



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

**Contributo para a Implementação
do
Método por Enfermeiro de Referência**

Bruno César Cardoso Verde

2013





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

**Contributo para a Implementação
do
Método por Enfermeiro de Referência**

Bruno César Cardoso Verde

Professora Coordenadora Teresa Potra

2013



AGRADECIMENTOS

O presente relatório de estágio é o resultado de um percurso de formação teórico-prático longo e trabalhoso, que contou com um importantíssimo apoio, acompanhamento e cooperação de diversas pessoas. Assim, gostaria de endereçar os meus mais sinceros agradecimentos:

A todos os funcionários da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Hospital Egas Moniz e Hospital Pulido Valente que permitiram o desenvolvimento deste relatório e, por conseguinte, das minhas competências na área da Gestão em Enfermagem.

À minha orientadora e coordenadora, Professora Teresa Santos Potra, por ter acreditado no meu projeto de estágio, me ter aceitado como seu orientando, pela partilha da sua sabedoria e por todo o seu apoio, acompanhamento e disponibilidade dispensada.

À Enfermeira Diretora Maria Isabel Gaspar, do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, por ter autorizado o meu estágio no serviço de Neurologia do Hospital Egas Moniz.

À Enfermeira Chefe Clementina Sousa e a toda a equipa do serviço de Neurologia do Hospital Egas Moniz por terem proporcionarem as condições necessárias ao desenvolvimento dos objetivos definidos para esse local de estágio.

À Enfermeira Diretora Catarina Batuca, do Centro Hospitalar Lisboa Norte, pela autorização concedida para a realização do meu estágio no serviço de Medicina III A do Hospital Pulido Valente.

À Enfermeira Chefe Clotilde Simões do serviço de Medicina III A pelo seu acompanhamento, empenhamento, ajuda, sabedoria e experiência partilhada.

A toda a equipa do serviço de Medicina III A por terem cooperado e participado na realização das atividades desenvolvidas durante o estágio naquele serviço.

Aos Enfermeiros Especialistas Cristina Marques, Rúben Cardoso, Sílvia Cabrito, e às Enfermeiras Sandra Gaspar, Sara Correia e Sónia Martins pela forma empenhada, interessada e participativa demonstrada durante o processo de

elaboração do manual de orientação à implementação do método por enfermeiro responsável no serviço de Medicina III A.

Aos meus pais, Manuel Ferreira e Maria da Conceição Ferreira, às minhas avós, Maria Ferreira e Ricardina Cardoso, e ao meu irmão, Ricardo Verde, por toda a força e estímulo transmitido durante todo o processo de desenvolvimento deste mestrado.

À Ana, meu grande amor, por me ter sempre acompanhado e apoiado ao longo de todo este caminho de formação académica.

Cada uma destas pessoas teve o seu grau de influência e importância, no entanto, foi o seu todo que tornou este relatório uma realidade.

Muito obrigado a todos.

RESUMO

As competências de gestão correspondem a domínios fundamentais, inerentes e transversais a todas as atividades de enfermagem, sejam elas no âmbito da própria gestão, da formação, assessoria técnica ou prestação de cuidados. Todas estas atividades exigem conhecimentos sobre o seu contexto envolvente e um conjunto de capacidades intelectuais, relacionais e cognitivas para executar atividades de planeamento, organização, liderança e supervisão.

Uma das muitas funções do enfermeiro gestor, no campo da Gestão de Recursos Humanos (GRH), consiste na Organização dos Cuidados de Enfermagem (OCE). Esta atividade passa pela escolha do método de trabalho e pelo planeamento e distribuição dos cuidados de enfermagem. O método de OCE selecionado reflete a conceção do enfermeiro gestor relativamente ao exercício da enfermagem, bem como o tipo de resultados que mais valoriza nos cuidados prestados aos clientes, pelo que é fundamental desenvolver competências a este nível.

Este relatório, elaborado no contexto do curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Gestão em Enfermagem, resultou do estágio realizado em dois serviços hospitalares e teve como objetivo geral desenvolver competências de GRH, mais especificamente na área da OCE, com vista à criação de um manual de orientação à implementação do método por Enfermeiro de Referência. Como resultados foram desenvolvidas diversas competências no âmbito da gestão em enfermagem, nomeadamente, a nível de gestão de serviços, gestão de equipas e de cuidados, gestão de projetos e formação e desenvolvimento profissional.

Considera-se que, para além das competências profissionais que o estágio proporcionou, as atividades desenvolvidas e os documentos elaborados e colocados à disposição do serviço de Medicina III A poderão contribuir significativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados naquele serviço e para o desenvolvimento futuro de estudos na área da OCE.

Palavras-chave: Nova gestão Pública, Gestão de Recursos Humanos, Organização dos Cuidados de Enfermagem, Método por Enfermeiro de Referência.

ABSTRACT

Management skills correspond to key areas, inherent and intrinsic to all nursing activities, whether they be within the scope of management, training, the provision of technical advice or care. All of the afore mentioned activities require knowledge concerning the surrounding context as well as a set of intellectual, relational and cognitive abilities that allow the individual to effectively perform planning, organization, leadership and supervision related activities.

One of the many functions of the nurse manager, in the field of Human Resource Management (HRM), is the Organization of Nursing Care (ONC). This activity involves the choice of work methodology and the planning and delivery of nursing care. The method of ONC selected reflects how the manager conceptualizes the practice of nursing and the kind of results he/she values most with respect to client care, so it is important to develop skills at this level.

This report, elaborated in the context of a Nursing Masters Degree course within the specialization field of Nursing Management, was the result of an internship carried out at two hospital wards and its general objectives include the development of skills in HRM, more specifically in the area of ONC, with aim of creating a guidance manual for the implementation of the Primary Nurse method.

As a result of this internship the author developed several skills in the scope of nursing management, namely at the level of ward management, as well as nursing care and team management, project management and training and professional development.

It is considered that, in addition to the professional skills that the internship provided, the activities conducted and documents drawn up and made available to the Medicine III A ward may contribute, significantly, to improving the quality of care in that service and to the future development of studies in the area of ONC.

Keywords: New Public Management, Human Resource Management, Organization of Nursing Care, Primary Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AO - Assistentes Operacionais

APEGEL - Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança

AVC's – Acidentes Vasculares Cerebrais

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIT – Contrato Individual de Trabalho

CMSA - Case Management Society of America

CTFP – Contrato de Trabalho em Funções Públicas

Dec. - Lei – Decreto – Lei

Dec. – Reg. – Decreto – Regulamentar

DR – Diário da República

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GRH/HRM – Gestão de Recursos Humanos

HEM – Hospital Egas Moniz

HPV – Hospital Pulido Valente

HSM – Hospital Santa Maria

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

MAQCEH - Método de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Hospitalares

MER – Método por Enfermeiro de Referência

MOIMER - Manual de Orientação à Implementação do Método por Enfermeiro de Referência

NGP – Nova Gestão Pública

OCE/ONC – Organização de Cuidados de Enfermagem

OE - Ordem dos Enfermeiros

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SCD/E - Sistema de Classificação de Doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem

SIADAP - Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho da Administração Pública

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. EM BUSCA DO CONHECIMENTO	6
1.1 A NOVA GESTÃO PÚBLICA E A ENFERMAGEM.....	6
1.2 GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS E A ENFERMAGEM	8
1.3 ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	13
2. EM BUSCA DAS COMPETÊNCIAS	18
2.1 SERVIÇO DE NEUROLOGIA.....	18
2.1.1 Caraterização do serviço	19
2.1.2 Objetivos específicos do estágio	20
2.1.3 Atividades desenvolvidas e resultados obtidos	20
2.2 SERVIÇO DE MEDICINA III A.....	27
2.2.1 Caraterização do serviço.....	28
2.2.2 Objetivos específicos do estágio	29
2.2.3 Atividades desenvolvidas e resultados obtidos	29
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS - DO CONHECIMENTO À COMPTÊNCIA	54
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
APÊNDICES	70
Apêndice I - Alterações significativas à anterior lei de bases da saúde de 1990.....	71

Apêndice II - Carreira profissional dos enfermeiros	73
Apêndice III - Vínculos institucionais dos enfermeiros	75
Apêndice IV - Regimes de remuneração dos enfermeiros	77
Apêndice V - Prática de cuidados dos enfermeiros.....	79
Apêndice VI – As atividades básicas da GRH.....	81
Apêndice VII – Atividades básicas da gestão.....	86
Apêndice VIII – Competências de enfermeiros gestores segundo a APEGEL.....	89
Apêndice IX – Conteúdo funcional e legal do enfermeiro chefe na anterior e atual carreira de enfermagem	92
Apêndice X - As teorias da administração e a enfermagem.....	96
Apêndice XI - Principais métodos de organização de cuidados de enfermagem.....	101
Apêndice XII – Planeamento do estágio clínico	106
Apêndice XIII – Caracterização do serviço de Neurologia	110
Apêndice XIV – Guião da entrevista semi-diretiva realizada à enfermeira chefe do serviço de Neurologia.....	116
Apêndice XV - Consentimento informado e esclarecido dirigido à enfermeira chefe de Neurologia.....	118
Apêndice XVI - Guião de observação da dinâmica de funcionamento do MER....	120
Apêndice XVII – Consentimento informado dirigido aos enfermeiros de referência do serviço de Neurologia.....	122
Apêndice XVIII – Guião orientador das entrevistas realizadas aos enfermeiros de referência do serviço de Neurologia.....	124

Apêndice XIX – Caraterização do serviço de Medicina III A	126
Apêndice XXI - Principais aspetos legais subjacentes ao processo de elaboração da escala mensal de acordo com os dois principais tipos de contratos, o CIT e o CTFP.....	132
Apêndice XXII – Sessões de formação nº1 e nº 2 realizadas à equipa de enfermagem do serviço de Medicina III A	135
Apêndice XXIII – Avaliação das duas sessões de formação realizadas à equipa de enfermagem no serviço de Medicina III A	143
Apêndice XXIV – Manual de orientação à implementação do MER no serviço de Medicina III A	145
Apêndice XXV - Sessão de formação nº 3 realizada à equipa multidisciplinar do serviço de Medicina III A	182
Apêndice XXVI - Avaliação da sessão de formação nº 3 realizada à equipa multidisciplinar do serviço de Medicina III A.....	196

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, a enfermagem tem sido influenciada por várias áreas do conhecimento, promovendo o seu contínuo crescimento e desenvolvimento enquanto ciência, disciplina e profissão. No domínio da gestão em enfermagem é importante salientar a influência da ciência administrativa e das suas teorias em matérias como as políticas de gestão dos recursos humanos e dos métodos de organização dos cuidados de enfermagem (Kurcgant, 2001).

A partir da revolução industrial do século XVIII foram diversas as teorias desenvolvidas na área de administração que influenciaram as organizações de saúde e a própria enfermagem. Ao longo dos anos surgiram diversas abordagens na forma de gerir as organizações tendo-se evoluído até ao ponto de, na atualidade, a pessoa ser considerada como um elemento estratégico e fundamental para o sucesso dos objetivos organizacionais. Com esta tendência o departamento de recursos humanos das organizações passou a ter um papel fundamental (Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013). A gestão destes recursos, constituídos por pessoas com motivações, culturas, conhecimentos e competências diferentes (Chiavenato, 1999; Mezomo, 2001) é exigente, complexa e diferente dos demais, impondo aos seus gestores capacidades técnicas, cognitivas e relacionais (Katz, 1955), no sentido, de permitirem a colaboração eficaz das pessoas para que os objetivos individuais e organizacionais sejam alcançados.

Na enfermagem, a relevância da gestão de recursos humanos (GRH) começou a evidenciar-se, a partir do século XIX, com Florence Nightingale (Magalhães, Riboldi, Dall’Agnol, 2009). Desde então, a gestão destes recursos tornou-se essencial devido ao crescente número de enfermeiros nas diversas instituições de saúde e à grande multiplicidade e complexidade das atividades por estes realizados. Posto isto, torna-se perceptível que uma boa GRH influencia diretamente o desempenho organizacional e a qualidade dos cuidados.

A GRH de enfermagem é da responsabilidade dos três níveis de gestão: o estratégico/topo, o intermédio e o operacional. No entanto, independentemente do seu nível, o enfermeiro gestor, tem como missão promover as melhores condições de trabalho a todos os enfermeiros para que estes possam desenvolver competências que melhorem a qualidade dos cuidados (Hesbeen, 2001), e como

função executar as quatro atividades básicas inerentes à gestão: planeamento; organização; liderança e controlo (Chiavenato, 1999). De acordo com Stoner & Freeman (1999) todas essas atividades de gestão são condicionadas pelo ambiente interno e externo da organização de saúde, pelo que o enfermeiro gestor necessita possuir, para além das capacidades anteriormente mencionadas, conhecimentos de todo o contexto histórico, político, económico e legal da saúde, por forma a gerir eficazmente todos os seus recursos e promover cuidados de enfermagem de qualidade.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001), a metodologia de organização do trabalho é um dos pontos essenciais na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, razão pela qual se justifica o interesse por esta problemática. A metodologia traduz a forma como os recursos humanos/enfermeiros prestam e organizam os cuidados ao cliente¹ (Huber, 2006), pelo que a sua escolha e implementação são da competência dos enfermeiros gestores. Estes, como responsáveis pela GRH, devem organizar os cuidados de enfermagem de forma eficaz e eficiente, tendo sempre em consideração os objetivos da organização/unidade de cuidados, as características dos clientes (número, tipo e grau de dependência) e os recursos materiais e humanos disponíveis (Frederico & Leitão, 1999; Parreira, 2005; Huber, 2006; Marquis & Huston, 2009).

Ao longo da história foram sendo criados e desenvolvidos diversos métodos de organização dos cuidados de enfermagem (OCE), sendo os mais conhecidos o método funcional, o individual, o de equipa, o primário/enfermeiro de referência e, mais recentemente, o de gestão de casos. Todos estes métodos têm diferentes filosofias de organização, no entanto, é possível classificá-los de acordo com o seu foco de atenção em métodos centrados no cliente e na tarefa. Este tipo de classificação reflete uma questão importante da natureza dos métodos de trabalho: os mesmos não correspondem apenas a uma mera distribuição de atividades aos enfermeiros mas têm subjacentes uma conceção/filosofia do cuidar em enfermagem (Costa, 2004; Parreira, 2005). Ou seja, o método de trabalho não é em si mesmo um

¹ Neste relatório foi adotado o termo cliente para definir a pessoa que recebe cuidados de saúde. Tal terminologia está de acordo com as recomendações da OE, que justifica a sua utilização por considerar que tal termo transparece o papel ativo e participativo da pessoa nos seus cuidados de saúde (OE, 2001).

modelo de exercício profissional mas sim o meio de lhe dar forma. Posto isto, e considerando que a escolha do método cabe aos enfermeiros gestores, torna-se evidente que os mesmos têm que pensar os cuidados segundo determinadas filosofias ou modelos de cuidados. Hesbeen (2001) perspetiva que um enfermeiro gestor deverá seguir uma lógica de gestão orientada para a missão básica de qualquer organização de saúde: o cuidado à pessoa; pelo que a sua formação deve refletir um equilíbrio entre domínios de conhecimentos relativos à gestão e à enfermagem.

O presente relatório, intitulado “*Contributo para a Implementação do Método por Enfermeiro de Referência*”, desenvolvido no âmbito do 3º curso de Mestrado de Gestão em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), assenta na visão de Hesbeen (2001) de formação de enfermeiros gestores e, por conseguinte, apresenta-se como um relatório de gestão orientado para a enfermagem, que assumiu como **objetivo geral** desenvolver competências de GRH na área da OCE; e como **objetivos específicos**: explorar teoricamente a problemática da GRH em enfermagem e da OCE; desenvolver conhecimentos sobre o método por enfermeiro de referência (MER); identificar o papel e atividades desenvolvidas pela enfermeira chefe no âmbito da GRH; explorar as atividades e princípios subjacentes à elaboração de escalas mensais; criar e gerir um grupo de trabalho de colaboração na adaptação do MER ao serviço de Medicina e promover a elaboração de manual de orientação à sua implementação.

Para o desenvolvimento deste estágio foram então selecionados dois serviços distintos em centros hospitalares diferentes de Lisboa: o serviço de Neurologia do Hospital Egas Moniz (HEM), Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO), e o serviço de Medicina III A do Hospital Pulido Valente (HPV), do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN). A escolha destes locais foi ponderada e decidida considerando o seguinte pressuposto: encontrar um serviço onde se pudessem expandir os conhecimentos previamente adquiridos (durante as aulas do curso de mestrado em enfermagem e no enquadramento teórico deste trabalho), experienciar situações reais e realizar atividades que criassem e desenvolvessem as competências desejadas. Cada um destes locais assumiu um papel importante e diferente no desenvolvimento do estágio. O serviço de Neurologia, por ser um local onde os

cuidados de enfermagem eram organizados segundo o MER, permitiu adquirir uma melhor compreensão de toda a dinâmica que envolve o referido método, influenciando grandemente todo o processo de adaptação do MER e desenvolvimento do respetivo manual de implementação, no serviço de Medicina. O estágio no serviço de Medicina promoveu a realização de um conjunto de atividades de GRH e OCE, e a continuação do processo de desenvolvimento do manual de orientação à implementação do MER, iniciado no estágio anterior.

O relatório de estágio aqui apresentado foi desenvolvido considerando as linhas orientadoras da OE (2001) relativamente aos cinco metaparadigmas² da enfermagem. Neste sentido, o MER e o seu manual de implementação seguem igualmente tais orientação da OE (2001). Este, e qualquer outro método de trabalho, não corresponde a um modelo teórico de exercício profissional, mas sim a um instrumento para lhes dar forma. Assim, apesar de aqui se ter adotado a visão de enfermagem da OE (2001), o presente método de organização de cuidados desenvolvido é flexível a qualquer outro modelo teórico de exercício profissional.

Estruturalmente este relatório está dividido em quatro partes: a introdução onde se contextualiza o tema e identifica os objetivos gerais e específicos; o enquadramento teórico, denominado “*em busca do conhecimento*”, onde são fundamentados ambos os estágios com evidência científica; o desenvolvimento dos estágios, intitulado “*em busca da competência*”, que se encontra organizado em dois subcapítulos que correspondem exatamente ao trabalho desenvolvido nos locais onde decorreu, sendo que cada um destes apresenta a caracterização do local de estágio, os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas no mesmo; e as

² **Pessoa** é um ser social que adota comportamentos reflexo dos seus desejos, valores e crenças e que, por isso, a torna num ser único, indivisível, autónomo, que procura melhores níveis de saúde, desenvolve um conjunto de ações intencionais, ou seja, estabelece um projeto de saúde.

Ambiente é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que influenciam a pessoa, o seu estilo de vida e conceito de saúde.

Saúde é um estado subjetivo, pois resulta da representação mental que a pessoa tem sobre a sua condição individual, e um processo contínuo e dinâmico de procura, por parte da pessoa e perante novos desafios, de um equilíbrio constante em cada momento.

A **enfermagem** e o seu exercício profissional têm como ponto fulcral a relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa ou com um grupo de pessoas. Essa relação terapêutica deve ser forte e promover a parceria com o cliente e a valorização das suas capacidades, no sentido de o tornar um elemento ativo no desenvolvimento do seu projeto de saúde.

Os **cuidados de enfermagem** devem centrar-se na promoção dos projetos de saúde de cada cliente e ter como pressupostos procurar prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, a adaptação funcional aos défices e a outros fatores (OE, 2001)

considerações finais onde é realizada uma reflexão crítica e global sobre os estágios.

1. EM BUSCA DO CONHECIMENTO

Os conhecimentos são um de dois aspetos importantes de aquisição de competência, o outro é a ação, sendo que ambos dependem sempre de um determinado contexto (Teixeira, 2010). Este primeiro capítulo, denominado de “*em busca do conhecimento*”, é assim fundamental para o desenvolvimento das competências pretendidas, pois reúne um conjunto de saberes/conhecimentos sobre a GRH, a OCE e o contexto externo envolvente a ambos, de forma a fundamentar com evidência científica todas as atividades analisadas no capítulo seguinte e que decorreram do estágio realizado nos dois serviços. Para tal propósito foi efetuada uma exaustiva revisão de literatura em diversas fontes de conhecimento, tais como bases de dados *online*, artigos e livros científicos.

1.1 A NOVA GESTÃO PÚBLICA E A ENFERMAGEM

Em 1979 a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi um marco importante e fundamental para a saúde em Portugal pois permitiu assegurar a proteção e o acesso gratuito e universal aos cuidados de saúde a toda a população (Simões, 2008). Este serviço de saúde foi desenhado numa altura em que a Administração Pública Portuguesa seguia um modelo de organização Weberiano³.

Nos primeiros anos após a criação do SNS assistiu-se à reorganização do setor da saúde e a uma alteração das funções do estado a este nível. Todas estas alterações, associados à grave recessão económica provocada pela crise petrolífera internacional dos anos 70, provocaram elevados défices orçamentais no País, tal como nos restantes países da Europa com sistemas de saúde e modelos de gestão administrativa idênticos (Madureira & Rodrigues, 2006). Nesta altura o Estado tinha um papel ativo e interventivo na sociedade, cabendo-lhe assegurar a resolução de

³ Foi adotado no período pós segunda Guerra Mundial por ser considerado o que, na altura, melhor se adequava à Administração Pública. Neste modelo hierárquico os ministros são responsáveis máximos por todo o sistema administrativo e facilmente supervisionam e controlam toda a organização e a forma como esta é gerida. Uma outra vantagem associada a este modelo é que garante a continuidade do funcionamento da Administração Pública mesmo em situações de crise política (Araújo, 2005). Como fatores negativos associados a este modelo tradicional de gestão Araújo (2005) refere que o caráter hierárquico condiciona o envolvimento dos funcionários na gestão, provoca a busca constante pelo poder e reduz a flexibilidade na tomada de decisão, concluindo que todos esses fatores enumerados reduzem a capacidade de resposta e desencadeiam custos elevados de funcionamento organizacional.

todos os problemas sociais e zelar pelo bem-estar da população – Estado Providência, Social ou de Bem-Estar. (Madureira & Rodrigues, 2006; Araújo, 2005).

É neste contexto de ineficiência e ineficácia do tradicional modelo de gestão que uma nova forma de gestão pública, denominada Nova Gestão Pública (NGP), ganhou terreno. Esta nova abordagem na forma de organizar e olhar as funções do estado ganhou maior expressão nos anos 80, e teve como principais seguidores países como Inglaterra e Estados Unidos da América (Correia, 2009). Segundo Hood (1991), citado por Araújo (2005), este novo modelo defende a profissionalização da gestão, a definição de objetivos mensuráveis, a avaliação dos resultados como indicadores de desempenho, a fragmentação e simplificação das grandes unidades administrativas, a adoção de formas inovadoras de organização do trabalho, a competição entre serviços públicos, a adaptação de práticas e técnicas de gestão privada, a responsabilização dos gestores, a eficiência na utilização dos recursos e a flexibilização da gestão.

Em Portugal as reformas a nível da Administração Pública, principalmente no setor da saúde, há muito que têm sido discutidas e debatidas mas nem sempre fáceis de implementar devido a questões do foro político. O esforço de implementar tais reformas a nível das funções do Estado tornou-se mais evidente a partir 2002. Desde este período verifica-se então que as novas políticas de saúde desenvolvidas se têm baseado em alguns conceitos do modelo de administração pública denominado NGP (Correia, 2009; Frederico-Ferreira & Silva, 2012). Concretamente a nível das organizações hospitalares tais reformas têm seguido uma lógica empresarialista⁴ e de mercado⁵, baseadas na contratualização⁶ de serviços (Araújo,

⁴ A empresarialização dos hospitais é uma ideia que se encontra expressa, pela primeira vez, no Dec. - Lei nº19/88, que aprova a lei da gestão hospitalar, e no decreto-regulamentar n.º 3/88, que introduz alterações a nível dos órgãos e do funcionamento global do hospital e da estrutura dos serviços (Dec. - Reg. n.º 3/88, Dec. - Lei nº19/88). A sua concretização dá-se pela primeira vez em 1993, com a adaptação do modelo de gestão privado ao hospital público Fernando Fonseca (Carvalho, 2008).

⁵ A introdução de lógicas de mercado como a concorrência, na ideia do Estado, é um mecanismo eficaz no incentivo à eficiência das organizações hospitalares e à consequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados à população (Araújo, 2005).

⁶ A possibilidade de contratualização de serviços de saúde surge pela primeira vez expressa na Lei de Bases da Saúde de 1990 (Lei n.º 48/90). Pela contratação o Estado fica responsável por financiar o fornecimento de serviços, mas delega o papel de prestação de cuidados para a organização pública ou privada com quem fez o contrato (Araújo, 2005).

2005). A atual Lei de Bases da Saúde n.º 27/2002, de 8 de Novembro é um exemplo claro de tais políticas, associadas aos princípios da NGP (Apêndice I).

Estas novas reformas a nível das organizações hospitalares têm influenciado grandemente todos os profissionais de saúde (Carvalho, 2008; Frederico-Ferreira & Silva, 2012) e a sua gestão. A enfermagem, em particular, é uma das classes profissionais que mais tem sentido os efeitos dessas reformas. De uma forma geral, estas têm proporcionado alterações a nível: da carreira profissional (Apêndice II), dos vínculos institucionais (Apêndice III), dos regimes de remuneração (Apêndice IV) e da prática de cuidados (Apêndices V) (Dec. - Lei n.º 247/2009; Dec. - Lei n.º 247/2009; Frederico-Ferreira & Silva, 2012).

As atividades de um gestor são diretamente influenciadas, não apenas, pelo ambiente interno à organização de saúde como também pelo externo. Neste sentido, o conhecimento de todo o contexto político, histórico, económico e legal de saúde, por parte de um enfermeiro gestor é condição indispensável para uma gestão eficaz de todos os seus recursos, designadamente dos humanos (Stoner & Freeman, 1999).

1.2 GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS E A ENFERMAGEM

Existe uma relação estreita entre organizações e sociedade. As primeiras surgem das segundas, e as segundas influenciam as primeiras (Parreira, 2005).

As organizações são definidas como um grupo de pessoas que trabalhando de forma estruturada e em conjunto tentam alcançar determinados objetivos (Cunha, Rego, Cunha, Cardoso, 2007). Existem elementos comuns a todas as organizações: são constituídas por pessoas, dependem de outras organizações, têm líderes e gestores, baseiam-se num plano ou método para atingirem determinados objetivos (Stoner & Freeman, 1999).

Na sociedade podemos encontrar organizações de diversas áreas: industrial, comercial, de bens, de serviços. Os hospitais são um exemplo de uma organização de serviços, que não diferem muito das demais, pois todas têm que lidar com assuntos como a produtividade, recursos humanos, recursos financeiros e materiais, filosofia organizacional, adaptação ao meio ambiente, entre outros. No entanto, estas são organizações complexas devido a fatores como a grande diversidade

profissional, a especificidade dos vários serviços, a dificuldade de medição do produto final, a existência de múltiplas fontes de autoridade, o peso da componente humana e relacional (Parreira, 2005). Assim, em saúde não se produzem bens para posterior comercialização, mas sim serviços prestados no imediato, em que o produto final do trabalho em saúde corresponde ao resultado da própria prestação de cuidados a um grupo ou pessoa (Felli & Peduzzi, 2005).

As organizações de saúde possuem um grande número de pessoal com diferentes qualificações, pelo que se percebe a importância que uma correta gestão dos mesmos proporciona para o sucesso da organização. Através da utilização adequada dos meios materiais e técnicos as pessoas (recursos humanos) deverão empenhar-se em atingir a missão principal das organizações de saúde: a prestação de cuidados de saúde à população (Carneiro, 2009).

Ao longo dos anos a filosofia das organizações modificou-se no sentido de considerar a pessoa como a sua principal vantagem competitiva e estratégica. Neste contexto, o departamento responsável pela GRH passou a ter um papel fundamental no plano estratégico elaborado pelas organizações (Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013). De uma forma geral a sua principal missão consiste em desenvolver e aplicar uma série de políticas no sentido de cativar, desenvolver, motivar e manter as pessoas na organização, bem como permitir a sua colaboração eficaz e eficiente para que os objetivos organizacionais e individuais sejam simultaneamente alcançados (Chiavenato, 1999; Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013). Chiavenato (1999) resume os objetivos da gestão de recursos humanos aos seguintes: permitir que a organização atinja os seus objetivos e missão; promover competitividade à organização, bem como trabalhadores motivados e competentes; garantir a evolução em termos formativos das pessoas no trabalho; promover a satisfação e qualidade de vida do trabalhador; gerir as constantes mudanças e manter políticas éticas e socialmente aceitáveis.

Os princípios que orientam a gestão deste tipo de recursos são contingenciais e situacionais, pois dependem de fatores como o ambiente organizacional, a tecnologia, as políticas organizacionais, a cultura de gestão, a visão sobre os Homem e o número e competências dos recursos humanos (Frederico & Leitão, 1999). Torna-se, assim, claro que a gestão dos recursos humanos depende de uma

série de fatores relacionados com o contexto histórico, político, económico, social e tecnológico. Como foi referido anteriormente na atualidade a GRH é orientada no sentido da valorização e potencialização das pessoas no seio da organização, começando a utilizar-se o termo gestão de pessoas em detrimento do anterior termo - GRH.

Nas organizações de saúde os enfermeiros são o maior grupo profissional. Trata-se de uma profissão complexa e que realiza uma grande multiplicidade de atividades. Assim, a divisão e distribuição das atividades, bem como a definição do tipo de inter-relações entre elementos, torna-se emergente para a prestação de cuidados de qualidade (Carneiro, 2009). Lee e Cummings (2008) referem que os enfermeiros gestores assumem uma posição privilegiada e com grande impacto nas organizações de saúde, pois lidam com um grande e diversificado número de pessoas (equipa de saúde e clientes) e procedimentos que têm influencia a curto e longo prazo nos clientes, organização e nos cuidados de saúde. Neste sentido, a GRH é uma atividade fundamental para os enfermeiros.

A primeira enfermeira gestora a utilizar um método de planeamento de recursos humanos foi Florence Nightingale. O seu método era intuitivo e baseava-se na subjetividade e dividia os trabalhadores de acordo com as tarefas e gravidade dos clientes (Magalhães, Riboldi & Dall’Agnol, 2009).

A GRH, na área de enfermagem, é da responsabilidade dos três níveis de gestão: estratégica/topo (enfermeiro diretor), intermédia (enfermeiro coordenador ou supervisor) e operacional (enfermeiro chefe). Independentemente do seu nível de gestão, estes assumem um papel crucial na promoção do desenvolvimento das competências dos enfermeiros prestadores de cuidados, influenciando, por isso, a qualidade dos cuidados fornecidos à população (Hesbeen, 2001). O mesmo autor acrescenta que a missão e função de um enfermeiro gestor é, respetivamente, proporcionar condições aos enfermeiros para o desenvolvimento de competências que melhorem o exercício profissional, bem como dedicar-se ao serviço e aos enfermeiros por forma a promover o sucesso de ambos, num determinado contexto organizacional (Hesbeen, 2001). Os enfermeiros gestores têm assim influência no funcionamento dos serviços, na satisfação e motivação dos enfermeiros e,

consequentemente, na qualidade dos cuidados prestados (O'Donnell, Livingston, Bartram, 2012).

À GRH são atribuídos habitualmente seis atividades básicas (Apêndice VI): o planeamento, o recrutamento e seleção, acolhimento e integração, a formação, a avaliação de desempenho e a gestão da carreira (Frederico & Leitão, 1999). O planeamento tem o objetivo de assegurar, qualitativa e quantitativamente, as necessidades adequadas de enfermeiros aos serviços de forma a não comprometer os cuidados (Frederico & Leitão, 1999). O recrutamento e seleção são dois processos interligados que visam respetivamente procurar/atrair e escolher um candidato com as competências adequadas a determinado lugar na organização (Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013). O processo de acolhimento e integração na organização inicia-se durante o recrutamento e permite que os candidatos tomem conhecimento das suas futuras funções e dos princípios que orientam toda a organização (Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013). A formação das pessoas da organização é fundamental no desenvolvimento de novos conhecimentos que proporcionam o aumento da qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos clientes (Marquis & Huston, 2009). A avaliação de desempenho corresponde a um processo que possibilita determinar a performance das pessoas, analisando as atividades de cada pessoa dentro da organização e determinando se estas estão de acordo com o esperado. A gestão da carreira é outra área importante associada à GRH, pois a mesma condiciona positivamente o sucesso organizacional (Frederico & Leitão, 1999; Marquis & Huston, 2009).

A grande diferença entre os recursos humanos e os materiais, financeiros ou tecnológicos centra-se no facto dos primeiros serem constituídos por pessoas com personalidades, motivações, conhecimentos, habilidades e culturas diferentes (Chiavenato, 1999). Posto isto, torna-se evidente que, quem gere estes recursos, para ter sucesso na sua missão, tem que deter determinadas capacidades, que segundo Katz (1955), deverão ser técnicas, cognitivas e relacionais. O anterior autor acrescenta que cada uma dessas faculdades apresenta um peso diferente conforme o nível de gestão é estratégico, intermédio ou operacional. Os gestores de recursos humanos devem ter assim tais habilidades para executar as quatro atividades fundamentais da gestão (Apêndice VII): o planeamento, a organização, a liderança e

o controlo (Chiavenato, 1999). Estas são inerentes a qualquer gestor e independentes do nível de gestão em que estes se posicionam. O planeamento refere-se à capacidade dos gestores determinarem antecipadamente os seus objetivos e a forma de os concretizarem (Tappen, 2005). A organização traduz-se pela capacidade de distribuir o trabalho, autoridade e recursos pelas pessoas da instituição, de forma a serem atingidos os objetivos previamente planeados (Teixeira, 2010). A liderança demonstra-se pela habilidade de influenciar e motivar os trabalhadores no sentido de atingirem os objetivos organizacionais pretendidos. Liderar envolve assim habilidades de comunicação, motivação e gestão de conflitos (Teixeira, 2010). O controlo corresponde à monitorização das atividades e à sua confrontação com os objetivos presentes no plano. (Frederico & Leitão, 1999; Teixeira, 2010). Todas estas quatro atividades de gestão não são sequenciais nem independentes (Parreira, 2005; Teixeira, 2010) e estão condicionadas ao ambiente interno e externo da organização (Stoner & Freeman, 1999).

Considerando a grande especificidade das organizações de saúde e a sua complexidade torna-se emergente definir competências, bem como desenvolver e formar enfermeiros com capacidade de gestão nessa área. Atualmente, em Portugal, são inúmeras as especialidades na área de enfermagem, no entanto, a gestão não é uma das contempladas, não existindo, por isso, nenhum documento oficial que determine ou oriente quais as competências ideais ou esperadas de um enfermeiro que exerça funções de gestão. No entanto, existem associações como a Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL) que têm feito um esforço no sentido de alterar esse vazio legal. Neste sentido esta associação apresentou, em 2009, à OE, um referencial de competências específicas (Apêndice VIII) para todos os enfermeiros que assumem funções de gestão aos três níveis (estratégico, intermédio, operacional), com o objetivo de serem apreciadas e aprovadas (OE, 2010).

Contrariamente às competências, as funções dos enfermeiros de gestão estão legisladas. Neste sentido, importa salientar dois pontos. Primeiro, os enfermeiros com níveis de gestão intermedia (supervisor) e operacional (enfermeiro chefe) que transitaram para a nova carreira mantêm o conteúdo funcional descrito no Dec. - Lei da anterior carreira de enfermagem (Dec. - Lei n.º 437/91; Dec. - Lei n.º

122/2010); segundo, atualmente na nova carreira, as funções de chefia são comuns aos enfermeiros com contrato de trabalho em funções públicas (CTFP) e com contrato individual de trabalho (CIT), salientando-se, no entanto, que no caso dos CIT não estejam ainda legislados os critérios de acesso a esses cargos (Dec. - Lei n.º 247/2009; Dec. - Lei n.º 248/2009). Assim, de acordo com o regime legal da nova carreira de enfermagem as funções exigidas aos enfermeiros com cargos de chefia abarcam todo o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro e enfermeiro principal, não existindo como se verificava na anterior carreira uma categoria própria para cada cargo de chefia com as respetivas funções discriminadas (Dec. - Lei n.º 247/2009; Dec. - Lei n.º 248/2009). No apêndice IX é apresentada uma tabela comparativa do conteúdo funcional e legal do enfermeiro chefe na anterior e atual carreira de enfermagem.

Em termos gerais, a finalidade inerente às funções e atividades de todos os enfermeiros, quer estejam ligados à prestação de cuidados quer desempenhem cargos de gestão, consiste em promover a evolução contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem (Dec. - Lei n.º 437/91; Dec. - Lei n.º 247/2009 e Dec. - Lei n.º 248/2009). Segundo a OE (2001), é na excelência do exercício profissional que o enfermeiro contribui para a máxima eficácia dos cuidados de enfermagem, acrescentando ainda que a utilização de metodologias de organização de cuidados é um dos fatores promotores dessa mesma qualidade dos cuidados. Neste sentido, o enfermeiro gestor deverá organizar os cuidados de enfermagem segundo métodos de trabalho que promovam a qualidade nos cuidados prestados (Dec. - Lei n.º 437/91, Dec. - Lei n.º 247/2009 e Dec. - Lei n.º 248/2009).

1.3 ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Ao longo dos anos as metodologias de organização do trabalho em enfermagem sofreram influência das diversas filosofias da área da gestão (Apêndice X) (Parreira, 2005; Matos & Pires, 2006).

Os métodos de trabalho são definidos como o processo (modo) de prestação e organização dos cuidados de enfermagem (Huber, 2006). A escolha e implementação de um método de trabalho é um processo administrativo, e portanto, da responsabilidade dos enfermeiros gestores, que tem como propósito tornar os

cuidados de enfermagem eficazes e eficientes, de acordo com a utilização adequada de recursos humanos e materiais (Parreira, 2005, Huber, 2006). No entanto, importa salientar que a escolha de um método não corresponde apenas à atribuição de atividades a cada enfermeiro, mas sim traduz a adaptação por uma conceção/filosofia de pensar os cuidados (Parreira, 2005). Ou seja, o método de trabalho não é em si mesmo um modelo de exercício profissional mas sim um instrumento para lhe dar forma.

São diversos os aspetos que devem ser considerados no momento da seleção de um método, tais como: os objetivos da organização e unidade de cuidados, o número, o tipo e o grau de dependência dos clientes, os recursos humanos e materiais existentes (Frederico & Leitão, 1999; Marquis & Huston, 2009). Quanto ao processo de implementação do método este deve obedecer aos cinco princípios do planeamento de gestão: análise/diagnóstico da situação, descrição dos objetivos, definição das estratégias, implementação e avaliação dos resultados (Parreira, 2005).

Existem vários métodos de organização de cuidados que foram surgindo ao longo da história da enfermagem, no entanto, os mais conhecidos são os métodos funcional, individual, de equipa, primário ou por enfermeiro de referência e gestão de casos (Marquis & Huston, 2009). Todos estes métodos podem ser divididos, de acordo com o foco da sua atenção, em dois grupos: os centrados na tarefa (método funcional) e os centrados na pessoa (método individual, de equipa, primário/referência e de gestão de casos). Estes últimos promovem cuidados pela adoção de uma metodologia científica, pois estão orientados para a identificação das necessidades dos clientes, determinação de prioridades, planeamento, execução e posterior avaliação de resultados, tendo como princípio fundamental o tratamento do cliente de forma holística (Parreira, 2005). Contudo, importa ressaltar que a nível das organizações de saúde se verificam inúmeras alterações e combinações entre estes métodos fruto da adaptação dos mesmos às metas institucionais, aos recursos disponíveis, às características das equipas e dos clientes (Parreira, 2005; Tappen, 2005). Em Portugal, não existem estudos quantitativos que permitam esclarecer sobre quais os métodos mais utilizados nas organizações de saúde, no entanto,

Parreira (2005) está convicto que existe uma forte tendência para a organização dos cuidados centrados no cliente.

Todos estes métodos de trabalho têm as suas características, vantagens e limitações. No entanto, seguidamente será apenas explorado o método escolhido para o projeto de estágio – o MER, os restantes são apresentados de forma resumida no apêndice XI.

O MER ou método primário foi desenvolvido e implementado pela primeira vez, em 1968, no hospital universitário de Minnesota, Estados Unidos da América, por um grupo de enfermeiros liderados por Marie Manthey, como resposta aos problemas associados com o método de trabalho de equipa. Manthey (2010) parte de quatro pilares fundamentais para o desenvolvimento deste método: a atribuição e aceitação da responsabilidade por todas as decisões clínicas tomadas sobre um cliente, o desenvolvimento de cuidados de enfermagem diários utilizando o método individual de trabalho, a comunicação “*Person-to-person*” (pessoa a pessoa), a existência de um enfermeiro responsável pela qualidade dos cuidados prestados ao cliente durante todo o seu internamento.

Neste novo método o enfermeiro passava a ser responsável, normalmente durante todo o internamento hospitalar, pela gestão e prestação de cuidados a três ou quatro clientes (Manthey, 2009). Na ausência do enfermeiro de referência, os seus clientes eram atribuídos a outros enfermeiros que assumiam total responsabilidade por seguirem o plano de cuidados pré-estabelecido para cada cliente, podendo contudo proceder a algumas alterações ao mesmo, caso se justificasse (Manthey, 1973). Segundo Rubio, Zampieri, Figueiredo, Toressani e Cruz (2011), foram diversos os motivos que desencadearam o desenvolvimento deste método, entre eles, a insatisfação dos clientes relativamente ao atendimento nas organizações de saúde, a falta de credibilidade dos médicos na equipa de enfermagem e o descontentamento dos próprios enfermeiros relativamente à sua profissão.

Em concreto o método corresponde a uma estratégia de organização dos cuidados de enfermagem centrados nas necessidades dos clientes. Segundo Watson (1999), a função e essência da enfermagem consiste em cuidar a pessoa olhando-a de forma holística e como um ser com autonomia e liberdade de escolha

que deve ser respeitado, apreciado, compreendido, assistido e educado. A mesma autora e teórica acrescenta que o objetivo da enfermagem consiste em ajudar as pessoas a promoverem a sua saúde, ou seja, a alcançarem um elevado grau de harmonia entre a mente, corpo e alma e de congruência entre o seu Eu percebido e o apresentado/experenciado. A saúde é um conceito subjetivo que depende da percepção mental da pessoa, do seu estilo de vida, condições sociais e ambiente. O processo de cuidar e de promover a saúde só é, assim, possível pelo desenvolvimento de uma relação interpessoal, de ajuda e confiança, entre o enfermeiro e a pessoa (Watson, 1999; George, 2000).

Existem algumas limitações que normalmente estão associadas a este método tais como a necessidade de enfermeiros qualificados, a dotação adequada de enfermeiros, a difícil operacionalização em serviços com elevada taxa de rotatividade e o absentismo (Parreira, 2005). Marquis e Huston (2009) referem também que o elevado nível de responsabilidade e autonomia, associada aos enfermeiros de referência, pode funcionar como intimidador para enfermeiros menos experientes, com consequentes dificuldades no processo de implementação, coordenação e execução do mesmo.

Manthey (2009), como autora do método, sai em defesa de alguns mitos falsos que foram surgindo ao longo dos anos associados ao método, nomeadamente, que o método é caro, exige mais enfermeiros qualificados e o seu sucesso depende do tempo de internamento do cliente.

Parreira (2005) identifica várias potencialidades neste método de organização de cuidados, tais como, promover a continuidade e alta personalização dos cuidados; adequar-se perfeitamente à aplicação do processo de enfermagem de forma contínua e eficaz; facilitar a comunicação entre enfermeiro/cliente/elementos da equipa multidisciplinar, o conhecimento do enfermeiro por parte do cliente, o ensino e a preparação para a alta; conferir maior responsabilidade e criatividade ao enfermeiro e privilegiar as atividades autónomas dos enfermeiros. Frederico e Leitão (1999) consideram este método como promotor de uma maior relação de ajuda, satisfação e sentimento de segurança no cliente, bem como da continuidade e empenho do enfermeiro. Marie Mantey (1973) acredita que o método promove uma maior aprendizagem e o desenvolvimento de competências profissionais, bem como

a oportunidade do enfermeiro observar, ao longo do internamento, os efeitos dos seus cuidados no cliente. Marquis e Huston (2009) acrescentam ainda que o método desencadeia nos enfermeiros um elevado nível de satisfação, bem como uma sensação de desafio e recompensa.

Costa (2004) considera importante salientar que não se deve pensar que um método de organização do trabalho de enfermagem, por si só, é significado de cuidados de qualidade ou elevado nível de desempenho profissional. A questão da qualidade deve-se à subjetividade do seu conceito, pois o mesmo em saúde pode ser definido de várias formas, de acordo com o contexto, os valores e os fatores mais relevantes para os diversos intervenientes (Ribeiro, Carvalho, Ferreira & Ferreira, 2008): para os clientes (acessibilidade, afabilidade, melhoria do estado de saúde), para os prestadores de cuidados (capacidades técnicas e obtenção de resultados clínicos) e para os gestores (eficiência, obtenção dos resultados desejados, rentabilização dos investimentos). De acordo com a OE (2001) existem seis pontos essenciais que garantem a qualidade dos cuidados de enfermagem: a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem. Apreciando o que foi referido anteriormente relativamente ao MER considera-se que o mesmo se constitui como um meio de organização do trabalho de enfermagem que facilita e permite desenvolver os seis enunciados descritivos definidos pela OE e, por conseguinte, ser um promotor de cuidados que procuram a qualidade.

O conjunto de conhecimentos reunidos neste 1º capítulo, sobre GRH em enfermagem, OCE e o contexto externo envolvente a ambos, constituiu-se como uma base fundamental de apoio ao desenvolvimento de todo o estágio e, conseqüentemente, das competências ambicionadas para o mesmo.

No capítulo seguinte são apresentadas e analisadas todas as atividades que permitiram a efetivação deste mesmo estágio.

2. EM BUSCA DAS COMPETÊNCIAS

As competências resultam do conhecimento prévio da pessoa, do saber, e da sua ação, do fazer, perante determinadas condições/contextos (Teixeira, 2010). Assim, competência corresponde ao saber-fazer algo em determinada área. Neste sentido este capítulo pretende exatamente descrever e analisar as atividades realizadas durante os dois estágios que permitiram a “*busca das competências*” e o seu desenvolvimento, em matéria de GRH e de OCE.

O capítulo encontra-se organizado em dois subcapítulos divididos segundo os locais onde foram desenvolvidos os estágios. Em cada subcapítulo são caracterizados os respetivos locais de estágio, enumerados os objetivos específicos e descritas todas as atividades aí desenvolvidas.

A escolha dos locais de estágio foi pensada e decidida considerando o seguinte pressuposto: encontrar o melhor local onde se possam expandir os conhecimentos previamente adquiridos (durante as aulas do curso de mestrado em enfermagem e no capítulo 1 deste trabalho) e experienciar situações reais que criem e desenvolvam competências específicas. Neste sentido e após uma análise de alguns possíveis locais optou-se por selecionar dois serviços distintos em hospitais diferentes: o serviço de Neurologia e o serviço de Medicina. Após todo o processo de escolha e seleção seguiu-se a fase de autorizações do estágio e de desenvolvimento do projeto, de acordo com o regulamento da ESEL. Neste sentido, a mesma procedeu ao pedido formal e legal de autorização dos respetivos estágios acima referidos considerando o planeamento de estágio (Apêndice XII), previamente, delineado. Assim, para o serviço de Neurologia foi requerido e autorizado um período de estágio entre o dia 8 e 20 de outubro de 2012, e para o estágio de Medicina um período entre Outubro de 2012 e Abril de 2012. Importa ainda referir que todas as atividades de estágio foram realizadas com respeito a todos os princípios éticos e deontológicos da profissão.

2.1 SERVIÇO DE NEUROLOGIA

A escolha do serviço de Neurologia do HEM, CHLO, não foi fortuita mas sim pensada de forma a contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos e

posteriores competências em matéria de OCE, nomeadamente ao nível do MER. O serviço de Neurologia contribuiu de forma significativa para uma melhor compreensão de toda a dinâmica (planeamento, implementação, operacionalização) que envolve o MER, tendo tido bastante influência na forma como foi desenvolvido e delineada a implementação do MER no serviço de Medicina III A.

Nos seguintes subcapítulo serão descritas, respetivamente, as características particulares do serviço de Neurologia, os objetivos e as atividades realizadas durante o estágio e os conhecimentos/competências desenvolvidas.

2.1.1 Caracterização do serviço (Apêndice XIII)

A Neurologia do HEM é um serviço que tem como finalidade assegurar cuidados aos clientes com alterações neurológicas no sentido da sua reabilitação. A origem dos clientes internados neste serviço são as consultas externas, o domicílio, as urgências e outros serviços do CHLO. Os diagnósticos médicos mais frequentes que motivam o internamento são os acidentes vasculares cerebrais (AVC's), as demências, a esclerose múltipla e a epilepsia.

A equipa multidisciplinar deste serviço é constituída essencialmente por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, neuropsicólogos, secretárias de unidade, técnicos de eletrofisiologia, fisioterapeutas, assistente social, dietista e capelão. Os enfermeiros são um total de 15 elementos, incluindo a enfermeira chefe e a coordenadora (segundo elemento de equipa).

A prestação dos cuidados de enfermagem é realizada de acordo com o método de trabalho por enfermeiro de referência. De segunda a quinta-feira a enfermeira chefe ou colaboradora elaboram, para as 24 horas seguintes, o plano de distribuição de enfermeiros pelos respetivos clientes. À sexta-feira esse plano é elaborado para as 48 horas seguintes. Como instrumento de orientação e ajuda à distribuição de clientes é utilizado o Sistema de Classificação de doentes (SCD/E⁷).

⁷ Este sistema de classificação de clientes por níveis de dependência começou a ser desenvolvido em 1984 e tem como finalidade promover uma gestão racional dos recursos humanos de enfermagem, e os objetivos de otimizar os recursos de enfermagem existentes, planear cuidados a prestar, gerir com eficiência o número de enfermeiros por serviço, identificar as necessidades de enfermeiros e adequar a dotação de enfermeiros na instituição. Este sistema utiliza para a sua operacionalização um instrumento de classificação denominado Quadro de Classificação de Clientes, que inclui as atividades mais representativas do trabalho de enfermagem (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde [IGIF], 2000).

Este sistema é constituído por oito pontos (higiene, nutrição, movimentação, eliminação, medicação, tratamentos, sinais vitais e atividades de apoio educativo) que pretendem traduzir de forma quantitativa o número de horas que cada cliente necessita em termos de cuidados de enfermagem. Assim, o resultado obtido pelo preenchimento do SCD/E permite que cada enfermeiro do turno fique com idêntico número de horas de cuidados totais necessários à prestação de cuidados. Importa ainda referir que no respetivo plano os enfermeiros de referência ficam sempre com os seus clientes.

2.1.2 Objetivos específicos do estágio

O desenvolvimento do estágio neste serviço e hospital foi planeado com o intuito de desenvolver competências de OCE, segundo o MER. Neste sentido foi delineado como objetivo específico aprofundar conhecimentos sobre MER, designadamente, conhecer o processo de implementação e funcionamento do MER e compreender os papéis do enfermeiro chefe e do enfermeiro de referência relativamente ao MER.

2.1.3 Atividades desenvolvidas e resultados obtidos

As atividades realizadas durante este estágio permitiram fazer uma análise avaliativa sobre vários aspetos: o processo de implementação do MER, a forma como os enfermeiros reagiram à mudança de método de trabalho, como foram sendo geridas as resistências, qual o papel de cada elemento na dinâmica do método, como este foi adaptado ao serviço, entre outras informações.

Todas as atividades aqui desenvolvidas foram precedidas por uma reunião com a enfermeira chefe do serviço com o intuito de informar e discutir o plano de estágio. É de salientar que a fase de planeamento é comum, importante e faz parte de uma das atividades básicas do gestor. Esta fase define objetivos, atividades, recursos e períodos temporais para executá-los. Concluída a referida reunião, e com a concordância da enfermeira chefe, foram desenvolvidas as atividades descritas seguidamente.

Atividade 1 - Entrevista semi-diretiva à enfermeira chefe sobre o processo de implementação do MER no serviço

A realização desta entrevista foi uma atividade fundamental para conhecer toda a história do serviço em matéria de OCE e, mais especificamente, do processo de implementação do atual método de trabalho por enfermeiro de referência. A entrevista tem de fato essa função de, a partir da interação entre pessoas e pela utilização da comunicação verbal, permitir recolher informação sobre determinado assunto (Almeida, 1995). Na situação concreta a escolha da entrevista semi-diretiva, de entre as diversas opções existentes, foi a mais apropriada, pois permitiu que a enfermeira chefe se expressasse de forma quase livre sobre diversos assuntos relacionados com o tema proposto, sendo no entanto orientada para os aspetos que se pretendiam abordar. O guião previamente elaborado (Apêndice XIV) é constituído pelos diversos pontos que pretendiam ser esclarecidos, sendo que durante a entrevista tais pontos são utilizados para balizar o discurso do entrevistado evitando a sua dispersão relativamente ao objeto em estudo (Ruquoy, 1997). A realização da entrevista pressupõe o consentimento informado e esclarecido do entrevistado.

A entrevista semi-diretiva exige assim algumas capacidades ao entrevistador de forma a manter o entrevistado no caminho do tema pretendido. Na entrevista efetuada à enfermeira chefe foram cinco os pontos que pretendia esclarecer, sendo eles, o motivo da sua opção pelo MER, a reação da equipa multidisciplinar à implementação do MER, o modo como foi preparado o processo de implementação do MER, as principais dificuldades de implementação do MER e o que considerou fundamental durante todo o processo de implementação do MER. Importa salientar que a entrevista só teve início após a apresentação do documento de consentimento informado e esclarecido à enfermeira chefe (Apêndice XV).

Resultados: A entrevista foi bastante elucidativa, pois a enfermeira chefe mostrou-se muito disponível e acessível para o esclarecimento dos diversos pontos que pretendia aprofundar. Antes de principiar a entrevista propriamente dita foi realizada uma pequena introdução que explicava como a mesma se iria processar (de forma semi-diretiva e com um guião com alguns pontos a mencionar) e o que pretendia saber. Seguidamente iniciou-se a entrevista com uma questão relativa ao motivo da escolha do MER. A enfermeira chefe explicou que este era o seu método

de eleição há vários anos. Quando chegou à cardiologia daquele hospital, em 1992, a realidade que encontrou foi a de uma organização de cuidados de enfermagem baseadas no método de trabalho funcional, que segunda a mesma era e foi uma prática comum nos diversos serviços do hospital. Dois anos após início de funções nesse serviço conseguiu influenciar e motivar a equipa de enfermagem e a sua chefe das potencialidades e da importância do MER para o cliente e a enfermagem, e por conseguinte implementá-lo com sucesso. Após essa experiência, passou a responsável pelo centro de formação do hospital, onde se manteve até 2005, altura em que lhe foi proposto voltar ao internamento como enfermeira chefe do serviço de neurologia. Quando assumiu essa função a realidade à chegada era idêntica à que tinha vivenciado no serviço de cardiologia vários anos antes, a de cuidados de enfermagem organizados segundo o método funcional. Voltou, por isso, a reviver uma experiência idêntica, no entanto, agora como chefe. Como se pode prever, uma das suas primeiras prioridades foi a de alterar o método de prestação de cuidados.

Neste momento da entrevista foi questionada sobre a reação de toda a equipa multidisciplinar. A resposta a esta pergunta permitiu que abordasse também um outro tema que tinha que ver com as principais dificuldades encontradas no processo de implementação do método. Assim, segundo a enfermeira chefe a ideia de substituir um método de trabalho por outro foi alvo de resistência por parte de alguns elementos da equipa de enfermagem, sendo esse um dos aspetos que dificultou o processo de adaptação do MER ao serviço. Dada essa resistência a enfermeira chefe procurou evidenciar as mais-valias do método junto da equipa.

Nesta altura questionou-se a enfermeira chefe como pensou a implementação do MER e o que considerou primordial na sua execução. Conforme a mesma a implementação do MER ocorreu de forma gradual e com alguns momentos de formação em serviço. Como a equipa de enfermagem era constituída por recém-formados e muitos elementos com poucos anos de trabalho, todos tinham conhecimentos recentes sobre o MER pelo que a formação em serviço nesta área não foi muita. As regras de desenvolvimento do MER evoluíram por diferentes fases desde a sua implementação. Na primeira fase do MER cada cama de enfermaria tinha o seu enfermeiro de referência, pelo que o critério de atribuição deste ao respetivo cliente era único: o número de cama pré-estabelecido. Na segunda, e

atual, fase do MER a atribuição dos clientes aos respetivos enfermeiros baseia-se em dois critérios: a patologia principal do cliente, e que motiva o internamento, e a área de interesse/especialidade do enfermeiro de referência. Assim, de acordo com as diferentes áreas de interesse criaram-se grupos de três enfermeiros cada. Agora o critério primário de escolha passa a ser a patologia do cliente e não a cama atribuída. Segundo a enfermeira chefe os objetivos pretendidos foram promover cuidados de enfermagem mais especializados ao cliente, pois estes são atribuídos a enfermeiros cuja área de formação /especialidade vai ao encontro do problema que motivou o internamento do cliente, e estimular os enfermeiros, pelo fato de lhes permitir prestar e desenvolver cuidados nas suas áreas de eleição.

A enfermeira chefe concluiu a entrevista explicando que o fundamental em todo o processo de implementação fora a sua convicção, dedicação e acompanhamento, bem como as formações realizadas e os vários momentos de reunião com os elementos de equipa, aproveitados durante as passagens de ocorrências/turno. Acrescentando que o acompanhamento, ora diretamente por si, ora por meio de auditorias internas e externas foi, e continua a ser, fundamental para que todas as atividades associadas ao MER sejam realizadas.

A realização desta entrevista permitiu orientar, não apenas, a pesquisa bibliográfica sobre o MER, como também todo o processo de adaptação e desenvolvimento do método ao serviço de Medicina. Com a mesma ficou, também claro, que a resistência à mudança é uma realidade constante, e que a forte convicção e acompanhamento do gestor do projeto são aspetos essenciais.

Atividade 2 - Consulta de documentação sobre o MER do serviço

A consulta e análise documental é um processo importante de recolha de informações e serve como complemento a outros métodos de colheita de dados (Quivy & Campenhoudt, 2003). Tal pretexto serve como suporte ao propósito desta atividade. Assim, como adenda à entrevista supra referida foi realizada esta atividade de forma a analisar toda a documentação existente no serviço relativamente ao MER, nomeadamente, as linhas orientadoras de aplicação do método e os critérios de atribuição dos clientes aos respetivos enfermeiros de referência.

Resultados: A única referência escrita ao método constava no manual de qualidade do serviço. Aqui podia ler-se apenas que o MER era o utilizado pelo serviço. Assim, pelo fato de não haver nenhum documento escrito sobre esta matéria, a recolha de informação sobre a dinâmica de funcionamento do MER só foi possível através da observação, tanto participante como não participante. A observação participativa traduz-se pela presença constante do observador no serviço e da sua interação como grupo, já a não participativa caracteriza-se pela utilização de outros meios de obter informação, como por exemplo, as entrevistas (Almeida, 1995). Assim, nesta situação, pela falta de documentação escrita, valeram a entrevista semi-diretiva realizada à enfermeira chefe, descrita anteriormente, e as atividades que serão apresentadas seguidamente.

Atividade 3 – Apresentação dos objetivos de estágio ao serviço de Neurologia

O conhecimento, pela equipa do serviço de Neurologia, do projeto de estágio e dos seus objetivos era uma atividade importante, por forma a promover a participação da mesma no projeto e a minha aceitação/acolhimento como elemento externo ao serviço. Como tal, durante o estágio, em momentos formais (passagens de turno) e informais (durante o turno), foi sendo apresentado o projeto, esclarecido o meu papel no serviço, bem como os meus objetivos.

Resultados: A realização desta atividade foi relevante para o sucesso do estágio na medida em que permitiu que a equipa de Neurologia compreende-se o porquê da minha presença no serviço, me acolhesse como um elemento externo a realizar um determinado projeto e participasse no mesmo.

A apresentação dos objetivos do estágio e a minha aceitação pela equipa como elemento externo ao serviço foi, ainda, um passo importante no meu processo de socialização⁸, pois permitiu-me interagir e realizar algumas atividades com a mesma e, por consequência, compreender a sua dinâmica relativamente ao MER.

⁸ Em psicologia, socialização é definido como o processo de interação através do qual a pessoa apreende e compreender os padrões de comportamento típicos de um determinado contexto, por forma a integrar-se no mesmo (Gleitman, 1999).

Atividade 4 - Observação (participativa) da dinâmica de funcionamento do MER

A observação da OCE de acordo com o MER foi importante e fundamental para melhor compreender a dinâmica de ação de todos os enfermeiros e restante equipa multidisciplinar no que respeita ao método.

Importa salientar que, enquanto a entrevista semi-diretiva realizada à enfermeira chefe permitiu perceber a sua perceção sobre o MER, todos os aspetos que envolveram a sua implementação e as características deste no serviço, esta atividade possibilitou experienciar/observar o método em ação. Assim, utilizando os dados da entrevista semi-diretiva realizada à enfermeira chefe e a observação da dinâmica do serviço, foi possível absorver todo o processo inerente ao MER.

A observação e acompanhamento de vários elementos da equipa multidisciplinar permitiram conhecer e analisar todo o processo que envolve o MER no serviço, bem como reconhecer os papéis inerentes aos enfermeiros. Durante esta atividade foi também possível captar que conhecimentos têm sobre o MER alguns elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente, médicos e assistentes operacionais. A preparação desta atividade de observação exigiu a elaboração de um guião de orientação da mesma (Apêndice XVI).

Resultados: Os médicos e os assistentes operacionais conheciam alguns pressupostos do método de trabalho utilizado, pois souberam identificar claramente que cada cliente tem o seu respetivo enfermeiro durante todo o internamento. No caso específico dos médicos foi possível perceber que quando necessitavam falar sobre algum cliente preocupavam-se em conhecer e dirigir-se aos respetivos enfermeiros de referência, denotando, por isso, um respeito e compreensão pela forma como os cuidados de enfermagem eram organizados. No que se refere à perceção dos enfermeiros será abordada seguidamente na atividade 5.

Após esta terceira atividade dois pontos foram esclarecidos: as características do MER e os papéis de cada enfermeiro relativamente ao MER. Assim, no serviço de neurologia o MER define-se segundo os seguintes pressupostos:

- Cada cliente tem atribuído um enfermeiro de referência durante todo o internamento e que só pode ser responsável no máximo por dois clientes;
- Os enfermeiros de referência são responsáveis por:

- Responderem às necessidades dos clientes;
- Utilizarem o processo de enfermagem como meio de prestação de cuidados;
- Elaborarem o respetivo plano de cuidados (realizado no Sistema de Apoio à prática de Enfermagem [SAPE], segundo a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE]);
- Atualizarem a classificação dos clientes (utilizam o SCD/E);
- Agendarem com o cliente e/ou cuidador sessões de formação/educação;
- Os enfermeiros de referência estão agrupados em quatro principais áreas de interesse/patologias: AVC's, demências, esclerose múltipla e epilepsia;
- Em cada grupo de enfermeiros de referência existem outras patologias de interesse identificadas;
- Os clientes são atribuídos aos respetivos enfermeiros de acordo com critérios relacionados com a patologia que motiva o seu internamento e a área de interesse de cada enfermeiro de referência;
- A seleção de enfermeiros de referência e a sua atribuição aos respetivos clientes é realizada pela enfermeira chefe, coordenadora ou outro, desde que nomeado pela enfermeira chefe;
- Quando existem enfermeiros de referência de férias os clientes são distribuídos pelos restantes enfermeiros.

Atividade 5 – Entrevistas informais aos enfermeiros de referência

Esta atividade, realizada no decorrer de todo o estágio, permitiu captar a opinião de alguns enfermeiros sobre o MER. A preparação das diversas entrevistas informais passou pela elaboração de um documento de consentimento informado e esclarecidos (Apêndice XVII) e um guião orientador (Apêndice XVIII). O primeiro documento serviu para autorizar as respetivas entrevista, e o segundo para as orientar. Posto isto, convém ressaltar que as respostas resultantes de uma qualquer entrevista podem ser sempre condicionadas ao contexto (Almeida, 1995) e portanto os resultados obtidos nesta atividade devem ser analisados não esquecendo este pressuposto.

Resultados: A opinião sobre o MER manifestada pelos enfermeiros de referências abordados era positiva. Estes consideravam um método que evidenciava a importância e a imagem do enfermeiro e permitia estabelecer uma melhor relação com o cliente e cuidador, bem como capacitar cada enfermeiro de referência com um conhecimento sobre cada cliente que era superior ao que acontecia com outros métodos de trabalho. Como os clientes eram atribuídos segundo as suas patologias e os enfermeiros segundo as áreas de interesse, estes mantinham um certo grau de motivação nas atividades que realizavam com os mesmos. Foi-me transmitido que cada grupo de enfermeiros de referência quase semanalmente marcava sessões de educação/formação com os clientes e respetivos cuidadores, no sentido de realizarem ensinamentos sobre problemas/necessidades identificadas nos clientes. Caso se considerasse pertinente, durante a preparação dessas sessões, a presença de outros elementos da equipa multidisciplinar estes eram convidados a participar. De acordo com os enfermeiros de referência as sessões de educação e as atividades aí desenvolvidas eram descritas como muito motivantes e com grande adesão e satisfação dos clientes e cuidadores. É de realçar que durante as diversas entrevistas não foram apontados, pelos enfermeiros de referências, aspetos limitativos, diretamente associados ao MER.

Com esta atividade foi possível perceber que o MER utilizado no serviço de neurologia era aceite e elogiado pela equipa de enfermagem, considerando-o mesmo como um método que valoriza o enfermeiro, o seu papel perante o cliente e cuidador e que favorecia a relação entre enfermeiro-cliente.

2.2 SERVIÇO DE MEDICINA III A

O serviço de Medicina III A do HPV, CHLN, foi a opção selecionada com vista à criação e desenvolvimento de competências de GRH na área da OCE. A sua escolha partiu da crença que seria um local ideal para que, através do desenvolvimento de uma série de atividades, se atingissem tais finalidades.

Um ponto que diferencia este estágio do anterior é o facto de eu ser um elemento integrante do serviço. Tal factualidade tem algumas vantagens pois permite saltar algumas etapas que normalmente aparecem ligadas ao estágio. A salientar: o processo de socialização; o conhecimento da organização e serviço; a

minha aceitação, pela equipa, como aluno a desenvolver um estágio e um projeto (que implicava mudanças de dinâmicas de trabalho); entre outros.

Neste subcapítulo, estruturado de forma semelhante ao anterior, são descritas as características do serviço de Medicina III A, as competências e objetivos pretendidos com o desenvolvimento do estágio e as atividades realizadas com esse intuito.

2.2.1 Caracterização do serviço (Apêndice XIX)

A Medicina III A foi o primeiro serviço desta valência a ser construída no HPV, e ao longo da sua existência já sofreu inúmeras remodelações organizacionais, designadamente a nível das chefias (enfermagem e médica) e da sua missão. A transformação mais recente ocorreu em julho de 2012 e esteve relacionada com as novas políticas da administração hospitalar, tendo como objetivo a reestruturação de serviços entre os dois polos do centro hospitalar. Desta reestruturação resultou o fecho de uma das quatro Medicinas existentes no hospital, a Medicina III D. Esta decisão influenciou então a atual Medicina III A, pois metade da sua equipa de enfermagem saiu, sendo distribuída por outros serviços, e foi substituída por outra metade dos enfermeiros (sendo os restantes também redistribuídos por outros serviços) da Medicina recém-fechada. Foram então criadas equipas de enfermeiros mistas, ou seja, com enfermeiros da Medicina III A e da Medicina III D. A valência foi também alterada, passou de serviço de internamento de medicina e gastroenterologia, a serviço de internamento de medicina com vocação/especialização para clientes com AVC's.

Os clientes internados neste serviço têm normalmente duas origens, as urgências e as consultas externas de especialidade do respetivo centro hospitalar. As patologias que motivam o internamento no serviço são muito diversificadas, no entanto, como já foi mencionado, este serviço está mais vocacionado para os AVC's, tendo para o efeito 1 unidade (com 6 camas) adequadamente equipada e enfermeiros de reabilitação com formação específica nessa área.

A equipa multidisciplinar de saúde é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistente social, secretária de unidade, nutricionista, psicóloga, fisiatras, fisioterapeutas, entre outros. No que se refere especificamente à

equipa de enfermagem, esta é constituída por 20 elementos, incluindo a enfermeira chefe e 2º elemento.

Atualmente a organização dos cuidados de enfermagem segue os princípios do método individual de trabalho. Na fase final de cada turno o enfermeiro chefe de equipa elabora um plano de trabalho que consiste na divisão dos clientes pelo número de enfermeiros que vão prestar cuidados no turno seguinte. O enfermeiro chefe de equipa quando inicia o turno analisa previamente o plano de trabalho já elaborado, procede se necessário a alguns reajustes, e atribui os clientes aos respetivos enfermeiros, bem como define antecipadamente quem irá receber o próximo cliente admitido.

2.2.2 Objetivos específicos do estágio

No sentido de serem desenvolvidas competências de GRH a nível da OCE foram definidos os seguintes objetivos específicos: Identificar o papel e atividades desenvolvidas pela enfermeira chefe no âmbito da GRH; explorar as atividades e princípios subjacentes à elaboração de escalas mensais; gerir todo o processo de criação, desenvolvimento e aceitação, pela equipa de enfermagem, do MER e do seu manual de orientação à implementação.

2.2.3 Atividades desenvolvidas e resultados obtidos

O estágio de Medicina III A e as suas atividades permitiram compreender de forma mais precisa o papel e a importância da enfermeira chefe na organização do serviço e a sua influência sobre os cuidados prestado aos clientes; conhecer as ferramentas informáticas utilizadas como suporte à GRH e desenvolver um documento de orientação à implementação do MER. Tal como sucedeu no anterior estágio este foi precedido por uma reunião com a respetiva enfermeira chefe, onde foi apresentado, discutido e autorizado o plano de estágio e as diversas atividades (Apêndice XII) a realizar.

Atividade 1 – Observação da enfermeira chefe nas atividades realizadas no âmbito da gestão do serviço e dos seus recursos humanos

A observação e o acompanhamento da enfermeira chefe durante todo o estágio foi uma experiência única e positiva pois permitiu identificar as atividades desenvolvidas por esta na gestão da unidade de cuidados e a sua forte influência na equipa multidisciplinar e nos resultados obtidos na prestação de cuidados aos clientes.

Resultados: Com esta atividade tornou-se visível que o papel da enfermeira chefe no serviço desenvolve-se em torno da gestão de quatro tipos de domínios: o humano, o material, o económico e o de cuidados. Para cada um destes domínios são exigidas habilidades diferentes que, concordando com Katz (1955), deverão ser técnicas, cognitivas e relacionais.

O grau de influência e autonomia das atividades habitualmente atribuídas à GRH (planeamento, recrutamento e seleção, acolhimento e integração, formação, avaliação de desempenho e gestão da carreira) varia de acordo com o nível de gestão da enfermeira, caso se trate da enfermeira diretora, supervisora ou chefe.

Em termos de planeamento de recursos humanos o papel da enfermeira chefe no serviço centra-se mais a nível da realização de escalas mensais, diárias e de férias, e a da dotação e manutenção do pessoal adequado à prestação de cuidados com qualidade e que garanta a segurança dos clientes. No serviço a enfermeira chefe é responsável pela gestão de dois grupos profissionais: os enfermeiros e os assistentes operacionais (AO).

O recrutamento e seleção de enfermeiros e AO não são da responsabilidade da enfermeira chefe, no entanto, esta, como resultado da sua atividade de planeamento, influencia este processo, pois em caso de dotação inadequada prolongada comunica à sua superior hierárquica que opta por duas medidas, ou mobiliza recursos humanos internos, ou procede ao recrutamento e seleção de novos elementos. Podemos assim falar de uma influência indireta da enfermeira chefe no processo de recrutamento e seleção. Importa aqui salientar que a realidade atual das organizações hospitalares, fruto da enorme crise económica, tem seguido uma política de mobilização em vez de contratação, sendo, por isso, cada vez menos os processos de recrutamento e seleção de novos profissionais. Tal foi

visível durante o estágio pois, por diversas vezes, vários enfermeiros e AO foram mobilizados para colmatar défice de pessoal noutros serviços.

O acolhimento e integração é uma outra atividade associada à enfermeira chefe. Este processo de socialização é extremamente importante para o sucesso futuro do elemento recém-contratado (enfermeiros ou AO) e, conseqüentemente, da organização hospital, em termos de eficiência, eficácia e qualidade de cuidados (Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013). Assim, a enfermeira chefe, como elemento crucial na gestão deste processo, tem a responsabilidade de acolher e de promover uma integração facilitadora à adaptação dos novos elementos ao serviço e hospital. No momento do acolhimento é realizada uma descrição da missão, princípios e valores do hospital e serviço; são definidas e aferidas as futuras funções e do novo elemento e é apresentado a toda a equipa multidisciplinar. No processo de integração a enfermeira chefe atribui o elemento recém-contratado à pessoa que considera ser a mais adequada para o papel de integrador. Este elemento deve promover e preparar o novo colega para a realidade e organização do serviço.

A formação contínua⁹ é fundamental para promover a aprendizagem e conseqüentemente melhorar o desempenho profissional. Anualmente o serviço desenvolve um programa de formação que visa ir ao encontro das necessidades de aprendizagem da equipa. Este programa corresponde assim a um plano de formação anual onde são definidos os objetivos, atividades e recursos (humanos e materiais) necessários para a formação. A enfermeira chefe como máxima responsável pelo serviço e formação do mesmo deve acompanhar e fazer cumprir o programa elaborado.

A avaliação do desempenho¹⁰ é uma atividade que também faz parte do papel da enfermeira chefe. Este processo é importante para determinar a performance dos diversos elementos de equipa (enfermeiros e AO), e neste sentido promover um conjunto de informações relativas a cada profissional que podem ser utilizadas para

⁹ A formação contínua, também conhecida como profissional, é definida como o conjunto de atividades desenvolvidas pelo individuo, após a formação inicial, com o objetivo de aumentar os seus conhecimentos, competências e, conseqüentemente, o seu desempenho profissional (Rodrigues & Esteves, 1993).

¹⁰ A avaliação de desempenho corresponde a um processo cíclico que analisa e gere a performance do trabalhador. Como tal a mesma deve ser composta por quatro aspetos: a definição dos objetivos para a cada trabalhador, identificação dos meios para atingir tais objetivos, acompanhamento e feedback, e a avaliação, propriamente dita (Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013).

reajustes salariais, promoções, transferências de serviço, ações disciplinares, entre outros.

O acompanhamento da carreira de cada elemento da equipa apresenta-se como uma outra atividade associada ao papel da enfermeira chefe e que tem grande influência, segundo alguns autores (Marquis & Huston, 2009), no envolvimento profissional dos trabalhadores. Importa, por isso, que cada profissional elabore o seu plano de atividades e o entregue à enfermeira chefe. A enfermeira chefe e superiores conhecendo melhor as expectativas e desejos de cada profissional podem, quando necessário, oferecer ao mesmo um lugar no hospital que os satisfaça, bem como orientá-los para formações ou projetos que possam surgir no seio do hospital.

Durante a observação da enfermeira chefe foi visível que muitas das suas atividades estavam relacionadas com a gestão de material. Relativamente a esta matéria importa salientar que este é um processo da área da gestão fundamental, pois influencia diretamente os cuidados realizados, bem como a qualidade dos mesmos, pela disponibilização e utilização apropriada dos meios materiais disponíveis. Pela gestão dos recursos materiais a enfermeira chefe assume assim as responsabilidades de disponibilizar materiais com qualidade e ajustados aos procedimentos a efetuar no serviço (o que demonstra que o gestor tem que ter conhecimentos sobre a unidade que gere), assegurar a quantidade certa de material em cada momento, promover a correta utilização do mesmo (clínico, equipamento, instalações, entre outros) e de desenvolver políticas no sentido de consciencializar a equipa para o uso de material tendo presente a ideia do custo-benefício e do custo-eficácia. É possível agrupar os recursos materiais do hospital em três áreas: equipamentos, instalações e bens de consumo (Frederico & Leitão, 1999). Neste último grupo inclui-se os produtos farmacêuticos, o material de consumo clínico, a hotelaria, o material administrativo, entre outros.

O controlo da despesa económica do serviço é uma outra atividade associada à enfermeira chefe. No serviço de Medicina tal controlo foi evidente nas questões relacionadas com o consumo de material, principalmente clínico e farmacológico. Tal foi demonstrado por algumas técnicas de consciencialização utilizadas pela enfermeira chefe para com os seus elementos de equipa, como por exemplo, a identificação dos preços do material farmacológico, a constante comunicação da

necessidade do não desperdício e da utilização adequada de material de consumo clínico, entre outras. A atualidade do país, caracterizada por uma profunda crise económico-financeira, faz do controlo económico uma atividade fundamental para o sucesso e viabilidade organizacional, sendo que este domínio deverá competir não apenas aos diversos níveis da gestão, mas também a todas as pessoas da organização. Neste sentido os enfermeiros chefes assumem assim um papel fundamental na promoção da poupança junto dos seus colaboradores. Tal poupança não deve significar baixa de qualidade nos cuidados prestados mas sim maior eficiência dos mesmos.

A gestão de cuidados traduz-se por uma atividade que visa uma correta utilização de todos os recursos disponíveis, humanos, financeiros e materiais, por forma a serem atingidos determinados objetivos (Frederico & Leitão, 1999). Nos serviços de internamento tal função compete à enfermeira chefe. Assim, de acordo com os objetivos específicos de cada serviço diferentes formas de organizar os recursos humanos, financeiros e materiais serão utilizadas. Um dos aspetos associados à gestão dos cuidados é a definição do método de trabalho de enfermagem.

Atividade 2 - Consulta de legislação e regulamentos aplicáveis à GRH de enfermagem

A execução desta atividade permitiu perceber que existe imensa legislação associada à gestão dos recursos humanos. O conhecimento de tal legislação por parte da enfermeira chefe é uma condição *sine qua non* para uma boa GRH e, conseqüentemente, do planeamento e organização dos cuidados de uma unidade.

Resultados: A análise à legislação e regulamentos aplicáveis à GRH na área de enfermagem pode ser feita em torno de três áreas: os regimes de vínculos institucionais, a carreira profissional e os regimes de remuneração.

Para se compreender a legislação associada aos vínculos importa diferenciar os dois principais tipos de regimes jurídicos existentes: o CTFP e o CIT. Como foi referido anteriormente no capítulo I, este primeiro contrato veio substituir os antigos contratos dos trabalhadores da função pública, pelo Dec. - Lei n.º 12-A/2008 de 27 de Fevereiro, enquanto os segundos surgiram como resultado da empresarialização

das organizações hospitalares, iniciada após a publicação da Lei de bases da saúde n.º 27/2002, de 8 de Novembro. A importância da distinção entre vínculos prende-se com o fato de cada um deles se reger por um enquadramento jurídico distinto. Assim, os enfermeiros com CTFP e CIT obedecem, respetivamente, à Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro, e à Lei n.º 07/2009, de 12 de Fevereiro.

Atualmente a carreira de enfermagem é comum a ambos os vínculos existentes. No entanto, a mesma é regulada por dois Decretos-lei diferentes: o Dec. - Lei n.º 247/2009 e o Dec. - Lei n.º 248/2009, ambos de 22 de Setembro. Respetivamente, o primeiro regula a carreira de enfermagem dos enfermeiros com CIT, e o segundo dos enfermeiros com CTFP. Com estes dois decretos-lei passou a existir uma carreira de enfermagem estruturada em duas categorias, a de Enfermeiro e a de Enfermeiro Principal.

Os regimes de remuneração estão juridicamente dependentes do tipo de vínculo profissional que liga os enfermeiros à organização de saúde. Os enfermeiros com CTFP regulam o seu regime remuneratório pelo Dec. - Lei n.º 122/2010, de 11 de Novembro. Nele, de uma forma geral, é definido algumas regras da carreira especial de enfermagem e determinados os vários níveis salariais. A progressão entre esses níveis salariais resulta da avaliação de desempenho de cada enfermeiro pela utilização do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho da Administração Pública (SIADAP)¹¹. Contrariamente aos enfermeiros com CTFP, os enfermeiros com CIT ainda não viram legislados algumas matérias, nomeadamente as relativas aos regimes remuneratórios, às regras de progressão, aos sistemas de avaliação de desempenho e à carga horária.

Atividade 3 - Entrevista informal à enfermeira chefe sobre os principais desafios na GRH do serviço

Esta atividade resultou de entrevistas informais realizadas à enfermeira chefe ao longo dos vários meses de estágio neste serviço e teve como objetivo identificar os principais desafios na gestão dos recursos humanos do serviço. Como se impõe,

¹¹ Desde 2011, devido à crise económico-financeira do País e à política de austeridade do Governo, os aumentos salariais, associados às progressões resultantes da avaliação de desempenho, estão congelados (Lei n.º 55-A/2010)

a aplicação destas entrevistas foi precedida do consentimento informado e esclarecido da enfermeira chefe (Apêndice XX).

A GRH é uma tarefa que exige grandes competências e, conseqüentemente, conhecimentos profundos sobre várias matérias relacionadas com o comportamento Humano, quer individual quer em grupo. Considerando a pessoa como um ser único percebe-se facilmente que a sua gestão exige uma capacidade acrescida e diferente relativamente a outros tipos de recursos.

Resultados: Das sucessivas entrevistas informais ficou claro que os principais desafios identificados pela enfermeira chefe na GRH do serviço giravam em torno de três aspetos: a motivação, a resistência à mudança e a gestão de conflitos.

Perceber o porquê de estes três aspetos serem os mais frequentemente referenciados implica uma breve contextualização da atual realidade do serviço de Medicina. Assim, como foi anteriormente descrito na caracterização deste serviço, o fecho de um serviço de Medicina, fruto das novas políticas organizacionais, influenciaram fortemente não só o funcionamento e missão do serviço desta Medicina, como também toda a sua equipa de saúde. Metade da equipa de enfermeiros e assistentes operacionais saiu do serviço, foi distribuída pelos vários departamentos do centro hospitalar, e substituída por parte da equipa da medicina recém-fechada. O serviço de Medicina III A passou a assim a ser constituída por equipas mistas, com enfermeiros e assistentes operacionais de dois serviços diferentes, que tinham missões, objetivos, culturas, métodos de trabalho e qualificações diferentes. Tais reestruturações criaram um desafio enorme de gestão à enfermeira chefe, pois foi preciso lidar com situações inerentes a todo este processo, como por exemplo, a resistência à mudança, a motivação no trabalho e a gestão de conflitos nascidos das diferentes filosofias e métodos de trabalho existentes.

Como elemento integrante do serviço da Medicina III A tive a oportunidade de vivenciar desde início a evolução do processo de integração/junção das duas equipas, a reorganização de uma série de práticas e procedimentos e a gestão de conflitos associados a toda esta conjuntura, e ademais conciliar tudo isto com os objetivos preconizados para a instituição.

A motivação é um aspeto que influencia diretamente a produtividade e a qualidade dos cuidados, devendo ser, por isso, uma importante área de atenção da GRH (Bezerra, 2010). A motivação é definida por Chiavenato (1999) como um impulso interno ou externo à pessoa que a estimula a agir de determinada forma. Habitualmente as teorias da motivação encontram-se agrupadas em dois tipos: as de conteúdo e as de processo (Cunha, Rego, Cunha, Cardoso, 2007). Sendo que as primeiras se ocupam em tentar explicar o que motiva as pessoas e as segundas em perceber todo o processo que envolve a motivação. No primeiro grupo encontram-se teorias conhecidas como as da hierarquia das necessidades de Maslow e as dos dois fatores de Frederick Herzberg. Do segundo grupo fazem parte teorias como as da equidade de Adams, as da definição de objetivos de Locke e Latham e as das expectativas de Vroom (Cunha, Rego, Cunha, Cardoso, 2007). É também consensual falar-se em motivação intrínseca e extrínseca. A motivação intrínseca é definida como interior à pessoa e está associada a aspetos como a autorrealização, a autoestima, o próprio trabalho, o desenvolvimento pessoal, o reconhecimento profissional, entre outros. A motivação externa relaciona-se com as relações interpessoais (com colegas e chefes), as condições de trabalho (salários, segurança), os benefícios, entre outros (Teixeira, 2010; Bezerra, 2010).

A mudança é uma matéria que tem preocupado cada vez mais os gestores, pelo fato de existir um grande desequilíbrio entre a velocidade com que ocorrem interna e externamente à organização. Externamente as mudanças sucedem muito rapidamente e de forma constante. Internamente verifica-se uma enorme resistência às mesmas (Cunha, Rego, Cunha, Cardoso, 2007). Neste sentido, é importante que a enfermeira chefe que lida com questões de mudança ou resistência à mesma tenha conhecimentos nestas matérias para que consiga lidar eficazmente com todo este processo. Importa também salientar que o processo de mudança não deve ser visto como um fator negativo mas sim como primordial, pois promove o crescimento e inovação para a organização, em vez da estagnação e extinção da mesma. É ainda fundamental que o agente envolvido na mudança tenha presente que a resistência é um aspeto inerente à mesma (Marquis & Huston, 2009). Huber (2006) refere que a mudança assume diferentes formas de ocorrência que vão desde a ocasional à planeada. Ao longo dos anos foram sendo teorizadas algumas

explicações e estratégias de mudança. São exemplo disso a teoria de Lewin de 1951 e a estratégias clássicas de mudança descritas em 1969 por Bennis, Benne e Chinn (Marquis & Huston, 2009). De forma resumida, a teoria de Lewin baseia-se na ideia de um equilíbrio entre forças impulsionadoras e restritivas, em que as primeiras impulsionam a mudança e as segundas dificultam-na. Nesta imagem a organização é como um sistema em harmonia. O desequilíbrio no sistema e o consequente processo de mudança ocorre assim em três fases: descongelamento (*“unfreezing”*), movimento (*movement*) e recongelamento (*refreezing*). A primeira etapa corresponde à fase em que o agente da mudança explica as mais-valias da mudança e tenta convencer a pessoa ou o grupo da sua importância. Na segunda etapa são desenvolvidas e implementados as novas mudanças. Esta fase deverá ocorrer de forma gradual e paulatinamente, pois as mudanças de valores, atitudes e comportamento humano são sempre demoradas. A terceira etapa representa o processo de estabilização da mudança. Este é igualmente longo e deverá ser acompanhado até que seja garantida consolidação efetiva da mudança, ou seja, que a transformação criada passe a ser norma, aceite por todos (Huber, 2006; Marquis & Huston, 2009).

As estratégias clássicas de Bennis, Benne e Chinn, desenvolvidas em 1969, estão divididas em três grupos: as racionais-empíricas, as normativas-reeducativas e as de poder-coerção. As estratégias racionais-empíricas traduzem-se pela utilização de suporte teórico que apoie e justifique a mudança. Estas são utilizadas quando o motivo de resistência à mudança é a falta de conhecimentos. As estratégias normativas-reeducativas utilizam a influência do grupo para induzir mudanças. O último grupo de estratégias, as de poder-coerção, corresponde a um conjunto de ações alicerçadas no exercício da autoridade e na aplicação de sanções salariais. No processo de mudança o seu agente utiliza normalmente estratégias dos diversos grupos (Marquis & Huston, 2009).

A visão sobre a gestão de conflitos modificou-se bastante ao longo dos anos. Atualmente, o conflito é percecionado como sendo inevitável, desejado e com influência no crescimento da organização, exceto que o mesmo for em demasia. Este fenómeno organizacional é definido por Marquis e Huston (2009) como a divergência interna ou externa entre duas ou mais pessoas como resultado de

diferentes perspetivas sobre determinado assunto. Os conflitos podem ser intrapessoais, interpessoais, intragrupoais, intergrupoais, intra-organizacionais e inter-organizacionais. A sua origem é multifatorial mas pode ser resumida a aspetos individuais (valores, cresças), da relação (desconfiança, desentendimentos anteriores) e da situação (crise económica, mudanças de políticas organizacionais) (Cunha, Rego, Cunha, Cardoso, 2007). Marquis e Huston (2009) consideram que processo de conflitos envolve cinco estados: o latente, o percebido, o sentido, o manifestado e resolvido. A primeira etapa é constituída pelos multifatores que antecedem o conflito. A segunda etapa corresponde à consciencialização do conflito. Na terceira etapa o conflito é emocionalmente sentido. A quarta etapa corresponde à exteriorização do conflito. Cunha, Rego, Cunha, Cardoso (2007) identificam algumas estratégias de resolução de conflitos, nomeadamente, o evitamento, a acomodação, a competição, o compromisso, a colaboração e a negociação.

A motivação dos enfermeiros, a sua resistência à mudança e uma correta gestão de conflitos são assim matérias que influenciam diretamente os cuidados e a sua qualidade. Tal fato torna, por isso, imperial o domínio destes temas por parte de quem gere os serviços de internamento.

Durante as entrevistas à enfermeira chefe foi possível perceber a forma como a mesma lidava com as questões da resistência à mudança, motivação e gestão de conflitos. De uma forma geral vão de encontro com a evidência pesquisada para essas matérias. Assim, relativamente à mudança, sempre que a mesma se imponha, a enfermeira chefe procurava enfatizar as suas mais-valias, bem como fundamentar a sua necessidade para o bem da organização, serviço e cliente. Simultaneamente fazia um acompanhamento dessa mesma mudança por forma a consolidá-la. A motivação dos enfermeiros é uma preocupação da enfermeira chefe que foi evidente no decurso das entrevistas. Tal manifestava-se pelo seu constante interesse pela opinião de todos os enfermeiros relativamente a várias matérias do serviço, por forma a envolvê-los e a fazer sentissem-se como peças importantes no seio da equipa; pelo incentivo aos enfermeiros para desenvolverem projetos em áreas de interesse comuns, a si próprios e ao serviço; por considerar as necessidade e preferências dos enfermeiros relativamente aos turnos a realizar e às folgas a gozar; por prezar o bom relacionamento, não apenas, entre todos os enfermeiros, como

também entre toda a equipa multidisciplinar; entre outros. A questão de gestão de conflitos demonstrou ser também um aspeto considerado importante pela enfermeira chefe. A mesma sempre que existia alguma divergência/conflito dentro da equipa subordinada reunia com as pessoas envolvidas e agia em conformidade com a situação, tentando ser sempre o mais imparcial e correta possível na resolução da situação.

Com a realização desta atividade foi possível perceber quais os principais desafios que normalmente se colocam na gestão de equipas. Tal tornou-se essencial no processo de consciencialização e aceitação pela equipa de um novo método de trabalho, baseado no MER.

Atividade 4 – Elaboração da escala mensal do serviço de Medicina

A elaboração de uma escala mensal é uma atividade de planeamento de recursos humanos da responsabilidade da enfermeira chefe de cada serviço (Dec. – Lei n.º 247/2009, Dec. - Lei n.º 248/2009). São três os tipos de escalas existentes, a mensal, diária e de férias (Frederico & Leitão, 1999), no entanto, a presente atividade centra-se, apenas, na compreensão e exploração da escala mensal. Como tal, importa, primeiro perceber, exatamente em que consiste essa escala e que valor representa para a equipa.

A escala mensal corresponde à distribuição por turnos, habitualmente para períodos de quatro semanas, de todos os recursos humanos de um serviço. Nesta devem ainda ser colocadas as folgas, férias e licenças de toda a equipa (Frederico & Leitão, 1999). O trabalho por turno, modalidade de horário mais frequente a nível hospitalar, é definido em termos legais como uma qualquer organização do trabalho em equipa em que os trabalhadores ocupam continuamente os mesmos postos de trabalho num determinado ritmo, incluindo o rotativo¹² (Lei n.º 59/2008; Lei n.º 7/2009). Tal implica que a equipa pode ser escalada para trabalhar a horas diferentes no decurso de um determinado período de dias ou semanas. No caso dos enfermeiros e assistentes operacionais são considerados dois a três períodos/turnos de trabalho distintos, de acordo com a modelo de horário do respetivo serviço.

¹² Habitualmente designado por *rollman* ou *roulement*.

Durante o processo de elaboração de uma qualquer escala mensal a enfermeira com funções de gestão tem a responsabilidade de assegurar sempre a correta distribuição de todos os recursos humanos pelos três turnos, durante os vários dias do mês, para que sejam garantidas as condições de segurança necessárias à prestação de cuidados de saúde de qualidade. É exatamente devido à importância e peso que a escala mensal tem para com a OCE e a sua qualidade que surge esta atividade. A mesma foi, então, planeada com o propósito de perceber toda a dinâmica envolvida na elaboração de uma escala mensal no serviço de Medicina. Assim, para a sua consecução era importante a compreensão prévia de dois pontos importantes: o programa informático envolvido na criação da respetiva escala mensal e os princípios subjacentes à elaboração da mesma. Seguidamente serão descritas as sub-atividades que permitiram esclarecer tais pontos.

Sub-atividade 1 - Exploração do programa de gestão do horário dos enfermeiros e assistentes operacionais:

No serviço de Medicina o planeamento do horário dos enfermeiros e AO é realizado pela enfermeira chefe utilizando um programa informático denominado SISQUAL Maxpro – HR. Este é então a ferramenta informática oficialmente utilizada pelo CHLN para a gestão de todos os seus recursos humanos. Segundo a própria empresa SISQUAL as vantagens associadas ao mesmo são inúmeras: possibilita uma melhor qualidade de cuidados ao cliente, pois assegura que o profissional certo se encontre no lugar certo à hora certa; permite que a gestão intermédia e de topo tenham uma maior visibilidade dos recursos humanos em tempo real; melhor controlo sobre os planos de trabalho; automatização de horários com consequentes diminuições de erros de elaboração dos mesmos e garantia de cumprimento da legislação associada à GRH (SISQUAL, 2013)

Vários autores da área de gestão (Stoner & Freeman, 1999; Teixeira, 2010; Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013) são unânimes em afirmar que a informação é um aspeto importante e com forte impacto no sucesso organizacional, pois a mesma auxilia e orienta o gestor em atividades como a tomada de decisão, o planeamento, a organização, a liderança e o controlo. A informação, entendida aqui como a interpretação de um conjunto de dados significativos, deve ser assim gerida e entendida como parte essencial de uma organização. A gestão dessa informação,

no entanto, faz parte de um sistema maior denominado sistema de gestão da informação, sendo que este incluiu: a gestão da informação (captação de dados e interpretação da informação) e todos os recursos materiais, tecnológicos (conhecidos como tecnologias da informação) e financeiros envolvidos nessa gestão (Amaral, 1994).

O SISQUAL Maxpro – HR é assim uma aplicação (*software*) enquadrada nas tecnologias da informação, que apoia a enfermeira chefe numa serie de atividades que englobam o planeamento, a organização, a liderança e o controlo de todos os seus recursos humanos.

Neste hospital e serviço o acesso ao programa SISQUAL Maxpro – HR é apenas autorizado ao departamento de recursos humanos, à enfermeira chefe da respetiva unidade e ao seu segundo elemento. Como forma de garantir a segurança e confidencialidade de todos os dados presentes no programa cada uma das pessoas autorizadas tem uma palavra-passe. As funcionalidades do SISQUAL Maxpro – HR são inúmeras e permitem controlar a assiduidade dos profissionais e gerir todas as atividades inerentes à elaboração dos horários mensais (realizar o planos de férias, gerir os feriados, realizar alterações ao horário original, entre outras). A assiduidade é controlada por um aparelho periférico que regista a entrada e saída da cada profissional. Esse aparelho, baseado em tecnologia biométrica, veio permitir que a assinatura em livro de ponto fosse substituída pela assinatura digital. Sempre que o profissional procede à sua assinatura digital é registado no SISQUAL Maxpro – HR a hora a que tal se sucedeu. A utilização deste programa veio facilitar e reduzir drasticamente o tempo necessário à elaboração dos horários, pois estes já estão pré-definidos e personalizados a cada profissional. O programa, para cada mês e pessoa, apresenta por defeito um horário *standard* onde tem atenção diferentes aspetos: as regras legais de elaboração de horários; os feriados mensais; as diversas licenças e dispensas de cada pessoa; o número mínimo, medio e ideal de pessoas por cada turno; entre outros.

Como resultado desta sub-atividade foi possível conhecer o programa de GRH SISQUAL Maxpro – HR e explorar as suas funcionalidades na área de elaboração e gestão das escalas mensais. Tal permitiu-me, ainda no decorrer desta atividade, realizar e gerir, com supervisão da enfermeira chefe, diversas escalas mensais.

Sub-atividade 2 - Entrevista informal à enfermeira chefe sobre os princípios inerentes à elaboração da escala mensal:

Para melhor entender quais os princípios que norteiam a criação de uma escala mensal importava entrevistar a pessoa responsável, em primeira instância, pelo desenvolvimento da mesma: a enfermeira chefe do serviço. Esta sub-atividade é exatamente o resultado dessa mesma entrevista, realizada ao longo do estágio e em diferentes momentos, normalmente aquando das respetivas atividades de elaboração da escala. Importa aqui referir que tais entrevistas foram precedidas do consentimento informado e esclarecido da enfermeira chefe (Apêndice XX).

As diversas entrevistas informais realizadas à enfermeira chefe foram bastantes elucidativas pois permitiram perceber que de fato, tal como define Massarollo e Kurcgant (1991), a elaboração de uma escala mensal é uma atividade complexa que exige tempo e conhecimentos em matérias diversificadas como informática, legislação laboral, normas da instituição hospitalar, dinâmica do serviço e características dos clientes e da equipa.

Os conhecimentos básicos relativos à informática foram então o primeiro ponto identificado como primordial e necessário para o processo de elaboração da escala no serviço de Medicina. Tal circunstância deve-se ao fato desta instituição hospitalar ter adotado um aplicativo informático, denominado de SISQUAL Maxpro – HR, de elaboração das respetivas escalas. A utilização destes aplicativos nas organizações de saúde é uma realidade cada vez mais emergente que torna o domínio na área de informática um requisito importante para diversas atividades do enfermeiro de gestão.

O domínio da legislação laboral revelou-se, durante esta atividade, como um aspeto fulcral na tarefa de elaboração da escala mensal. Com as diversas entrevistas informais aqui realizadas foi possível serem criadas algumas noções básicas sobre o quadro legislativo laboral, orientar uma exaustiva pesquisa em matéria legislativa e reunir um conjunto dos princípios legais primordiais, subjacentes ao desenvolvimento de uma escala mensal.

Até à data existem três principais diplomas legislativos que regulam o trabalho, pelo que a aplicação de um ou outro depende do tipo de vínculo que cada elemento da equipa tem com a instituição. Os principais tipos de regimes de

contratos que existem atualmente nas organizações hospitalares são o CIT e o CTFP, sendo que o primeiro tipo é regulado pela lei do código geral do trabalho (Lei n.º 7/09) e o segundo por dois regimes, o de contrato de trabalho a exercer funções públicas (Lei n.º 59/08) e o da duração de trabalho (Dec. - Lei n.º 259/98). No entanto, é de salientar que de uma forma geral existem muitos pontos comuns nas matérias legisladas em ambos os diplomas (Apêndice XXI).

Na tarefa de realização da respetiva escala a enfermeira chefe salientou que tinha sempre como princípio considerar as necessidades/preferências pessoais de cada elemento de equipa no que se refere aos turnos a realizar ou dias de folga a gozar. Tal humanização no processo de elaboração da escala é, não só, defendido por autores como Massarollo e Kurcgant (1991), como faz parte da própria legislação laboral Portuguesa (Lei n.º 59/08; Lei n.º 7/09).

Os conhecimentos sobre o serviço, respetivos clientes e equipa são, segundo a enfermeira chefe, fatores importantes e necessários para a elaboração de uma qualquer escala, seja ela mensal, diária ou de férias. No caso das escalas mensais, enquanto os dois primeiros aspetos, anteriormente mencionados, são importantes para a adequação do número de elementos de equipa escalados para cada turno, o terceiro aspeto influencia e promove uma distribuição mais equilibrada (em termos de competências), eficaz (em termos de produtividade) e segura (em termos de segurança dos clientes) dos diversos recursos humanos.

Apraz destacar que durante esta entrevista tive conhecimento que existe um documento de orientação à realização das escalas conhecido por circular normativa nº18/92, de 30 de julho de 1992. Segundo o mesmo, emitido na altura pela atualmente extinta Direção Geral dos Hospitais, os seus objetivos eram reunir num só diploma todas as normas de elaboração dos horários a nível hospitalar, de acordo com orientações regulamentadas até aquela data e responder as exigências do exercício hospitalar. Devido à antiguidade do documento existem pontos do seu conteúdo que se encontram desatualizados, nomeadamente, as matérias relativas a legislação. No entanto, outros pontos existem que, não estando associadas a lei ou decretos-lei, ainda hoje são utilizados como orientadores na tarefa de consecução das escalas mensais pela instituição e respetivos enfermeiros de gestão. São exemplos os seguintes pontos:

- A sobreposição de dois turnos, até ao máximo de 30 minutos, incluída no tempo total de trabalho, a fim de permitir uma passagem de turno que garanta a transmissão completa da informação dos clientes;
- O plano de horário deve ter como princípios:
 - Ser elaborado para um período de quatro semanas;
 - Ser desenvolvido de forma a evitar-se o mínimo de alterações posteriormente à sua afixação;
 - Estar atualizado, registando sempre as alterações realizadas ao mesmo logo que são efetivadas.
- A frequência de turnos da noite não ser superior a dois dias por semana.

Esta sub-atividade e os seus resultados permitiram-me obter uma visão geral sobre os pontos essenciais envolvidos no processo de elaboração de um qualquer escala mensal, e conseqüentemente, capacitar-me com os conhecimentos necessários ao desenvolvimento de competências de GRH na área de OCE. Assim, foi possível perceber que uma escala mensal e a sua criação exigem do seu criador conhecimentos em matérias como a informática, a legislação laboral, normas hospitalares, dinâmicas do serviço, características dos clientes e da equipa.

Apenas após a realização e conclusão das duas anteriores sub-atividades, que permitiram conhecer, respetivamente, o programa de GRH SISQUAL Maxpro – HR e os princípios subjacentes ao desenvolvimento das escalas mensais, foi possível proceder à elaboração de uma escala mensal. Na realidade, no decorrer de todo o estágio na Medicina, surgiu a oportunidade de realizar, não apenas uma, mais quatro escalas mensais: duas da equipa de enfermagem e duas da equipa dos assistentes operacionais. Neste sentido foi possível perceber que a elaboração de um horário é uma tarefa que exige tempo, algumas capacidades técnicas-cognitiva e conhecimentos em termo de legislação. Ficou também claro que cada enfermeira chefe tem *timings*, mecanismos e técnicas diferentes de elaboração de horários. No caso específico deste serviço de Medicina habitualmente a enfermeira chefe apresenta o horário mensal na última semana de cada mês. Após a sua conclusão é colocado à disposição num *dossier* pré-definido do serviço e, simultaneamente, enviado por correio eletrónico a todos os colaboradores. Durante a elaboração do

horário a enfermeira chefe tenta conciliar as preferências pontuais das pessoas, em termos de turnos e dias, que foram previamente registadas em livro próprio. Este livro encontra-se à disposição de todos durante o mês e nele são normalmente colocados alguns pedidos de folga ou turnos específicos.

Um outro ponto relacionado que sobressaiu durante a execução desta atividade eram as constantes alterações realizadas na escala mensal. A maioria das modificações resultava dos pedidos trocas da equipa e a minoria a pedido do serviço. Nesta atividade tive também oportunidade de realizar tais alterações/atualizações aos horários pré-elaborados.

A presente atividade, de elaboração da escala mensal do serviço de Medicina, tem subjacente uma tarefa fundamental de GRH, a OCE. As escalas mensais são uma forma de organizar todos os recursos humanos num determinado período de tempo, e refletem as características da equipa, dos clientes, do serviço (designadamente do método de trabalho utilizado).

O resultado que adveio desta atividade foi a capacitação, pelo conhecimento e experimentação/ação, de todo o processo que envolve a elaboração de escalas mensais. Sendo, por isso, uma atividade que permitiu desenvolver competências na área de OCE, designadamente no que se refere ao planeamento do trabalho mensal de toda a equipa do serviço.

