados global e segura; 7.1.3. Que o método de organização do trabalho permita a proximidade e a relação de cooperação entre supervisor e supervisando.	

A partir do Anexo II do Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica aprovado em Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros.