

SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

APEGEL - Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança

AVC– Acidente Vascular Cerebral

CCA – Conselho Coordenador de Avaliação

CHSJ- Centro Hospitalar São João

CP – Comissão Paritária

DGS – Direção Geral de Saúde

DGAEP – Direção Geral da Administração e do Emprego Público

DVE – Doença por Vírus Ébola

ECMO - Extracorporeal Membrane Oxygenation

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCDVE - Plano de Contingência para a Doença por Vírus Ébola

RIH– Reanimação Intra-Hospitalar

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação e Desempenho da Administração Pública

SU – Serviço de urgência

TCE– Traumatismo Craneo-Encefálico

UAG – Unidade Autónoma de Gestão

UCIPU – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência

UCP– Unidade de Curta Permanência

UPCIRA– Unidade de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos

PENSAMENTO

A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original.

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais

Pela paciência

À Joana Fachada

Pela amizade

À Professora Doutora M^a Manuela Martins

Pela paciência e orientação neste mestrado

À Enfermeira Supervisora Filomena Cardoso

Pela dedicação e orientação

Ao Enfermeiro Chefe da UCIPU José Cerqueira e Enfermeira Chefe do SU Dulce Pereira

Pelo quanto me ensinaram e por todo o tempo dedicado

A todos os que de uma forma ou outra foram impulsionadores nesta minha etapa.

O meu **Muito Obrigado!**

RESUMO

Atualmente atravessamos uma crise socioeconómica que torna a gestão dos serviços de saúde cada vez mais complexa e com contornos cada vez menos previsíveis. Este novo contexto, impõe desafios aos enfermeiros gestores e obriga à mudança, a novas visões e inovações para que sejam bem sucedidos.

Neste relatório pretendeu-se descrever o percurso efetuado neste mestrado dando ênfase à importância da gestão em enfermagem e à aquisição de competências nesta área. O universo dos locais de estágio foi o CHSJ, nomeadamente o SU e a UCIPU, onde foram desenvolvidos dois projetos de intervenção de acordo com as condições e objetivos dos serviços. A passagem por estes locais, através da observação e entrevistas aos chefes e colaboradores, permitiu evidenciar as forças, fraquezas, ameaças e oportunidades de desenvolvimento dos serviços. Após o diagnóstico em cada serviço destacaram-se duas áreas: a organização do circuito do cliente como resposta ao problema Ébola, no SU; e a implementação do SIADAP, na UCIPU, comum a toda a UAG de medicina intensiva. Os dados demonstraram não existir resposta ao problema Ébola no SU, nomeadamente a nível do circuito do cliente, do conhecimento dos colaboradores e recursos materiais. Na UCIPU evidenciou-se a necessidade de obter conhecimentos sobre SIADAP, quer dos colaboradores, quer de suporte ao seu desenvolvimento.

Das intervenções resultou: no SU - a organização do circuito do cliente, criação kits e a realização de formação aos colaboradores sobre o Ébola; na UCIPU - a realização de formação sobre o SIADAP e de um dossier em formato digital de suporte legislativo. Com a realização de ambos os projetos foi possível concluir que a sua implementação valoriza e promove a qualidade dos cuidados e a evolução da enfermagem como profissão e contribuíram, a nível pessoal, para a aquisição de competências de gestão. Sendo importante ressaltar que um enfermeiro gestor deve ser gestor e líder para superar os desafios.

Palavras-chave: Gestão; enfermagem; Ébola; avaliação de desempenho; SIADAP.

ABSTRACT

We currently are experiencing a socio-economic crisis that makes the management of health care services increasingly complex and less predictable. This new context poses challenges to nursing managers and requires a change to new insights and innovation to be successful.

In this report we aimed to describe the path taken through this master's degree emphasizing the importance of management in nursing and the acquisition of skills in this area. The locations for the internship were the emergency service at the CHSJ, and the UCIPU, where two intervention projects were developed to fit into the conditions and objectives of these services. By passing through these sites through observation and interviews with leaders and employees, we highlighted strengths, weaknesses, threats and the opportunities of development of these services. After diagnosis in each service, two areas stood out: the customer circuit organization in response to the Ebola problem in the Emergency service; and the implementation of SIADAP in the UCIPU, common to all UAG intensive medicine. The data demonstrated no response to Ebola problem in the emergency service, namely to the customer's circuit-level, knowledge of employees and resource materials. In UCIPU we highlighted the need to get knowledge about SIADAP, for the employees or for the support for their development.

From our interventions resulted: in the emergency service - organization of the customer's circuit, the creation of kits and training for employees about Ebola; in UCIPU - training on SIADAP and a dossier in digital format of legislative support. With the completion of both projects it was possible to conclude that their implementation valued and promoted the quality of care and the development of nursing as a profession and contributed on a personal level to acquire management skills. It is important to note that a nursing manager should be a manager and a leader to overcome the challenges.

Keywords: Management; nursing; Ebola; performance evaluation; SIADAP.

SUMÁRIO

Introdução.....	15
1 - Contextualização das práticas de estágio face aos suportes teóricos.....	19
1.1– O Processo e Níveis de Gestão.....	25
1.2– O Centro Hospitalar São João.....	42
1.3 – Especificidades do Estágio.....	44
2– Experiência no Serviço de Urgência.....	53
2.1– Diagnóstico das necessidades do SU para a Experiência de Estágio.....	54
2.1.1– Aspetos Estruturais.....	55
2.1.2– Desenvolvimento do Processo.....	60
2.2– Projecto de Intervenção no SU.....	66
2.2.1– Definição do Circuito do Cliente em resposta ao Ébola.....	68
2.2.2– Formação sobre o Ébola.....	70
2.2.3– Suportes Estruturais ao ébola.....	72
2.2.4– Avaliação do Projeto de Intervenção no Serviço de Urgência.....	73
3 – Experiência na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência.....	74
3.1– Diagnóstico da Situação na UCIPU.....	78
3.1.2– Desenvolvimento do Processo.....	79
3.2– O Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública ...	81
3.2.1– Reuniões de preparação com o enfermeiro chefe.....	87
3.2.2– Dossier de legislação de Suporte à avaliação.....	87
3.2.3– Formação para os Enfermeiros.....	88
3.3– Reflexão sobre o desenvolvimento do projeto.....	90
4 – Discussão das Competências Adquiridas no Processo de Estágio.....	93
5 – Conclusão.....	105
Referências Bibliográficas.....	109
Anexos	
Anexo 1 : Declaração de realização dos PIS	

Anexo 2 : Plano de Contingência Nacional do Setor da Saúde para a Doença por Vírus Ébola

Anexo 3: Circuito Ébola da pasta de apoio ao "Veste & Despe"

Anexo 4: Documento do Circuito Ébola publicado em site interno do CHSJ

Anexo 5: Formação do SIADAP

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Tipos de planos	26
Figura 2: Processo de gestão.....	29
Figura 3: Níveis básicos de gestão.....	30
Figura 4: Referencial de competências para enfermeiros da área de gestão	38
Figura 5: Organograma CHSJ.....	42
Figura 6: Triagem de Manchester	57
Figura 7: Fluxograma do PIS no SU	61
Figura 8: Circuito do cliente no SU.....	69
Figura 9: Objetivos do SIADAP	83
Figura 10: Princípios do SIADAP	83

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Aquisição de conhecimentos no domínio da gestão	46
Quadro 2: Aquisição de conhecimentos na gestão de recursos humanos	48
Quadro 3: Aquisição de conhecimentos na assessoria	49
Quadro 4: Análise de documentos do Ébola.....	61
Quadro 5: Kits para assistência ao cliente com suspeita de DVE.....	72
Quadro 6: Formações assistidas na UCIPU	77
Quadro 7: Calendário da formação do SIADAP.....	89
Quadro 8: Estratégias e medidas corretivas ao SIADAP anterior	91

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Competências do enfermeiro principal, decreto de lei nº248/2009	39
Tabela 2: Competências do enfermeiro gestor, regulamento nº101/2015	41
Tabela 3: Objetivos Específicos do PIS Ébola	67
Tabela 4: Funções do CCA	86

INTRODUÇÃO

A gestão em enfermagem tornou-se primordial para a gestão de serviços de saúde e para assegurar a qualidade dos serviços prestados pelas organizações, sendo alvo de muitas perspetivas e mudanças ao longo das décadas na procura da excelência. Trata-se, no entanto, de uma tarefa complexa e árdua no dia a dia de um enfermeiro gestor em que este necessita de estar enquadrado com a realidade atual do sistema de saúde e sociedade e com a missão e objetivos da organização do qual faz parte.

A gestão de serviços de saúde implica uma dedicação total e o desenvolvimento de competências e conhecimentos para que as ações de um enfermeiro gestor sejam eficazes e garantam o sucesso e a qualidade dos cuidados bem como a satisfação tanto de profissionais como de clientes, visando a procura da qualidade total. Cabe, portanto, ao enfermeiro gestor a capacidade de, através do planeamento, da organização, da direção e do controlo, avaliando os resultados obtidos, promover e garantir uma gestão eficaz, mantendo-se atualizado e capaz de aliar as competências aprendidas à experiência adquirida no seu dia a dia.

O Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem tem em vista a aquisição e o desenvolvimento das competências de gestão tendo a opção no seu plano de estudos de um período de estágio de quinhentas horas, cujo propósito é facultar as condições que permitam o aprimorar e o desenvolvimento de competências na área da gestão de serviços de enfermagem.

O estágio decorreu no Centro Hospitalar São João, no período de 29 de setembro a 24 de janeiro de 2015. Neste contexto foi desenvolvido ao longo do estágio um trabalho de projeto, convergindo para a aquisição de competências de mestre na

obtenção, desenvolvimento e integração de saberes da gestão equilibrada e diligente de serviços de saúde.

Utilizou-se a metodologia de projeto, que pretende apresentar os passos necessários para efetuar o diagnóstico de situação, planeamento e execução que permitiram uma intervenção dinâmica nos locais de estágio. Para o enquadramento este relatório tem como objetivos: enquadrar, do ponto de vista teórico e conceptual, as práticas desenvolvidas e os projetos realizados; contextualizar os locais onde decorreu o estágio; descrever as etapas dos projetos de intervenção nos serviços; analisar criticamente os projetos enquadrando a aquisição de competências de enfermeiro gestor.

Para o atingimento dos objetivos iniciou-se por fazer uma abordagem ao contexto das práticas de gestão dos serviços onde foram efetuados os estágios, sendo o primeiro no Serviço de Urgência e o segundo momento na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência.

O presente documento está estruturado em cinco capítulos principais referentes à: *contextualização das práticas de estágio face aos suportes teóricos; à experiência no Serviço de Urgência; à experiência na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência; à discussão das competências adquiridas no processo de estágio e a uma reflexão/conclusão sobre o percurso efetuado.* Sendo assim, será feita uma breve caracterização dos serviços, os objetivos e as atividades envolvidas e os recursos e estratégias utilizados para a consecução dos projetos e para o desenvolvimento de competências de enfermeiro gestor.

O projeto do Serviço de Urgência, referente ao Ébola, levantou questões sobre a prevenção e a contenção da doença. Não sendo a preocupação com a prevenção e o controlo de infeção e transmissão de patógenos recente, tornou-se premente a adaptação do Serviço de Urgência à possibilidade do aparecimento de clientes com a doença por vírus Ébola. Para a contenção de situações deste

género, em 2007, foram criadas Comissões de Controlo de Infeção nas instituições de saúde através do despacho nº 14178 de 4 de julho publicado em Diário da República, que aprovou o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções. O objetivo deste programa era que as comissões de infeção detetassem os problemas nas instituições e procedessem às alterações e medidas necessárias para a prevenção e controlo da disseminação dos patogéneos. Para tal, e especificamente no caso do surto do Ébola, as instituições, com a orientação da Direção Geral de Saúde, tiveram de criar, reforçar e reformular as condições para que a contaminação pelo vírus fosse contida, assentando nesta premissa o maior objetivo do projeto desenvolvido.

O projeto desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos, perante o cenário atual, cada vez mais exigente da saúde e da importância fundamental que os recursos humanos têm para o sucesso das instituições, assentou na implementação e divulgação da atual versão da avaliação de desempenho da função pública, designada como SIADAP. A aplicação do modelo atual tem o objetivo de contribuir para a melhoria da gestão pública promovendo a motivação dos trabalhadores e detetando problemas e falhas organizacionais com o intuito da melhoria. Mas é, no entanto, um processo moroso realizado a diferentes *timings* no país representando um desafio para as instituições visto que é transversal a toda a administração pública.

O modelo do SIADAP foi adaptado às várias realidades e características de cada profissão de forma a garantir a universalidade e a transparência. Segundo indicações governamentais o SIADAP deve ser aplicado no biénio 2015/2016 o que obrigou a que as instituições, nomeadamente o Centro Hospitalar São João, criassem todas as condições adequadas e necessárias à sua implementação. Assim, tornou-se evidente a necessidade de esclarecimento dos profissionais sobre a atual versão da avaliação de desempenho e do seu processo de desenvolvimento.

Atualmente, como enfermeiros enfrentamos, no nosso dia a dia, novas realidades e, conseqüentemente, a gestão dos serviços de saúde tem de evoluir para dar uma resposta eficaz e eficiente em torno de um paradigma economicista. Como tal, nos últimos anos, têm sido feitas muitas alterações e adotado diferentes filosofias na forma de gerir em enfermagem o que tem resultado em equipas mais amplas e diversificadas e um menor número de enfermeiros gestores, mas, com cada vez mais responsabilidades acrescidas e condições de trabalho intensas e muito exigentes.

Como todas as organizações, um hospital é uma estrutura coordenada, que para atingir os seus objetivos, todos os recursos, principalmente os humanos, devem funcionar em perfeita sinergia o que só se consegue assegurar com a aplicação adequada dos recursos, tendo em vista a satisfação de todos. Os gestores encontram-se, então, divididos em vários níveis de gestão, desde o nível operacional ao nível estratégico, consoante a sua ação de atuação. Portanto, aquando da oportunidade de estágio no Centro Hospitalar São João também surgiu a hipótese de observar de perto estes níveis de gestão visto que a co-orientação do estágio ficou a cargo da responsabilidade da Enfermeira Supervisora, que permitiu várias e diferentes experiências de gestão surgindo, assim, naturalmente o título deste trabalho. Logo, a experiência em contexto prático e profissional com o acompanhamento de um gestor permitiu o desenvolvimento do conhecimento a partir da prática e uma compreensão mais profunda do que é ser enfermeiro e gestor. Permitiu, igualmente, o desenvolvimento de competências cognitivas e de relação interpessoal, bem como do pensamento crítico que me prepararam para dar respostas às mais variadas questões que foram surgindo.

1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ESTÁGIO FACE AOS SUPORTES TEÓRICOS

A aprendizagem foi um processo contínuo de desenvolvimento, onde os conhecimentos adquiridos ao longo da parte teórica tomaram uma forma concreta, com a observação das práticas dos gestores e com a possibilidade de poder experimentar o adquirido. Pode-se reiterar que o ambiente onde se colocam em prática os conhecimentos torna-se determinante para os resultados, pelo que neste capítulo pretende-se chamar para o discurso deste relatório alguns conhecimentos dados por autores, da área da gestão e fazer uma abordagem sobre o contexto das experiências de estágio.

O ambiente profissional é cada vez mais exigente e competitivo, com a instabilidade económica, social e política, é fundamental para o sucesso das instituições a presença de um gestor empreendedor, inovador e visionário que assuma compromissos de excelência para uma gestão não apenas eficiente mas também eficaz.

A gestão tem sido amplamente estudada e discutida, existindo várias perspetivas e linhas de pensamentos desde os primórdios até à conjectura atual, e está diretamente relacionada com os resultados e objetivos a atingir, no entanto, gerir não é apenas isso, implica liderar com eficiência e eficácia no sentido de conduzir os colaboradores numa determinada direção e alcançar determinadas metas. Estes dois termos, eficiência e eficácia, são amplamente utilizados em gestão e por gestores, muitas vezes de forma intuitiva, e pressupõem conhecimento e capacidade para articular os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros na procura de obter resultados efetivos. Portanto, pode dizer-se que a eficiência é a utilização adequada dos recursos para o atingimento

de mais e melhores resultados e a eficácia é atingir os objetivos delineados inicialmente (Drucker, 2008; Teixeira, 2005; Krieser, 2009).

No rumo das organizações, tanto os gestores como os colaboradores são fundamentais para o funcionamento e sucesso, sendo, ambos, responsáveis pela melhoria da qualidade. A procura por mais qualidade e melhores resultados fez emergir novas teorias e modelos de gestão que em muito contribuíram para a excelência das organizações e dos serviços. Em seguida, serão abordadas, de forma sucinta, algumas teorias que suportam o desenvolvimento das organizações e que contribuíram para sustentar a análise da tomada de decisão.

A **abordagem clássica e científica** surgiu na revolução industrial com Taylor e visava o alcance dos objetivos através de uma perspectiva mecanicista com a utilização de regras e métodos científicos, racionalistas e universais para atingir a máxima produtividade. A divisão e hierarquização do trabalho de forma racional e a padronização do processo de produção, foi concebida por Taylor. Com esta perspectiva foram também introduzidos os incentivos salariais e os prémios consoante as metas alcançadas. Contudo, esta abordagem clássica não se resume apenas à teoria de administração de Taylor, mas engloba também os contributos de Henry Ford que através do *Fordismo* criou linhas de montagem e operacionalizou a divisão do trabalho. Os contributos de Fayol e a sua *Teoria Clássica* que estabeleceram como princípios da gestão a organização, planeamento, coordenação, comando e controlo. A *Teoria Burocrática* introduzida por Max Weber que instituiu uma divisão do trabalho baseada numa hierarquia de autoridade com uma definição clara de regras e procedimentos (Goes Filho et al., 2012; Costa, 2013). Apesar da visão mecanicista e redutora do ser humano nas teorias clássicas pode-se referir que ainda hoje se utilizam muitos dos princípios e estratégias desenvolvidas nestas teorias, tais como os princípios da gestão, acima referidos, e a visão da organização como um todo

com objetivos e divisão de tarefas bem definidas e em que a avaliação de desempenho deve ser realizada com base no mérito.

A **perspetiva humanística** que surgiu no final do século XIX emergiu da necessidade da compreensão do comportamento, das necessidades e das atitudes dos colaboradores em detrimento do ênfase dado às funções e às tarefas, como foi referido nas teorias anteriores. Esta abordagem baseia-se nos incentivos psicossociais como a motivação, a liderança, a comunicação e a dinâmica de grupo, permitindo aos colaboradores a sua participação em algumas decisões. Daqui, foram destacadas três teorias: a *teoria das relações humanas*, a *teoria das ciências comportamentais* e a *teoria do desenvolvimento organizacional*. Estas teorias reconhecem que o ser humano não pode ser reduzido a projetos simples e mecanicistas de trabalho. Sendo que a primeira, reconhece a existência de conflitos nas organizações assumindo que tal é inerente aos grupos e às relações de trabalho. As ciências comportamentais destacam o comportamento e a procura de soluções flexíveis e democráticas. Nesta vertente, há um forte debate sobre a motivação humana com base nas teorias de Maslow e de Herzberg. A terceira é uma teoria que procura um equilíbrio entre a organização e as pessoas que as constituem assumindo que os recursos humanos são o principal elemento de uma organização sendo determinantes para o seu desenvolvimento. É também de salientar o contributo dos estudos de Elton Mayo nas relações humanas e a sua importância para o funcionamento e desempenho das organizações, nos quais concluiu que o sucesso de uma organização é influenciado pelo ser social do trabalhador (Goes Filho et al., 2012; Costa, 2013). Estas perspetivas passaram a ver os colaboradores como pessoas e seres com personalidades e necessidades distintas e individuais que precisam ser satisfeitas em vez da habitual visão mecanicista e económica. Esta preocupação com as necessidades e aspetos psicológicos/sociais do trabalhador vigora até hoje, principalmente em

profissões como a enfermagem, onde a motivação humana, a liderança, a comunicação e a dinâmica de grupo são fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade e para o desenvolvimento da profissão. O maior contributo desta perspectiva para a enfermagem foi, talvez, a conclusão de que os trabalhadores possuem capacidade para agir eficientemente na medida em que lhes é dada responsabilidade e que os problemas que existem nas organizações podem ser equacionados e solucionados com a ajuda de todos.

Na **abordagem neoclássica e gestão por objetivos** (na década de 50), a gestão destaca-se pela satisfação do cliente e uma gestão partilhada baseada na eficiência e eficácia das equipas, e enfatiza-se a delegação de poder e partilha da informação e do conhecimento. É importante destacar Chiavenato que se voltou para as teorias clássicas e reformolou e renovou os aspetos mais importantes transpondo-os para a sua realidade; e Peter Drucker que, em 1954, delineou a *Gestão por Objetivos* e que foi adotada de uma forma global pelos gestores devido aos seus objetivos: hierarquização de objetivos e finalidades organizacionais; objetivos específicos para os colaboradores; tomadas de decisão de forma participada e avaliação de desempenho (Goes Filho et al., 2012; Costa, 2013). Esta perspectiva trouxe uma visão mais flexível e maleável da gestão e das teorias clássicas, abrindo horizontes para novas abordagens através do aprimoramento e aperfeiçoamento das teorias anteriores procurando uma adaptabilidade às mais variadas situações e circunstâncias e uma busca por soluções mais simples e práticas. Além do ênfase dado às tarefas também evidenciou as pessoas e a especialização na procura pelo alcance de metas que levassem a organização ao sucesso, defendendo, no entanto, a necessidade de níveis hierárquicos e a busca de conhecimentos pelos gestores para adquirirem capacidades de gestão e de liderança para a busca de um bem comum – o sucesso da organização.

A **perspetiva contemporânea** engloba teorias como a *teoria dos sistemas*, a *teoria contingencial* e a *gestão da qualidade total*. A teoria dos sistemas foi proposta por Ludwig Von Bertalanffy (1937) baseada na visão de que um sistema é um complexo de elementos relacionados que interagem entre si, sendo que o comportamento desses elementos é modificado se houver alteração na relação. A teoria contingencial privilegia a análise tecnológica e engloba a participação do trabalhador reconhecendo os fatores contingências que interferem nas organizações e nas relações funcionais. Na gestão da qualidade total, desenvolvida por Deming nos anos 80 e 90, enfatiza-se o envolvimento de todos os membros da organização, a orientação para o cliente e a comparação com outras organizações para a procura de uma melhoria contínua (Goes Filho et al., 2012; Costa, 2013). A demanda pela qualidade total tornou-se intemporal e é o foco principal nos nossos dias devido ao desenvolvimento destas teorias que obrigaram ao desenvolvimento de estratégias de monitorização e de avaliação da qualidade. Com isto, os gestores passaram a questionar a forma de gerir, mas também foi possível a perceção de que ao ver as organizações como sistemas havia uma visão ampla de todos os elementos que a constituíam sendo possível detetar problemas e soluções com mais clareza. Através desta perspetiva mais integrativa da gestão, principalmente devido a Deming, o processo da melhoria contínua da qualidade foi-se intensivando e adotado pelas mais variadas organizações, incluindo as de saúde, na busca de mudanças e inovações para a satisfação tanto do cliente como do trabalhador.

É de salientar que, como referiram Matos e Pires (2006), esta evolução das teorias da gestão mostrava uma preocupação crescente em promover a interação entre os colaboradores nas tomadas de decisão e na responsabilidade compartilhada pelo sucesso da organização.

Se inicialmente o conceito de gestão estava focalizado nas tarefas, atualmente a gestão enfatiza que uma organização é o conjunto de todos os que a constituem com os seus problemas, contextos e desafios tal como refere Peter Drucker ao afirmar que *“para sobreviver e ter sucesso, cada organização tem de se tornar um agente da mudança. A forma mais eficaz de gerir a mudança é criá-la”* (Drucker, 2001).

A enfermagem sendo uma profissão de pessoas e para pessoas tem na gestão um pilar seja para o dia a dia seja para o desenvolvimento da profissão e da qualidade dos serviços prestados. Assim, os enfermeiros gestores tornaram-se cruciais para a eficiência e efetividade dos cuidados de saúde, visto serem capazes de avaliar as necessidades dos clientes e por dar resposta a essas necessidades assumindo a gestão dos recursos humanos e materiais necessários para garantir a excelência dos cuidados. Por serem, igualmente, o elo entre administradores e trabalhadores/clientes tornou-se premente buscarem conhecimento e desenvolverem competências na área da gestão para dar resposta aos desafios que se impõe no seu dia a dia. Logo, tal como a gestão no geral, a gestão em enfermagem foi evoluindo e sendo marcada pelas várias perspetivas aqui descritas. No entanto, a gestão no seu cerne ainda é vista de uma forma vasta e ampla, podendo definir-se, de maneira simplista, como *“a coordenação e supervisão do trabalho de outros para que as suas atividades sejam desempenhadas eficiente e eficazmente”* (Robbins and Coulter, 2009, citpor Marques, 2012, pag 3). Não obstante, apesar de mais antiga, a definição de Giles & Stansfield (1980) seja talvez a mais adequada quando referem que a *“gestão é uma atividade complexa, envolvendo a combinação e a coordenação de recursos humanos, físicos e financeiros, por forma a que se produzam bens ou serviços que sejam simultaneamente procurados e que possam ser oferecidos a um preço que possa ser pago, tornando ao mesmo tempo agradável e aceitável o ambiente de trabalho de todos os envolvidos”* (pag. 2).

A gestão é um processo com o objetivo de *“fornecer orientação, facilitar a mudança e alcançar resultados através da utilização eficiente, criativa e responsável de recursos”* (Management Standards Centre cit. Por Armstrong, 2012) através do planeamento, organização, direção e controlo dos recursos disponíveis (Costa, 2013).

Uma vez expostas as perspetivas de gestão e como esta se processa, nos sub-capítulos seguintes será efetuada uma abordagem interpretativa do processo e níveis de gestão e um enquadramento do estágio.

1.1 – O PROCESSO E NÍVEIS DE GESTÃO

As fases do processo de gestão não são estanques, são interdependentes, utilizadas em simultâneo e revistas quando necessário. Este processo de *“definir objetivos, planear, tomar decisões e controlar”* é o *“que caracteriza o papel do gestor”* (Giles & Stansfield, 1980, pag. 4).

O **planeamento** implica a definição dos objetivos, a designação de estratégias e atividades e o desenvolvimento de planos para alcançar os objetivos propostos. Define-se o que se vai fazer e como se vai fazer. Esta etapa é muito importante visto que da sua correta e adequada elaboração depende o sucesso de toda a organização. O planeamento implica uma análise aprofundada da situação com *“identificação e caracterização do problema, recolha de informação e formulação de soluções alternativas, definição de critérios e avaliação das decisões alternativas”* (Marques, 2012, pag. 9) para a tomada de decisão mais eficiente e adequada. Um gestor, ao planear, deve prever possíveis mudanças, definir prioridades, programar as atividades e recursos necessários para a implementação dos planos. Nesta perspetiva, o planeamento pode ainda ser dividido consoante os níveis hierárquicos da organização: planeamento

estratégico, tático e operacional (Costa, 2013). O **planeamento estratégico** é da responsabilidade dos gestores de topo e implica a definição de objetivos e metas globais para toda a organização. Estes objetivos são a longo prazo e aplicáveis à organização como um todo. O **planeamento tático** desenvolve-se a médio prazo e é levado a cabo pelos gestores intermédios através do desdobramento dos objetivos gerais em objetivos mais específicos aplicáveis às unidades/departamentos da organização com a finalidade da utilização eficiente dos recursos disponíveis. O **planeamento operacional** efetua-se a curto prazo e pode ser aplicável no dia a dia de uma organização tendo em vista as atividades e tarefas que fazem parte da rotina diária (Lisboa et al, 2011; Costa, 2013). A figura que se segue exemplifica as principais diferenças entre os planeamentos estratégico e operacional.



Figura 1: Tipos de Planos

Fonte: Robbins e Coulter, 2012; in Costa, 2013, pag.92.

A **organização** é a etapa do processo de gestão em que se “*agrupa as tarefas, estrutura os recursos, estabelece os mecanismos de comunicação e coordenação das diversas áreas e que determina quem tem autoridade sobre quem e quando e a que nível se devem tomar as decisões*” (Mações, 2014, pag. 248). Isto é, estabelecem-se as relações formais entre as funções a desempenhar por cada

um e quem fica responsável por realizá-las tendo em atenção propósitos como *“dividir o trabalho a ser efetuado em tarefas específicas e por departamentos; atribuir tarefas e responsabilidades associadas a trabalhos individuais; coordenar as diversas tarefas organizacionais; agrupar e integrar as tarefas nas várias unidades; estabelecer relações entre os indivíduos, grupos e departamentos; estabelecer linhas formais de autoridade; e, afetar recursos organizacionais”* (Robbins e Coulter, 2012 cit Costa, 2013, pag. 119). Estes propósitos salientam que as organizações necessitam de se estruturar consoante a sua atividade principal, a sua estrutura física e os seus níveis hierárquicos, não esquecendo que, tal como refere Mações, *“um desenho adequado da estrutura organizacional pode trazer benefícios para a organização, como maior eficiência, acesso a recursos especializados, estimulação da inovação, e criação de flexibilidade operacional e ter impacto no desempenho, através da motivação, empenhamento e lealdade dos colaboradores e fomentar a interligação das atividades”* (pag. 268) sendo os objetivos adaptados às necessidades e aos fatores contingenciais de cada organização.

A **direção** é a fase em que se pretende aliar os objetivos e necessidades individuais aos da organização, como um todo, num processo complexo de gestão das relações interpessoais, o que implica comunicar com clareza, motivar e liderar os trabalhadores de maneira a alcançar os objetivos e os resultados que se desejam. Estas três habilidades de um gestor são essenciais nesta etapa e fundamentais para o sucesso da organização. A capacidade de **comunicar** eficientemente *“é o principal desafio e responsabilidade que se coloca aos gestores, já que tudo o que os gestores fazem envolve comunicação”* (Mações, 2014, pag. 273). Esta pode ser efetuada através da escrita, da palavra ou até através de atitudes e ações. No entanto, a mensagem deve ser clara e de fácil compreensão, pois *“uma comunicação deficiente pode causar problemas significativos à organização, incluindo desmotivação dos colaboradores, falta de*

inovação, desempenho ineficiente e incapacidade de responder às ameaças e oportunidades do meio envolvente” (Mações, 2014, pag. 298). A **motivação**, como já referido, deve aliar as necessidades dos trabalhadores às da organização estimulando o entusiasmo pelo conhecimento e desenvolvimento pessoal e a gratificação pelo sucesso da organização canalizando os esforços na procura do bem comum. A **liderança** é a capacidade de um gestor influenciar o comportamento dos trabalhadores de forma a que estes desejem alcançar as metas definidas pela organização. Com isto quer-se dizer que é importante orientar os colaboradores transmitindo uma relação de proximidade e compreensão fornecendo conhecimento sobre o que se pretende e promovendo a vontade de o cumprir (Lisboa et al, 2011; Costa, 2013), pois, *“o sucesso de qualquer organização depende em larga medida da satisfação das necessidades, desejos e ambições dos trabalhadores”* (Mações, 2014, pag. 274).

O **controlo** é a função que consiste em avaliar e monitorizar todo o processo de gestão e comparar os resultados com os objetivos iniciais e se necessário definir novas atividades, estratégias e planos para manter ou melhorar a eficácia da organização. Ou seja, permite *“proporcionar informação e feedback sobre o desempenho dos colaboradores, o que permite antecipar fontes de potenciais problemas”* e *“pode também proteger a organização de potenciais problemas e ameaças vindas dos mercados, por permitir alertar antecipadamente para esses problemas logo que surgem no horizonte da empresa”* (Mações, 2014, pag. 337). Torna-se impreterível saber o que se vai medir e como o fazer e por isso **medir o desempenho atual, comparar o desempenho com os objetivos e implementar medidas de correção** são as três etapas desta fase e que tornam possível comparar e determinar a variação entre o desempenho atual e o planeado e analisar os desvios e se estes são aceitáveis ou é necessário medidas de correção face aos resultados obtidos (Costa, 2013; Mações, 2014). Desta forma, tanto o controlo, como o planeamento, a primeira etapa do processo de gestão, ocorrem

a diferentes níveis. Sendo eles o **estratégico**, o **tático** e o **operacional**. O **controle estratégico** é abrangente e focado em objetivos gerais com uma visão a longo prazo envolvendo a organização como um todo sendo da responsabilidade dos gestores de topo como o conselho de administração ou direção geral. Já o **tático** é intermédio, com objetivos mais específicos e menos abrangentes que o anterior e reflete-se em agrupamentos de serviços e unidades e departamentos. O **controle operacional** tem um carácter mais interventivo na execução das tarefas visto que é mais analítico e referente às ações e objetivos mais específicos e é executado pelos chefes das unidades operacionais (Costa, 2013; Mações, 2014).

O **processo de gestão** é, portanto, “*cíclico, interativo e sistémico*” que “*apresenta um modo sistemático de fazer as coisas e pretende criar um modelo de simplificação dos relacionamentos complexos organizacionais*” (Costa, 2013, pag.24).

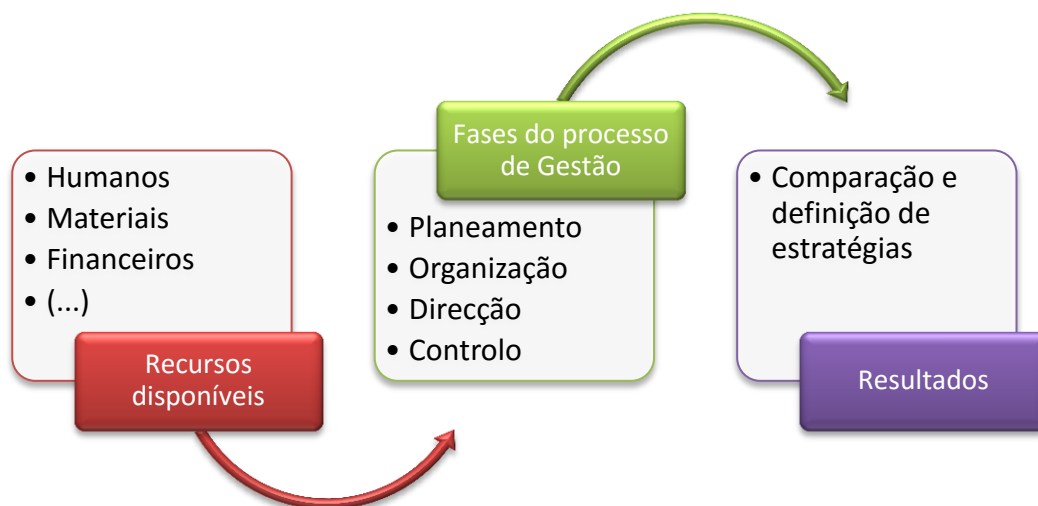


Figura 2: Processo de Gestão

Para que numa organização se atinjam os objetivos e metas visadas, é indispensável a aplicação adequada de recursos e que todos funcionem em

perfeita sinergia. Pois, a eficiência e o sucesso de uma organização dependem dos seus colaboradores, como já havia sido referido anteriormente. Assim, cada colaborador tem determinadas funções com um conjunto de tarefas a executar, sejam elas de gestão ou apenas execução. Aliás, as tarefas podem ser apenas de gestão, no caso de nível de topo; um misto de gestão e execução, no caso do nível intermédio; ou apenas de execução, no caso dos colaboradores de nível operacional.



Figura 3: Níveis básicos de gestão numa organização e o Processo de Gestão

Fonte: Guerreiro, Romão & Batista, 2007 in *Tarefas de Gestão*.

Numa visão da organização por níveis, como mostra a figura, pode-se referir que os níveis estratégico e tático serão os que têm a seu cargo com mais intensidade as funções de gestão como o planeamento, organização, direcção e controlo.

Os níveis de gestão, segundo Marques (2012), são essenciais para o bom funcionamento de uma organização. Sendo que, o **nível estratégico** ou **de topo** é relativo às decisões estratégicas da organização correspondente ao planeamento para atingir os objetivos e aos planos de ação para o funcionamento e sucesso da organização. Este nível é referente ao conselho de administração e chefias de topo com a responsabilidade máxima da organização. O **nível tático** ou

intermédio é executado pelas chefias de nível intermédio, como os supervisores, que coordenam os gestores de primeira linha. Aqui, determina-se a intervenção sobre os colaboradores visando o planeamento do funcionamento de cada área a partir da estratégia delineada pelos gestores de topo. O **nível operacional** ou os gestores de **primeira linha** são mais técnicos e têm como função supervisionar e gerir o trabalho dos colaboradores que estão diretamente envolvidos na execução de tarefas e na satisfação do cliente (Marques, 2012).

A diferença básica entre o nível de topo e o intermédio é que o primeiro gere toda a organização e o segundo é responsável pela adequação e a utilização eficiente e eficaz dos recursos. No nível estratégico decidem-se os objetivos e metas, definem-se os recursos e as políticas a implementar para o bom funcionamento da organização. No nível intermédio criam-se critérios e normas para a utilização adequada dos recursos e distribuem-se os recursos consoante as necessidades de cada unidade/área para o atingimento eficaz dos objetivos.

Sendo assim, a gestão de topo tem uma maior componente de planeamento e organização, no entanto, a tomada de decisão faz parte de todos os níveis e de todas as funções da gestão, mas dependendo da posição em que cada colaborador se encontra, o tempo disponibilizado a cada função e decisão será diferente. É por isso que, os gestores são apelidados de *“decision makers”*. Desta forma, um bom gestor *“sabe utilizar princípios, técnicas e ferramentas administrativas, sabe decidir e solucionar problemas sabe lidar com pessoas. Comunica de forma eficiente, negocia, conduz mudanças, obtém cooperação e soluciona conflitos. Tem uma visão sistémica e global da estrutura da organização, é proativo, ousado, criativo e um bom líder. Um bom gestor exerce as suas funções com responsabilidade e profissionalismo”* (Goes Filho et al, 2012, pag.11). Portanto, o papel de cada gestor na organização está intrinsecamente ligado às suas competências, sejam elas conceptuais, humanas e/ou técnicas.

Na estrutura de uma organização de saúde, os níveis de gestão em enfermagem distribuem-se por: **institucional** (direção) – Diretor de Enfermagem (Conselho de Administração do Hospital); **intermédio** – Enfermeiro Supervisor; e **operacional** – Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Especialista. A carreira de enfermagem está formalmente definida, no entanto, passou por sucessivas atualizações e só a partir de 1981, com a publicação do Decreto-lei nº305/81, as funções de gestão passaram a ser contempladas. Este Decreto-lei definiu a carreira em cinco graus: enfermeiro; enfermeiro graduado e enfermeiro monitor; enfermeiro especialista, enfermeiro chefe e enfermeiro assistente; enfermeiro supervisor e enfermeiro professor e; técnico de enfermagem.

Contudo, apenas em 1991 foram clarificadas as funções de gestão em enfermagem com a publicação do Decreto-lei nº437/91 de 8 de novembro, correspondendo a área de gestão às categorias de enfermeiro chefe, enfermeiro supervisor e de enfermeiro diretor. Entretanto, este Decreto-lei foi revisto pelo Decreto-lei nº412/98 e posteriormente pelo Decreto-lei nº411/99, com os quais se desenvolveu e valorizou a prestação de enfermagem na gestão reestruturando os vários níveis de gestão e as respetivas funções e conteúdo funcional para cada categoria. Deste modo, passaram a existir três níveis de atuação, mantendo as áreas de atuação descritas no Decreto-lei 437/91, integrando cada um deles as seguintes categorias: Nível 1- categoria de enfermeiro e enfermeiro graduado; Nível 2- categoria de enfermeiro especialista e enfermeiro chefe e; Nível 3- enfermeiro supervisor.

Porém, em 2009, como o Decreto-lei nº247/2009 e Decreto-lei nº248/2009 de 22 de setembro, a carreira de enfermagem foi novamente alterada passando a incluir apenas duas categorias: a de enfermeiro e a de enfermeiro principal. Sendo que a categoria de enfermeiro principal tem incluídas como parte das suas funções as atividades de gestão. Ou seja, o enfermeiro principal será o que poderá ocupar os cargos de direção e chefia.

Não obstante, as funções de gestão dos enfermeiros também se encontram definidas nos regimes jurídicos da gestão hospitalar, na organização e funcionamento dos cuidados de saúde primários e no regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiares (Lei nº27/2002, Decreto-lei nº188/2003, Decreto-lei nº298/2007 e Decreto-lei nº28/2008).

Portanto, para se ser gestor, seja em que ramo for, é necessário possuir um conjunto vasto de competências. Que podem ser inatas e adquiridas ao longo da experiência, mas também, têm de ser aprendidas e trabalhadas. Michael Armstrong (2012) sugere que as competências de um bom gestor devem incluir *a comunicação, flexibilidade, liderança, planeamento, resolução de problemas e o trabalho em equipa* com vista a satisfação do cliente e a um serviço de qualidade.

Segundo a OE (2004) o gestor assume-se como catalisador da criação de condições que promovem o exercício profissional de qualidade, assumindo a responsabilidade e respondendo pela criação de condições para a tomada de decisão e ações da equipa que lidera. Atualmente, as competências do enfermeiro gestor estão definidas pelo regulamento nº101/2015 publicado a 10 de março de 2015 em Diário da República, sendo que a OE tem um referencial de competências dos enfermeiros gestores publicado no seu site, baseado na APEGEL.

Segundo o ICN (2003) a definição de um quadro de competências é essencial para uma clara demonstração das funções e responsabilidades dos enfermeiros. Logo, com todas as contingências da atualidade, é essencial que o enfermeiro gestor se adapte às exigências de uma profissão em constante crescimento e cada vez mais competitiva. Para tal, é premente o desenvolvimento de

competências para o melhor desempenho das suas funções tanto como enfermeiro quer como gestor.

Competência é um conceito muito vasto, às vezes ambíguo e amplamente complexo, associado a um conjunto de saberes adquiridos através da formação e da experiência vivenciada e a um conjunto de características individuais que fomentam o sucesso em determinados contextos. Esta perspetiva das competências como qualidades e atributos pessoais foi exaustivamente estudada por alguns estudiosos como McClelland, Boyatzis e Spencer & Spencer, entre outros, que serão abordados seguidamente.

David McClelland (1973) referia que cada um tem três necessidades básicas, sendo elas a de “realização”, “afiliação” e “poder”, e que estas condicionam a procura do êxito e das aptidões e conhecimentos teóricos e técnicos para atingir o sucesso quer no desempenho profissional quer na vida (Brandão et al, 2010; Ceitil, 2010; Melo, 2011).

Boyatzis (1982) concluiu que as competências são características individuais com uma predisposição para determinadas tarefas e/ou função e que quando desenvolvidas e trabalhadas levam a um desempenho eficaz e/ou superior nessa função (Brandão et al, 2010; Ceitil, 2010; Melo, 2011).

Spencer & Spencer (1993) fomentavam a competência como um conjunto de habilidades e conhecimentos aliados a traços de personalidade, valores e motivação (Brandão et al, 2010; Ceitil, 2010; Melo, 2011).

Destes autores, acima referidos, surgiu então a teoria que as competências são uma combinação de conhecimentos, habilidades e aptidões associadas a traços individuais. Nesta mesma linha de pensamento, Wittorski (1998) refere que o desenvolvimento de competências articula as ciências cognitivas com as ciências de ação e resulta da articulação entre as componentes cognitiva, afetiva, social,

cultural e praxeológica e o contexto onde está inserido, seja o meio social ou o local de trabalho.

No entanto, para Boterf, referido por Ceitil, nem sempre o facto de um individuo possuir conhecimentos e *know-how* implica que os saiba utilizar eficazmente ou tenha um melhor desempenho em relação a outros. Para este autor, a competência está relacionada com o *saber* e o *saber-fazer*. O *saber* integra o saber teórico, processual e contextual e o *saber-fazer* refere-se ao saber operacional, experimental, social e cognitivo. Isto implica que cada indivíduo saiba mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades e os utilize devidamente num determinado contexto (Ceitil, 2010; Silva, 2012).

Chiavenato (2004) também corrobora esta ideia defendendo que a competência é a qualidade que um individuo tem que em conjunto com as suas características individuais, fomenta o seu desenvolvimento profissional, seja na forma de conhecimentos, habilidades e/ou atitudes.

Não obstante, Ceitil (2010) acrescenta que as competências podem ser transversais (comuns a vários contextos) e específicas (relacionadas com o desempenho profissional) e por isso, devem ser abordadas como atribuições, como qualificações, como traços ou características pessoais e como comportamentos ou ações. Também á semelhança de Boterf, Ceitil defende que as competências estão associadas ao saber, tendo definido cinco componentes: *saber*, *saber-fazer*, *saber-estar*, *querer-fazer* e *poder-fazer*. O *saber* implica “*conhecimentos que permitam ao titular da função realizar os comportamentos associados às competências*” (Ceitil, pag.110); o *saber-fazer*, por sua vez, é um “*conjunto de habilidades que fazem com que a pessoa seja capaz de aplicar os conhecimentos que possui na solução de problemas que surjam no contexto do seu trabalho*” (idem); o *saber-estar* refere-se á adequação do comportamento da pessoa às normas e regras da organização e meio envolvente; o *querer-fazer*

comporta os comportamentos e o desenvolvimento de aptidões para as competências almejadas; o *poder-fazer* é referente á organização e aos meios e recursos que esta tem para permitir que o individuo tenha funções adequadas e desenvolva as suas competências e comportamentos.

Mais recentemente, Jardim (2007) assume que existem três tipos de competências: *básicas, técnicas e as transversais*. As competências básicas são as adquiridas na formação educacional e na aquisição de princípios e valores; as competências técnicas são as adquiridas na formação profissional e na experiência desse exercício; e as competências transversais são comuns a vários contextos e passíveis de serem utilizadas em outros contextos. Não obstante, e como já referido, as competências técnicas ou qualificações (como normalmente designadas) não garantem um desempenho superior numa determinada função, para tal o indivíduo tem de inter-relacioná-las com as competências transversais.

Concluindo, e como diria Machado *“a competência é um atributo das pessoas, exerce-se num âmbito bem delimitado, está associada a uma capacidade de mobilização de recursos, realiza-se necessariamente junto com os outros, exige capacidade de abstração e pressupõe conhecimento de conteúdos”* (2002, pag. 137).

Nesta perspetiva, e seguindo a linha de Chiavenato (2002), um enfermeiro gestor deve possuir conhecimentos e habilidades diversificadas que o tornem capaz de interagir com os colaboradores e superiores hierarquicos seja na execução de tarefas, no planeamento e ou no controlo. Desta forma, o gestor torna-se um critico inovador e criativo capaz de originar mudança e vislumbrar novos rumos para a organização e seus colaboradores.

É através da aquisição e desenvolvimento de competências que o enfermeiro gestor revela possuir um conjunto de saberes, capacidades e habilidades que aliados a competências do domínio do julgamento clínico, advocacia e

agenciamento moral, prática de cuidado, colaboração, pensamento crítico, capacidade de resposta perante as mais variadas situações (Ecklund & Stamps, 2002) lhe permitem um alto nível de proficiência.

A Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança, habitualmente designada APEGEL, em consonância com a OE, preconiza que *a gestão é primordial para a qualidade dos cuidados* que se prestam. Deste modo, os enfermeiros gestores devem ser dotados de conhecimentos técnicos e científicos capazes de darem resposta tanto às necessidades dos clientes como dos profissionais não esquecendo a missão e objetivos da organização de forma a *garantir a segurança do cidadão, família e comunidade* (Referencial de Competências para enfermeiros na área de gestão).

As competências do enfermeiro gestor, segundo a APEGEL, ramificam-se em quatro eixos de intervenção: *a prática profissional, ética e aspetos de ordem legal; a gestão dos cuidados prestados; a gestão dos próprios serviços e assessoria; o desenvolvimento profissional de cada enfermeiro gestor*. Por sua vez, todas as competências descritas desdobram-se em várias unidades de competências e que, por conseguinte, contemplam vários critérios de avaliação que evidenciam a certificação das competências.

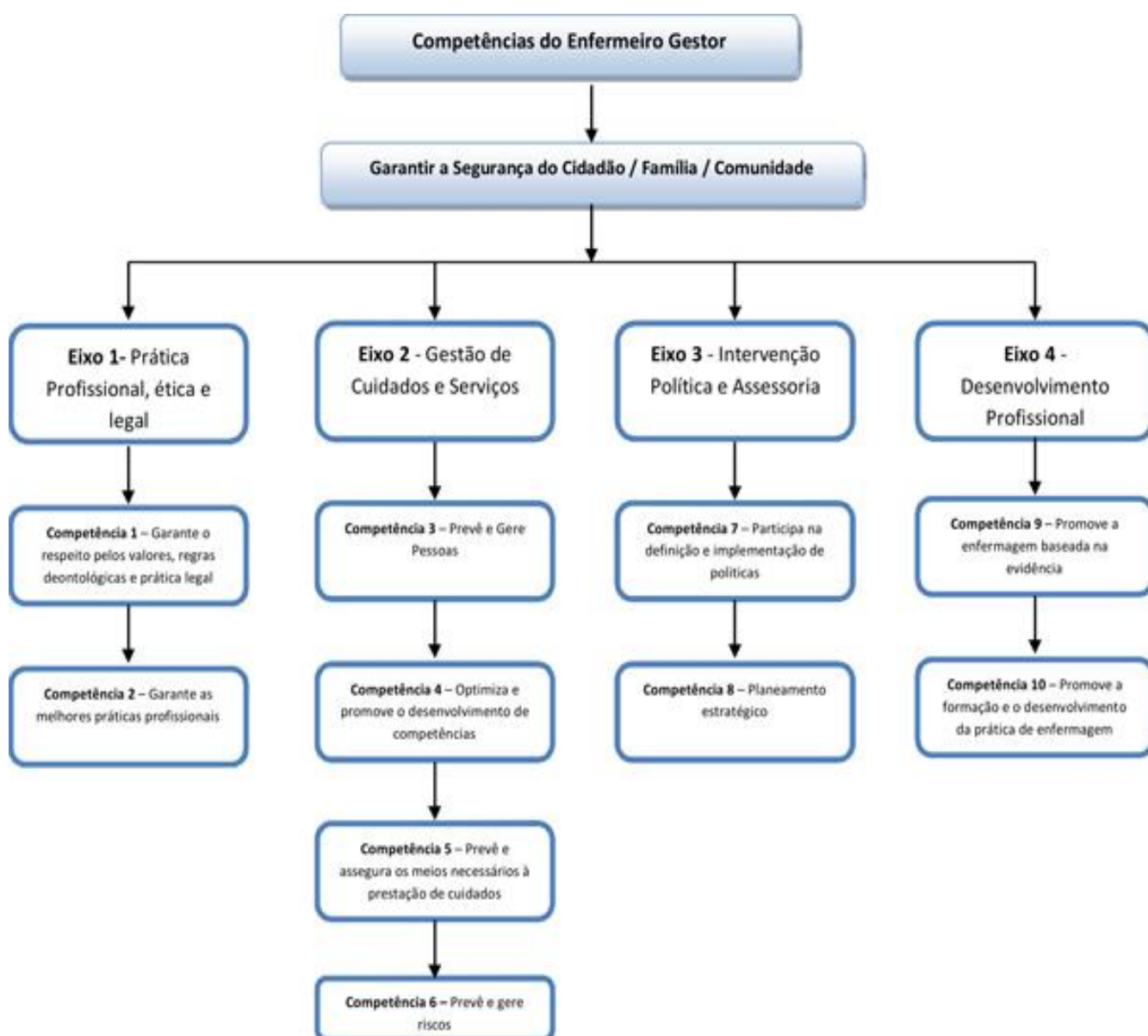


Figura 4: Referencial de Competências para Enfermeiros da Área da Gestão

Fonte: Site da APEGEL - <http://www.apegel.org/pages.aspx?pg=pagina14>

Atualmente, na última revisão da carreira, as competências de gestão pertencem à categoria de Enfermeiro Principal, que podem exercer funções de direção e chefia que se encontram publicitadas em Diário da República no Decreto de lei nº248/2009:

- a. **Planear e incrementar** ações e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à definição ou utilização de indicadores e respetiva avaliação, bem como à coordenação de equipas multiprofissionais;
- b. **Exercer funções de assessoria** ou consultadoria de natureza técnico-científica, em projetos ou programas;
- c. **Participar nos processos de contratualização** inerentes ao serviço ou unidades funcionais e colaborar nos do serviço;
- d. **Coordenar** funcionalmente grupo de enfermeiros da equipa de enfermagem do serviço ou de equipa multiprofissional da unidade funcional, em função da organização do trabalho;
- 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;

- k. Assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional** contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce atividade;
- l. 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;
- m. Garantir a gestão e prestação de cuidados de enfermagem nos serviços** e, ou, nas unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;
- n. 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;
- o. 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;
- p. Participar nos processos de contratualização** inerentes aos serviços e, ou, unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;
- q. 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.

Tabela 1: Competências do enfermeiro principal, decreto de lei nº248/2009

Fonte: Adaptado de Diário da República.

Com a publicação do regulamento nº101/2015 acrescentaram-se e definiram-se de uma forma mais estruturada as competências do enfermeiro gestor. Sendo que o enfermeiro gestor tem dois domínios de competências acrescidas: a gestão e a assessoria de gestão. Relativamente às competências do domínio da gestão o enfermeiro gestor deve:

Competências do Enfermeiro gestor
• <i>Garantir uma prática profissional e ética na equipa que lidera;</i>
• <i>Gerir serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde;</i>
• <i>Garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera;</i>
• <i>Garantir a prática profissional baseada na evidência.</i>

Tabela 2: Competências do enfermeiro gestor, regulamento nº101/2015

Fonte: Adaptado de Diário da República

Quanto às competências do domínio da assessoria, o enfermeiro gestor tem como responsabilidade: *desempenhar um papel proativo na definição de políticas de saúde* (Regulamento nº101/2015, artigo 6º).

Cada competência tem descritas as unidades de competências e os critérios de avaliação, como se pode verificar consultando o regulamento referido. Serão estas as competências fulcrais para uma gestão de qualidade.

Seguidamente será apresentado o CHSJ, com uma breve caracterização e especificidades do estágio.

1.2 – O CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

Um hospital é um “estabelecimento de saúde com serviços diferenciados, dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação clínica” (ACSS, 1999).

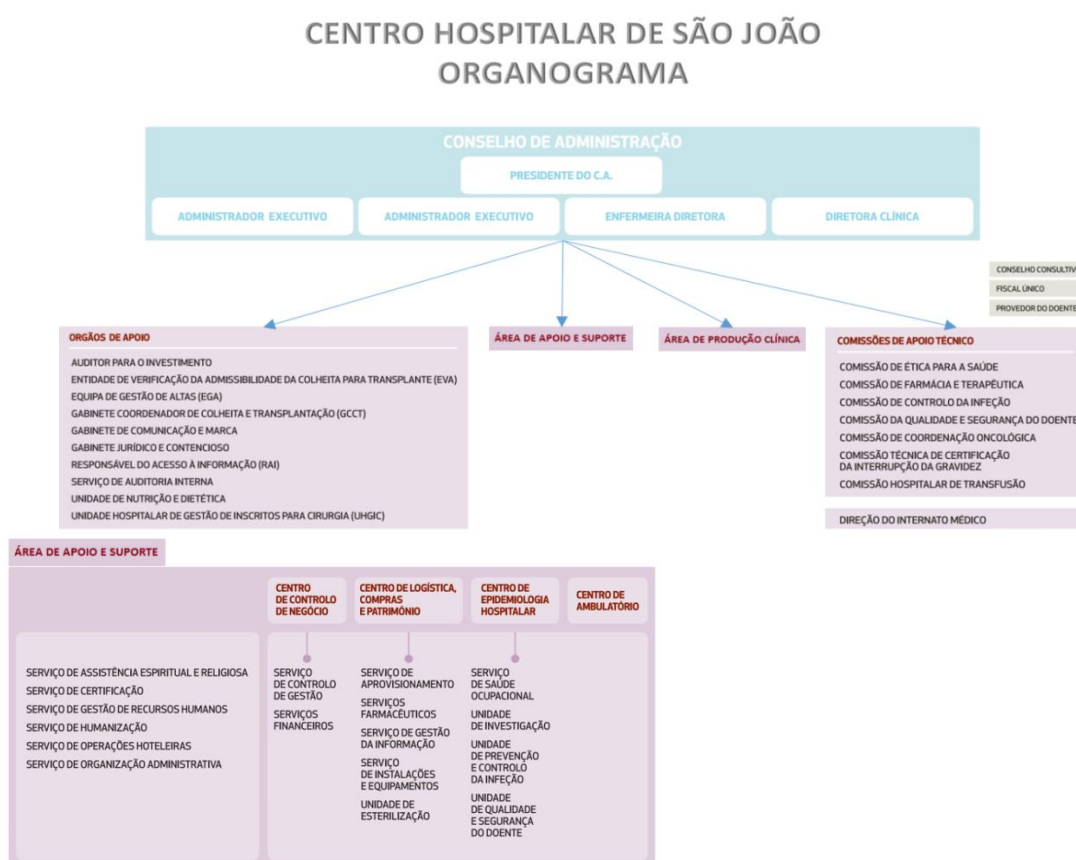


Figura 5: Organograma Centro Hospitalar São João

Fonte: Ministério da Saúde, adaptado do site do CHSJ - <http://portal-chsj.min-saude.pt>

Como tal, o CHSJ é um hospital central com o estatuto de EPE, conforme descrito no Decreto-Lei nº558/99 de 17 de dezembro, atualmente revogado pelo

Decreto-lei nº 133/2013, de 03 de outubro e trata-se de uma instituição localizada no grande Porto com uma área de assistência alargada.

É uma instituição que, ao longo da sua existência, passou por algumas remodelações e adaptações sendo atualmente dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Está estruturada em níveis intermédios de gestão que agregam serviços organizados em unidades funcionais e unidades orgânicas, mantendo-se na linha da frente na procura do desenvolvimento e qualidade.

Este centro hospitalar é uma referência a nível nacional e tem como missão “prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentimento de pertença de todos os profissionais” (Ministério da Saúde, portal chsj, 2014). Pretende ainda “ser o exemplo na prestação de cuidados de saúde ao nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, comprometimento, sentido de mudança e diferenciação ambicionando a criação de valor para todos os seus públicos tornando-se a marca de referência no setor da saúde” (idem). No empenho desta missão o CHSJ e os seus colaboradores regem-se pelos valores da competência, do humanismo, da paixão, do rigor, da transparência, da união, da solidariedade e da ambição com o comprometimento do “reconhecimento da dignidade e do carácter singular de cada pessoa que o habita”; “centrado no doente e na promoção da saúde através da postura e prática com elevados padrões éticos e respeito pela natureza e procura de práticas ecologicamente sustentáveis” (idem).

É importante referir que o CHSJ é uma referência nas mais variadas áreas da saúde, principalmente a nível do ensino e investigação na procura de uma qualidade total da assistência que presta.

1.3 – ESPECIFICIDADES DO ESTÁGIO

O ser mestre em determinada área pressupõe *“um elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”* (NUNES, 2009), assim, o propósito da formação é articular a teoria e a prática orientando para o desenvolvimento de competências na área pretendida.

O Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem enquadra-se num paradigma de ensino centrado num modelo ativo, baseado na aquisição de conhecimentos, que sustentam o desenvolvimento de competências, valorizando a componente experimental e de projeto, de acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março. Acresce ainda referir o artigo n.º 20 do Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho, que designa que *“uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final”*. Desta forma, foram desenvolvidos ao longo do 2º ano do mestrado, e em contexto profissional, dois projetos de intervenção nos respetivos locais de estágio.

Um projeto envolve várias componentes como o trabalho de pesquisa, o trabalho de campo e os tempos para planificação, reflexão, intervenção e avaliação do mesmo (Cardoso, Peixoto, Serrano e Moreira, 1996). A aplicação de uma metodologia de projeto tem como objetivo primordial a resolução de problemas, ou o aproveitamento de oportunidades, através da elaboração e concretização de projetos numa situação real, que em última instância

proporcionam a aquisição de competências, estabelecendo uma ponte entre a teoria e a prática (Nunes & al, 2010), isto é, o que se pretende é encontrar soluções inovadoras e eficazes para um melhor funcionamento dos serviços.

O percurso do estágio levou delinear dois projetos, um em cada serviço, sendo que o primeiro, no SU, foi concluído na totalidade e o segundo, na UCIPU, só em parte, pois, por falta de agenda e devido á sua dimensão tiveram que se programar atividades de formação para além do tempo de estágio previsto, mas essenciais á instituição onde o estágio foi realizado. Estes projetos permitiram desenvolver a autonomia como gestora e observar as diferentes perspetivas e aprofundar conhecimentos e competências na área de gestão.

Tendo em vista as competências almejadas e a consecução eficaz dos projetos foram traçados objetivos gerais e específicos para as experiências realizadas. Como objetivos gerais delineados temos: aplicar os conhecimentos adquiridos durante o Mestrado; contactar com a realidade profissional, desenvolvendo e aperfeiçoando capacidades e conhecimentos práticos transmitidos; conhecer o funcionamento e organização da Saúde em geral e da Unidade Hospitalar em particular; relacionar adequadamente, a qualidade dos cuidados de enfermagem com a eficaz gestão de recursos humanos e materiais; demonstrar capacidade de participação na organização e gestão de serviços de saúde. Tendo por base os locais de estágio e os projetos, para atingir estes objetivos foram esboçados objetivos mais específicos e planeadas atividades que foram sendo desenvolvidas ao longo do estágio, conforme se pode verificar nos quadros seguintes.

Objetivo Geral do MDCSE	
Adquirir conhecimentos sobre a gestão de serviços de enfermagem, nomeadamente da UAG do SU e Medicina Intensiva;	
Objetivos Específicos	Atividades
Identificar os fluxos relacionais e a resolução de conflitos dos serviços;	<ul style="list-style-type: none"> • Observar o intercâmbio de experiências dos enfermeiros-chefes na gestão das unidades de cuidados; • Analisar a orientação dos enfermeiros-chefes na definição de normas e critérios para a prestação de cuidados de enfermagem; • Cooperar na apresentação e discussão de atividades/protocolos de serviço; • Observar os enfermeiros-chefes na avaliação do seu pessoal, tendo em conta a qualidade dos cuidados que prestam, assiduidade e pontualidade, apresentação, etc. • Observar como são executados os critérios referentes á mobilidade do pessoal de enfermagem; • Colaborar na análise das necessidades de cada unidade de cuidados;
Analisar a utilização económica dos recursos, dando particular atenção ao controlo dos consumos e à motivação do pessoal nesse sentido;	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar como se efetua o cálculo das necessidades em termos materiais e medicação; • Efetuar os pedidos á farmácia e conferir as entregas; • Supervisionar a utilização de recursos; • Providenciar a manutenção de equipamentos, mantendo-os em bom estado de utilização;

	<ul style="list-style-type: none">• Participar para o desenvolvimento de um clima de trabalho em equipa;• Assistir a reuniões para avaliar o trabalho realizado e perspetivar melhorias;
--	---

Quadro 1: Aquisição de conhecimentos no domínio da gestão

Para a consecução destes objetivos tive a oportunidade de observar dois enfermeiros chefes de dois serviços riquíssimos em experiências, tanto técnicas e profissionais como emocionais. Um dos focos de atenção dos enfermeiros gestores, e que necessita de muito empenho e dedicação e parte deste, é a resolução e gestão de conflitos que surgem e são inerentes ao dia a dia em equipas multiprofissionais. Um bom gestor percebe, como tive oportunidade de observar e como referem Simões & Fávero (2003), que os trabalhadores são tão ou mais importantes que o gestor para que exista melhoria da qualidade dos cuidados e se alcancem os objetivos organizacionais. O papel do gestor é, assim, valorizar cada elemento da sua equipa e as suas competências adequando-os às necessidades da sua unidade, fazendo sobressair a importância de cada um e o seu papel fortalecendo a equipa como um grupo (Simões & Fávero, 2003).

Assim sendo, quer no SU como na UCIPU tornou-se evidente que os enfermeiros gestores têm um papel crucial na adequação de recursos, seja de recursos humanos ou materiais, para a prestação de cuidados de qualidade. Além de garantirem as melhores práticas profissionais, com a avaliação correta dos recursos e a sua adequação à realidade, os gestores operacionais são impulsionadores na mudança e na criação e/ou manutenção de hábitos.

No SU, onde a oportunidade de gestão corrente foi mais evidente, pude levar a cabo o segundo objetivo específico e as suas atividades com sucesso.

Objetivo Geral do MDCSE	
Supervisionar as atividades desempenhadas pelos funcionários;	
Objetivos Específicos	Atividades
Observar as atividades da unidade e a definição das responsabilidades e obrigações específicas do pessoal de enfermagem e restante pessoal;	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar na elaboração das escalas mensais; • Contribuir na conceção de planos de trabalho e distribuição dos enfermeiros e auxiliares; • Observar a colaboração entre os enfermeiros dos diferentes postos de trabalho;
Supervisionar os cuidados de enfermagem garantindo a máxima eficiência e qualidade;	<ul style="list-style-type: none"> • Observar a prestação de cuidados de acordo com as normas existentes; • Verificar as ocorrências do dia anterior; • Consultar os registos de enfermagem periodicamente; • Verificar os resultados que são atingidos com os cuidados que se prestam nas unidades; • Escutar com frequência a opinião dos enfermeiros; • Assistir á passagem de turno; • Verificar o funcionamento das várias valências da UAG;

Quadro 2: Aquisição de conhecimentos na gestão de recursos humanos

Na realização destes objetivos foi percebido que gerir equipas, principalmente multidisciplinares, é complexo e requer que o gestor, além de competências de gestão, conheça profundamente os seus elementos, tal como as suas motivações e limitações. Esta liderança focada nas pessoas, como defende Cummings et al

(2009), permite que o gestor se possa adaptar às situações e contribua para uma maior e melhor produtividade e sucesso na busca do bem comum.

Em ambos os locais de estágio foi, desta forma, possível verificar que um enfermeiro gestor deve planear adequadamente as respostas harmonizando os recursos humanos às necessidades e promovendo o trabalho em equipa para uma sustentabilidade da qualidade dos cuidados.

Considero que, no decorrer do estágio, estes objetivos, descritos no quadro anterior, foram alcançados com sucesso.

Objetivo Geral do MDCSE	
Promover canais de comunicação e debater os principais problemas da unidade, nas diversas perspetivas;	
Objetivos Especificos	Atividades
Colaborar na promoção da concretização das políticas ou diretivas formativas do estabelecimento ou serviço;	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a formação profissional dos funcionários; • Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros; • Participar na definição de temas formativos; • Participar a divulgação de informação importante para a equipa; • Atuar como formador em alguns temas para o desenvolvimento da qualidade dos cuidados;
Cooperar na coordenação e organização dos cuidados de saúde;	<ul style="list-style-type: none"> • Observar a definição da colaboração entre os funcionários dos diferentes postos de trabalho; • Assegurar a organização da qualidade dos cuidados; • Auxiliar na tomada de decisão em situação de

	<p>transferência de doentes e mobilização de pessoal;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover reuniões e tertúlias para o desenvolvimento profissional e para a tomada de decisão em equipa;
--	---

Quadro 3: Aquisição de conhecimentos na assessoria

Um dos domínios da gestão em enfermagem é a intervenção política e assessoria e desenvolvimento profissional. Esta competência é crítica e essencial para o alcance quer dos objetivos organizacionais quer dos objetivos individuais de cada trabalhador sendo determinante para a melhoria da qualidade continua e para o empenhamento de todos para com a missão e valores da organização. Tal como refere Seixo (2007), os trabalhadores só estarão devidamente empenhados e motivados quando têm pleno conhecimento dos objetivos organizacionais e daquilo que esperam deles utilizando as suas competências e conhecimento para o alcance destes. Isto torna o desenvolvimento de conhecimentos e competências uma preocupação premente como objeto de trabalho de um enfermeiro gestor.

É, portanto, evidente que gerir desempenhos e incentivar a busca de primazia das competências e conhecimentos não é fácil, mas essencial na procura da melhoria da qualidade continua. Desta forma, a formação é uma preocupação constante da gestão em enfermagem, sendo o gestor catalisador para que os elementos da sua equipa atualizem os seus conhecimentos.

Neste contexto, ambos os locais de estágio permitiram atingir com sucesso os objetivos descritos no quadro, principalmente o objetivo **colaborar na promoção da concretização das políticas ou diretivas formativas do estabelecimento ou serviço**. Tanto no SU como na UCIPU tive a oportunidade de ser formadora e formanda. É de salientar a ação de formação na UCIPU que permitiu o esclarecimento de

dúvidas sobre a avaliação de desempenho e proporcionou a partilha de experiências.

No SU foi-me dada a oportunidade de colaborar na tomada de decisão em relação á gestão organizacional e funcional do serviço para uma receção mais adequada de clientes adultos com suspeita de doença por vírus Ébola, no qual assentou o meu projeto de intervenção nesse serviço.

Ambos os projetos permitiram a identificação das necessidades formativas nos serviços e a promoção da formação em serviço o que permitiu o desenvolvimento de competências na área da gestão e colaboraram para mudança de comportamentos e hábitos.

Após o diagnóstico em cada um dos serviços, o objetivo principal foi o de adquirir competências específicas na área de gestão de serviços de enfermagem ajustando a intervenção às necessidades detetadas.

Em relação ao SU foram ainda delineados objetivos mais específicos devido á especificidade do projeto de intervenção realizado. Assim, foi proposto, criar um documento de procedimentos de receção, encaminhamento e circuito do doente com suspeita de Ébola; desenvolver a formação em relação a este tema; avaliar os resultados da formação;

Para o atingimento destes objetivos foram referenciadas algumas atividades: análise crítica dos documentos já elaborados; conhecer o espaço físico do serviço; conhecer os recursos humanos disponíveis; conhecer a metodologia de trabalho do SU; apreender o circuito do doente no serviço; fazer formação sobre o tema; assistir às ações de formação efetuadas; e, assistir às reuniões sobre a temática.

Quanto á UCIPU alguns dos objetivos estão intrinsecamente relacionados á implementação do SIADAP 3, um sistema de avaliação formal e sistemático que

permite apreciar o trabalho desenvolvido pelos colaboradores de uma organização. Portanto, pretendeu-se: compreender a dinâmica da unidade; colaborar na gestão da unidade; colaborar e participar em todo o processo de implementação do SIADAP3.

A análise crítica da avaliação de desempenho anterior, a recolha de informação através da consulta da lei existente, a participação na conceção da formação sobre o tema para a UAG e a colaboração e participação ativa como formanda e formadora na ação de formação são as atividades que se realizaram neste âmbito.

Portanto, no restante documento serão apresentados os locais de estágio e ambos os projetos desenvolvidos, onde se pretende descrever o modo como foram operacionalizadas as opções metodológicas e as várias estratégias de recolha de dados.

2– EXPERIÊNCIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Desde o início da humanidade que a doença e o sofrimento fazem parte do dia a dia de cada um de nós, seja a nível pessoal e/ou profissional. Tornando-nos cada vez mais exigentes, ao longo das décadas, com a saúde e exigindo-nos cuidados de qualidade que satisfaçam as necessidades de uma forma rápida e eficaz.

Como a porta de entrada da maioria dos clientes em meio hospitalar é através do SU, estes tornaram-se centros estratégicos na organização hospitalar. Sendo necessário garantir que o SU esteja equipado quer a nível estrutural quer de recursos humanos para que os cuidados de primeira necessidade sejam prestados de maneira a que cuidar não se torne angustiante tanto para o profissional como para o cliente que se encontra em situação de risco e urgência, seja física ou emocional.

Segundo a DGS (2001) urgências são “todas as situações clínicas de instalação súbita desde as não graves até às graves, com o risco de estabelecimento de falência de funções vitais” (pag. 7). Desta forma o SU recebe as mais variadas situações clínicas e, conseqüentemente, é composto por diferentes profissionais e equipas multiprofissionais que têm de trabalhar em sintonia, principalmente os enfermeiros. Estes encontram-se na linha da frente, e são os principais responsáveis pela assistência ao cliente em situação crítica, estando a seu cargo a triagem, estabilização clínica e educação para a saúde; pelo que a organização e a gestão da equipa é de primordial importância, sendo a rapidez e o saber agir essencial para uma atuação de excelência (BHAT, REED E STEELMAN, 2011).