Atividade 5 - Realização de sessões de formação sobre o MER à equipa de enfermagem

A realização de ações de formação a toda a equipa de enfermagem foi uma atividade importante no processo de desenvolvimento do projeto de estágio. Para estas ações de formação foram delineados os seguintes objetivos: apresentar todo o plano de estágio à equipa de enfermagem, descrever o projeto de intervenção no serviço, explicar o MER e anunciar o grupo de trabalho e a equipa coordenadora do projeto.

Resultados: Foram realizadas duas sessões de formação (Apêndice XXII) com espaço temporal de doze dias. A opção de uma segunda sessão de formação foi considerada após a primeira sessão e surgiu no sentido de conseguir reunir o máximo de elementos da equipa de enfermagem.

A realização desta atividade permitiu, não apenas, contribuir para o desenvolvimento do projeto em si, como também para o enriquecimento das aprendizagens profissionais de toda a equipa de enfermagem, em matérias como os métodos de organização dos cuidados de enfermagem, nomeadamente a nível da sua importância e influencia na qualidade dos cuidados ao cliente. Esta atividade foi também fundamental para o esclarecimento dos papéis de cada um dos elementos dos grupos, coordenador e de trabalho, no respetivo projeto de estágio.

Ambas as ações de formação foram produtivas e permitiram atingir os objetivos previamente definidos como primordiais para o sucesso desta atividade. Tal foi visível não apenas pela avaliação positiva realizada pelos enfermeiros no final de cada uma das sessões (apêndice XXIII), como também pelo seu interesse traduzido, quer pelo considerável número de enfermeiros que assistiram a ambas as sessões, quer pela sua forte participação durante a formação.

Um ponto-chave e importante que esteve presente durante as ações de formação e que se relacionava diretamente com o sucesso do projeto foi a tentativa de motivação de toda a equipa de enfermagem e do próprio grupo de trabalho relativamente ao projeto. Tal preocupação é um aspeto que deve ser sempre considerado por qualquer gestor de projetos, pois é reconhecido que a motivação é um fator que afeta o rendimento da pessoa (Bezerra, 2010) e, por conseguinte, do grupo de trabalho, e neste caso específico, o sucesso de todo o projeto. Como Chiavenato (1999) refere a motivação é um impulso, interno ou externo à pessoa, que a estimula a agir de determinada forma, neste sentido as sessões de formação procuraram criar um impulso positivo nos enfermeiros com o objetivo de os motivar a colaborarem no projeto e os fazerem sentir como parte integrante do mesmo. Tal esforço não era apenas dirigido aos elementos do grupo de trabalho, mas também à restante equipa de enfermagem, pois só dessa forma seria assegurado o sucesso do projeto.

Atividade 6 - Formação de um grupo de trabalho e definição de um plano de ação

Esta atividade surgiu com o propósito de criar um grupo de trabalho, constituído por vários elementos da equipa de enfermagem do serviço de

Medicina, que colabora-se no processo de desenvolvimento de um manual de orientação à implementação do MER.

Resultados: A formação desse grupo de trabalho, constituído por elementos da equipa de enfermagem do serviço de Medicina, foi uma etapa necessária e fundamental para o sucesso do projeto de estágio. A sua composição resultou de um processo de seleção realizado em conjunto com a enfermeira chefe e teve como pressuposto a seleção de enfermeiros que simultaneamente, pela sua formação académica e papel de referência dentro da equipa, constituíssem uma mais-valia no processo de aceitação e colaboração no desenvolvimento do manual de orientação à implementação do MER. Neste sentido, foram convidados a cooperar no projeto seis enfermeiros, dois com especialidade em reabilitação, um com especialidade em pessoa em situação crónica e paliativa e os restantes dois generalistas. De salientar que apenas os enfermeiros de reabilitação não eram chefes de equipa. A equipa de trabalho era, assim, constituída na totalidade por sete enfermeiros (incluindo-me a mim). Da equipa de coordenação do projeto faziam parte a enfermeira chefe e eu próprio.

Definido o grupo de trabalho foi elaborado o plano de ação do mesmo. O planeamento, como atividade essencial da gestão, teve como propósito definir os objetivos do grupo de trabalho, descrever as suas atividades e calendarizá-las. Assim, foi definido como objetivo deste grupo de trabalho: colaborar na adaptação do MER ao serviço de Medicina e na elaboração de um manual de orientação à implementação do MER ao serviço. Foram planeadas as seguintes atividades para e pelo grupo: aplicação do MER a alguns clientes; discussão e reflexão sobre a operacionalidade do método e colaboração na elaboração da versão final de um manual orientador à implementação do MER no serviço;

Atividade 7 – Elaboração de um manual de orientação à implementação do MER

A elaboração do manual de orientação à implementação do MER foi um trabalho árduo de todo o grupo e respetiva equipa de coordenação. A sua efetivação derivou, numa primeira fase, da aplicação a alguns clientes do MER adaptado ao serviço e, numa segunda fase, da discussão e reflexão sobre a operacionalidade do

mesmo; só posteriormente foi elaborada a versão final do mesmo. Importa salientar que, após o estágio no serviço de Neurologia e durante os primeiros dias de estágio na Medicina, e principalmente depois da caracterização do mesmo, foi realizado um esboço do que se pretendia que fosse o MER adaptado à Medicina. Foi com base neste esboço que se iniciou a aplicação do MER a alguns clientes, ou seja, a primeira atividade do grupo de trabalho.

Resultados: A execução desta atividade traduziu-se na efetivação do objetivo delineado pelo grupo de trabalho: colaborar na adaptação do MER ao serviço de Medicina e na elaboração de um manual de orientação à implementação do MER ao serviço. Para ser atingido tal propósito o grupo participou nas seguintes três sub-atividades:

- Aplicação do MER a alguns clientes do serviço de Medicina - Esta atividade foi desenvolvida e criada com o objetivo do grupo de trabalho aplicar o MER a alguns clientes e perceber a sua operacionalidade, ou seja, se o mesmo era funcional, se adequava ao serviço ou se necessitava de reajustes. Assim, foram escolhidos alguns clientes e prestados cuidados utilizando o MER considerando o esboço pré-elaborado. Importa salientar que os clientes selecionados foram devidamente informados sobre todo o processo que estavam a ser alvo. O critério de seleção dos clientes foi ponderado e refletido em conjunto com a enfermeira chefe, sendo que se optou pela escolha de clientes com diagnóstico médico de acidente vascular cerebral. O pressuposto da opção prende-se com dois fatores. Primeiro, o serviço ser vocacionado para este tipo de patologia e, segundo, utilizar o mesmo género de diagnóstico para facilitar uma reflexão conjunta do grupo sobre um problema de saúde idêntico. Os resultados desta atividade foram sendo debatidos durante todo o processo de aplicação do MER e serão apresentados na atividade seguinte do grupo de trabalho.
- Discussão e reflexão sobre a operacionalidade do método - Esta atividade, de discussão e reflexão, não se cingiu apenas ao grupo mas estendeu-se a toda a equipa de enfermagem, sendo desenvolvida ao longo das sessões de formação e em ocasiões informais. As sessões de formação mostraram-se como momentos oportunos para a reflexão sobre toda a dinâmica que envolveria o MER, bem como para a sugestão de reajustes em algumas questões do respetivo método.

Findada a atividade descrita anteriormente pelo grupo de trabalho, foi pedido a cada um dos seus elementos algum *feedback* sobre o MER experimentado, nomeadamente, que refletissem sobre os fatores positivos e limitativos do método e da sua aplicabilidade, e que, caso o pretendessem, acrescentassem algumas sugestões. Na análise do *feedback* ficou claro que o grupo considerava o MER uma mais-valia para a qualidade dos cuidados prestados, salientando entre outros fatores que era um método que privilegiava a relação enfermeiros-cliente, se centrava mais nas necessidades do cliente e promovia ensinamentos e preparações para a alta mais precocemente. Contrariamente às vantagens do método, que se centraram nas suas características, os fatores limitativos direcionaram-se exclusivamente para os aspetos da sua operacionalidade, nomeadamente, sobre as questões relacionadas com o fator tempo para a realização dos planos de cuidados que o método exige, pois alguns elementos referiam que o elevado número de clientes associados à sua dependência e ao rácio de enfermeiros condicionava significativamente o tempo. Outros fatores limitativos referidos relacionavam-se com a dificuldade, que muitas vezes ocorre, na articulação que existe com os médicos em aspetos como a preparação para alta. As sugestões, de uma forma geral, defendiam que, aquando da atribuição de um cliente ao respetivo enfermeiro de referência deveriam ser consideradas as respetivas áreas de especialização e competências de cada enfermeiro e que deveria existir um manual adaptado à realidade dos clientes do serviço com os principais diagnósticos de enfermagem¹³, no sentido de facilitar a elaboração do plano de cuidados. Como resultados esta atividade do grupo permitiu, não só, perceber que existiam alguns pontos associados à operacionalidade do MER que necessitavam e poderiam ser reajustados, como também alguns aspetos que eram percecionados pelo grupo como limitativos. Dos fatores limitativos mais referidos a questão do tempo despendido na realização dos planos de cuidados assumia maior relevo. Neste sentido foi realizado um esforço de sensibilização de toda a equipa de enfermagem para a necessidade dos mesmos serem elaborados independentemente do método utilizado, pois tal processo correspondia a uma

¹³ Neste hospital era preconizada a utilização da CIPE na elaboração dos planos de cuidados. Há cerca de 7 anos, que existe um grupo de trabalho que tem desenvolvido um projeto no sentido da informatização das notas de enfermagem segundo a linguagem da CIPE.

metodologia científica que valorizava, não só, os cuidados prestados, mas que contribuía para bons cuidados, e conseqüentemente, melhores resultados de saúde para todos os clientes. Neste sentido, a equipa de enfermagem foi também informada, nas respetivas sessões de formação e em momentos informais, que estava atualmente em marcha a informatização do processo de enfermagem, nomeadamente do plano de cuidado, e que a sua efetivação estaria para breve. Tal fato permitiria responder positivamente às diversas questões apontadas pelos enfermeiros relativamente à questão do tempo despendido com o plano de cuidados. Assim, após tal atividade, onde foram sugeridas alterações e discutidas algumas limitações, foi desenvolvido um MER, adaptado ao serviço de Medicina, com as seguintes características:

- ✓ A cada cliente será atribuído, no momento da admissão, um enfermeiro de referência;
- ✓ O período que decorre entre a atribuição de um cliente e o momento em que o enfermeiro de referência contata com o seu cliente não pode ser superior a 3 turnos;
- ✓ Cada enfermeiro só pode ser referência de, no máximo, 2 clientes. Excetuam-se os casos em que o número de enfermeiros chefe de equipa e os seus segundos elementos não são em numero suficiente para que o anterior ponto seja cumprido;
- ✓ O enfermeiro de referência fica responsável por avaliar, planear, coordenar, executar e reavaliar (processo de enfermagem) todos os cuidados de enfermagem aos seus clientes, desde o momento da admissão até à alta hospitalar, e não apenas durante o seu turno (caso do método individual).
- ✓ O processo de enfermagem (avaliar necessidades, planear, executar e reavaliar) é o instrumento de trabalho central na prestação de cuidados pelo enfermeiro de referência;
- ✓ Quando o enfermeiro de referência está ausente do serviço por um período inferior a 72 horas, os cuidados aos seus clientes são assegurados pelos restantes enfermeiros, que assumem a responsabilidade pelos mesmos e seguem as linhas gerais do plano de cuidados pré-estabelecido pelo enfermeiro de referência;

- ✓ Quando o enfermeiro de referência está ausente do serviço por um período superior a 72 horas, os clientes a ele atribuídos são redistribuídos por outros enfermeiros de referência (ver critérios de redistribuição de clientes no ponto 9).

- Colaboração na elaboração da versão final de um manual de orientação à implementação do MER no serviço - Experimentado, discutido, refletido e acordado todo o processo envolvido no MER procedeu-se à elaboração do manual de orientação à implementação do respetivo método (Apêndice XXIV). O manual foi desenvolvido com a finalidade de promover a excelência do exercício profissional e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados a todos os clientes, ser um manual de consulta e leitura rápida e orientador à implementação do MER neste serviço. Como objetivos o manual pretende estabelecer as linhas orientadoras da adaptação e operacionalização do MER ao serviço de medicina, orientar os elementos da equipa de enfermagem sobre o MER e a sua importância no sucesso dos cuidados prestados aos clientes, definir as competências dos enfermeiros de referência e o seu papel em cada fase de internamento do cliente e identificar os principais instrumentos de trabalho que servem de base à prestação de cuidados de enfermagem pelo enfermeiro de referência.

Na elaboração do manual existiu um enorme esforço para tornar a consulta e leitura do mesmo como um processo simples e rápido. Neste sentido optou-se por dividir o documento pelos pontos essenciais que importava reter e clarificar para a operacionalização do MER. Assim, estruturalmente, o manual é constituído por doze partes:

1. Métodos de organização do trabalho de enfermagem;
2. Objetivos do método por enfermeiro de referência;
3. Competências gerais do enfermeiro referência;
4. Orientações ao papel do enfermeiro de referência na admissão do cliente;
5. Orientações ao papel do enfermeiro de referência durante o internamento do cliente;
6. Orientações ao papel do enfermeiro de referência no dia da alta hospitalar do cliente;

7. Características do método por enfermeiro de referência no serviço;
8. Identificação dos enfermeiros de referência;
9. Critérios de atribuição de clientes aos enfermeiros de referência;
10. Diagrama de operacionalização do MER;
11. Bibliografia;
12. Instrumentos de apoio à prestação de cuidados pelo enfermeiro de referência (Lista de atribuição dos clientes, folha de colheita de dados de enfermagem, folha de plano de cuidados e folha de nota de alta)

A lista de atribuição de clientes e a folha de plano de cuidados, utilizados como instrumentos de apoio à utilização do MER, foram desenvolvidos no decurso do processo de elaboração do manual. No entanto, outros instrumentos como a folha de colheita de dados de enfermagem e a folha de nota de alta eram já utilizados pelo serviço de Medicina, pelo que foram adotados.

Importa ainda salientar que incluído neste manual, mais precisamente no capítulo 10, encontra-se o diagrama de operacionalização do MER no serviço de Medicina. Este corresponde a uma representação visual esquematizada de todos os passos necessários e essenciais para a aplicação do respetivo método e, por conseguinte, facilita a sua visão global e aplicabilidade. Tal diagrama deverá, por isso, ser exposto na sala de trabalho de enfermagem, por forma a estar permanentemente acessível a toda a equipa.

Atividade 8 - Realização de uma sessão de formação à equipa multidisciplinar sobre o MER e o Manual de Orientação à Implementação do MER (MOIMER) (Apêndice XXV)

Após o processo de conclusão do MOIMER importava apresentá-lo a toda a equipa multidisciplinar do serviço, para que a mesma se familiarizasse com o método e compreendesse toda a sua dinâmica de funcionamento. A implementação de um novo método de trabalho deverá ser do conhecimento de todos pois implica uma nova estratégia de cuidar o cliente e, por conseguinte, diferentes formas de relacionamento com as equipas multidisciplinares. Era importante que estas equipas entendessem que com o novo MER proposto cada cliente passaria a ter, durante todo o internamento, um enfermeiro de referência responsável pelo seu plano de

cuidados de enfermagem. Assim, cada elemento dessas equipas multidisciplinares deveria ter conhecimento do enfermeiro de referência de cada cliente, no sentido de trabalhar com o mesmo em parceria nos cuidados aos respetivos clientes. A realização da sessão de formação à equipa multidisciplinar serviu esse mesmo propósito: apresentar o documento de orientação à implementação do MER a toda a equipa multidisciplinar e explicar todos os pontos essenciais que constituem o MOIMER.

Apraz ainda acrescentar que esta atividade constituiu-se como um momento importante e oportuno no processo de integração e motivação da equipa multidisciplinar relativamente ao novo método de trabalho, assim como para promover a adesão ao mesmo.

Resultados: A sessão de formação serviu para a apresentação oficial do MOIMER, nomeadamente a sua composição estrutural e de conteúdo. Esta ocorreu no respetivo serviço e teve a participação de poucos elementos da equipa multidisciplinar, pelo que uma segunda ação de formação se impunha como um ato imperativo no futuro processo de implementação do MER. No entanto, associadas às contingências do tempo de estágio tal sessão de formação acabou por não ser efetivada. Apesar da fraca adesão da equipa multidisciplinar, a equipa de enfermagem aderiu à formação e, pela análise realizada à avaliação escrita dos presentes (Apêndice XXVI), considerou-a como bastante positiva em diversos pontos, como o conteúdo, a aplicabilidade dos temas, a correspondência às expectativas, a satisfação global, entre outros. Tal avaliação demonstrou que o esforço realizado no sentido de promover a aceitação e motivação da equipa para a adoção do MER, foi aparentemente conseguida, perante a maioria dos presentes. Contudo como já foi referenciado anteriormente os processos de mudança e aceitação são complexos, exigem estratégias e políticas de continuidade e acompanhamento. Pelo que, apesar da aparente satisfação da equipa de enfermagem para com o MER, um futuro processo de implementação do método, baseado no MOIMER, será sempre tendencialmente difícil e exigente, pelo que deverá ser minuciosamente gerido, ou seja, planeado, organizado, liderado e o controlado.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS - DO CONHECIMENTO À COMPETÊNCIA

A aquisição de competências requer sempre um caminho alicerçado no conhecimento e na ação em determinado contexto. Ora este 3º capítulo, denominado “*do conhecimento à competência - considerações finais*”, faz uma reflexão crítica e global sobre todo o estágio, com especial incidência nos conhecimentos, atividades e competências de gestão alcançadas.

Ao longo do estágio foram diversos os conhecimentos adquiridos. Salienta-se três grandes áreas: nova gestão pública e a enfermagem; a GRH em enfermagem; a OCE e o MER.

O contexto externo à organização e o seu conhecimento é uma matéria importante para atividade de um gestor de qualquer área, designadamente de enfermagem (Stoner & Freeman, 1999). Neste sentido, importa que o enfermeiro gestor conheça o contexto histórico, político, económico e legal de saúde.

Em Portugal o marco mais importante para a saúde aconteceu em 1979 com a criação do SNS. A partir deste momento o Estado passou a proporcionar, a toda a população, a proteção e o acesso gratuito e universal aos cuidados de saúde. Tal papel ativo e interventivo do Estado na sociedade e saúde da época derivavam do facto de ser um Estado-providência¹⁴ e, por efeito, ter o objetivo de assegurar a resolução de todos os problemas sociais e zelar pelo bem-estar da população (Madureira & Rodrigues, 2006; Araújo, 2005). Esta reorganização dos papéis do Estado na saúde e a grave crise da década de 70 desencadeou elevados défices orçamentais no País e, progressivamente, uma maior ineficiência e ineficácia do SNS. No entanto, tal problema também se verificou em vários outros países mundiais com sistemas de saúde idênticos. Como resposta a tal dificuldade, a partir dos anos 80, foram surgindo novas formas de organizar e olhar as funções do Estado. A NGP foi o exemplo de uma das mais conhecidas e relevantes filosofias de gestão. Em Portugal só a partir do início deste milénio é que se tornou mais visível o esforço em desenvolver políticas de saúde baseadas em alguns conceitos desse modelo de gestão pública (Correia, 2009; Frederico-Ferreira & Silva, 2012). A nível

¹⁴ Também conhecido por Estado-Social ou Estado de Bem-estar.

das organizações de saúde essas novas reformas têm influenciado diretamente os enfermeiros e a sua gestão em matérias como a carreira profissional, os vínculos institucionais, os regimes de remuneração e a prática de cuidados (Carvalho, 2008; Dec.- Lei n.º 247/2009; Dec.- Lei n.º 248/2009; Frederico-Ferreira & Silva, 2012).

Os enfermeiros como a classe profissional de maior representatividade nos hospitais têm uma influência importante nos mesmos. Estes são profissionais com diversa formação profissional e que realizam inúmeras atividades no contexto organizacional. Percebe-se, por isso, a necessidade da existência de enfermeiros que tenham especial atenção pelos seus recursos humanos e pelos processos que presidem a uma gestão de cuidados de qualidade.

A GRH, a nível da enfermagem, é da responsabilidade da gestão estratégica/topo, a intermédia e a operacional. Transversalmente ao seu nível, os enfermeiros gestores, têm influência direta no funcionamento dos serviços e na satisfação/motivação dos enfermeiros e, indireta, na qualidade dos cuidados fornecidos aos clientes (O'Donnell, Livingston, Bartram, 2012). A missão e função de um enfermeiro de gestão consistem, respetivamente, em proporcionar condições aos enfermeiros para o desenvolvimento de competências que melhorem o exercício profissional, e dedicar-se ao serviço e aos enfermeiros por forma a promover o sucesso de ambos, num determinado contexto organizacional (Hesbeen, 2001). A gestão destes recursos, constituídos por pessoas singulares com experiências, culturas, conhecimentos e competências diferentes (Chiavenato, 1999; Mezomo, 2001), é complexa e distingue-se dos demais. Como tal, a mesma impõe ao seu gestor capacidades técnicas, cognitivas e relacionais, por forma, a promover a colaboração eficaz das pessoas no sentido de atingirem os objetivos individuais e organizacionais (Katz, 1955).

O enfermeiro de GRH tem o papel principal e fundamental na OCE de uma instituição ou unidade de cuidados, sendo que, de acordo com os objetivos da organização, as características dos clientes e da equipa, e a sua conceção de cuidados, o mesmo deve proceder à escolha de um método que promova a qualidade dos cuidados prestados. A metodologia de trabalho é, de facto, segundo a OE (2001), um aspeto que promove qualidade aos cuidados. São diversos os métodos de trabalho mais conhecidos. Neste estágio optou-se por um método de

trabalho que se centra nas necessidades dos clientes: o MER. Este método foi desenvolvido por Marie Manthey, em 1968, e caracteriza-se por quatro princípios básicos: a aceitação e atribuição da responsabilidade a um enfermeiro de referência, por todas as decisões clínicas tomadas relativamente ao cliente; o desenvolvimento de cuidados de enfermagem diários utilizando o método individual de trabalho; a comunicação “*Person-to-person*” (pessoa a pessoa); a existência de um enfermeiro responsável, durante todo o seu internamento, pelos cuidados prestados ao cliente. Neste método três ou quatro clientes são atribuídos a enfermeiros de referência que ficam responsáveis por elaborarem um plano de cuidados de enfermagem. Na sua ausência, os seus clientes são atribuídos a outros enfermeiros que seguem o plano de cuidados pré-estabelecido para cada cliente, fazendo algumas alterações ao mesmo caso se justifique (Manthey, 2010).

A seleção do MER, como metodologia principal deste trabalho, foi fruto de uma escolha pensada, após análise das características dos diversos métodos e confrontação com os enunciados que a OE (2001) considera como promotores de cuidados de qualidade. No entanto, foi possível perceber, não apenas pela pesquisa bibliográfica como também pela atividade de observação da dinâmica do método no serviço de Neurologia, que o mesmo, ou qualquer outro método, não é significado de elevado desempenho profissional ou qualidade. O primeiro ponto é explicado pelo empenho de cada enfermeiro na prestação de cuidados e o segundo ponto, pelas múltiplas interpretações que o termo qualidade adquire.

Os conhecimentos teórico-práticos mobilizados, durante o curso de mestrado e estágio, constituíram-se como fundamentais para o desenvolvimento de competências na área da gestão em enfermagem, designadamente a nível da GRH e OCE. Contudo não se adquire competências sem ação, isto é, sem a aplicação dos saberes teóricos e práticos a um contexto ou situação. Neste sentido, considerando o objetivo geral e os específicos delineados para os dois estágios, em Neurologia e Medicina, foram realizadas uma série de atividades, com responsabilidade profissional, ética e legal, nas seguintes áreas de competência: gestão de serviços; gestão de equipas e de cuidados; gestão de projetos; e formação e desenvolvimento profissional.

Todas as atividades foram desenvolvidas com responsabilidade profissional, ética e legal e, por efeito, assentes num corpo de conhecimentos resultantes de uma pesquisa exaustiva em bases de dados *online*, artigos e livros científicos, e no cumprimento dos princípios deontológicos da profissão. Tais aspetos foram visíveis na preocupação de realizar todo o estágio após as respetivas autorizações para os mesmos; pelos consentimentos informados e esclarecidos apresentados durante os estágios; pela preocupação, durante as atividades, de cumprir o papel esperado de aluno; e de desenvolver um conjunto de atividades de adaptação do MER considerando a liberdade de escolha e a dignidade do cliente.

As atividades direcionadas para as competências de gestão de serviços passaram pela observação das tarefas da enfermeira chefe associadas à gestão do serviço e dos respetivos recursos humano; a consulta de legislação e de regulamentos aplicáveis à GRH de enfermagem; e a elaboração de escalas mensais da equipa subordinada à enfermeira chefe. Esta última atividade permitiu explorar o programa de gestão do horário dos enfermeiros e assistentes operacionais e perceber, por intermédio de uma entrevista informal à enfermeira chefe do serviço de medicina, quais os princípios inerentes à elaboração da escala mensal.

As competências de gestão de equipas e de cuidados resultaram de atividades transversais aos estágios de Neurologia e Medicina. O primeiro estágio, direcionado para a área de gestão de cuidados, contribuiu para a compreensão de todas as dinâmicas envolvidas nos processos de planeamento, implementação, organização e supervisão do respetivo método de trabalho, através de uma entrevista semi-diretiva à enfermeira chefe sobre o processo de implementação do MER; de uma consulta à documentação sobre o MER do serviço; da observação (participativa) da dinâmica de funcionamento do MER; e de entrevistas informais aos enfermeiros de referência. No segundo serviço, as atividades centraram-se a nível dos domínios de gestão de equipas e de cuidados e passaram pela formação e gestão de um grupo de trabalho; aplicação do MER a alguns clientes do serviço; discussão e reflexão sobre a operacionalidade do MER e pela elaboração de um manual de orientação à implementação do MER.

Na área de competências da gestão de projetos incluíram-se o conjunto de atividades que permitiram a adaptação do MER ao serviço de Medicina III A e o

desenvolvimento do manual de orientação à sua implementação. Neste domínio foram demonstradas importantes capacidades de planeamento; de organização e coordenação de equipas e de cuidados; de gestão da mudança; de liderança, de negociação e motivação de equipas e de supervisão de projetos.

Incluídas no domínio da formação e desenvolvimento profissional, estão as sessões de formação realizadas no serviço de Medicina sobre o MER e o manual de orientação à implementação do MER. Estas promoveram momentos de discussão e reflexão que contribuiriam para valorização, motivação e aceitação do projeto por toda a equipa multidisciplinar. Tais formações melhoram a imagem da enfermagem, instigam o desenvolvimento da prática profissional e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

As grandes expectativas depositadas neste estágio, fruto da minha não experiência a nível da gestão em enfermagem, foram largamente correspondidas. Neste sentido, a escolha do mesmo, como modalidade de aprendizagem, e dos dois respetivos serviços, Neurologia e Medicina, demonstrou ter sido uma opção importante, acertada e fundamental no processo de aquisição e consolidação de novas competências, pois permitiram não apenas aplicar e ampliar conhecimentos de gestão, como também adquirir uma perceção real, *in loco*, dos diversos aspetos associadas à gestão em enfermagem. Assim, com o progressivo desenvolvimento do estágio e contacto com as atividades realizadas pela enfermeira chefe inúmeros aspetos importantes tornaram-se evidentes: o papel fulcral do enfermeiro chefe na segurança e qualidade dos cuidados (pois ele é responsável por gerir todos os recursos tecnológicos, económicos, materiais e humanos, e de promover a estes últimos condições que os satisfaça, motive e permita desenvolver conhecimentos e competências); a completa invisibilidade aos olhos da maioria da equipa subordinada de muitas das atividades realizadas pelo enfermeiro gestor operacional; a necessidade de uma boa gestão do tempo e das atividades a realizar, por parte do enfermeiro chefe (pois sobre este, em cada turno, são constantes as situações não programadas que exigem a sua intervenção); a figura do enfermeiro chefe como elemento de referência não apenas para a equipa subordinada como também para a restante equipa multidisciplinar; entre outros.

Considerando toda a influência, importância e complexidade das atividades realizadas pelo enfermeiro gestor a nível das organizações de saúde parece urgente e necessário que a OE defina competências de gestão e reconheça esta como uma área de especialidade em enfermagem, com igual relevância relativamente às demais e com reflexo na qualidade dos cuidados prestados. Tais ideais uniformizariam a formação nesta área, credibilizariam o papel do enfermeiro gestor e promoveriam a melhoria da qualidade da gestão em enfermagem a nível do País.

A análise retrospectiva do estágio e introspectiva das minhas atuais capacidades de gestão permitem concluir que este trabalho foi positivo, pois atingiu todos os objetivos propostos e, com isso, promoveu o desenvolvimento e ampliação de conhecimentos teórico-práticos e competências em matérias como a GRH em enfermagem, a OCE segundo o MER e o contexto económico-político envolvente às organizações de saúde.

Para concluir apraz referir que com este trabalho de mestrado, assente num longo percurso de formação teórico-prática baseada em evidência científica, espera-se ter dado um contributo importante para a melhoria dos cuidados prestados no serviço de Medicina III A, através do desenvolvimento de um conjunto de atividades que colmataram na criação do manual de orientação à implementação do MER, e para o desenvolvimento de estudos na área da gestão dos cuidados de enfermagem.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, J., F. (coordenador) (1995). *Introdução à sociologia*. Lisboa: Universidade Aberta.

Amaral, L. A. M. (1994). *Praxis: Um referencial para o planeamento de sistemas de Informação*. Braga. Apresentada na Universidade do Minho. Tese de doutoramento. Acedido a 15 de Março de 2013 em https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/49/1/PRAXIS_Amaral.pdf.

Araújo, J. F. (2005). A reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública. Universidade do Minho: Núcleo de Estudos em Administração e Políticas Públicas. Acedido a 5 de Março de 2013 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3225/1/NEAPPSerieI%289%29.pdf>.

Associação Portuguesa de Enfermeiros de Gestão e Liderança [APEGL] (2010). *Competências*. Acedido a 10 de Junho de 2012 em <http://apegel.org/documentos.aspx>.

Bezerra, F. D. (2010). Motivação da equipa e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (1), 33 - 37. Acedido a 1 de dezembro de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100006.

Carneiro, M. E. F. (2009). *Motivação dos enfermeiros: relação com o comportamento do chefe de equipa*. Vila Real. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Acedido a 10 de Julho de 2012 em http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/511/1/msc_mefcarneiro.pdf.

Carvalho, M. T. (2006). A nova gestão pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal. Aveiro. Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro. Tese de doutoramento. Acedido a 15 de Março de 2013 em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4621/1/206895.pdf>.

Carvalho, M., T. (2008). (Re)formas da burocracia: A Nova Gestão Pública e a organização hospitalar. In *Mundos sociais: saberes e práticas, VI congresso Português de sociologia*, Universidade nova de Lisboa, faculdade de ciências sociais e humanos de Lisboa, 25-28 junho. 2008. Acedido a 15 de Março de 2013 em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/179.pdf>.

Case Management Society of America [CMSA] (2002). *Standards of Practice for Case Management*. Arkansas. Acedido a 20 de Março de 2013 em <http://www.abqaurp.org/pdf/2002%20CM%20standards%20of%20practice.pdf>.

Centro de Reabilitação Profissional de Gaia [CRPG]; Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa [ISCTE] (2007). *Modelização das Políticas e das Práticas de Inclusão Social das Pessoas com Deficiências em Portugal: Gestão de Casos*. Gaia. Acedido a 19 de Março de 2012 em http://www.crbg.pt/estudosProjectos/Projectos/modelizacao/Documents/Gestao_de_casos.pdf.

Chiavenato, I. (1999). *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Editora campus.

Circular Normativa nº18/92 de 30 de Julho (1992). Norma para a elaboração de horários. N.º 18 (30-07-1992), 1-4.

CMSA (2010). *Standards of Practice for Case Management*. Arkansas. Acedido a 20 de Março de 2013 em <http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf>.

CMSA (2013). Acedido a 6 de Março de 2013 em <http://www.cmsa.org/>.

Correia, T. (2009). A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar portuguesa. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (85), 83-103.

Costa, J. S. (2004). *Métodos de Prestação de Cuidados*. Acedido a 7 de Janeiro de 2012 em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>.

Cunha, M., P., Cardoso C., C., Cunha R., C., Rego, A. (2006). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. (6ª Edição). Lisboa: Editora RH.

Decreto - Lei n.º 23/2008 de 8 de Fevereiro (2008). Cria o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E., e aprova os respetivos estatutos. *Diário da República [DR] I Série*, N.º 28 (08-02-2008), 946 a 947.

Decreto Regulamentar n.º 3/88 de 22 de Janeiro (1988). Introduce alterações substanciais no domínio dos órgãos e do funcionamento global do hospital, bem como quanto à estrutura dos serviços, *DR I Série*, N.º 18/88 (21-01-1988), 256 (2 - 11).

Decreto-Lei n.º 122/2010 de 11 de Novembro (2010). Estabelece o número de posições remuneratórias das categorias da carreira especial de enfermagem. *DR I série*, N.º 219 (11-11-2010), 5099 – 5101.

Decreto-Lei n.º 12-A/2008 de 27 de Fevereiro (2008). Estabelece os regimes de vinculação de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas. *DR I Série*, N.º 41 (27-02-2008), 1326 (2 – 27).

Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro (2005). Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respetivos Estatutos. *DR I Série – A*, N.º 249 (29-12-2005), 7323 – 7333.

Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro (2009). Estabelece o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica. *DR I Série*, N.º 184 (22-09-2009), 6758 – 6761.

Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro (2009). Estabelece o regime da carreira especial de enfermagem, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional. *DR I Série*, N.º 184 (22-09-2009), 6761 – 6765.

Decreto-Lei n.º 259/98 de 18 Agosto (1998). Estabelece as regras e os princípios gerais em matéria de duração e horário de trabalho na Administração Pública. *DR I Série - A*, N.º 189 (19-08-1998), 4053 – 4062.

Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro (1991). Aprova o regime legal da carreira de enfermagem. *DR I Série – A*, N.º 257 (08-11-1991), 5723 – 5741.

Decreto-Lei n.º 19/88 de 21 de Janeiro (1988). Aprova a Lei de Gestão Hospitalar, *DR I Série*, N.º 17/88 (21-01-1988), 248 (20 -23).

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL] (2013). *Regulamento de Mestrados*. Lisboa: ESEL.

Felli, V. E. A., & Peduzzi, M. (2005). O trabalho gerencial em enfermagem. In Kurcgant, P. (coordenadora). *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Frederico, M., & Leitão, M. A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.

Frederico-Ferreira, M., & Silva, C. F. R. D. (2012). Reformas da gestão na saúde: desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 85-93. Acedido a 5 de Março de 2013 em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserlIn8/serlIn8a09.pdf>.

George, J. B. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. (4ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas;

Gleitman, H. (1999). *Psicologia*. (4ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian de Lisboa.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Hood, C. (1991). A public management for all seasons?. *Public Administration Review*, 69 (Spring), 3-19. Acedido em 5 de Março de 2013 em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x/citedby>.

Huber, D., L. (2006). *Leadership and nursing care management*. (3ª edição). Philadelphia: Saunders.

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde [IGIF]. (2000). *Sistema de classificação de doentes em enfermagem*. Boletim informativo, 3, 14 – 16.

Katz, R., L. (1955). Skills of an Effective Administrator. *Harvard Business Review*. Pp. 33 – 42.

Kurcgant, P. (2001). As teorias de administração e os serviços de enfermagem. In Kurcgant, P., (coordenadora). *Administração em enfermagem* (pp. 3 – 21). São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.

Lee, H. & Cummings, G., G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: Asystematic review. *Journal of Nursing Management*, 16, 768–783.

Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. *DR I Série*, N.º 180 (16-08-2009), 6528-6550.

Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro (2002). Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. *DR I Série - A*, N.º 258 (08-11-2002), 7150 – 7154.

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto (1990). Aprova a lei de bases da saúde, *DR I Série*, N.º 195 (24-08-1990), 3452-3465.

Lei n.º 55-A/2010 de 31 de Dezembro (2010). Aprova a Lei do Orçamento do Estado para o ano de 2011, *DR I Série*, N.º 253 (31-12-2010), 6122 (1) – 6122 (322).

Lei n.º 59/2008 de 11 de Setembro (2008). Aprova o regime de contrato de trabalho em funções públicas. *DR I Série*, N.º 176 (11-09-2008), 6524 – 6630.

Lei n.º 07/2009 de 12 de Fevereiro (2009). Código do trabalho. *DR I Série*, N.º 30 (12-02-2009), 926 – 1029.

Madureira, C., & Rodrigues, M. (2006). A Administração Pública do século XXI: Aprendizagem organizacional, mudança comportamental e reforma administrativa. *Comportamento organizacional e gestão*, 12 (2), 153-171.

Magalhães, A. M. M., Riboldi, C. O. & Dall'agnol, C. M. (2009). Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Revista brasileira de enfermagem* [online]. 62 (4), 608-612. Acedido a 19 de Julho de 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400020&lng=en&nrm=iso.

Manthey, M. (1973). Primary nursing is alive and well in the hospital. *The American journal of nursing*, 73 (1), 83-87.

Manthey, M. (2009). The 40th anniversary of primary nursing: setting the record straight. *Creative nursing*, 15 (1), 36-38.

Manthey, M. (2010). *The practice of primary nursing*. (2º edition). Minneapolis: Creative health care management.

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2009). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins.

Massarollo, M. C. K. B. & Kurcgant, P. (1991). Escalas de distribuição de pessoal de enfermagem. In *Kurcgant P, coordenadora. Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, 107-15.

Matos, E. & Pires, D. (2006). Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15 (3), 508-514. Acedido a 10 de Julho de 2012 em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300017&lng=en&tlng=pt.

Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde, Principios Basicos*. Brasil: Manole.

Natércia G. (2012). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: norma APA*. Lisboa: ESEL.

O'Donnell, D. M., Livingston, P. M. & Bartram, T. (2012). Human resource management activities on the front line: A nursing perspective. *Contemporary nurse*, 41 (2), 198-205.

OE. (2010). *Secção Regional do Norte reúne com a Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança*. Acedido em 10 Junho de 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/Paginas/GestoreseLideran%C3%A7a.aspx>.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2012). *Perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem*. Lisboa.

Paiva, S. M. A., Silveira, C. A., Gomes, E. L. R., Tessuto, M. C. & Sartori, N. R. (2010). Teorias administrativas na saúde. *Revista de Enfermagem*. 18(2). 311-6. Recuperado a 12 de Julho de 2012 em <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a24.pdf>.

Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.

Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. (3ª edição). Lisboa: Gradiva.

Ribeiro, O. P., Carvalho, F. M., Ferreira, L. M. M. & Ferreira, P. J. M. (2008). Qualidade em saúde. *Revista do ISPV [online]*. 35. Acedido a 6 de Julho de 2012 em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium35/7.pdf>.

Rodrigues, A., e Esteves, M. (1993). *Análise das Necessidades na Formação de Professores*. Porto: Porto Editora.

Rubio, M. E., Zampieri, R. C., Figueiredo A., Toressani, J. & Cruz, M. (2011). A satisfação do paciente idoso com relação ao modelo de assistência de enfermagem baseado no Sistema Primary Nursing. *Revista Kairós Gerontologia*. 14(4). 197-208. Acedido a 12 de Julho de 2012 em <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/10099>.

Ruquoy, D. (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In Albarello, L., Almeida, J. S. & Baptista, L. *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. (pp.84-116) Lisboa: Gradiva.

Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). *Nurse staffing and quality of patient care*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Acedido a Março de 2013 em <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/nursestaff/nursestaff.pdf>.

Silva, A. (2001). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Tese de doutoramento.

Simões J. (2008). A prestação de cuidados de saúde em Portugal. *Acção Médica* 72 (2), 95-106. Acedido a 6 de março de 2013 em http://csgois.web.interacesso.pt/textos/artigo_pcsp_am_2008.pdf.

SISQUAL (2011). *Improve quality of care whilst reducing labor cost*. Acedido a 15 de Março de 2013 em http://www.sisqual.com/images/setores/brochuras/eng/leaflet_healthcare_nov2011.pdf.

Sotomayor, A. M., Rodrigues, J., & Duarte M. (2013). *Princípios de Gestão das Organizações*. Rei dos livros.

Stoner, J. A. F. & Freeman, R. E. (1999). *Administração*. (5ª edição). Rio de Janeiro: LTC editora.

Tappen, R. M. (2005). *Liderança e Administração em Enfermagem: Conceito e Prática*. (4ª edição). Loures: Lusociência.

Teixeira, S. (2010). *Gestão das organizações*. (2ª edição). Lisboa: Verlag Dashöfer Portugal.

APÊNDICES

**Apêndice I - Alterações significativas à anterior lei de bases da
saúde de 1990**

Alterações significativas à anterior lei de bases da saúde de 1990

A atual lei de bases da saúde (Lei n.º 27/2002) apresenta diversas alterações relativamente à anterior lei (Lei n.º 48/90), tais como, um novo formato de gestão e financiamento hospitalar, a avaliação de desempenho e de mérito, a promoção de um sistema de incentivos, a responsabilização dos diretores de serviços e término do mandato em caso de incumprimento de objetivos delineados. Com esta Lei são definidos quatro figuras jurídicas para todos os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados públicos: hospitais do setor público administrativo, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial; Hospitais públicos de natureza empresarial, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial; sociedades anónimas de capitais públicos; hospitais privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos (Lei n.º 27/2002). Estas medidas pretendem promover a descentralização das competências da Administração Pública para um nível micro, o conselho de administração da organização hospitalar. Este órgão jurídico passa a assumir um papel mais autónomo e responsável na gestão hospitalar (Correia, 2009). O financiamento das três figuras jurídicas identificadas na Lei de Bases da Saúde é realizado através de contratos-programa. Estes correspondem a um negociação celebrada entre o Estado e a organização hospitalar, onde o primeiro se compromete a financiar o segundo desde que este cumpra com as metas qualitativas e quantitativas acordadas (Lei n.º 27/2002).

Apêndice II - Carreira profissional dos enfermeiros

Carreira profissional dos enfermeiros

As últimas grandes alterações relativas aos regimes de vinculação, de carreiras e de remuneração dos enfermeiros, fruto da necessidade e vontade do Estado de enquadrar tais regimes aos novos modelos de gestão pública, foram efetivadas através da Lei n.º 12 - A/2008, de 27 de Fevereiro, e dos Dec.- Lei n.º 247/2009 e n.º 248/2009, ambos de 22 de Setembro. A primeira das leis veio estabelecer os novos regimes de vinculação, de carreiras e remuneração de todos os trabalhadores que exercem funções públicas, nomeadamente, os das carreiras especiais, caso da enfermagem. O segundo Dec. - Lei, tendo como base a anterior Lei, veio estabelecer o regime da carreira especial de enfermagem de todos os enfermeiros a exercer funções públicas, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional. O terceiro Dec. Lei define o regime legal das carreiras de todos os enfermeiros vinculados às entidades públicas empresariais e às parcerias em saúde, apresentando-se com o objetivo de garantir aos enfermeiros um percurso comum de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica, bem como facilitar a mobilidade interinstitucional. A anterior lei e decretos-lei contribuíram para a criação de uma carreira única de enfermagem independente do tipo de relação/vínculo contratual com a instituição. No novo regime da carreira de enfermagem passam, assim, a existir apenas duas categorias: a de enfermeiro e a de enfermeiro principal. As categorias de enfermeiros supervisor e chefe, associados à função pública, transitam para a nova carreira e são regulados pela mesma não sendo os mesmos, no entanto, englobadas nas novas categorias, de enfermeiro e enfermeiro principal.

Apêndice III - Vínculos institucionais dos enfermeiros

Vínculos institucionais dos enfermeiros

Atualmente o vínculo dos enfermeiros às organizações de saúde resume-se a dois tipos de contratos principais: o contrato de trabalho em funções públicas (CTFP) e o contrato individual de trabalho (CIT). O CTFP obedece juridicamente às leis n.º 12 - A/2008, de 27 de Fevereiro, e n.º 59/2008, de 11 de Setembro, e corresponde aos contratos dos atuais “funcionários públicos”. O CIT está subordinado à lei geral do trabalho (Lei n.º 7/2009) e pode assumir diferentes modalidades: a tempo indeterminado, resolutivo, certo ou incerto. Este último começou a surgir como resultado das transformações introduzidas na natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde pela Lei de Bases da Saúde n.º 27/2002, de 8 de Novembro. Segundo Frederico-Ferreira e Silva (2012) os novos modelos de gestão dão preferência aos contratos individuais de trabalho temporários comparativamente aos contratos por tempo indeterminado.

Apêndice IV - Regimes de remuneração dos enfermeiros

Regimes de remuneração dos enfermeiros

O regime de remuneração dos enfermeiros depende da relação jurídica que o enfermeiro tem com a organização de saúde. Os enfermeiros com CTFP regulam juridicamente o seu regime remuneratório pelo Dec. - Lei n.º 122/2010, de 11 de Novembro. Este Dec. - Lei que surge como um desenvolvimento jurídico do Dec. - Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro, veio, entre outros, especificar algumas regras associadas à carreira especial de enfermagem e determinar os níveis salariais. Neste sentido os enfermeiros passam a ter onze níveis salariais e os enfermeiros principais apenas cinco. Importa referir que a base de progressão através das diferentes posições remuneratórias depende do resultado da avaliação de desempenho, que no caso dos enfermeiros com CTFP se orienta pelo Sistema integrado de gestão e avaliação da Administração Pública (SIADAP) (Dec. - Lei n.º 248/2009). Os enfermeiros com CIT, de momento, apesar de terem legislação que define os termos da carreira profissional pelo Dec. - Lei n.º 247/2009 ainda aguardam o desenvolvimento jurídico de alguns pontos desse mesmo decreto, nomeadamente, a tabela das posições remuneratórias e o sistema de avaliação de desempenho que permitirá as progressões. Contrariamente aos enfermeiros com CTFP, os enfermeiros com CIT seguem as regras do código geral de trabalho (Dec. - Lei n.º 247/2009). Neste sentido o desenvolvimento jurídico necessário ao Dec. - Lei n.º 247/2009 deverá resultar de um acordo coletivo de trabalho entre as associações sindicais e o ministério da saúde (Lei n.º 7/2009). Nesse acordo deverá contar questões como os regimes remuneratórios e de avaliação de desempenho, a carga horária, entre outros pontos.

Apêndice V - Prática de cuidados dos enfermeiros

Prática de cuidados dos enfermeiros

Os novos modelos de gestão das organizações hospitalares têm, também, vindo a modificar as práticas dos enfermeiros. Este grupo profissional está cada vez mais sujeito a avaliações que têm em conta não apenas as suas competências técnico-científicas para prestar cuidados de enfermagem, mas também as suas capacidades para fazerem melhor com menos recursos, ou seja, procurarem a excelência, a eficácia e a eficiência dos cuidados de saúde prestados (Frederico-Ferreira & Silva, 2012).

Apêndice VI – As atividades básicas da GRH

As atividades básicas da GRH

As atividades básicas da GRH são habitualmente seis: o planeamento; recrutamento e seleção; acolhimento e integração; formação; avaliação de desempenho e gestão de carreira.

O **planeamento** pretende assegurar, qualitativa e quantitativamente, as necessidades adequadas de enfermeiros aos serviços de forma a não comprometer os cuidados (Frederico & Leitão, 1999). Esta atividade preocupa-se assim com a dotação e cálculo de pessoal de enfermagem, bem como com a realização das escalas mensais, diárias e de férias. Neste processo são tidos em consideração aspetos externos e internos ao serviço. Este tipo de atividade é fundamental pois influencia diretamente os próprios profissionais e indiretamente os clientes. Segundo Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, e Wilt (2007) existe uma ligação entre o adequado rácio de enfermeiro/cliente e a probabilidade de desenvolvimento de *stress*, *burnout*, insatisfação, desmotivação por parte dos profissionais, com conseqüente perda da qualidade dos cuidados e segurança do cliente.

O **recrutamento e seleção** são dois processos interligados que visam respetivamente procurar/atrair e escolher um candidato com as competências adequadas a determinado lugar na organização. No caso do processo de recrutamento este obedece às necessidades detetadas pela organização em termos de pessoas, pelo que quando o mesmo se inicia já são conhecidas os critérios de escolha (seleção) dos diversos candidatos (Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013). O recrutamento pode ser interno e externo à organização, no entanto, Sotomayor, Rodrigues e Duarte (2013) salientam que deve ser utilizada uma fórmula mista, ou seja, o recrutamento interno e externo com o propósito de potenciar as vantagens de cada um dos tipos e minimizar as suas desvantagens. A seleção corresponde à fase final do recrutamento, isto é, ao momento de tomada de decisão e conseqüente escolha do candidato que reúna as melhores competências técnicas e comportamentais para ocupar o lugar em questão na organização. Os métodos utilizados neste processo são agrupados em métodos simples e holísticos. Os primeiros avaliam apenas as competências técnicas ou as competências

comportamentais. Os segundos métodos fazem uma análise global de ambas as competências técnicas e comportamentais (Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013). Em enfermagem o recrutamento dos enfermeiros ocorre em dois processos: concursal e de seleção. O primeiro ocorre no caso dos enfermeiros que concorram à Função Pública e portanto estabeleçam regimes jurídicos de CTFP. Neste tipo de recrutamento os requisitos e trâmites do curso são estabelecidos por portaria dos membros do Governo responsáveis pela Administração Pública e da saúde (Lei n.º 248/2009). O segundo processo de recrutamento é realizado por decisão autónoma da própria entidade de saúde que contrata (Dec. - Lei n.º 233/2005) e diz respeito aos enfermeiros que venham a celebrar CIT (Lei n.º 247/2009).

O processo de **acolhimento e integração** na organização atualmente tem uma importância diferente comparativamente a períodos anteriores da história da GRH. A esta etapa, que se inicia durante o recrutamento, atribui-se enorme importância, pois permite que os candidatos tomem conhecimento das suas futuras funções e dos princípios que orientam toda a organização de forma a não serem criadas falsas expectativas e, com isso, futuros problemas de motivação e envolvimento das pessoas (Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013). Em suma, trata-se de uma atividade que tem como finalidade promover a socialização da pessoa, isto é, a integração de pessoa num determinado contexto através da compreensão do mesmo (Gleitman, 1999).

A **formação** das pessoas da organização é um processo que ganha cada vez mais importância no seio das organizações como resultado dos novos princípios de gestão baseados na valorização das pessoas e nas suas potencialidades em termos estratégicos. Marquis e Huston (2009) referem que atualmente tem crescido um novo conceito de organização que dá ênfase à aprendizagem. Este conceito denominado *Learning Organizations*¹⁵ considera que a aprendizagem deve constituir-se como um princípio central de toda a organização e que através dela que consegue alcançar a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos clientes. Neste tipo de organizações os gestores devem assim criar condições para a formação e conseqüente aprendizagem de todos as pessoas da organização.

¹⁵ Conceito introduzido pela primeira vez por Senge, em 1994 (Marquis & Huston, 2009).

Segundo Wilkinson, Rushmer & Davies (2004, cit, por Marquis & Huston, 2009) as LO têm uma melhor capacidade de se adaptarem às mudanças, exploram novas oportunidades de desenvolvimento, aprendem com os erros, melhoram a qualidade dos serviços e maximizam o contributo dos recursos humanos. O direito à formação em enfermagem é contemplado em termos legislativos (Dec. - Lei n.º 248/2009; Lei n.º 7/2009). Independentemente do tipo de vínculo profissional, cada enfermeiro tem direito a um mínimo de horas/dias de formação continua na área. Os enfermeiros com CTFP têm contemplado 15 dias anuais (Dec. - Lei n.º 248/2009) e os enfermeiros com CIT um mínimo de 35 horas anuais (Lei n.º 7/2009). Existem também legislação que estabelece os parâmetros legais do estatuto de trabalhador-estudante. Este estatuto confere uma serie de regalias aos enfermeiros que facilitam a sua formação (Lei n.º 59/2008; Lei n.º 7/2009).

A **avaliação de desempenho** corresponde a um processo que possibilita determinar a performance das pessoas. Assim, permite analisar as atividades de cada pessoa dentro da organização e determinar se estas estão de acordo com o esperado. Este processo promove informação que pode ser utilizada para fazer reajustes salariais, promoções, transferências de serviços, ações disciplinares e rescisão de contratos (Marquis & Huston, 2009). As avaliações de desempenho devem incluir quatro fases interligadas: a definição de objetivos, os meios para atingir tais objetivos, acompanhamento e feedback e a avaliação propriamente dita. Os métodos de avaliação desempenho podem ser agrupados em tradicionais e modernos. Os primeiros são orientados para o passado e para os comportamentos e os segundos apenas para os resultados. Normalmente a avaliação de desempenho é realizada com base na mistura destes dois tipos de métodos (Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013). Na enfermagem a avaliação o método de avaliação de desempenho depende do tipo de regime jurídico que este tem com a organização. No caso dos CTFP é utilizado o SIADAP (Dec. - Lei n.º 248/2009). Os enfermeiros com CIT ainda não têm um sistema de avaliação de desempenho legislado.

A **gestão da carreira** é outra área importante associada à GRH. Marquis e Huston (2009) consideram que um profundo envolvimento profissional e o desenvolvimento da carreira são dois aspetos relacionados. Para estes autores o

desenvolvimento da carreira exige a elaboração de um plano da respetiva carreira que envolve tanto a pessoa em causa como a organização. Tal plano permite analisar e explorar a carreira individual, bem como criar novas possibilidades de progressão e desenvolvimento. Posto isto é importante que os enfermeiros gestores tenham assim presente que a gestão das carreiras é um processo importante que interfere positivamente com questões relacionadas com o individuo (reduz situações de burnout e atrito na equipa) e a organização (aumenta a qualidade dos cuidados) (Marquis & Huston, 2009). Atualmente as organizações têm vindo, de fato, a preocupar-se cada vez mais com os projetos de carreira individuais, pois têm a perceção que tal envolvimento na gestão de carreiras condiciona positivamente o sucesso organizacional (Frederico & Leitão, 1999; Marquis & Huston, 2009). As carreiras de enfermagem estão claramente legisladas em dois Decretos-Lei, o n.º 247/2009 e o n.º 248/2009, correspondendo respetivamente o primeiro aos enfermeiros com CIT e o segundo aos enfermeiros com CTFP.

Apêndice VII – Atividades básicas da gestão

Atividades básicas da gestão

As atividades básicas da Gestão são o planeamento, organização, liderança e controlo.

O **planeamento** refere-se à capacidade dos gestores determinarem antecipadamente os seus objetivos e a forma de os concretizarem (Tappen, 2005). O mesmo autor acrescenta ainda que planejar é uma atividade importante para uma gestão eficiente. Os planeamentos exigem capacidades de raciocínio, reflexão e análise (Kurcgant, 2001), pois é um processo que implica um estudo da situação, avaliação dos recursos disponíveis, definição de objetivos e respetivas prioridades, determinação das atividades a desenvolver e dos meios necessários à sua efetivação (Frederico & Leitão, 1999).

A **organização** traduz-se pela capacidade de distribuir o trabalho, autoridade e recursos pelas pessoas da instituição, de forma a serem atingidos os objetivos previamente planeados. Através da organização o gestor operacionaliza o seu plano, mobilizando todos os recursos e dispondo-os para que as pessoas certas, com as competências e os recursos certos, atinjam os objetivos pretendidos (Teixeira, 2010).

A **liderança** demonstra-se pela habilidade de influenciar e motivar os trabalhadores no sentido de atingirem os objetivos organizacionais pretendidos. Liderar envolve assim habilidades de comunicação, motivação e gestão de conflitos (Teixeira, 2010). Esta é uma competência tão importante no processo de gestão que frequentemente se confunde o gestor com o líder. Assim, importa clarificar que o gestor corresponde a um posição formal dentro da organização que assume diferentes funções onde ser líder corresponde a uma delas. Assim, isto significa que liderar é uma competência exigida num bom gestor, mas que este pode ou não demonstrar. Do mesmo modo um líder, que demonstra enorme capacidade para lidar com pessoas e influenciar o seu comportamento, pode não tem capacidades de exercer determinadas funções de gestão (Tappen, 2005; Teixeira, 2010). Ao longo dos anos foram muitas as teorias que tentaram explicar e compreender o fenómeno da liderança, tais como: a das características; do comportamento; motivacionais;

situacionais; transformacionais; entre outras (Teixeira, 2010). Relativamente a liderança são ainda definidos diferentes estilos: o autocrático, o democrático, o participativo e o *laissez-faire* (Teixeira, 2010).

O **controlo** corresponde à monitorização das atividades e à sua confrontação com os objetivos presentes no plano. Este processo passa por definir padrões de desempenho, avaliar e comparar o desempenho com os padrões pré-estabelecidos e atuar, caso necessário, no sentido corretivo (Frederico & Leitão, 1999; Teixeira, 2010). Os padrões são criados para definir, em termos numéricos ou qualitativos, os resultados esperados de determinados departamentos ou pessoas de uma organização. Estes funcionam assim como unidades de medida e podem ser estabelecidos em termos quantitativos, qualitativos, financeiros, temporais, entre outros (Teixeira, 2010).

**Apêndice VIII – Competências de enfermeiros gestores segundo a
APEGEL**

Competências de enfermeiros gestores segundo a APEGEL

Em 2009, a APEGEL apresentou à OE uma proposta de um referencial de competências e de clarificação do conteúdo funcional dos enfermeiros gestores aos três níveis de exercício: estratégico, intermédio e operacional. A APEGEL, cuja missão é ser um centro de reflexão e intervenção dos enfermeiros gestores no sentido de maximizar a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, com a proposta deste referencial, tinha como pretensões estabelecer um conjunto de competências específicas para todos os enfermeiros que assumem funções de gestão aos três níveis, e discuti-las com a OE, na tentativa de serem consideradas e aprovadas (OE, 2010).

O referencial apresentado pela APEGEL propõe um conjunto de dez competências aos enfermeiros que exercem atividades de gestão a nível estratégico, intermédio e operacional. Segundo esta associação a finalidade de um enfermeiro gestor consiste em garantir a segurança do cidadão, família e comunidade. Neste sentido o seu referencial é constituído por quatro eixos/áreas de atuação e dez competências (APEGEL, 2010).

	EIXOS	COMPETÊNCIAS
Competências do enfermeiro gestor	Eixo 1 - Prática profissional, ética e legal	1. Garante o respeito pelos valores, regras deontológicas e prática legal; 2. Garante as melhores práticas profissionais;
	Eixo 2 - Gestão de cuidados e serviços	3. Prevê e gere pessoas; 4. Otimizar e promover o desenvolvimento de competências; 5. Prevê e assegura os meios necessários à prestação de cuidados; 6. Prevê e gere riscos;
	Eixo 3 - Intervenção política e assessoria	7. Participa na definição e implementação de políticas; 8. Planeamento estratégico;

	Eixo 4 - Desenvolvimento Profissional	9. Promove a enfermagem baseada na evidência; 10. Promove a formação e desenvolvimento da prática de enfermagem.
--	--	--

Apêndice IX – Conteúdo funcional e legal do enfermeiro chefe na anterior e atual carreira de enfermagem

Conteúdo funcional e legal do enfermeiro chefe na anterior e atual carreira de enfermagem

Anterior carreira

(Dec. - Lei n.º 347/91)

O conteúdo funcional de enfermeiro chefe da anterior carreira é o seguinte:

“(…)

- a)** Integrar o órgão de gestão das unidades de cuidados, sempre que este for colegial;
- b)** Promover e colaborar na definição ou atualização de normas e critérios para a prestação de cuidados de enfermagem;
- c)** Determinar as necessidades em enfermeiros, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de férias;
- d)** Propor o nível e tipo de qualificações exigidas ao pessoal de enfermagem, em função dos cuidados de enfermagem a prestar;
- e)** Participar na elaboração do plano e do relatório globais da unidade de cuidados, desenvolvendo, de forma articulada, o plano e o relatório anuais, referentes às atividades de enfermagem;
- f)** Incrementar métodos de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho do pessoal de enfermagem e responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
- g)** Planear e concretizar, com a equipa de enfermagem, ações que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, procedendo à respetiva avaliação;
- h)** Determinar os recursos materiais necessários para prestar cuidados de enfermagem;
- i)** Participar nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados na unidade;
- j)** Conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e encontrar mecanismos que garantam a sua utilização correta e o controlo dos gastos efetuados;
- k)** Participar na determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem;

- l)** Favorecer boas relações interpessoais na equipa de enfermagem e outro pessoal;
- m)** Avaliar o pessoal de enfermagem da unidade de cuidados e colaborar na avaliação de outro pessoal;
- n)** Promover a divulgação na unidade de cuidados, da informação com interesse para o pessoal de enfermagem;
- o)** Criar condições para que sejam efetuados estudos e trabalhos de investigação pelo pessoal de enfermagem da unidade de cuidados;
- p)** Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação sobre a gestão de serviços de enfermagem/cuidados de enfermagem;
- q)** Utilizar os resultados de estudos e trabalhos de investigação na melhoria da gestão do serviço de enfermagem da unidade de cuidados;
- r)** Responsabilizar-se pela concretização, na unidade de cuidados, das políticas ou diretivas formativas emanadas pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço;
- s)** Responsabilizar-se pela concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço com os estabelecimentos de ensino, relativamente à formação básica e pós-básica de enfermeiros;
- t)** Criar condições para a realização de atividades de formação de outro pessoal na unidade de cuidados e colaborar nessa formação, quando tal se justifique” (Dec. - Lei n.º 347/91, p. 5725).

Carreira atual

(Dec. - Lei n.º 247/2009; Dec. - Lei n.º 248/2009)

Na atual carreira de enfermagem as funções do enfermeiro chefe incluem todo o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro e enfermeiro principal. Salienta-se que no caso dos enfermeiros com CIT ainda não estão legislados os critérios de acesso a esse cargo (Dec. - Lei n.º 247/2009; Dec. - Lei n.º 248/2009). Assim, o conteúdo funcional específico do enfermeiro chefe é o seguinte:

“(…)

- e)** Gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respetiva equipa, decidindo sobre afetação de meios;
- f)** Promover a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos e atualizar procedimentos orientadores da prática clínica;

- g)** Identificar as necessidades de recursos humanos, articulando com a equipa a sua adequação às necessidades previstas, nomeadamente através da elaboração de horários e de planos de trabalho e férias;
- h)** Exercer funções executivas, designadamente integrar órgãos de gestão, ou de assessoria, e participar nos processos de contratualização;
- i)** Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão com os estabelecimentos de ensino ou outras entidades relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
- j)** Assegurar a informação que caracteriza o nível de produção, atividade ou qualidade da sua equipa;
- l)** Assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce atividade;
- m)** Elaborar, promover ou apoiar a concretização de projetos de desenvolvimento técnico-científico, institucional, de qualidade e inovação que mobilizem e desenvolvam o conjunto da equipa profissional;
- n)** Garantir a gestão e prestação de cuidados de enfermagem nos serviços e, ou, nas unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;
- o)** Determinar as necessidades de recursos humanos, designadamente em função dos níveis de dependência ou outros indicadores, bem como de materiais, em quantidade e especificidade, nos serviços e, ou, nas unidades do seu departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;
- p)** Apoiar o enfermeiro-diretor, designadamente, na admissão de enfermeiros e na sua distribuição pelos serviços e unidades, na elaboração de proposta referente a mapas de pessoal de enfermagem, no estabelecimento de critérios referentes à mobilidade, na avaliação da qualidade dos cuidados, na definição e regulação de condições e prioridades para projetos de investigação e na definição e avaliação de protocolos e políticas formativas;
- q)** Participar nos processos de contratualização inerentes aos serviços e, ou, unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;
- r)** Elaborar o plano de ação e relatório anual referentes à atividade de enfermagem do departamento ou conjunto de serviços ou unidades e participar na elaboração de planos de ação e respetivos relatórios globais do departamento ou conjunto de serviços ou unidades” (Dec. - Lei n.º 247/2009, p. 6760; Dec. - Lei n.º 248/2009, pp. 6762 - 6763).

Apêndice X - As teorias da administração e a enfermagem

As teorias da administração e a enfermagem

A enfermagem, como profissão e disciplina, integra saberes de outras áreas do conhecimento como a psicologia, sociologia, administração, entre outros. No caso das ciências da administração podemos observar a sua influência, por exemplo, no que se refere à forma como é realizada a GRH de enfermagem. Neste sentido, o conhecimento das principais teorias da administração torna-se importante para a contextualização da realidade atual da gestão em enfermagem (Kurcgant, 2001).

O crescimento e as necessidades da sociedade desencadearam o crescimento de novas organizações (Parreira, 2005) e, por conseguinte, do número de administradores. Esta tendência promoveu o desenvolvimento de inúmeros estudos na área administrativa, com conseqüente surgimento de várias teorias, a partir da Revolução Industrial do século XVIII. De uma forma geral existem as abordagens clássicas das organizações, que incluem a teoria da administração científica, a teoria clássica da administração e a teoria burocrática; e as abordagens contemporâneas, entre elas, a salientar, a teoria das relações humanas, a teoria dos comportamentos, a teoria dos sistemas, a teoria contingencial (Stoner & Freeman, 1999; Parreira, 2005) e a teoria da qualidade total (Paiva, Silveira, Gomes, Tessuto & Sartori, 2010). Na sua globalidade os conteúdos das teorias incidem sobre aspetos como a tarefa, as pessoas, a estrutura organizacional, o ambiente e a tecnologia (Kurcgant, 2001).

A teoria da administração científica, formulado por Taylor entre 1890 e 1930, foi desenvolvida com a finalidade de aumentar a produtividade do trabalho. Para tal eram realizados estudos científicos que determinavam quais os melhores processos para a realização de uma qualquer tarefa (Stoner & Freeman, 1999). Assim, segundo esta teoria a produtividade seria alcançada através da divisão do trabalho, a especialização do trabalhador, a padronização das tarefas, o incentivo salarial, e a supervisão funcional (Kurcgant, 2001). Atualmente são ainda visíveis influências desta teoria na enfermagem. É exemplo disso a preocupação com o “como fazer”, a divisão do trabalho em tarefas, a existência de normas e manuais de procedimentos, as rotinas, etc. Uma equipa de enfermagem com forte influência desta teoria tende a

promover a divisão de tarefas, com conseqüente fragmentação dos cuidados e desvalorização das reais necessidades dos clientes (Kurcgant, 2001).

Paralelamente a esta teoria surge uma outra, a teoria clássica das organizações de Henry Fayol, que se centra, não na produção em si, mas na estrutura da organização, defendendo que esta deveria ser constituída por seis áreas básicas: a comercial, a financeira, a contabilística, a segurança, a técnica e a administrativa. Com esta teoria Fayol pretende determinar os princípios e habilidades necessárias para uma boa administração (Stoner & Freeman, 1999). Assim, defende como princípios importantes a divisão do trabalho (ao nível dos órgãos da organização), a autoridade/responsabilidade, a disciplina, a unidade de comando e direção, o interesse individual subordinado ao interesse geral, remuneração, centralização, hierarquia, ordem, equidade, estabilidade do pessoal, iniciativa e espírito de equipa (Parreira, 2005). A influência desta teoria na enfermagem traduz-se na existência, nas instituições de saúde, de uma rígida estrutura hierárquica com subordinação não só de um indivíduo mas, muitas vezes, de um grupo profissional relativamente a outro. A estrutura hierárquica dos enfermeiros e o seu poder relativamente a outros grupos profissionais é um exemplo forte da influência desta abordagem clássica da administração (Kurcgant, 2001).

Ainda dentro da escola clássica podemos incluir a teoria burocrática do sociólogo Max Weber, que considerava que as organizações deveriam ser bem regulamentadas e possuírem uma hierarquia com as suas autoridades bem definidas (Stoner & Freeman, 1999). Como princípios fundamentais Weber defendia: a formalização, a divisão do trabalho, a impessoalidade, a hierarquia, seleção e avaliação dos trabalhadores, separação entre propriedade e administração, carreira de trabalho e remuneração regular. Esta teoria é estruturalista, valoriza o detalhe no funcionamento da organização, determina rotinas e procedimentos e considera os trabalhadores como profissionais especializados. Muitas das características da teoria burocrática são visíveis na profissão de enfermagem, como por exemplo, a valorização das normas, regras e procedimentos, a profissionalização e especialização técnica dos enfermeiros (Parreira, 2005), a remuneração de acordo com o cargo, a ascensão na carreira. Esta filosofia valoriza mais as regras, normas e regulamentos do que a pessoa (Kurcgant, 2001).

Em desacordo com os principais princípios da teoria científica surge a escola das relações humanas, que visa aumentar a eficiência de produção pela valorização da pessoa. Para esta escola contribuíram muito os inúmeros estudos de várias disciplinas como a sociologia e a psicologia, no sentido da compreensão e gestão eficaz do comportamento dos trabalhadores, e conseqüentemente, aumento da produção (Parreira, 2005). Uma experiência que serviu de base a esta teoria foi a experiência de Hawthorne realizada por Elton Mayo, permitindo perceber que o nível de produção da organização estava mais relacionado, não com os factores físicos do trabalhador, mas sim com os psicológicos, nomeadamente, a necessidade de integração social do trabalhador. Esta teoria trouxe para a enfermagem as questões de liderança, comunicação e motivação (Kurcgant, 2001). Dos três aspectos a motivação é aquele que, segundo Kurcgant (2001), não se encontra presente nas políticas institucionais, sendo visível apenas a nível mais micro nas organizações, traduzido pela preocupação de alguns enfermeiros chefes em promover factores motivacionais.