Neste capítulo será feita uma breve abordagem á caracterização do SU e um enquadramento do projeto realizado neste serviço e, assim, pretende-se sintetizar a experiência de forma a tornar visível a aprendizagem adquirida neste local de estágio.

2.1— DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PARA A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

A experiência do SU foi desenvolvida em torno de um projeto para a criação de um circuito para o cliente com suspeita do vírus Ébola no respetivo SU.

Este SU é um serviço polivalente que proporciona um nível elevado e diferenciado de resposta a situações de urgência e emergência. Na última década, este serviço sofreu uma reorganização tanto a nível dos recursos humanos como da área de influência devido ao encerramento do SU do hospital Nossa Senhora da Conceição (polo de Valongo) pertencente ao CHSJ tornando-se uma *“referência para a maior parte da população a Norte do rio Douro, servindo também como centro primário de urgência para uma grande parte da população do Porto e concelhos limítrofes”*(Ministério da Saúde, portal interno do centro hospitalar São João, 2014) o que conduziu a uma maior afluência de clientes a este serviço, atualmente este centro hospitalar assiste a uma média de 420 adultos por dia, segundo dados do Ministério da Saúde.

Esta procura acrescida deste centro hospitalar implica que esta unidade esteja organizada de forma a dar resposta aos clientes que procuram este serviço. Por se tratar de um centro hospitalar de referência para as mais variadas situações, com o surgimento do surto Ébola e a possibilidade deste atingir o nosso país, não foi exceção e tornou-se o centro hospitalar de referência para a região norte e centro.

A doença por vírus Ébola (DVE) é rara, mas em dezembro de 2013 teve um novo surto chegando mesmo a atingir, em 2014, a Espanha e os Estados Unidos. Este novo surto obrigou os responsáveis pelas mais variadas nações a unirem esforços e a procurarem uma forma de conter e travar o vírus nos países afetados e,

também, foram tomadas medidas de precaução e criados planos de contingência por vários países, incluindo Portugal (DGS, 2014).

2.1.1– ASPETOS ESTRUTURAIS

O SU é um serviço moderno, organizado, física e estruturalmente e com um circuito interno bem definido. Situado no piso 0, é um serviço de acesso fácil e próximo de locais de apoio, tal como a imagiologia. Em termos gerais é composto por diversas áreas funcionais como a área de admissão e receção (área administrativa), área de triagem, área de atendimento para situações de Urgência do foro Psiquiátrico, área de atendimento "Amarela", área de atendimento "Laranja" e UCP, área de Ortopneumologia, área de emergência e doente crítico (Sala de Emergência), área de Urgência de Oftalmologia e área de Urgência de Otorrinolaringologia. Além disso, alberga ainda o Gabinete de Apoio ao Acompanhante, um posto da PSP e uma Sala de Acompanhantes.

À data de realização do estágio a equipa de enfermagem do SU era constituída por 95 enfermeiros, dos quais, uma Enfermeira – Chefe, 1 elemento em horário fixo (adstrito à área da gestão), 6 enfermeiros em horário de amamentação e os restantes enfermeiros, divididos em cinco equipas, em horário rotativo, na prestação direta de cuidados. Destes, o rácio atual é de aproximadamente 7 enfermeiros com SAV por cada equipa de 18 elementos, que se trata de um número reduzido, tendo em conta as características do serviço.

Num serviço destes, principalmente na sala de emergência, preconiza-se a implementação da filosofia do trabalho em equipa, onde existe um líder que conduz os restantes elementos da equipa. De acordo com PARREIRA (2005), o trabalho em equipa possibilita que os seus constituintes troquem ideias e conhecimentos e tenham uma visão global das necessidades do cliente agindo de

forma a satisfazê-las o mais eficazmente possível. Esta filosofia foi facilmente percebida no SU do CHSJ, havendo 5 equipas estruturadas e cada equipa é chefiada por um elemento (coordenador), sendo que o segundo elemento de cada equipa é considerado um elemento de referência, podendo chefiar a equipa em caso de ausência do primeiro. Cada um dos enfermeiros da equipa está escalado em diferentes setores dentro do SU. Assim, as escalas são organizadas da seguinte forma: Triagem (2 elementos); Área Verde e Azul (1 elemento); Pequena Cirurgia (1 elemento); Área Laranja e UCP (4 elementos); Área Amarela (4 elementos); 1 enfermeiro na Área Ortotrauma; 1 enfermeiro na Psiquiatria; 3 enfermeiros na Sala de Emergência, sendo que um elemento escalado é também responsável pelo RIH. Deste modo, regra geral, no turno da manhã (8h – 15h30min) estão escalados 16/17 enfermeiros, no Turno da Tarde (15h- 22h30min) 17 enfermeiros e no da noite (22h – 8h30min) 15 ou 16 enfermeiros.

Durante o estágio tive a oportunidade de perceber a funcionalidade do SU nas diferentes áreas o que me permitiu analisar todo o processo de abordagem ao cliente e a gestão de um serviço tão complexo. Em seguida, descrevo as diferentes áreas deste serviço.

A **triagem** existe para o atendimento rápido de situações de risco para a saúde seja priorizado e atempadamente resolvido, ou seja, permite classificar a gravidade da situação de cada cliente que recorre ao SU.

Existem fatores de discriminação que permitem a inclusão dos clientes numa das cinco prioridades preconizadas por cores **vermelho, laranja, amarelo, verde e azul**; em que cada uma representa um grau de gravidade e de tempo ideal de atendimento. Esses discriminadores são: risco de vida; dor; hemorragia; grau de estado de consciência; temperatura e agravamento da situação (Grupo Português de Triagem, 1997).

Assim, após efetuar a inscrição, o cliente é encaminhado para a triagem, onde é atendido por um enfermeiro, que lhe fará algumas perguntas sobre o motivo da sua vinda e após uma observação rápida e objetiva lhe atribuí uma “cor”. De seguida é encaminhado conforme a emergência dos cuidados, conforme descrito na figura.

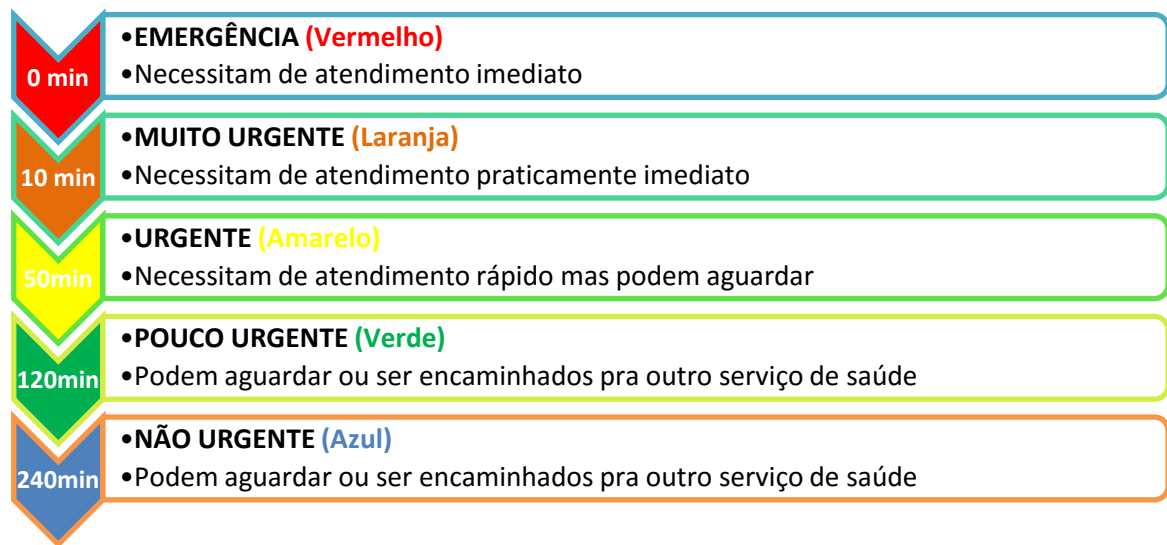


Figura 6: Triagem de Manchester - Pulseiras coloridas definem a gravidade dos clientes

A **sala de emergência** é onde são admitidos os clientes com a classificação vermelha pelo sistema de triagem de Manchester, e critérios mais alargados pré-definidos que indiciam uma situação clínica de grande instabilidade fisiológica e, portanto um elevado risco de paragem cardio-respiratória e onde são prestados os cuidados de enfermagem e intervenções médicas mais diferenciadas. Esta área é dotada de equipamentos sofisticados de monitorização invasiva e não invasiva, ventiladores multimodais, desfibrilhadores, terapêuticas e os mais diversos materiais.

Esta sala tem um médico e três enfermeiros destacados, sendo que um elemento escalado é também responsável pelo RIH. Estes são responsáveis pelo bom

funcionamento da mesma, sendo que no início de cada turno devem efetuar a verificação do material e a sua funcionalidade. Nesta área existem vários protocolos de atuação entre os quais: protocolos de atuação em relação à Via Verde AVC, Trauma, Sépsis e Coronária e Reanimação Intra-Hospitalar.

Devido á especificidade deste espaço há sempre fármacos de emergência preparados e todo material das técnicas de enfermagem e interdependentes está protocolado e com fácil acesso. Existem estantes com gavetas, onde cada gaveta está identificada com a técnica, por exemplo, algaliação, entubação nasogástrica, toracocentese e cateter venoso central. Aquando da abordagem ao cliente crítico, só é necessário tirar a gaveta ou gavetas e utilizá-la. Devido ao fato de ter todo o material preparado para a técnica consegue-se poupar muito tempo na abordagem ao cliente crítico.

A **área laranja/UCP** é uma área onde são atendidos clientes cujas queixas levamá classificação da triagem com cor laranja, com quadros médicos, não traumáticos, e utentes triados com pulseira de cor amarela ou verde cujo quadro clínico apresente necessidade de atendimento rápido (exemplos: crise convulsiva, hipoglicemia sintomática ou hemorragia digestiva).

É uma área com equipamento de monitorização de parâmetros vitais e assegura vigilância médica e de enfermagem de modo permanente e contínuo e onde existem ainda dois espaços distintos: 8 camas com monitorização, que pertencem à Unidade de Curta Permanência, cuja função é o internamento de curta duração, idealmente <24h, e que está localizada dentro do espaço da área laranja; e uma sala com divisórias em vidro e cadeirões reclináveis, destinada sobretudo a doentes com queixas respiratórias que irão precisar de terapêuticas com aerossóis.

Nesta área e devido á grande afluência de clientes a este SU muitas vezes as macas acumulam-se lado a lado, sem condições de privacidade, quase sem

espaço para chegar aos clientes complicando a prestação de cuidados por parte da equipa multidisciplinar e com risco evidente de contaminação.

A **área amarela** é destinada à estabilização de clientes críticos, semicríticos e aqueles que precisam de observação e têm as mais variadas patologias e têm condições para aguardar pela intervenção dos cuidados. É uma sala grande com gabinetes médicos, cabines para as macas e 2 corredores com cadeirões e cadeiras, no entanto, o espaço não permite ter uma visão global e por essa razão, os enfermeiros do SU debatem-se no dia a dia por melhores condições físicas e estruturais, apesar de as instalações serem recentes. É também um espaço compartilhado, onde os clientes se acumulam lado a lado, sem condições de privacidade, quase sem espaço e tal como na área laranja, mas aqui mais frequente, a afluência de clientes condiciona os cuidados nas queixas clínicas, nas necessidades humanas básicas e na prestação do cuidado mais técnico.

Na **área verde/azul** são observados os clientes classificados com um nível baixo de prioridade (cor Verde, Azul). Nesta área há ainda uma sala de espera, onde os clientes que ainda não foram observados podem permanecer e onde também aguardam os já observados e que necessitam de algum exame ou observação extra.

A **área de atendimento para situações de Urgência do foro Psiquiátrico** é o local onde é feito o atendimento urgente, e orientação, de todas as situações do foro Psiquiátrico da área Metropolitana do Porto. O fato dos clientes serem encaminhados para esta área não impede que, caso os mesmos sejam triados como amarelos ou vermelhos, não possam ser encaminhados para outras áreas, caso a condição psiquiátrica seja a que inspira menos cuidados no momento.