A teoria do comportamento, tendo como base as ciências do comportamento, pretende encontrar soluções democráticas para os problemas, centrando-se mais no processo e dinâmica da organização do que na sua estrutura, ou seja, no comportamento organizacional. Esta teoria estabeleceu uma relação entre as convicções dos administradores, relativamente aos trabalhadores, e o tipo de gestão (Kurcgant, 2001). Para esta abordagem contribuíram estudos como os de Maslow (teoria da motivação), McGregor (teoria X e Y) e Herzberg (teoria dos dois factores) (Mato e Pires, 2006).

A teoria dos sistemas vê a organização *“como um todo e como parte de um sistema maior, o meio ambiente”* (Stoner & Freeman, 1999, p. 33). Assim, a organização é um sistema unificado constituído de várias partes que se inter-relacionam, sendo que as várias partes das organizações influenciam-se mutuamente, podendo estas ser influenciadas pelo meio ambiente.

A teoria contingencial ou situacional vem defender que não existe uma organização ideal. São as condições ambientais que moldam ou, devem ditar, a estrutura organizacional (Stoner & Freeman, 1999). Segundo Matos e Pires (2006)

trata-se de um “*modelo flexível, desburocratizado e descentralizado*” (p.510), que tem grande sucesso em ambientes instáveis.

As enormes alterações políticas locais e mundiais, a rápida evolução tecnológica e a globalização da informação permitiram um maior acesso da sociedade à informação com conseqüente aumento das exigências destes para com os serviços à disposição, nomeadamente, os serviços prestados pelas instituições de saúde. Esta evolução no comportamento da população desencadeou o desenvolvimento de estratégias organizacionais no sentido de melhorar a qualidade dos serviços prestados. É neste contexto que surge a teoria da qualidade total. Esta teoria preocupa-se na melhoria contínua do processo de produção, através da participação das pessoas (trabalhadores, fornecedores e clientes) (Paiva, Silveira, Gomes, Tessuto & Sartori, 2010).

De uma forma geral, e apesar das inúmeras teorias de administração que foram sendo desenvolvidas, principalmente a partir de finais do século XVIII, verifica-se que, atualmente, as instituições de saúde estão muito organizadas por modelos baseados nas filosofias da administração científica, clássica e burocrática (Paiva, Silveira, Gomes, Tessuto & Sartori, 2010). Quanto à enfermagem, Matos e Pires (2006), descrevem-na como constituída por um grupo profissional muito fechado e com elevado grau de autonomia, que gerem os serviços segundo uma filosofia “taylorista-fordista”, com uma hierarquia bem definida e legitimada.

Apêndice XI - Principais métodos de organização de cuidados de enfermagem

Principais métodos de organização de cuidados de enfermagem

A tabela seguinte resume os principais métodos de trabalho de enfermagem e o seu foco de atenção:

Foco	Métodos
A tarefa	Funcional
A pessoa	Individual
	Equipa
	Gestão de casos
	Enfermeiro de referência

Seguidamente são resumidos em tabela as características, vantagens e limitações de cada um dos métodos, exceto do método por enfermeiro de referência, pois este é apresentado no capítulo I:

Método Funcional
Caraterísticas
O método funcional surge então como resultado do aumento exponencial do número de hospitais, de clientes e da complexidade dos seus cuidados. Este método corresponde à distribuição de tarefas específicas a cada enfermeiro, sendo este responsável pela concretização dessas mesmas tarefas, previamente definidas e padronizadas quanto à sua sequência e execução (Huber, 2006). A teoria da administração científica de Taylor, em voga nos inícios do século passado, serviu de base a este método de trabalho. A sua influência no método funcional foi a de promover a divisão do trabalho, a especialização do trabalhador, a padronização das tarefas, o incentivo salarial e a supervisão funcional, com o objetivo de aumentar a produtividade e o trabalho individual (Huber, 2006). Acrescenta-se o facto de ser um método muitas vezes utilizado quando se pretende desenvolver a destreza manual ou treinar alguma técnica (Parreira, 2005).
Vantagens
Tal método era considerado pelos gestores como uma forma de conseguir cuidados de enfermagem mais económicos. A principal vantagem do método é a produtividade, pois

aumenta a rapidez com que os cuidados são prestados, implicando menos recursos humanos.

Limitações

Este método centra a atenção nas necessidades do serviço e não nas do cliente e é utilizado quando os cuidados qualificados e holísticos não são vistos como essenciais (Frederico & Leitão, 1999; Huber, 2006).

Método Individual

Caraterísticas

O *total patient care* ou método individual é o processo mais antigo de prestação de cuidados de enfermagem (Marquis & Huston, 2009). Na viragem do século XIX para o século XX a prestação de cuidados de enfermagem ocorria principalmente no domicílio, sendo os hospitais apenas utilizados pelas pessoas mais desfavorecidas. Nessa altura o método de cuidados utilizado era o *total patient care*. Segundo Huber (2006), nos Estados Unidos da América, os anos da Grande Depressão de 1930 provocaram o aumento da procura e consequente lotação dos hospitais, como resultado da impossibilidade das pessoas pagarem cuidados domiciliários. Esse movimento ocasionou um outro no mesmo sentido, o das enfermeiras. Com esta superlotação de clientes e falta de enfermeiras o método individual de prestação de cuidados foi substituído pelo método funcional. O método individual de trabalho caracteriza-se pela distribuição de um número de clientes a um enfermeiro, sendo este responsável pela prestação de todos os cuidados durante o seu turno (Parreira, 2005).

Vantagens

Esta organização dos cuidados privilegia a relação enfermeiro - cliente, pois ocorre uma individualização dos cuidados e, consequentemente, uma maior satisfação dos clientes, bem como promove a responsabilidade do enfermeiro pelo facto de todos os cuidados serem prestados por um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os mesmos (Marquis & Huston, 2009).

Limitações

A sua maior exigência em termos de recursos humanos e de competências por parte dos enfermeiros (Tappen, 2005).

Método de equipa
Caraterísticas
O método de equipa foi surgido por volta da década de 50, do século passado, com resposta aos problemas associados com o método funcional e à falta de enfermeiros (Huber, 2006). Este método organiza os enfermeiros em equipas, as quais realizam a totalidade dos cuidados a um grupo de clientes. O líder da equipa é responsável por tomar decisões relativamente às prioridades dos clientes, bem como planear, coordenar, supervisionar, avaliar e prestar cuidados diretos (Marquis & Huston, 2009).
Vantagens
Este método surgiu com o propósito de criar equipas com competências diversificadas para que o cliente tivesse acesso ao melhor atendimento possível (Huber, 2006).
Limitações
As limitações deste tipo de método estão normalmente associadas a uma incorreta implementação do mesmo e não tanto à sua filosofia (Marquis & Huston, 2009). Manthey (2010) aponta três problemas associados a este método: os cuidados desfragmentados, os complexos canais de comunicação, a responsabilidade partilhada e falta de responsabilização. Este método exige ao enfermeiro líder da equipa várias competências de gestão (Parreira, 2005; Marquis & Huston, 2009).

Método por gestão de casos
Caraterísticas
O método por <i>case management</i> ou gestão de casos surgiu no início do século passado associado à saúde e não é exclusivo da enfermagem. Os primeiros gestores de casos eram enfermeiros e os assistentes sociais que coordenavam os serviços no setor público de saúde. Após a segunda guerra mundial este método foi amplamente utilizado principalmente pelas companhias de seguros para gerir as múltiplas intervenções que os ex-combatentes necessitavam, fruto dos seus problemas adquiridos em contexto de guerra. A partir dos anos 80, do século passado, a forte necessidade de controlo de gastos de saúde promoveu uma mudança de orientação deste método, que passou a direcionar-se não apenas para com as necessidades dos clientes mas também o correto uso dos recursos da comunidade e da saúde (Case Management Society of America [CMSA], 2002), sendo por isso, um método que se centra simultaneamente na pessoa e no sistema de saúde. Segundo a CMSA (2010) este método é definido como uma

estratégia de intervenção assente num processo de colaboração entre os diversos intervenientes no processo (cliente, equipa multidisciplinar de gestão de casos, sistema de prestação de cuidados, financiadores) que visa gerir (avaliar, planear, implementar, coordenar, monitorizar e reavaliar) opções e serviços disponíveis, para responder de forma personalizada, coerente, eficiente, eficaz e com qualidade às reais necessidades dos clientes. A mesma organização (CMSA, 2013) define que a função da equipa de gestão de casos consiste em ajudar os clientes a compreenderem o seu real estado de saúde, as diversas opções e tratamentos existentes e a sua importância. A Gestão de casos é um método de prestação de cuidados constituído pelos seguintes princípios: a promoção e defesa dos direitos dos clientes, a orientação para o cliente, a orientação para o resultado, a abrangência (multidimensionalidade das intervenções), o trabalho em parceria (com as redes de apoio social, organizações da comunidade, entre outras), a participação dos clientes e significativos (no sentido da sua capacitação e responsabilização), efeito multiplicador (para além do cliente os benefícios para as redes de apoio social, organizações de prestação de cuidados de saúde, sociedade, entre outros) (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia [CRPG] & Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa [ISCTE], 2007).

Vantagens

Conforme a CMSA (2013) a premissa básica deste método parte do pressuposto que quando o cliente atinge um nível ideal de bem-estar e capacidade funcional todos os intervenientes no processo saem beneficiados: os clientes, os sistemas de prestação de cuidados e os financiadores. Assim, este método permite a melhoria da qualidade dos cuidados à população e simultaneamente o controlo dos custos de tais cuidados, e tem como papel o cuidado holístico e humano ao cliente.

Limitações

Exige uma equipa multidisciplinar preparada e com diferentes qualificações, nomeadamente habilidades de gestão (planeamento, organização, liderança e controlo), coordenação, colaboração, comunicação, bem como conhecimentos sobre as diversas estruturas de apoio da comunidade (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia [CRPG] & Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa [ISCTE], 2007).

Apêndice XII – Planeamento do estágio clínico

Planeamento do estágio clínico

<u>MEDICINA III A</u>				
Período de estágio: Entre Outubro de 2012 a Fevereiro de 2012				
Domínios e Competências	Objetivo geral	Objetivos específicos	Atividades	Recursos
Gestão de Recursos Humanos	Desenvolver competências de GRH na área da OCE	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar a problemática da GRH em enfermagem • Identificar o papel e atividades desenvolvidas pela enfermeira chefe no âmbito da GRH 	<ul style="list-style-type: none"> • Observação da enfermeira chefe nas atividades realizadas no âmbito da gestão do serviço e dos seus recursos humanos; • Consulta de legislação e regulamentos aplicáveis à gestão de recursos humanos de enfermagem; • Entrevista informal à enfermeira chefe sobre os principais desafios na gestão dos recursos humanos do serviço; 	<p>Humanos: Equipa de enfermagem, Enfermeira chefe, Professora orientadora.</p> <p>Materiais: Livros, publicações na área da gestão em enfermagem, normas e protocolos dos serviços.</p> <p>Físicos: Medicina III A (CHLN – HPV)</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Explorar as atividades e princípios subjacentes à elaboração de escalas mensais 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração da escala mensal do serviço de Medicina <ul style="list-style-type: none"> ○ Exploração do programa de gestão do horário dos enfermeiros e assistentes operacionais; ○ Entrevista informal à enfermeira chefe sobre os princípios inerentes à elaboração dos horários; 	

Domínios e Competências	Objetivo geral	Objetivos específicos	Atividades	Recursos
Organização de cuidados	Desenvolver competências de GRH na área da OCE	<ul style="list-style-type: none"> • Criar e gerir um grupo de trabalho de colaboração à adaptação do MER ao serviço de Medicina e à elaboração de manual de orientação à implementação. • Capacitar a equipa multidisciplinar para a utilização do método de prestação de cuidados por enfermeiro de referência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de sessões de formação sobre o método por enfermeiro de referência à equipa de enfermagem; • Formação de um grupo de trabalho e definição de um plano de ação; • Elaboração de um manual de orientação à implementação do método por enfermeiro responsável; • Realização de uma sessão de formação à equipa multidisciplinar sobre o método por enfermeiro de referência e o manual de orientação à implementação do método por enfermeiro de referência. 	<p>Humanos: Equipa de enfermagem, Enfermeira chefe, Professora orientadora.</p> <p>Materiais: Livros, publicações na área da gestão em enfermagem, normas e protocolos dos serviços.</p> <p>Físicos: Medicina III A (CHLN – HPV)</p>

<u>NEUROLOGIA</u>				
Período de estágio: Entre dia 8 e 20 de Outubro de 2012				
Domínios e Competências	Objetivo geral	Objetivos específicos	Atividades	Recursos
Organização de cuidados	Desenvolver competências de GRH na área da OCE	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver conhecimentos sobre o método por enfermeiro de referência (MER) 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista semi-diretiva à enfermeira chefe sobre o processo de implementação do método por enfermeiro de referência no serviço; Consulta de documentação (protocolos/normas) sobre o método de enfermeiro referência (linhas orientadoras do método, critérios de atribuição dos clientes aos enfermeiros responsáveis, etc.) no serviço; Apresentação do projeto de estágio ao serviço de Neurologia Observação (participativa) da dinâmica de funcionamento do MER; Entrevistas informais aos enfermeiros de referência. 	<p>Humanos: Equipa de enfermagem, Enfermeira chefe, Professora orientadora.</p> <p>Materiais: Livros, publicações na área da gestão em enfermagem, normas e protocolos dos serviços.</p> <p>Físicos: Neurologia: CHLO – HEM</p>

Apêndice XIII – Caracterização do serviço de Neurologia

A Neurologia do HEM é um serviço que existe há mais de 20 anos, tendo, no entanto, sido alvo de uma profunda remodelação estrutural em 2007. Tal reestruturação permitiu organizar a equipa e o serviço de forma mais adequada e funcional com consequentes melhorias nas condições oferecidas aos clientes e profissionais de saúde. No manual de integração/apresentação do serviço é definida a sua finalidade: assegurar cuidados aos clientes com alterações neurológicas no sentido da sua reabilitação. A proveniência dos clientes internados neste serviço tem diversas origens: as consultas externas, o domicílio, as urgências do Hospital São Francisco Xavier e outros serviços do CHLO. Os diagnósticos médicos mais frequentes que motivam o internamento são os acidentes vasculares cerebrais (AVC's), as demências, a esclerose múltipla e a epilepsia.

A equipa multidisciplinar do serviço é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, neuropsicólogos, secretarias de unidade, técnicos de eletrofisiologia, fisioterapeutas, assistente social, dietista e capelão.

A equipa de enfermagem é constituída por 15 elementos. Nestes estão incluídas a enfermeira chefe e a coordenadora (segundo elemento). Esta última é também a enfermeira especialista de reabilitação do serviço.

Ao longo das 24 horas os enfermeiros são distribuídos por três turnos: manhã, tarde e noite. Cada turno é constituído, respetivamente e habitualmente, por três enfermeiros na manhã (não inclui a enfermeira chefe nem a enfermeira coordenadora) e dois enfermeiros na tarde e noite.

Este serviço localiza-se no segundo piso do HEM do CHLO¹⁶, e tem a capacidade para um total de 16 clientes distribuídos por 8 enfermarias. Existem 5 enfermarias com 2 camas cada, 1 enfermaria com 4 camas e 2 enfermarias com 1 cama cada, sendo que uma destas está equipada com videovigilância (vídeo Eletroencefalograma) e é destinada apenas a clientes com epilepsias não controladas com terapêutica. Nesta enfermaria toda a atividade elétrica cerebral do cliente é monitorizada interruptamente, 24 horas por dia, e registada sob a forma de

¹⁶ O CHLO criado em 2005 pelo Dec. - Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro é constituído pelo HEM, o Hospital Francisco Xavier e o Hospital Santa Cruz e goza do regime jurídico de EPE.

vídeo e de eletroencefalograma. O objetivo desta monitorização é perceber e localizar o foco epilético do cliente e trata-lo de forma adequada.

São definidos um número máximo de duas visitas por cliente, no período entre as 16 horas e trinta e as 19 horas e trinta. É, também, limitado o acesso a crianças com idade inferior a 12 anos.

A equipa multidisciplinar do serviço é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, neuropsicólogos, secretarias de unidade, técnicos de eletrofisiologia, fisioterapeutas, assistente social, dietista e capelão.

A equipa de enfermagem é constituída por 15 elementos. Nestes estão incluídas a enfermeira chefe e a coordenadora (segundo elemento). Esta última é também a enfermeira especialista de reabilitação do serviço.

Ao longo das 24 horas os enfermeiros são distribuídos por três turnos: manhã, tarde e noite. Cada turno é constituído, respetivamente e habitualmente, por três enfermeiros na manhã (não inclui a enfermeira chefe nem a enfermeira coordenadora) e dois enfermeiros na tarde e noite.

Os diagnósticos médicos mais frequentes que motivam o internamento são os acidentes vasculares cerebrais (AVC's), as demências, a esclerose múltipla e a epilepsia.

A prestação dos cuidados de enfermagem é realizada de acordo com o método de trabalho por enfermeiro de referência. De segunda a quinta-feira a enfermeira chefe ou colaboradora elaboram, para as próximas 24 horas, o plano de distribuição de enfermeiros pelos respetivos clientes. À sexta-feira esse plano é elaborado para as 48 horas seguintes. Como instrumento de orientação e ajuda à distribuição de clientes é utilizado o sistema de classificação de clientes. Este sistema é constituído por oito pontos (higiene, alimentação, movimentação, eliminação, terapêutica, tratamentos, sinais vitais e atividades de apoio educativo) que pretendem traduzir de forma quantitativa o número de horas que cada cliente necessita em termos de cuidados de enfermagem. Assim, o resultado obtido pelo preenchimento do sistema de classificação de clientes permite que cada enfermeiro do turno fique com idêntico número de horas de cuidados totais necessários à prestação de cuidados. Importa ainda referir que no respetivo plano os enfermeiros de referência ficam sempre com os seus clientes.

O processo clínico do cliente é praticamente todo informatizado. Os principais programas informáticos utilizados pelos enfermeiros são o sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE) e o GLINTT – Health Solutions¹⁷, ambos programas de gestão clínica. O primeiro programa corresponde a um suporte informático desenvolvido especificamente para os enfermeiros pelo enfermeiro Abel Paiva (2001), no contexto da sua tese de doutoramento. Este programa permite a gestão de uma série de atividades relacionadas com os cuidados de enfermagem aos clientes. A linguagem base do SAPE é a da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). O segundo programa é mais abrangente e é utilizado por diversos elementos da equipa disciplinar no sentido de possibilitar uma gestão clínica a vários níveis: gestão de clientes, gestão de agendas e marcações, prescrição eletrónica, cardéx terapêutico, processo clínico, entre outros.

O HEM tem uma elevada política direcionada para a qualidade dos cuidados. Tal tendência é visível pelas numerosas atividades realizadas no sentido de avaliação dos cuidados prestados e da sua congruência com o esperado. Segundo a enfermeira chefe do serviço existem diversas auditorias anuais internas e externas ao hospital que visam controlar a qualidade dos cuidados. A título de exemplo foram referidas as auditorias realizadas ao método de trabalho por enfermeiro de referência e as efetuadas aos cuidados de enfermagem em unidades de internamento pela aplicação do instrumento de avaliação conhecido por Método de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Hospitalares (MAQCEH)¹⁸. Para que tais auditorias e instrumentos de qualidade o serviço tem implementado um manual de qualidade que orienta toda a política nessa área. Nesse manual o serviço define claramente a sua missão, os seus valores e objetivos/metas. Como missão propõem a prestar cuidados de enfermagem a todos os clientes, adequando para isso os recursos disponíveis e criando estruturas que facilitem um exercício profissional de qualidade, favoreçam a formação contínua e a investigação em enfermagem. Como valores dos cuidados de enfermagem enumera a segurança, a humanização, a autonomia e atualização. Os objetivos/metas que o serviço pretende

¹⁷ Engloba a antiga Companhia Portuguesa dos Computadores – Health Solutions (CPC – HS)

¹⁸ Instrumento de avaliação para avaliar a qualidade de cuidados de enfermagem a nível hospitalar a clientes dependentes, crianças com alterações do padrão respiratório, mulher em trabalho de parto e o adulto num Serviço de Urgência

atingir no sentido de cuidados de qualidades são a personalização do acolhimento ao cliente/ família, registo de enfermagem contemplando as quatro fases do processo de enfermagem, a ausência de úlceras de pressão adquiridas no serviço e redução ou inexistência de infeções nosocomiais.

O processo clínico do cliente é praticamente todo informatizado. Os principais programas informáticos utilizados pelos enfermeiros são o SAPE e o GLINTT – Health Solutions¹⁹, ambos programas de gestão clínica. O primeiro programa corresponde a um suporte informático desenvolvido especificamente para os enfermeiros pelo enfermeiro Abel Silva (2001), no contexto da sua tese de doutoramento. Este programa permite a gestão de uma série de atividades relacionadas com os cuidados de enfermagem aos clientes. A linguagem base do SAPE é a CIPE. O segundo programa é mais abrangente e é utilizado por diversos elementos da equipa disciplinar no sentido de possibilitar uma gestão clínica a vários níveis: gestão de clientes, gestão de agendas e marcações, prescrição eletrónica, cardéx terapêutico, processo clínico, entre outros.

O HEM tem uma elevada política direcionada para a qualidade dos cuidados. Tal tendência é visível pelas numerosas atividades realizadas no sentido de avaliação dos cuidados prestados e da sua congruência com o esperado. Segundo a enfermeira chefe do serviço existem diversas auditorias anuais internas e externas ao hospital que visam controlar a qualidade dos cuidados. A título de exemplo foram referidas as auditorias realizadas ao método de trabalho por enfermeiro de referência e as efetuadas aos cuidados de enfermagem em unidades de internamento pela aplicação do instrumento de avaliação conhecido por Método de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Hospitalares (MAQCEH)²⁰. Para que tais auditorias e instrumentos de qualidade o serviço tem implementado um manual de qualidade que orienta toda a política nessa área. Nesse manual o serviço define claramente a sua missão, os seus valores e objetivos/metabolismos. Como missão propõem a prestar cuidados de enfermagem a todos os clientes, adequando para isso os recursos disponíveis e criando estruturas que facilitem um exercício

¹⁹ Engloba a antiga Companhia Portuguesa dos Computadores – Health Solutions

²⁰ Instrumento de avaliação para avaliar a qualidade de cuidados de enfermagem a nível hospitalar a clientes dependentes, crianças com alterações do padrão respiratório, mulher em trabalho de parto e o adulto num Serviço de Urgência

profissional de qualidade, favoreçam a formação contínua e a investigação em enfermagem. Como valores dos cuidados de enfermagem enumera a segurança, a humanização, a autonomia e atualização. Os objetivos/metabolos que o serviço pretende atingir no sentido de cuidados de qualidades são a personalização do acolhimento ao cliente/ família, registo de enfermagem contemplando as quatro fases do processo de enfermagem, a ausências de úlceras de pressão adquiridas no serviço e redução ou inexistência de infeções nosocomiais.

**Apêndice XIV – Guião da entrevista semi-diretiva realizada à
enfermeira chefe do serviço de Neurologia**

Guião da entrevista semi-diretiva realizava à enfermeira chefe do serviço de Neurologia

Principais pontos orientadores da entrevista realizada à enfermeira chefe:

- Motivo da escolha do MER;
- Reação da equipa de enfermagem à introdução deste método de trabalho;
- A programação da implementação do MER;
- Principais dificuldades encontradas em todo o processo de implementação do MER;
- Aspectos fundamentais em todo o processo de implementação do MER.

**Apêndice XV - Consentimento informado e esclarecido
dirigido à enfermeira chefe de Neurologia**

Consentimento informado e esclarecido

No âmbito do curso de mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Gestão em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, eu, Bruno César Cardoso Verde, enfermeiro com cédula profissional nº 5-E50314 estou a desenvolver um projeto de estágio, sob a orientação da Professora Doutora Teresa Santos Potra, subordinado ao tema: “**Organização dos cuidados de enfermagem: contributo para a implementação do método por enfermeiros de referência**”. Como tal, o presente documento surge como um pedido de autorização para a aplicação de uma entrevista, com os seguintes objetivos gerais e específicos:

Objetivo geral:

- Desenvolver competências de gestão de recursos humanos (GRH) na área de organização dos cuidados de enfermagem (OCE), designadamente a nível do método de trabalho por enfermeiro de referência.

Objetivo específico:

- Conhecer toda a história do serviço em matéria de OCE e, mais especificamente, do processo de implementação do atual método de trabalho por enfermeiro de referência.

Agradecemos a sua colaboração.

Eu _____, após leitura das informações supracitadas aceito participar, de livre vontade, na respetiva entrevista.

**Apêndice XVI - Guião de observação da dinâmica de
funcionamento do MER**

Guião de observação da dinâmica de funcionamento do MER

A observação foi direcionada para três períodos distintos: o início de internamento, o período de internamento e a véspera de alta.

▪ **Início do internamento**

- Quais os critérios de atribuição de um cliente ao respetivo enfermeiro de referência?
- Quantos clientes são atribuídos a cada enfermeiro de referência?
- Quem é responsável pela atribuição dos clientes aos respetivos enfermeiros de referência?
- Qual o papel do enfermeiro de referência no momento de acolhimento do cliente?

▪ **Durante o internamento**

- Qual é o papel do enfermeiro de referência durante o internamento?
- Como é gerida a escala dos enfermeiros de referência, designadamente, as suas folgas e férias?
- A equipa multidisciplinar reconhece o método de trabalho adotado no serviço de neurologia?

▪ **Véspera da alta**

- Qual é o papel do enfermeiro de referência na preparação do cliente para a alta?

**Apêndice XVII – Consentimento informado dirigido aos
enfermeiros de referência do serviço de Neurologia**

Consentimento informado e esclarecido

No âmbito do curso de mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Gestão em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, eu, Bruno César Cardoso Verde, enfermeiro com cédula profissional nº 5-E50314 estou a desenvolver um projeto de estágio, sob a orientação da Professora Doutora Teresa Santos Potra, subordinado ao tema: “**Organização dos cuidados de enfermagem: contributo para a implementação do método por enfermeiros de referência**”. Como tal, o presente documento surge como um pedido de autorização para a aplicação de uma entrevista, com os seguintes objetivos gerais e específicos:

Objetivo geral:

- Desenvolver competências de gestão de recursos humanos (GRH) na área de organização dos cuidados de enfermagem (OCE), designadamente a nível do método de trabalho por enfermeiro de referência.

Objetivo específico:

- Captar a opinião dos enfermeiros sobre o MER do serviço de Neurologia.

Agradecemos a sua colaboração.

Eu _____, após leitura das informações supracitadas aceito participar, de livre vontade, na respetiva entrevista.

**Apêndice XVIII – Guião orientador das entrevistas realizadas
aos enfermeiros de referência do serviço de Neurologia**

Guião orientador das entrevistas realizadas aos enfermeiros de referência do serviço de Neurologia

Principais pontos orientadores das entrevistas realizadas aos enfermeiros de referência:

- O que pensam sobre o MER;
- Quais as principais dificuldades que encontram na organização dos cuidados segundo este método de trabalho;
- Os clientes/cuidadores costumam dar algum feedback relativamente a este tipo de organização de cuidados.

Apêndice XIX – Caracterização do serviço de Medicina III A

A Medicina III A localiza-se no piso zero do edifício Dom Carlos I e pertence ao CHLN²¹. Este serviço tem a capacidade oficial para um total de 25 clientes, 24 divididos por 8 enfermarias e 1 instalado no corredor. Das 8 enfermarias, 5 são constituídas por 3 camas, 1 por 6 camas e 3 por apenas 1 cama (quartos individuais). Este serviço é especialmente vocacionado para clientes com AVC's possuindo, por isso, 6 camas em 2 enfermarias reservadas exclusivamente para esta patologia. Os 3 quartos individuais são, normalmente, utilizados por clientes com necessidades de medidas de isolamento de contacto ou em situações que justifique maior privacidade.

Os clientes internados neste serviço têm normalmente duas origens, as urgências do HSM e as consultas externas de especialidade. As patologias que motivam o internamento no serviço são muito diversificadas, no entanto, como já foi mencionado, este serviço está mais vocacionado para os AVC's.

O horário e número de visitas são uniformes a todos os sectores da Medicina do HPV: 1 visita entre as 12 horas e 30 minutos e as 14 horas e 2 visitas entre as 16 e as 20 horas.

A equipa multidisciplinar de saúde é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistente social, secretária de unidade, nutricionista, psicóloga, fisiatras, fisioterapeutas, entre outros. No que se refere especificamente à equipa de enfermagem, esta é constituída por 20 pessoas, incluindo a enfermeira chefe e 2º elemento.

O serviço funciona ininterruptamente durante 24 horas e está organizado em 3 turnos, manhã, tarde e noite. Estes turnos são, habitualmente, constituídos por 6, 3 e 2 enfermeiros, respetivamente.

Atualmente a organização dos cuidados de enfermagem segue os princípios do método individual de trabalho. Na fase final de cada turno o enfermeiro chefe de equipa elabora um plano de trabalho que consiste na divisão dos clientes pelo número de enfermeiros que vão prestar cuidados no turno seguinte. O enfermeiro chefe de equipa quando inicia o turno analisa previamente o plano de trabalho já elaborado, procede se necessário a alguns reajustes, e atribui os clientes aos

²¹ O CHLN criado pelo Decreto-Lei n.º 23/2008 de 8 de Fevereiro é constituído pelos hospitais Pulido Valente e Santa Maria.

respetivos enfermeiros, bem como define antecipadamente quem irá receber o próximo cliente admitido.

Neste serviço o processo clínico do cliente ainda é em formato papel. Os programas de apoio à prestação de cuidados de enfermagem resumem-se apenas ao Glintt – HS, sendo que os registos de enfermagem são realizados à mão em folha própria. Como foi referido anteriormente o Glintt – HS é um software de gestão clínica multifacetado, no entanto, os enfermeiros da prestação de cuidados utilizam-no principalmente como Kardex terapêutico, para pesquisar dados dos cliente e gerir as dietas dos clientes. Atualmente existe um programa no CHLN em execução que visa a informatização do processo de enfermagem a curto prazo. O tal programa é faseado, começa pelos hospitais de dia, seguindo-se para as consultas externas (atual fase do programa) e finaliza-se nos serviços de internamento.

**Apêndice XX - Consentimento informado e esclarecido
dirigido à Enfermeira chefe de Medicina**

Consentimento informado e esclarecido

No âmbito do curso de mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Gestão em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, eu, Bruno César Cardoso Verde, enfermeiro com cédula profissional nº 5-E50314 estou a desenvolver um trabalho, sob a orientação da Professora Doutora Teresa Santos Potra, subordinado ao tema: **“Organização dos cuidados de enfermagem: contributo para a implementação do método por enfermeiros de referência.** Como tal o presente documento surge como um pedido de autorização para o desenvolvimento de um projeto de estágio com os seguintes objetivos e as atividades:

Objetivo geral:

- Desenvolver competências de gestão de recursos humanos (GRH) na área de organização dos cuidados de enfermagem (OCE), designadamente a nível do método de trabalho por enfermeiro de referência.

Objetivo específico:

- Identificar o papel e atividades desenvolvidas pela enfermeira chefe no âmbito da GRH;
- Explorar as atividades e princípios subjacentes à elaboração de escalas mensais;
- Criar e gerir um grupo de trabalho de colaboração à adaptação do MER ao serviço de Medicina e à elaboração de manual de orientação à implementação

Atividades:

- Observação da enfermeira chefe nas atividades realizadas no âmbito da gestão do serviço e dos seus recursos humanos;
- Entrevista informal à enfermeira chefe sobre os principais desafios na GRH do serviço;
- Elaboração da escala mensal do serviço de Medicina;
 - a. Exploração do programa de gestão do horário dos enfermeiros e assistentes operacionais;

- b.** Entrevista informal à enfermeira chefe sobre os princípios inerentes à elaboração da escala mensal;
- Realização de sessões de formação sobre o Método por Enfermeiro de Referência (MER) à equipa de enfermagem;
- Formação de um grupo de trabalho e definição de um plano de ação;
- Elaboração de um manual de orientação à implementação do MER;
 - a. Aplicação do MER a alguns clientes do serviço de Medicina;
 - b. Discussão e reflexão sobre a operacionalidade do método;
 - c. Colaboração do grupo de trabalho na elaboração da versão final de um manual de orientação à implementação do MER no serviço;
- Realização de uma sessão de formação à equipa multidisciplinar sobre o MER e o Manual de Orientação à Implementação do Método por Enfermeiro de Referência.

Agradecemos a sua colaboração.

Eu _____, após leitura das informações supracitadas autorizo, de livre vontade, o desenvolvimento do respetivo projeto de estágio.

Apêndice XXI - Principais aspetos legais subjacentes ao processo de elaboração da escala mensal de acordo com os dois principais tipos de contratos, o CIT e o CTFP.

Principais aspetos legais subjacentes ao processo de elaboração da escala mensal, de acordo com os dois principais tipos de contratos, o CIT e o CTFP

CTFP

- O período normal de trabalho é de 35 horas semanais;
- A equipa tem, por norma, direito a um dia de descanso semanal obrigatório e a um dia de descanso semanal complementar que, no caso do horário por turnos, devem coincidir com o domingo, pelo menos uma vez em cada período e quatro semanas;
- O número de dias úteis de férias de cada elemento da equipa varia de acordo com a idade segundo o seguinte esquema: 25 dias até completar 39 anos, 26 dias até completar 49 anos, 27 dias até completar 59 anos e 28 dias a partir dos 59 anos. A estes dias acresce ainda um dia útil de férias por cada 10 anos de serviço efetivo.

CIT

- O período normal de trabalho é de 40 horas;
- A equipa tem direito a, pelo menos, um dia de descanso semanal²², que pode ou não ser ao domingo;
- Cada elemento da equipa tem direito a um mínimo de 22 dias úteis de férias.

CTFP/ CIT

- O mapa de horário de trabalho deve ser afixado em lugar bem visível para toda a equipa;
- Os horários de trabalho individualmente acordados não podem ser unilateralmente alterados;
- A equipa tem, por norma, direito a um período de descanso de, no mínimo, 11 horas seguidas entre dois períodos diários de trabalho consecutivos.
- A equipa tem direito a gozar todos os feriados nacionais. Os feriados facultativos (terça-feira de carnaval e feriado municipal local) podem ser ou não gozados de acordo com o instrumento de regulamentação coletiva de trabalho ou o contrato de trabalho;
- Os turnos devem, sempre que possível, ser organizados de acordo com os interesses e as preferências manifestados pela equipa;

²² O direito a um dia de descanso complementar tem que ser definido por instrumento de regulamentação coletiva de trabalho ou contrato de trabalho.

- A organização dos turnos deve ser realizada de modo que a cada elemento de equipa seja atribuído, pelo menos, um dia de descanso em cada período de sete dias, sem prejuízo do período excedente de descanso a que tenham direito.
- A mãe que amamenta o filho tem direito a dispensa de trabalho para o efeito, durante todo o tempo que durar a amamentação. Esta dispensa deve ser gozada em 2 períodos distintos, com a duração máxima de uma 1 cada, salvo se acordado diferentemente com a entidade empregadora pública. No caso de nascimentos múltiplos, a dispensa é acrescida de mais 30 minutos por cada gémeo além do primeiro;
- O trabalho noturno (na ausência de fixação por instrumento de regulamentação coletiva de trabalho) compreende o período entre as 22 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte. Este tem a duração mínima de 7 horas e máxima de 11 horas devendo compreender sempre o intervalo entre as 0 horas e as 5 horas;

Apêndice XXII – Sessões de formação nº1 e nº 2 realizadas à equipa de enfermagem do serviço de Medicina III A

Planeamento da Sessão de formação

Tema: “Organização dos cuidados de enfermagem: contributo para a implementação do método por enfermeiros de referência.

Formador: Bruno Verde

Formandos: Equipa de enfermagem

Objetivo: Apresentar todo o plano de estágio à equipa de enfermagem, descrever o projeto de intervenção no serviço, explicar o MER e anunciar o grupo de trabalho e a equipa coordenadora do projeto.

Duração: 30 a 45 minutos

Datas: Sessão nº1 a 6/12/2012 e sessão nº 2 a 18/12/2012

Local: Serviço de Medicina III A

Apresentação (em PowerPoint)

Diapositivo 1



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

**3º Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Gestão em
Enfermagem**

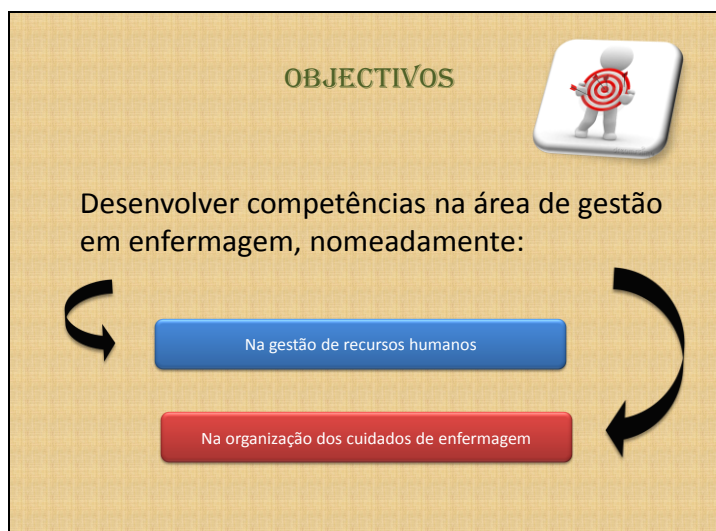
**Organização de cuidados de enfermagem:
Contributo para a implementação do método
por enfermeiro de referência**

Lisboa CHLN - Pólo HPV Medicina III A Bruno Verde nº 4536

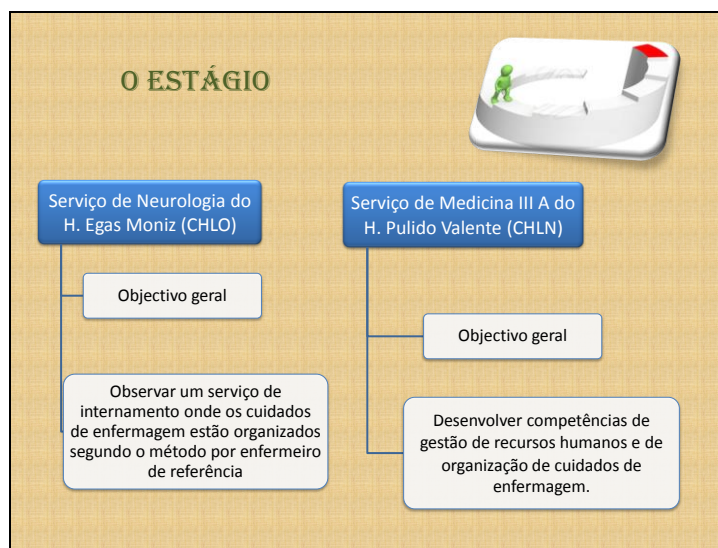
Diapositivo 2



Diapositivo 3



Diapositivo 4



Diapositivo 5

SERVIÇO DE MEDICINA III A DO H. PULIDO VALENTE (CHLN)

- Período de estágio: Outubro 2012 a Março 2013
- Plano de actividades:
 - Acompanhamento da enfermeira chefe;
 - Desenvolvimento de um projecto de intervenção no serviço.

Diapositivo 6

DESENVOLVIMENTO DE UM PROJECTO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO

- Formação de um grupo de trabalho constituído por alguns elementos da equipa de enfermagem;
- Realização de acções de formação, sobre o método por enfermeiro de referência, aos elementos do grupo de trabalho;
- Elaboração, conjuntamente com o grupo de trabalho, de um plano de acção com vista a delinear os objectivos e actividades do grupo;
- Desenvolvimento de um documento de orientação à aplicação do método por enfermeiro de referência;
- Realização de acções de formação sobre o método por enfermeiro de referência à equipa multidisciplinar;
- Apresentação do documento de orientação à implementação do método a toda a equipa multidisciplinar;
- Implementação do método por enfermeiro de referência de forma faseada de acordo com o plano pré-estabelecido pelo grupo de trabalho.

Diapositivo 7

MÉTODOS DE ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Traduzem a forma como os cuidados são organizados e distribuídos pelos vários elementos da equipa, sendo que a responsabilidade da sua escolha cabe aos enfermeiros de gestão;
- Os métodos de trabalho podem ser agrupados em dois, de acordo com o seu foco de atenção :

Centrados na tarefa	• Método funcional
Centrados na pessoa	• Método individual • Método de equipa; • Método primário/referência

Diapositivo 8



Diapositivo 9

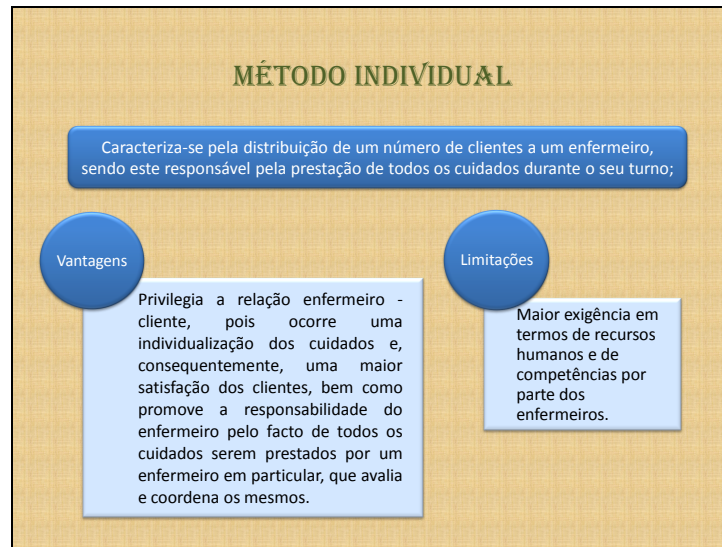
MÉTODO FUNCIONAL

Corresponde à distribuição de tarefas específicas a cada enfermeiro, sendo este responsável pela concretização dessas mesmas tarefas, previamente definidas e padronizadas quanto à sua sequência e execução;

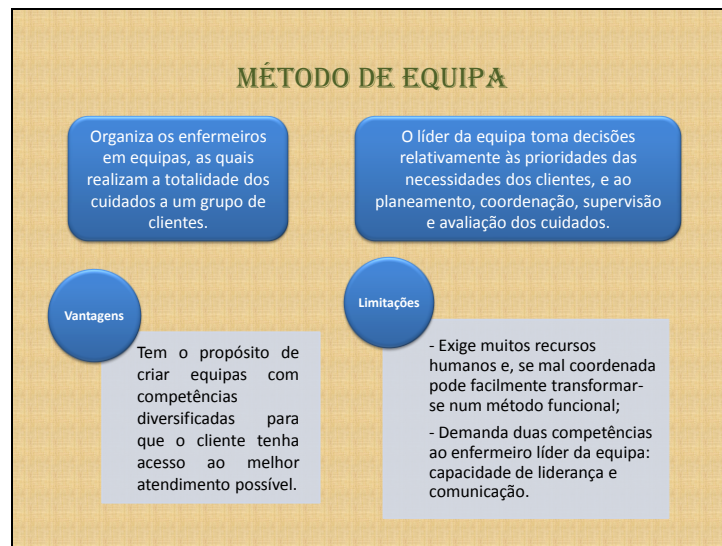
Centra a atenção nas necessidades do serviço e não nas do cliente e é utilizado quando os cuidados qualificados e holísticos não são vistos como essenciais;

É muitas vezes utilizado quando se pretende desenvolver a destreza manual ou treinar alguma técnica.

Diapositivo 10



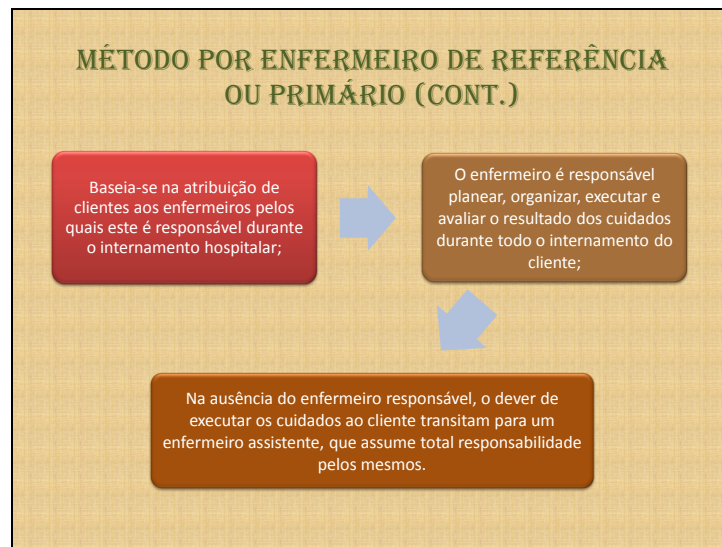
Diapositivo 11



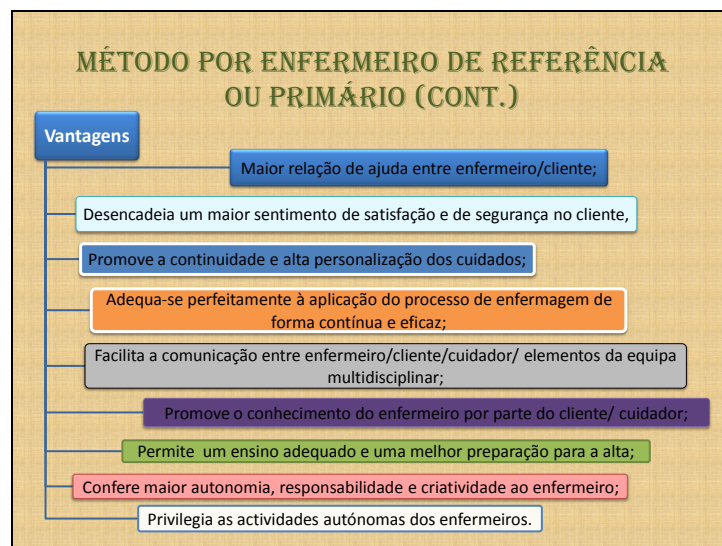
Diapositivo 12



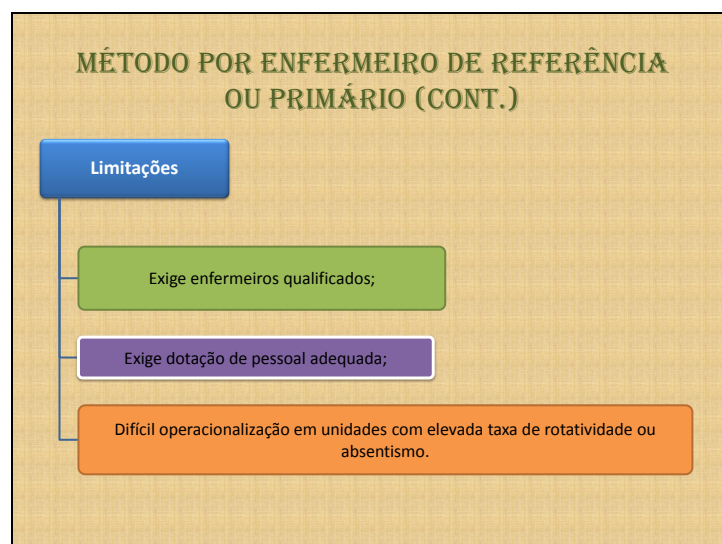
Diapositivo 13



Diapositivo 14



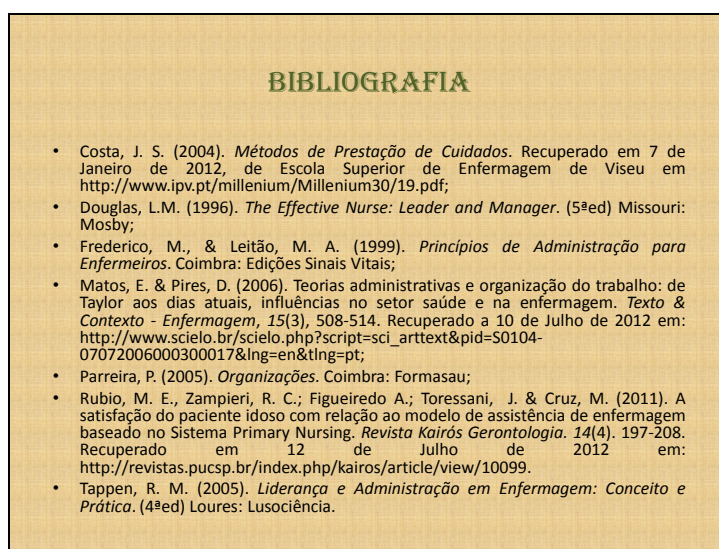
Diapositivo 15



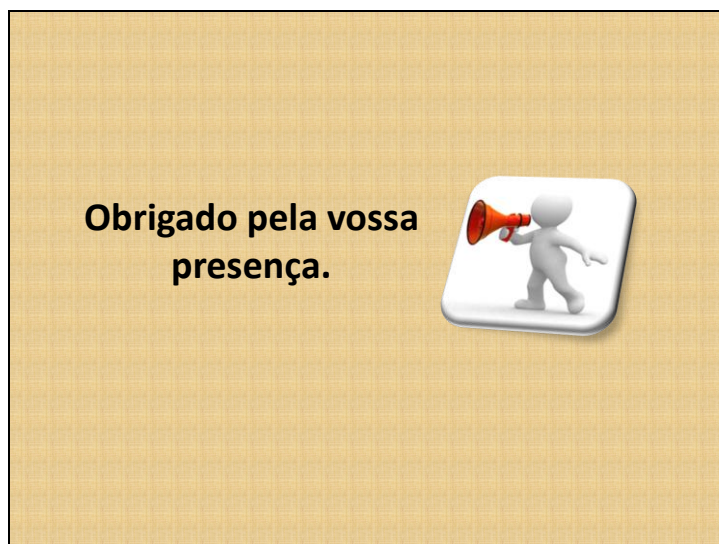
Diapositivo 16



Diapositivo 17



Diapositivo 18



Apêndice XXIII – Avaliação das duas sessões de formação realizadas à equipa de enfermagem no serviço de Medicina III A

Avaliação das duas sessões de formação nº1 e nº 2

Tema: “Organização dos cuidados de enfermagem: contributo para a implementação do método por enfermeiros de referência.

Formador: Bruno Verde

Formandos: Equipa de enfermagem

Local: Serviço de Medicina III A

Data: Sessão nº1 a 6/12/2012 e sessão nº 2 a 18/12/2012

Participantes: 12

Avaliação:

Tópicos avaliados	NS	SP	S	SM	SB
1. Adequação dos Objetivos	0	0	25 %	66,7%	8,3%
2. Transmissão de Conteúdo (em concordância com os conteúdos)	0	0	0	66,7%	33,3%
3. Transmissão dos Conteúdo (domínio da matéria, sequência lógica e adequação aos formandos)	0	0	16,7%	50%	33,3%
4. Relação pedagógica dos formandos (atitude, interatividade, pontualidade)	0	0	0	75%	25%
5. Adequação dos métodos utilizados	0	0	8,3%	41,7%	50 %
6. Utilização de meios e suportes pedagógicos (datashow, retroprojetores, etc)	0	0	0	33,3%	66,7%
7. Documentação de apoio à formação	0	0	91,7%	8,3%	0

**Apêndice XXIV – Manual de orientação à implementação do MER no
serviço de Medicina III A**

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

 Hospital
Pulido Valente

**Manual de Orientação à implementação do Método de
Trabalho por Enfermeiro de Referência**

serviço de Medicina III A

Fevereiro 2013

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



 Hospital
Pulido Valente

Manual de Orientação à implementação do Método de Trabalho por Enfermeiro de Referência

serviço de Medicina III A

Coordenação

Enf.º Bruno Verde, Enf.ª Chefe Clotilde Simões

Grupo de trabalho

Enf.º Bruno Verde, Enf.ª Especialista Cristina Marques, Enf.º
Especialista Rúben Cardoso, Enf.ª Sandra Gaspar, Enf.ª Sara Correia,
Enf.ª Especialista Sílvia Cabrito, Enf.ª Sónia Martins.

Elaboração

Enf.º Bruno Verde

Fevereiro 2013

Introdução

A Ordem dos Enfermeiros (2001) considera que a organização dos cuidados de enfermagem tem influência direta na qualidade dos cuidados e que os enfermeiros no exercício da sua atividade profissional devem procurar metodologias de trabalho promotoras dessa mesma qualidade.

Os métodos de organização do trabalho em enfermagem traduzem, não só a forma como os enfermeiros se organizam na prestação de cuidados aos clientes, como a sua filosofia e conceção de cuidar. Assim, de acordo com o método utilizado os cuidados podem ser centrados nas tarefas ou nos clientes. Unanimemente, a literatura atual considera como quatro os principais métodos de trabalho: método funcional, método de equipa, método individual e o método por enfermeiro de referência (Tappen, 2005). Importa salientar que, muitas vezes, numa unidade de cuidados não se consegue identificar as características de um método de trabalho puro, verifica-se sim uma maior tendência para um dos métodos. Isto acontece como reflexo da adaptação dos anteriores métodos aos objetivos das organizações, às características dos clientes e da equipa de enfermagem (Tappen, 2005).

Neste sentido, foi considerado de máxima pertinência a adaptação, ao serviço de medicina III A do centro Hospitalar Lisboa Norte – Pólo Hospital Pulido Valente, do método de prestação de cuidados por enfermeiro de referência.

O atual documento, que se pretende ser de consulta e leitura rápida, constitui-se como orientador à implementação do método de enfermeiro de referência neste serviço. Tem como finalidade promover a excelência do exercício profissional e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados a todos os clientes e como objetivos:

- Estabelecer as linhas orientadoras da adaptação e operacionalização do método de trabalho por enfermeiro de referência ao serviço de medicina III A do Centro hospitalar Lisboa Norte – Pólo Hospital Pulido Valente;
- Orientar os elementos da equipa de enfermagem sobre o método de trabalho por enfermeiro de referência e a sua importância no sucesso dos cuidados prestados aos clientes;

- Definir as competências dos enfermeiros de referência e o seu papel em cada fase de internamento do cliente;
- Identificar os principais instrumentos de trabalho que servem de base à prestação de cuidados de enfermagem pelo enfermeiro de referência;

O documento encontra-se dividido em doze partes constituídas pelos pontos essenciais que importa reter e clarificar para a operacionalização do método de trabalho por enfermeiro de referência:

13. Métodos de organização do trabalho de enfermagem;
14. Objetivos do método por enfermeiro de referência;
15. Competências gerais do enfermeiro referência;
16. Orientações ao papel do enfermeiro de referência na admissão do cliente;
17. Orientações ao papel do enfermeiro de referência durante o internamento do cliente;
18. Orientações ao papel do enfermeiro de referência no dia da alta hospitalar do cliente;
19. Características do método por enfermeiro de referência no serviço de Medicina III A;
20. Identificação dos enfermeiros de referência;
21. Critérios de atribuição de clientes aos enfermeiros de referência;
22. Diagrama de operacionalização do método por enfermeiro de referência;
23. Bibliografia;
24. Instrumentos de apoio à prestação de cuidados pelo enfermeiro de referência:
 - **Anexo I** – Lista de atribuição dos clientes
 - **Anexo II** – Folha de colheita de dados de enfermagem
 - **Anexo III** – Folha de plano de cuidados
 - **Anexo IV** – Folha de nota de alta

ÍNDICE

1. MÉTODOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM

2. OBJETIVOS DO MÉTODO POR ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA

3. COMPETÊNCIAS GERAIS DO ENFERMEIRO REFERÊNCIA

4. ORIENTAÇÕES AO PAPEL DO ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA NA ADMISSÃO DO CLIENTE

5. ORIENTAÇÕES AO PAPEL DO ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA DURANTE O INTERNAMENTO DO CLIENTE

6. ORIENTAÇÕES AO PAPEL DO ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA NO DIA DA ALTA HOSPITALAR DO CLIENTE

7. CARATERISTICAS DO MÉTODO POR ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA NO SERVIÇO DE MEDICINA III A

8. OS ENFERMEIROS DE REFERÊNCIA DO SERVIÇO

9. CRITÉRIOS DE ATRIBUIÇÃO DE CLIENTES AOS ENFERMEIROS DE REFERÊNCIA

10. DIAGRAMA DE OPERACIONALIZAÇÃO DO MÉTODO POR ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA

11. BIBLIOGRAFIA

12. INSTRUMENTOS DE APOIO À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PELO ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA

1. Métodos de organização do trabalho de enfermagem

São modelos ou métodos de trabalho em enfermagem que traduzem a forma como os enfermeiros se organizam na prestação de cuidados aos clientes. Um método de trabalho não correspondem apenas à atribuição de atividades a cada enfermeiro, mas sim à “*adoção de uma perspectiva, uma filosofia do cuidar, uma concepção dos cuidados a realizar, um modo de pensar a organização dos cuidados*” (Parreira, 2005, p.267)

Existem vários métodos de organização de cuidados que foram surgindo ao longo da história da enfermagem, no entanto, os mais conhecidos são os métodos funcional, individual, de equipa e primário ou por enfermeiro de referência.

Método primário ou por enfermeiro de referência

Em 1968, no hospital universitário de Minnesota, EUA, Marie Manthey em colaboração com um grupo de enfermeiros, desenvolveu um método de trabalho revolucionário que denominou de “*Primary nursing*”. Neste novo método o enfermeiro passava a ser responsável pela gestão e prestação de cuidados a determinados clientes, durante normalmente todo o seu internamento hospitalar (Manthey, 2009). Segundo Rubio, Zampieri, Figueiredo, Toressani e Cruz (2011), foram diversos os motivos que desencadearam o desenvolvimento deste método, entre eles, a insatisfação dos clientes relativamente ao atendimento nas organizações de saúde, a falta de credibilidade dos médicos na equipa de enfermagem e o descontentamento dos próprios enfermeiros relativamente à sua profissão.

Em concreto o método corresponde a uma estratégia de organização dos cuidados de enfermagem centrados nas necessidades dos clientes. Segundo Marie Manthey (1973) neste método de trabalho três ou quatro clientes são atribuídos a enfermeiros de referência que ficam responsáveis, durante todo o internamento, de avaliarem as suas necessidades e elaborarem um plano de cuidados de enfermagem. Na ausência do enfermeiro de referência, os seus clientes são atribuídos a outros enfermeiros que assumem total responsabilidade por seguirem o plano de cuidados pré-estabelecido para

cada cliente, podendo contudo proceder a algumas alterações ao mesmo caso se justifique (Manthey, 1973).

Existem algumas limitações que normalmente estão associadas a este métodos tais como a necessidade de enfermeiros qualificados, a dotação adequada de enfermeiros, a difícil operacionalização em serviços com elevada taxa de rotatividade e o absentismo (Parreira, 2005). Manthey (2009) refere que existem alguns mitos falsos que foram surgindo ao longo dos anos associados ao método, nomeadamente, que o método é caro, exige mais enfermeiros qualificados e o seu sucesso depende do tempo de internamento do cliente.

Parreira (2005) identifica várias potencialidades neste método de organização de cuidados, tais como, promover a continuidade e alta personalização dos cuidados; adequar-se perfeitamente à aplicação do processo de enfermagem de forma contínua e eficaz; facilitar a comunicação entre enfermeiro/cliente/elementos da equipa multidisciplinar, o conhecimento do enfermeiro por parte do cliente, o ensino e a preparação para a alta; conferir maior autonomia, responsabilidade e criatividade ao enfermeiro e privilegiar as atividades autónomas dos enfermeiros.

Frederico e Leitão (1999) consideram este método como promotor de uma maior relação de ajuda, satisfação e sentimento de segurança no cliente, bem como da continuidade e empenho do enfermeiro.

Marie Mantey (1973) considera que o método promove uma maior aprendizagem e o desenvolvimento de competências profissionais, bem como a oportunidade do enfermeiro observar, ao longo do internamento, os efeitos dos seus cuidados no cliente.

2. Objetivos do método por enfermeiro de referência

A adaptação de um novo método de organização de cuidados de enfermagem, no serviço de Medicina III A, baseado nos princípios do método por enfermeiro de referência visa promover cuidados de enfermagem centrados nos clientes e responder às suas necessidades de forma altamente personalizada e continuada durante todo o internamento. A existência de um enfermeiro de referência para o cliente permitirá dar uma melhor resposta às suas reais necessidades e agilizar todo o processo de alta. O enfermeiro terá um papel de elemento integrador do cliente dentro do serviço/ organização, de orientador, de apoio e de coordenador de todos os cuidados.

Com a implementação deste método de trabalho no serviço de Medicina III A pretendem-se atingir os seguintes objetivos:

- Alcançar uma maior personalização dos cuidados;
- Promover a continuidade dos cuidados,
- Desenvolver em conjunto com o cliente/ cuidador um projeto de cuidados durante o internamento;
- Promover a comunicação/ colaboração entre enfermeiro/ cliente/ cuidador/ elementos da equipa multidisciplinar;
- Promover um melhor conhecimento e confiança do cliente/ cuidador no enfermeiro de referência;
- Agilizar a alta do cliente;
- Proporcionar mais autonomia e criatividade ao enfermeiro;
- Dar visibilidade ao trabalho do enfermeiro e aos seus cuidados;

3. Competências gerais do enfermeiro referência

- Ser um elemento integrador/referência do cliente no serviço/hospital;
- Ser o elemento de enfermagem de referência, de apoio e de orientação do cliente/ cuidador;
- Ser um elemento coordenador de todos os cuidados de enfermagem;
- Ser responsável pelo projeto de cuidados:
 - Elaborar, completar ou atualizar a colheita de dados do cliente (Anexo III – Folha de colheita de dados de enfermagem);
 - Identificar e elaborar diagnósticos/problemas de enfermagem;
 - Estabelecer um plano de cuidados conjuntamente com o cliente/ cuidador (Anexo IV – Folha de plano de cuidados de enfermagem);
 - Implementar ou acompanhar a implementação das intervenções definidas no plano de cuidados;
 - Realizar avaliações periódicas relativamente à eficácia das intervenções planeadas e fazer os reajustes necessários ao plano de cuidados;
- Ser um elemento de ligação com toda a equipa multidisciplinar;
- Promover a continuidade dos cuidados de saúde através da realização de notas de alta de enfermagem (Anexo V – Folha de nota de alta de enfermagem) e pela articulação com outras organizações/ instituições da comunidade, como, centros de saúde, lares, centros de dia, etc.

4. Orientações ao papel do enfermeiro de referência na admissão do cliente

- Deve identificar-se junto do cliente/cuidador/família, no momento de acolhimento, e, de forma resumida, explicar o seu papel como enfermeiro de referência;
- É responsável por entregar o guia de acolhimento, bem como o cartão de identificação do serviço. Neste último deve constar o nome do enfermeiro de referência;
- Deve assinalar com o seu nome a placa de identificação da cama do cliente, a folha de colheita de dados, a folha do plano de cuidados e o quadro de identificação dos clientes presente na sala de trabalho de enfermagem;
- Iniciar o processo de enfermagem (avaliação inicial, diagnósticos de enfermagem, intervenções);
- No caso do enfermeiro de referência não se encontrar presente na altura de admissão do cliente os três primeiros pontos anteriores deverão ser efetuados pelo enfermeiro que recebe o cliente, este deve também iniciar a primeira etapa do processo de enfermagem, a avaliação inicial.

5. Orientações ao papel do enfermeiro de referência durante o internamento do cliente

- É responsável pela prestação direta dos cuidados de enfermagem aos seus clientes durante o seu turno;
- Coordena todos os cuidados de enfermagem aos seus clientes;
- Funciona como elemento de ligação com toda a equipa multidisciplinar;
- Acompanha e atualiza o plano de cuidados;
- Promove a continuidade de cuidados aos restantes enfermeiros através da comunicação escrita - registos (colheita de dados, plano de cuidados, gráficos sinais vitais, folha de pensos, escalas de avaliação, notas de alta de enfermagem, etc.) e comunicação oral - passagem de turno
- Inicia logo após a admissão do cliente a sua preparação para a alta, tendo como instrumento de trabalho o processo de enfermagem e como foco do mesmo, o cliente.

6. Orientações ao papel do enfermeiro de referência no dia da alta hospitalar do cliente

- Assegura a continuidade de cuidados do cliente após a alta hospitalar através da articulação com outras organizações/ instituições da comunidade, como, centros de saúde, lares, centros de dia, etc. (Este objetivo deve ser assegurado não apenas no momento da alta mas o mais precocemente possível pois evitará situações tanto de reinternamentos como de altas adiadas);
- Conclui e entrega ao cliente/ cuidador a nota de alta de enfermagem e outro tipo de documentação necessária à continuação dos seus cuidados;
- Caso o enfermeiro de referência não esteja presente no dia da alta hospitalar, deverá ser o enfermeiro associado e responsável pelo cliente naquele dia que deverá fazer cumprir os anteriores pontos;

7. Características do método por enfermeiro de referência adaptadas ao serviço de Medicina III A

Para o serviço de medicina III A pretende-se que o método de trabalho por enfermeiro de referência assuma as seguintes características:

- A cada cliente será atribuído, no momento da admissão, um enfermeiro de referência;
- O período que decorre entre a atribuição de um cliente e o momento em que o enfermeiro de referência contacta com o seu cliente não pode ser superior a 3 turnos;
- Cada enfermeiro só pode ser referência de, no máximo, 2 clientes. Excetuam-se os casos em que o número de enfermeiros chefe de equipa e os seus segundos elementos não são em numero suficiente para que o anterior ponto seja cumprido;
- O enfermeiro de referência fica responsável por avaliar, planear, coordenar, executar e reavaliar (processo de enfermagem) todos os cuidados de enfermagem aos seus clientes, desde o momento da admissão até à alta hospitalar, e não apenas durante o seu turno (caso do método individual).
- O processo de enfermagem (avaliar necessidades, planear, executar e reavaliar) é o instrumento de trabalho central na prestação de cuidados pelo enfermeiro de referência;
- Quando o enfermeiro de referência está ausente do serviço por um período inferior a 72 horas, os cuidados aos seus clientes são assegurados pelos restantes enfermeiros, que assumem a responsabilidade pelos mesmos e seguem as linhas gerais do plano de cuidados pré-estabelecido pelo enfermeiro de referência;
- Quando o enfermeiro de referência está ausente do serviço por um período superior a 72 horas, os clientes a ele atribuídos são redistribuídos por outros enfermeiros de referência (ver critérios de redistribuição de clientes no ponto 9).

8. Os enfermeiros de referência do serviço

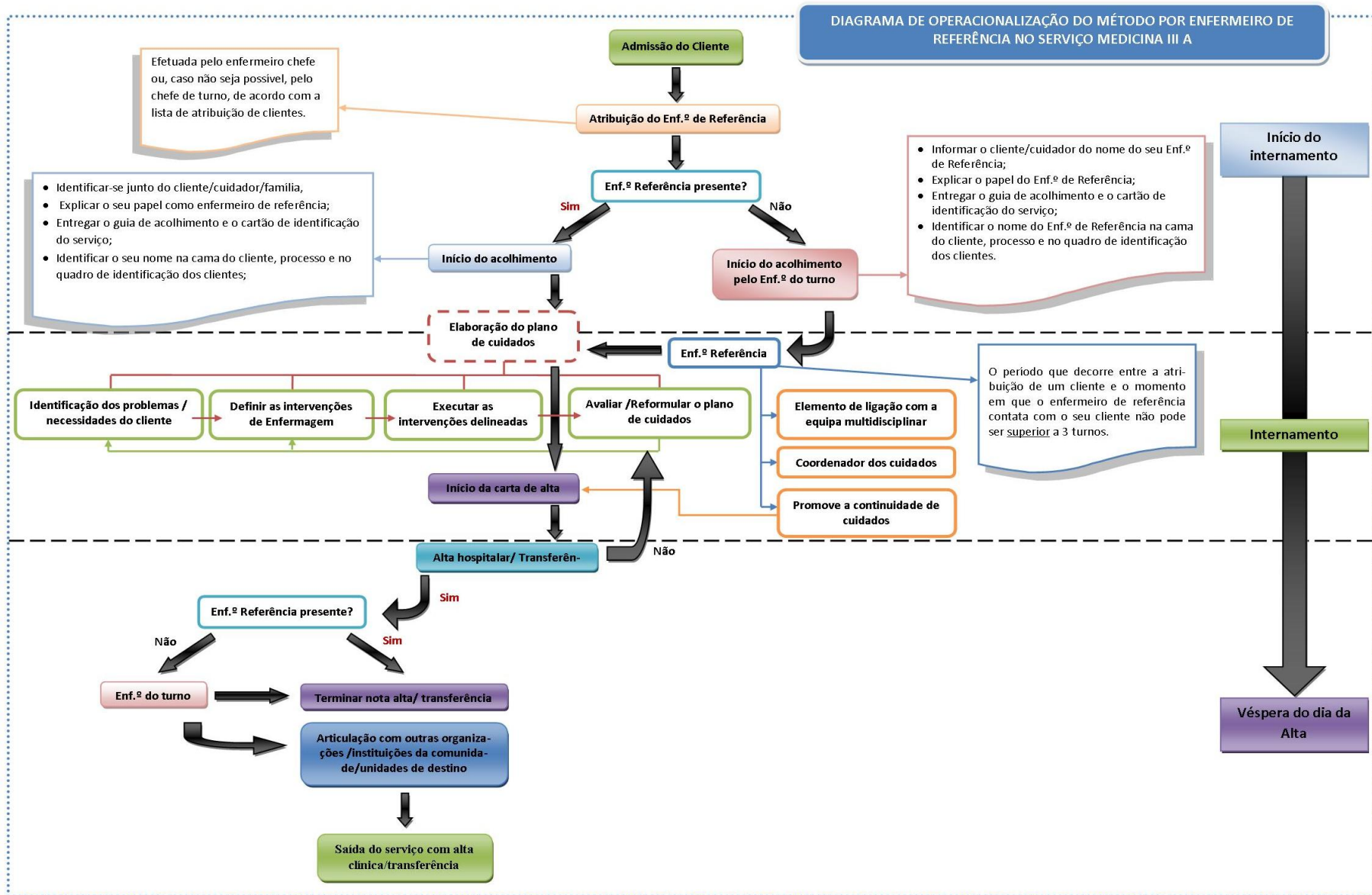
Os elementos da equipa de enfermagem que assumem o papel de enfermeiro de referência são os chefes de equipa e os seus segundos elementos ou qualquer outro elemento da equipa de enfermagem se a chefe de serviço assim o entender;

9. Critérios de atribuição de clientes aos enfermeiros de referência

- A atribuição de clientes aos respetivos enfermeiros de referência é da responsabilidade do enfermeiro chefe ou, caso não seja possível, do chefe de turno;
- A ordem de atribuição de clientes aos respetivos enfermeiros segue a ordem presente na *lista de atribuição de clientes* (Anexo II).
- A ordem de atribuição de clientes presente na respetiva lista de atribuição de clientes pode ser alterada nos seguintes casos:
 - Se a enfermeira chefe ou o chefe de turno, por algum motivo, assim o entenderem;
 - Para privilegiar as áreas de especialidade/interesse dos enfermeiros de referência (e assim prestar cuidados de enfermagem de maior qualidade);
 - Se o enfermeiro de referência que a lista indica como o próximo a ser responsável por um cliente se encontrar ausente do serviço por um período superior a três turnos. Nesta situação o cliente seria atribuído ao enfermeiro de referência que lhe seguia na lista.
 - Assim se um cliente entra no turno da manhã este só poderá ser atribuído a um enfermeiro de referência que esteja presente nesse turno, no da tarde, no da noite ou no da manhã seguinte.
- Se um enfermeiro de referência se encontrar ausente do serviço por um período superior a 72 horas (férias, folgas, baixa, etc.). Nesta situação o/os cliente(s) devem ser atribuídos, até ao seu regresso, a um outro enfermeiro de referência. Os critérios de atribuição a um novo enfermeiro de referência são, por ordem de prioridade, os seguintes:
 - O novo enfermeiro de referência não poderá estar ausente do serviço por um período superior a 72 horas a partir do momento em que assume a responsabilidade do cliente até o regresso do anterior enfermeiro de referência;
 - A área de especialidade/interesse do enfermeiro de referência;

- A ordem de atribuição dos clientes que consta na lista de atribuição de clientes (anexo I) no último turno do respetivo enfermeiro de referência que se ausenta. Quando o enfermeiro se ausenta de forma inesperada por um período superior a 72 horas a distribuição do seu cliente é realizada no turno em que se toma conhecimento dessa ausência.

10. Diagrama de operacionalização do método por enfermeiro de referência



11. Bibliografia

Frederico, M., & Leitão, M. A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.

Manthey, M. (1973). Primary nursing is alive and well in the hospital. *The American journal of nursing*, 73(1), 83-87.

Manthey, M. (2009). The 40th anniversary of primary nursing: setting the record straight. *Creative nursing*, 15(1), 36-38.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Divulgar – Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem*. Lisboa.

Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.

Rubio, M. E., Zampieri, R. C.; Figueiredo A.; Toressani, J. & Cruz, M. (2011). A satisfação do paciente idoso com relação ao modelo de assistência de enfermagem baseado no Sistema Primary Nursing. *Revista Kairós Gerontologia*. 14(4). 197-208. Recuperado em 12 de Julho de 2012 em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/10099>.

Tappen, R. M. (2005). *Liderança e Administração em Enfermagem: Conceito e Prática*. (4ªed) Loures: Lusociência.

12. Instrumentos de apoio à prestação de cuidados pelo enfermeiro de referência

Anexo I – Lista de atribuição dos clientes

Anexo II – Folha de colheita de dados de enfermagem

Anexo III – Folha de plano de cuidados de enfermagem

Anexo IV – Folha de nota de alta de enfermagem

Anexo I - Lista de atribuição de clientes

Anexo II - Folha de colheita de dados de enfermagem

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE. EPEHOSPITAL DE
SANTAMARIAHospital
PulidoValente

COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Nome pelo qual gosta de ser chamado: _____ Idade: _____

Morada: _____ Telefone: _____

Habilitações literárias: _____ Profissão: _____

Crenças religiosas: _____

Apoio religioso: Sim Não

Pessoa referência _____ Parentesco _____

Contacto: _____ Morada: _____

1.1 Situação sócio-familiar

Vive com _____

Cuidador Principal _____ Grau de Parentesco: _____

Contacto _____

Situação familiar indicadora de problemas Sim Não Situação profissional indicadora de problemas Sim Não Responsável pela prestação de cuidados a terceiros Sim Não

Obs. _____

1.2 Rede de apoio

Centro de Saúde: _____

Médico Família: _____

Enfermeiro de Referência: _____

Apoio domiciliário Não Sim Tipo: Enfermagem Entidade _____Social Entidade _____

2. DADOS DE ADMISSÃO

Data de internamento: _____ Hora _____

Internamento através de: Urgência Hosp. Dia Consulta Transferência Outro Chegou de: Maca Cadeira de rodas A pé Proveniência: Casa Lar Outro

Motivo de Internamento: _____

Diagnóstico Médico: _____

História da Doença Actual: _____

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças

Intervenções Cirúrgicas

Medicação Habitual:

Vigilância de saúde Não Sim Local _____Internamento Anterior Sim Não

Alergias: Desconhece Sim _____

Estilos de vida/ Comportamentos aditivos

Tabaco Carga tabágica _____ (UMA)

Ex-Fumador desde há _____

Álcool Quantidade _____ Desde _____

Não ingere desde _____

Estupefacientes Tipo _____ Desde _____

Não consome desde _____

Obs _____

4. COMUNICAÇÃO

Audição Normal
Diminuída Bilateral Direita Esquerda Nula Prótese _____Visão Normal
Diminuída Bilateral Direita Esquerda Nula Prótese _____Fala Normal Disartria Afasia Dislexia Discurso lentificado Outro _____

Obs _____

5. ESTADO DE CONSCIÊNCIA

Consciente Inconsciente
 Score Glasgow _____

Orientado Desorientado

Tempo
 Espaço
 Pessoa
 Outro

Confusão
 Agitação
 Sonolência
 Hipoactividade
 Sedado
 Score Ramsay _____

Escala Glasgow

BERTURA OCULAR	4- voluntária 3- a ordens 2- à dor 1- sem resposta
SPOSTA MOTORA	6- a ordens 5- localizadora 4- de fuga 3- flexão 2- extensão 1- sem resposta
ESPOSTA VERBAL	5- orientada 4- confusa 3- delirante 2- initelegível 1- se resposta

Escala Ramsay

1-doente ansioso/inquieto ou agitado
2-doente colaborante, orientado e tranquilo
3-doente que só responde a ordens
4-doente com resposta activa
5-doente com resposta lenta
6-doente sem resposta

Obs _____

6. AUTO CONHECIMENTO: EMOÇÃO

Calmamente
 Ansiedade
 Agressividade
 Humor Instável

Reduzida [] Moderada [] Elevada [] Muito Elevada []
 Reduzida [] Moderada [] Elevada [] Muito Elevada []
 Reduzida [] Moderada [] Elevada [] Muito Elevada []

Obs _____

7. ACTIVIDADE MOTORA

Independente
 Dependente desde: _____ Ajuda total

Ajuda parcial
 Transferência
 Mobilização na cama
 Marcha
 Transferência
 Mobilização na cama

Recursos: Bengala Canadianas Tripé
 Andarilho Cadeira de rodas

Obs _____

8. TEGUMENTOS

Características da pele: Hidratada Desidratada
 Corada Pálida Cianosada Ictérica

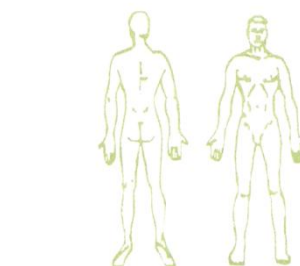
Sem alterações da integridade cutânea

Alterações da integridade cutânea

Feridas traumáticas

Escoriação Local _____
 Contusão Local _____
 Laceração Local _____
 Queimadura Grau ____ Local _____
 Necrose Local _____

NOSADA



Feridas cirúrgicas

Sutura Local _____ Data: _____
 Dreno Local _____ Tipo: _____ Data: _____

Outras feridas Local _____

Úlceras

Venosa Local _____
 Arterial Local _____
 Pressão Grau ____ Local _____

Risco de úlcera de pressão:

Score de Braden _____

Baixo risco

Risco moderado

Alto risco

Escala de Braden

Percepção sensorial	1. Completamente limitada 2. Muito limitada 3. Ligeiramente limitada 4. Nenhuma limitação
Humidade	1. Pele constantemente húmida 2. Pele muito húmida 3. Pele ocasionalmente húmida 4. Pele raramente húmida
Actividade	1. Acamado 2. Sentado 3. Anda ocasionalmente 4. Anda frequentemente
Mobilidade	1. Completamente imobilizado 2. Muito limitada 3. Ligeiramente limitado 4. Nenhuma limitação
Nutrição	1. Muito pobre 2. Provavelmente inadequada 3. Adequada 4. Excelente
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema real 2. Problema potencial 3. Nenhum problema

Obs _____

Características das mucosas: Hidratadas Desidratadas
Coradas Descoradas Cianosadas Ictéricas

Obs _____

9. RESPIRAÇÃO

Tórax: Escoliose Cifose Cifoscoliose
Tórax em barril Altura desigual dos ombros

Respiração: Profunda
Superficial
Características: Abdominal Torácica Mista

Tosse Não
Sim Características: Produtiva Seca

Expectoração Não
Sim Características: Mucosa Purulenta Hemática

Dispneia Não
Sim Características: Repouso Funcional Ortopneia

Outros sinais de dificuldade respiratória:

Adejo nasal Tiragem Cansaço fácil Outros _____

Ventilação assistida:

Oxigenoterapia Débito _____

Sonda nasal Óculos nasais Máscara

OLD Débito _____ N° horas/dia _____

Sonda nasal Óculos nasais Máscara

Ventilação (não invasiva): CPAP BiPAP

Parâmetros _____

Máscara nasal Máscara facial

Entubação traqueal Tubo n° _____ Nível _____ Colocado a _____

Traqueostomia Cânula n° _____ Colocada a _____

Obs _____

10. CIRCULAÇÃO

Edemas Generalizados Membros Inf Membros Sup
 Palpebrais Articulares Maleolares

Função vascular deficiente Localização _____

Engurgitamento jugular

Obs _____

11. ALIMENTAÇÃO

Independente

Dependente Reduzido [] Moderado [] Elevado [] Muito Elevado []

Peso ____ Kg Altura ____ cm

Nº Refeições/dia _____

Tipo de dieta _____

Alimentos que não gosta _____

Intolerância _____

Sonda Gástrica Nasal Oral

Nº ____ Tipo _____ colocada a _____

Sonda de Gastrostomia nº ____ colocada a _____

Alterações: Anorexia Náuseas Vômitos Disfagia tipo _____

Mastigação Disgeusia Outro _____

Prótese Dentária Não

Sim Superior Inferior _____

Obs _____

12. ELIMINAÇÃO

12.1 VESICAL

Continente

Hábitos urinários _____ Características da urina _____

Incontinente De esforço De urgência Refluxa

Fralda

Dispositivo urinário

Drenagem supra-púbica

Estoma Não Sim _____

Cateter vesical nº ____ tipo _____ colocado a _____

Alterações: Anúria Disúria Polaquiúria Outro _____

Obs _____

12.2 INTESTINAL

Continente Incontinente Hábitos intestinais _____ Utiliza laxantes Não Sim
Quais _____

Características das fezes _____

Última dejectação _____

Estomas Não Sim Tipo _____ desde _____Alterações: Obstipação Diarreia

Obs _____

13. SONO e REPOUSO

Sem alterações Insónias Dificuldade em adormecer Indutores do sono Quais _____

Obs _____

14. AUTOCUIDADO

14.1 HIGIENE

Independente Dependente Reduzido [] Moderado [] Elevado [] Muito Elevado []Banho Geral _____ Banho Parcial _____Higiene corporal Cuidada Descuidada Higiene oral Cuidada Descuidada

14.2 VESTUÁRIO

Vestir-se

Independente Dependente Reduzido [] Moderado [] Elevado [] Muito Elevado []

Despir-se

Independente Dependente Reduzido [] Moderado [] Elevado [] Muito Elevado []

Obs _____

Data _____ Enfº _____

Anexo III - Folha de plano de cuidados de enfermagem

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



SERVIÇO DE MEDICINA III A

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ENF.º REFERÊNCIA: _____

FOLHA Nº__

DATA		DIAGNÓSTICOS/PROBLEMAS	DATA		INTERVENÇÕES
INÍCIO	FIM		INÍCIO	FIM	

Anexo IV - Folha de nota de alta de enfermagem

**Carta de Alta / Transferência de Enfermagem****1 – IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE**

Nome: _____ NSC: _____
 Data de Nascimento: (dd/mm/aaaa) Estado civil: _____ Reside com: _____
 Morada: _____ Tel.: _____
 Cuidador principal: _____ Parentesco: _____ Tel.: _____
 Centro de Saúde: _____ Extensão: _____ Cartão Utente nº: _____

2 – ANTECEDENTES PESSOAIS

Patologias conhecidas: _____
 Medicação habitual: _____
 Internamentos anteriores (data e local): _____
 Alergias: _____ Comportamentos Aditivos: Álcool Tabaco outros _____
 Apoio domiciliário anterior: Não Sim Qual? _____

3 – DADOS DE ADMISSÃO

Internamento através de: Urgência Consulta Outras
 Motivo pelo qual recorreu ao Hospital: _____
 Diagnóstico: _____ Internado de _____ a _____
 Serviço: _____ Médico Assistente: _____

4 – RESUMO DO INTERNAMENTO DO UTENTE

5 – ACTIVIDADES DE VIDA	OBSERVAÇÃO / CUIDADOS NECESSÁRIOS
Estado de consciência e Expressão	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Confuso/ agitação psicomotora <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado Tipo de desorientação <input type="checkbox"/> Disártrico <input type="checkbox"/> Afásico Tipo de Afasia
Respiração	<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia l/m <input type="checkbox"/> Inaloterapia <input type="checkbox"/> Ventilação Invasiva <input type="checkbox"/> Ventilação Não Invasiva <input type="checkbox"/> Outros:
Higiene pessoal e vestir-se	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Ajuda parcial <input type="checkbox"/> Vestir <input type="checkbox"/> Ajuda total <input type="checkbox"/> Vestir <input type="checkbox"/> Banho no WC <input type="checkbox"/> Banho no WC <input type="checkbox"/> Banho na cama <input type="checkbox"/> Banho na cama

8 – ENSINOS REALIZADOS

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Higiene pessoal e vestir-se | <input type="checkbox"/> Alimentação e hidratação | <input type="checkbox"/> Locomoção e mobilidade | <input type="checkbox"/> Respiração |
| <input type="checkbox"/> Eliminação vesical | <input type="checkbox"/> Eliminação intestinal | <input type="checkbox"/> Integridade Cutânea | <input type="checkbox"/> Hábitos de Risco |
| <input type="checkbox"/> Controlo sintomas | <input type="checkbox"/> Gestão regime terapêutico | Outros ensinios: | |

9 – CONTINUIDADE DE CUIDADOS**Terapêutica Específica:** Não Sim Qual?**Referenciação à RNCCI:** Não Sim **Tipologia:****Próxima consulta:** Data: CHLN Centro de Saúde Outro **Outros dados relevantes:****10 - CONTACTO PROGRAMAÇÃO ALTA?** Não Sim Data: Realizado com:**11 - O ENFERMEIRO:** N.º Colab.: Data:**12 - Em caso de dúvidas, pode contactar o nosso Serviço pelo telefone:**

Apêndice XXV - Sessão de formação nº 3 realizada à equipa multidisciplinar do serviço de Medicina III A

Planeamento da Sessão de formação

Tema: “Organização dos cuidados de enfermagem: contributo para a implementação do método por enfermeiros de referência.

Formador: Bruno Verde

Formandos: Equipa multidisciplinar

Objetivo: Apresentar o documento de orientação à implementação do MER a toda a equipa multidisciplinar e explicar todos os pontos essenciais que constituem o MOIMER.


Duração: 30 a 45 minutos

Datas: 26/03/2013

Local: Serviço de Medicina III A

Apresentação (em PowerPoint)

Diapositivo 1




**3º Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Gestão em
Enfermagem**

**Manual de orientação à implementação do
método por Enfermeiro de Referência**

Lisboa, 26 de março CHLN - Pólo HPV - Medicina III A Bruno Verde nº 4536

Diapositivo 2

Objetivo da formação



- Apresentar o documento de orientação à implementação do método por enfermeiro de referência (ER) a toda a equipa multidisciplinar;
- Explicar todos os pontos essenciais que constituem o manual de orientação à implementação do método por enfermeiro de referência (MOIMER).

Diapositivo 3

MOIMER - Contextualização

- O manual de orientação à implementação do método por ER surge como resultado de um projeto de estágio desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado de Gestão em Enfermagem;
- Para o seu desenvolvimento foram fundamentais os 2 estágios realizados:
 - No serviço de Neurologia do H. Egas Moniz;
 - No serviço de Medicina III A do H. Pulido Valente

Diapositivo 4

MOIMER - Apresentação

- Trata-se de um manual de orientação à aplicação de um novo método de trabalho no serviço de Medicina III A, baseado no método por enfermeiro de referência;
- O desenvolvimento deste manual resultou de um trabalho de grupo conjunto com a enfermeira chefe e os seus chefes de equipa, bem como da colaboração dos restantes elementos da equipa de enfermagem.

Diapositivo 5

MOIMER - Finalidades

- Ser um manual de consulta e leitura rápida;
- Ser um manual orientador à implementação do método de enfermeiro de referência neste serviço;
- Promover a excelência do exercício profissional e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados a todos os clientes.




Diapositivo 6

MOIMER - Objetivos

- Estabelecer as linhas orientadoras para a operacionalização do método por ER a este serviço;
- Orientar os elementos da equipa de enfermagem sobre o método de trabalho por ER e a sua importância no sucesso dos cuidados prestados aos clientes;

Diapositivo 7


MOIMER – Objetivos (cont.)



- Definir as competências dos enfermeiros de referência e o seu papel em cada fase de internamento do cliente;
- Identificar os principais instrumentos de trabalho que servem de base à prestação de cuidados de enfermagem pelo enfermeiro de referência;

Diapositivo 8


MOIMER - Estrutura



The image shows two documents. On the left is the cover page of a document titled 'Documento de Orientação à implementação do Método de Trabalho por Enfermeiro de Referência' from the 'Serviço de Medicina II'. On the right is an index titled 'INDICE' with 12 numbered items, each with a corresponding colored arrow pointing to the right.

Diapositivo 9

MOIMER - Estrutura



Está dividido em 12 partes:

1. Métodos de organização do trabalho de enfermagem;
2. Objetivos do método por enfermeiro de referência;
3. Competências gerais do enfermeiro referência;
4. Orientações ao papel do enfermeiro de referência na admissão do cliente;
5. Orientações ao papel do enfermeiro de referência durante o internamento do cliente;

Diapositivo 10

MOIMER – Estrutura (cont.)

6. Orientações ao papel do enfermeiro de referência no dia da alta hospitalar do cliente;
7. Orientações à operacionalização do método por enfermeiro de referência no serviço de Medicina III A;
8. Identificação dos enfermeiros de referência;
9. Critérios de atribuição de clientes aos enfermeiros de referência;
10. Diagrama de operacionalização do método por enfermeiro de referência;

Diapositivo 11

MOIMER – Estrutura (cont.)

11. Bibliografia;
12. Instrumentos de apoio à prestação de cuidados pelo enfermeiro de referência:

Anexo I – Lista de atribuição dos clientes

Anexo III – Folha de plano de cuidados

Anexo II – Folha de colheita de dados de enfermagem

Anexo IV – Folha de nota de alta

Diapositivo 12

1. Métodos de organização do trabalho de enfermagem

- Define o que são métodos de trabalho;
- Enumera os métodos de trabalho mais conhecidos;
- Apresenta e descreve o método de trabalho por enfermeiro de referência;

Método por Enfermeiro de Referência (Marie Manthey, 1973)

3 ou 4 clientes são atribuídos a ER que ficam responsáveis por avaliarem as suas necessidades e por elaborarem um plano de cuidados de enfermagem.

Na ausência do ER, os seus clientes são atribuídos a outros enfermeiros que assumem total responsabilidade por seguirem o plano de cuidados pré-estabelecido para cada cliente, podendo contudo proceder a algumas alterações ao mesmo caso se justifique.

Diapositivo 13

2. Objetivos do método por enfermeiro de referência

- Alcançar uma maior personalização dos cuidados;
- Promover a continuidade dos cuidados,
- Desenvolver em conjunto com o cliente/ cuidador um projeto de cuidados durante o internamento;
- Promover a comunicação/ colaboração entre enfermeiro/ cliente/ cuidador/ elementos da equipa multidisciplinar;
- Promover um melhor conhecimento e confiança do cliente/ cuidador no enfermeiro de referência;
- Agilizar a alta do cliente;
- Proporcionar mais autonomia e criatividade ao enfermeiro;
- Dar visibilidade ao trabalho do enfermeiro e aos seus cuidados;

Diapositivo 14

3. Competências gerais do enfermeiro referência

- Ser um elemento integrador/referência do cliente no serviço/hospital;
- Ser o elemento de enfermagem de referência, de apoio e de orientação do cliente/ cuidador;
- Ser um elemento coordenador de todos os cuidados de enfermagem;

Diapositivo 15

3. Competências gerais do enfermeiro referência (cont.)

- Ser responsável pelo projeto de cuidados:
 - Elaborar, completar ou atualizar a colheita de dados do cliente ([Anexo III – Folha de colheita de dados de enfermagem](#));
 - Identificar e elaborar diagnósticos/problemas de enfermagem;
 - Estabelecer um plano de cuidados conjuntamente com o cliente/ cuidador ([Anexo IV – Folha de plano de cuidados de enfermagem](#));
 - Implementar ou acompanhar a implementação das intervenções definidas no plano de cuidados;
 - Realizar avaliações periódicas relativamente à eficácia das intervenções planeadas e fazer os reajustes necessários ao plano de cuidados;

Diapositivo 16

3. Competências gerais do enfermeiro referência (cont.)

- Ser um elemento de ligação com toda a equipa multidisciplinar;
- Promover a continuidade dos cuidados de saúde através da realização de notas de alta de enfermagem ([Anexo V – Folha de nota de alta de enfermagem](#)) e pela articulação com outras organizações/ instituições da comunidade, como, centros de saúde, lares, centros de dia, etc.

Diapositivo 17

4. Orientações ao papel do enfermeiro de referência na admissão do cliente

- Deve identificar-se junto do cliente/cuidador/família, no momento de acolhimento, e, de forma resumida, explicar o seu papel como enfermeiro de referência;
- É responsável por entregar o guia de acolhimento, bem como o cartão de identificação do serviço. Neste último deve constar o nome do enfermeiro de referência;
- Deve assinalar com o seu nome a placa de identificação da cama do cliente, a folha de colheita de dados, a folha do plano de cuidados e o quadro de identificação dos clientes presente na sala de trabalho de enfermagem;

Diapositivo 18

4. Orientações ao papel do enfermeiro de referência na admissão do cliente (cont.)

- Iniciar o processo de enfermagem;
- No caso do enfermeiro de referência não se encontrar presente na altura de admissão do cliente os três primeiros pontos anteriores deverão ser efetuados pelo enfermeiro que recebe o cliente, este deve também iniciar a primeira etapa do processo de enfermagem, a avaliação inicial.

Diapositivo 19

5. Orientações ao papel do enfermeiro de referência durante o internamento do cliente

- É responsável pela prestação direta dos cuidados de enfermagem aos seus clientes durante o seu turno;
- Coordena todos os cuidados de enfermagem aos seus clientes;
- Funciona como elemento de ligação com toda a equipa multidisciplinar;
- Acompanha e atualiza o plano de cuidados;

Diapositivo 20

5. Orientações ao papel do enfermeiro de referência durante o internamento do cliente

- Promove a continuidade de cuidados aos restantes enfermeiros através:
 - Comunicação escrita - registos (colheita de dados, plano de cuidados, gráficos sinais vitais, folha de pensos, escalas de avaliação, notas de alta de enfermagem, etc.);
 - Comunicação oral - passagem de turno
- Inicia logo após a admissão do cliente a sua preparação para a alta, tendo como instrumento de trabalho o processo de enfermagem e como foco do mesmo, o cliente.

Diapositivo 21

6. Orientações ao papel do enfermeiro de referência no dia da alta hospitalar do cliente

- Assegura a continuidade de cuidados do cliente após a alta hospitalar através da articulação com outras organizações/instituições da comunidade.
 - Este objetivo deve ser assegurado não apenas no momento da alta mas o mais precocemente possível pois evitará situações tanto de reinternamentos como de altas adiadas;
- Conclui e entrega ao cliente/ cuidador a nota de alta de enfermagem e outro tipo de documentação necessária à continuação dos seus cuidados;

Diapositivo 22

6. Orientações ao papel do enfermeiro de referência no dia da alta hospitalar do cliente (cont.)

- Caso o ER não esteja presente no dia da alta hospitalar, deverá ser o enfermeiro associado e responsável pelo cliente naquele dia que deverá fazer cumprir os anteriores pontos;

Diapositivo 23

7. Orientações à operacionalização do método por enfermeiro de referência no serviço de Medicina III A

- A cada cliente será atribuído, no momento da admissão, um ER;
- O período que decorre entre a atribuição de um cliente e o momento em que o ER contacta com o seu cliente não pode ser superior a 3 turnos;
- Cada enfermeiro só pode ser referência de, no máximo, 2 clientes. Excetuam-se os casos em que o número de enfermeiros chefe de equipa e os seus segundos elementos não são em numero suficiente para que o anterior ponto seja cumprido;

Diapositivo 24

7. Orientações à operacionalização do método por enfermeiro de referência no serviço de Medicina III A (cont.)

- O ER fica responsável por:
 - avaliar, planejar, coordenar, executar e reavaliar (processo de enfermagem) todos os cuidados de enfermagem aos seus clientes, desde o momento da admissão até à alta hospitalar, e não apenas durante o seu turno (caso do método individual).
- O processo de enfermagem (avaliar necessidades, planejar, executar e reavaliar) é o instrumento de trabalho central na prestação de cuidados pelo ER;

Diapositivo 25

7. Orientações à operacionalização do método por enfermeiro de referência no serviço de Medicina III A (cont.)

- Quando o ER está ausente do serviço por um período < a 72 horas:
 - os cuidados aos seus clientes são assegurados pelos restantes enfermeiros, que assumem a responsabilidade pelos mesmos e seguem as linhas gerais do plano de cuidados pré-estabelecido pelo ER;
- Quando o ER está ausente do serviço por um período > a 72 horas:
 - os clientes a ele atribuídos são redistribuídos por outros enfermeiros de referência (ver critérios de redistribuição de clientes no ponto 9).

Diapositivo 26

8. Identificação dos enfermeiros de referência

- Os elementos da equipa de enfermagem que assumem o papel de enfermeiro de referência são:
 - os chefes de equipa;
 - os seus segundos elementos ou;
 - qualquer outro elemento da equipa de enfermagem se a chefe de serviço assim o entender;

Diapositivo 27

9. Critérios de atribuição de clientes aos enfermeiros de referência

- A atribuição de clientes aos respetivos ER é da responsabilidade do enfermeiro chefe ou, caso não seja possível, do chefe de turno;
- A ordem de atribuição de clientes aos respetivos ER segue a ordem presente na *lista de atribuição de clientes* ([Anexo I](#)).
- A ordem de atribuição de clientes presente na respetiva lista de atribuição de clientes pode ser alterada nos seguintes casos:
 - Se a enfermeira chefe ou o chefe de turno, por algum motivo, assim o entenderem;

Diapositivo 28

9. Critérios de atribuição de clientes aos enfermeiros de referência (cont.)

- Para privilegiar as áreas de especialidade/interesse dos enfermeiros de referência (e assim prestar cuidados de enfermagem de maior qualidade);
- Se o ER que a lista indica como o próximo a ser responsável por um cliente se encontrar ausente do serviço por um período superior a três turnos. Nesta situação o cliente seria atribuído ao ER que lhe seguia na lista.
 - » Assim se um cliente entra no turno da manhã este só poderá ser atribuído a um ER que esteja presente nesse turno, no da tarde, no da noite ou no da manhã seguinte.

Diapositivo 29

9. Critérios de atribuição de clientes aos enfermeiros de referência (cont.)

- Se um ER se encontrar ausente do serviço por um período > a 72 horas (férias, folgas, baixa, etc.). Nesta situação o/os cliente(s) devem ser atribuídos, até ao seu regresso, a um outro ER. Os critérios de atribuição a um novo ER são, por ordem de prioridade, os seguintes:
 - O novo ER não poderá estar ausente do serviço por um período superior a 72 horas a partir do momento em que assume a responsabilidade do cliente até o regresso do anterior ER;
 - A área de especialidade/interesse do ER;


Diapositivo 30

9. Critérios de atribuição de clientes aos enfermeiros de referência (cont.)

- A ordem de atribuição dos clientes que consta na lista de atribuição de clientes ([anexo I](#)) no último turno do respetivo ER que se ausenta. Quando o enfermeiro se ausenta de forma inesperada por um período superior a 72 horas a distribuição do seu cliente é realizada no turno em que se toma conhecimento dessa ausência.

Diapositivo 31

10. Diagrama de operacionalização do método por enfermeiro de referência



Diapositivo 32

11. Bibliografia

- Costa, J. S. (2004). *Métodos de Prestação de Cuidados*. Recuperado em 7 de Janeiro de 2012, de Escola Superior de Enfermagem de Viseu em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>.
- Frederico, M., & Leitão, M. A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Manthey, M. (1973). Primary nursing is alive and well in the hospital. *The American journal of nursing*, 73(1), 83-87.
- Manthey, M. (2002). *Practice of Primary Nursing: Relationship-based Resource-driven Care Delivery*. Creative Healthcare.
- Manthey, M. (2009). The 40th anniversary of primary nursing: setting the record straight. *Creative nursing*, 15(1), 36-38.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Divulgar – Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem*. Lisboa.
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.
- Ribeiro, O. P., Carvalho, F. M., Ferreira, L. M. M. & Ferreira, P. J. M. (2008). Qualidade em saúde. *Revista do ISPV* [online]. 35.
- Tappen, R. M. (2005). *Liderança e Administração em Enfermagem: Conceito e Prática*. (4ªed) Loures: Lusociência.

Diapositivo 33

12. Instrumentos de apoio à prestação de cuidados pelo enfermeiro de referência

Anexo I – Lista de atribuição dos clientes	Anexo III – Folha de plano de cuidados
Anexo II – Folha de colheita de dados de enfermagem	Anexo IV – Folha de nota de alta

Diapositivo 34

Considerações finais

- O projeto que dá origem a este documento ambiciona assim, pela adaptação do método de organização de trabalho por ER:
 - Caminhar na direção de uma prestação de cuidados de excelência;
 - Atribuir ao cliente/cuidador o papel principal na elaboração tanto do seu plano, como do seu projeto de cuidados;
- O processo de adaptação do método por ER e a criação dos diversos critérios de aplicação do mesmo resultou de um trabalho de grupo conjunto com a enfermeira chefe e os seus chefes de equipa, bem como da colaboração dos restantes elementos da equipa de enfermagem.

Diapositivo 35

Considerações finais (cont)

- Este projeto nasce da crença que o método por ER é uma mais-valia para este serviço e para os diversos intervenientes no processo de cuidar (clientes, enfermeiros, restante equipa multidisciplinar).
 - O cliente tem um ER durante todo o seu internamento e cuidados de saúde mais personalizados;
 - Os enfermeiros tornam mais visível o seu trabalho e realçam a sua importância no processo de cuidar;
 - A restante equipa multidisciplinar coordena com o ER os cuidados aos clientes de forma mais eficaz;
- A própria organização hospitalar sai também a ganhar pois espera-se que este método promova maior satisfação nos clientes e agilize o processo de alta hospitalar, contribuindo por isso para uma melhor imagem dos cuidados prestados na instituição e períodos de internamento mais curtos.

Diapositivo 36

**Obrigado pela vossa
presença.**



**Apêndice XXVI - Avaliação da sessão de formação nº 3 realizada à
equipa multidisciplinar do serviço de Medicina**

Avaliação da sessão de formação nº 3

Tema: “Organização dos cuidados de enfermagem: contributo para a implementação do método por enfermeiros de referência.

Formador: Bruno Verde

Formandos: Equipa de multidisciplinar

Local: Serviço de Medicina III A

Data: Sessão nº3 a 26/03/2013

Participantes: 7

Avaliação:

PROGRAMA	
Tópicos avaliados	Resultados
Objetivos	a. Confusos – 0 % b. Claros – 42,9 % c. Muito claros – 57,1%
Conteúdo	a. Inadequado – 0 % b. Adequado – 42,9 % c. Muito adequado – 57,1 %
Aplicabilidade dos temas abordados	a. Não aplicável – 14,3 % b. Aplicável – 0 % c. Totalmente aplicável – 85,7 %
Correspondência às expetativas	a. Nada – 0 % b. Alguma – 28,6 % c. Totalmente – 71,4 %
Grau de satisfação	a. Baixo - 0 % b. Médio – 28,6 % c. Alto – 71,4 %

FORMADOR	
Tópicos avaliados	Resultados
Domínio do assunto	a. Razoável – 0 % b. Bom – 14,3 % c. Muito bom – 85,7 %
Linguagem utilizada	a. Razoável – 0 % b. Boa – 28,6 % c. Muito boa – 71,4 %
Interatividade com os formandos	a. Inexistente – 0 % b. Existente – 57,1 % c. Elevada – 42,9 %
Metodologia utilizada	a. Inadequada – 0 % b. Adequada – 28,6 % c. Muito adequada – 71,4 %

CONSIDERAÇÕES/SUGESTÕES	
Relativamente aos temas abordados	<ul style="list-style-type: none"> Elevada pertinência do projeto no contexto do serviço de Medicina
Aspetos positivos e negativos na ação de formação	<ul style="list-style-type: none"> Esclareceu os pontos da implementação do projeto que suscitam mais dúvidas.