A **área de Ortopneumatologia** é uma área que dá resposta à área amarelo/laranja do foro cirúrgico e ortopédico, onde se encontram situações de pequenos ferimentos, queimaduras (desde que não numa elevada percentagem do corpo),

de traumatismo Craneo-Encefálico (TCE). Os clientes nesta área encontram-se na mesma situação dos clientes da área amarela e laranja, mas são em número tão elevado que é necessária uma valência mais específica.

Com a crescente complexidade das situações que recorrem a este SU e após conhecimento da dinâmica do serviço foram detetados alguns problemas como o rácio insuficiente de enfermeiros para a satisfação das necessidades dos clientes, nomeadamente nas áreas laranja e amarela; a falta de espaço nas referidas áreas; e a inexistência de um protocolo para o caso de surgir um cliente com doença por vírus Ébola. A necessidade de responder eficazmente a esta nova realidade tornou imperativo a elaboração de um circuito para estes clientes e a noção de responder eficientemente a esta situação utilizando os recursos disponíveis. Neste processo de melhoria foi então desenvolvido um projeto que consistiu na elaboração de um circuito alternativo dirigido aos clientes com DVE no SU.

2.1.2– DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO

Os profissionais do SU estão em maior risco de contacto e é através deles que deve iniciar-se todo o processo de contenção da transmissão da DVE. Estes profissionais têm de ter a capacidade ímpar de avaliar, intervir e cuidar quer de forma mais geral, quer de forma mais específica, tornando-se um novo desafio esta nova realidade.

Esta fase inicial foi marcada pela observação do contexto, dos profissionais e da organização do espaço físico, com o objetivo de identificar e dar resposta ao problema que insurgia. Portanto, houve um intenso contacto com a realidade, associado a técnicas como a observação direta e/ou análise de documentos que permitiram o desenvolvimento e consecução do projeto.

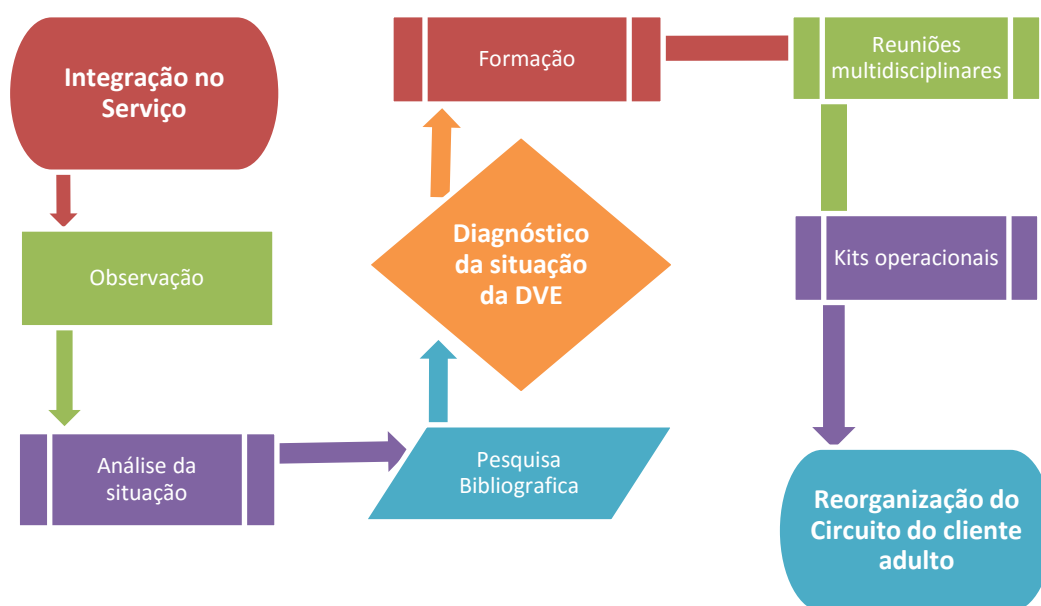


Figura 7: Fluxograma do desenvolvimento do projeto no SU

A análise de documentos implicou uma pesquisa bibliográfica capaz de sustentar o conhecimento que se procurava obter em relação ao Ébola. Foram identificados vários artigos científicos relevantes para este projeto, pesquisados em bases de dados como a Ebsco e a DGS que emitiu orientações e documentos sobre o tema. Esta pesquisa foi efetuada no período de estágio no SU e os documentos a utilizar deviam ser atuais, publicados entre o período de 2010 e 2014, revistos por especialistas e com acesso a texto completo, o que após uma análise, sobre o tema e assunto de cada documento, levou á seleção de 10 artigos sobre o tema.

Desta forma, foram selecionados os seguintes documentos:

Autor	Título
Jaime Nina	<i>Ebolavirosis: a 2014 Review for Clinicians</i>
Principais conclusões: A Doença por Ebola é uma febre hemorrágica aguda caracterizada por uma elevada taxa de letalidade. É um vírus que se transmite facilmente por contacto	

direto com um caso infetado, ou por contacto com os seus fluidos corporais, basicamente com o sangue. Os profissionais de saúde têm de trabalhar em condições menos adequadas o que os coloca como potenciais vítimas. De momento, o tratamento disponível é apenas de suporte, mas já existem vários fármacos a serem testados *(Adaptado do artigo original)*.

Autor	Título
Brooke K. Decker; Jonathan E. Sevransky; Kevin Barrett; Richard T. Davey; Daniel S. Chertow.	<i>Preparing for Critical Care Services to Patients With Ebola</i>

Principais conclusões: **Este artigo refere que as unidades que podem receber os doentes infetados com o vírus Ébola devem preparar-se para prestar cuidados adequados e proteger os seus colaboradores do risco inerente. Foram identificados os riscos e as medidas de proteção necessárias e concluído que um planeamento adequado e a formação sobre a dessiminação do vírus e medidas de proteção, são medidas essenciais** *(Adaptado do artigo original)*.

Autor	Título
Nancy Kass	<i>Ebola, Ethics, and Public Health: What Next?</i>

Principais conclusões: **Os novos tratamentos em estudo para o vírus Ébola devem ser precedidos de muita cautela e controlo, avaliando o risco e o benefício e os princípios éticos e legais inerentes aos ensaios clínicos e á vida humana** *(Adaptado do artigo original)*.

Autor	Título
Carlos del Rio; Aneesh K. Mehta; G. Marshall Lyon III; Jeannette Guarner	<i>Ebola Hemorrhagic Fever in 2014: The Tale of an Evolving Epidemic</i>

Principais conclusões: **O Ébola é um filovírus com uma taxa de letalidade de 78%. O surto atual começou em dezembro de 2013 e é o maior de sempre, foi detetado pela primeira vez março 2014 no sul da Guiné, extendendo-se aos países subjacentes. Em**

<p>agosto de 2014 havia um total de 1.603 casos suspeitos e confirmados com uma taxa de mortalidade de cerca de 55% nesses casos. O diagnóstico da doença não é de fácil definição, no início, devido a sintomas comuns a muitas doenças comuns na África Equatorial. No entanto com as precauções adequadas é possível travar o surto (<i>Adaptado do artigo original</i>).</p>	
Autor	Título
<p>William A. Fischer II; Noreen A. Hynes; Trish M. Perl.</p>	<p><i>Protecting Health Care Workers From Ebola: Personal Protective Equipment Is Critical but Is Not Enough</i></p>
<p>Principais conclusões: A transmissão do vírus Ébola é uma realidade para os profissionais de saúde mas pode ser facilmente mitigada com a proteção e os cuidados adequados. No entanto, só os EPIs não chegam, são necessárias outras medidas de precaução, formação e estruturas para atenuar os riscos associados. Melhorias na infraestrutura e o fornecimento adequado de EPIs associado a formação como vestir e despir o EPI são extremamente necessários para prevenir a infeção(<i>Adaptado do artigo original</i>).</p>	
Autor	Título
<p>Abdullah Balkhair; Khuloud Al-Maamari; Fatma Ba Alawi; Badriya Al-Adawi; Zakaria Al-Muharrmi; Osama Ahmed.</p>	<p><i>Ebola: Are We Prepared for Recurring Infectious Threats?</i></p>
<p>Principais conclusões: A Organização Mundial da Saúde foi notificada de um surto da doença por vírus Ebola em março de 2014, na Guiné. E, em agosto de 2014, a OMS declarou a epidemia do Ebola uma "emergência de saúde pública de preocupação internacional". Até 21 de novembro de 2014, houve 15,351 casos de Ebola relatados em oito países desde que o surto começou, com 5.459 mortes relatadas. Este surto reforça a necessidade urgente dos países se prepararem para lidar com doenças infecciosas através do planeamento estratégico e o desenvolvimento de medidas de controle de infeção e a formação de equipas para lidar com este surto e reduzir o risco para o pessoal de saúde e população., e agilizar a comunicação (<i>Adaptado do artigo original</i>).</p>	

Autor	Título
Gail Beckett; Philip Monk.	<i>Ebola virus disease: guidance for practice staff</i>
Principais conclusões: A doença vírus Ebola é uma infeção grave que causa significativa morbidade e mortalidade. É importante avaliar os riscos e todos os doentes com uma febre aguda; tendo em mente a possibilidade de infeção por Ebola naqueles que viajaram para as áreas afetadas. É também fundamental que se criem condições e medidas de precaução e tratamento para travar este surto. (Adaptado do artigo original).	
Autor	Título
Jacqueline Boulton	<i>Ebola: where did it come from and where might it go</i>
Principais conclusões: Este artigo faz uma revisão da doença e referência aos desafios atuais, tendo em vista o progresso das investigações e das descobertas atuais como as medidas de precaução e tratamentos necessários (Adaptado do artigo original).	
Autor	Título
Robin Boyne	<i>Infection control: Protecting against Ebola</i>
Principais conclusões: É uma comunicação científica sobre a utilização de medidas de precaução e protocolos para prevenção da contaminação por Ébola. Conclui-se que a preparação dos profissionais de saúde é essencial para o sucesso destas medidas (Adaptado do artigo original).	
Autor	Título
Erika Check Hayden	<i>The Ebola questions</i>
Principais conclusões: Este artigo faz uma revisão sobre o vírus Ébola e levanta a discussão de várias questões e duvidas referidas pela comunidade científica na procura de travar o vírus. (Adaptado do artigo original).	

Quadro 4: Análise de documentos do Ébola

Estes artigos são de revisão, do ano 2014 e foram analisados e utilizados criteriosamente, como se pode ver no quadro anterior, e em conjunto com as indicações orientadoras da DGS, serviram de suporte para a realização do projeto em questão.

Face às orientações da DGS (2014), os hospitais de referência devem preparar-se para a possibilidade do surgimento da doença no nosso país e apresentarem soluções e capacidade de resposta a essa realidade, o que tornou evidente que os clientes com suspeita de DVE deveriam ter um circuito e uma abordagem diferenciada dos outros clientes.

Assim sendo, e em entrevista com a enfermeira chefe do SU, foi-me proposta a realização do projeto de intervenção em serviço neste tema com o conseqüente desenvolvimento de alterações e de atividades necessárias para a resolução deste problema. Como tal, para prosseguir nas respostas a esta questão, após a pesquisa foi necessário rever e analisar com suporte de dados da evidência científica: o circuito dos clientes; as rotinas de atendimento dos profissionais; a sensibilização dos profissionais para o problema; o conhecimento das estratégias necessárias para a prevenção e não contaminação.

Na reorganização do circuito, pode-se dizer que, além dos “*brainstormings*” foi utilizada uma variação de outra ferramenta de gestão da qualidade, os 5s. Esta ferramenta permite definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem com o bom desempenho dos processos de trabalho (Pertence & Melleiro, 2010) como era o caso do aparecimento do Ébola nos nossos hospitais.

Constituindo, a promoção da mudança de comportamentos das pessoas de forma a favorecer a saúde mental e física e manter a ordem melhorando o desempenho organizacional, o principal objetivo dos 5s (Pertence & Melleiro, 2010), a aplicação deste método, aliado ao *brainstorming*, pareceu adequado e permitiu organizar o circuito, otimizando o desempenho dos profissionais e identificando o melhor percurso a realizar.

Decorrentes deste trabalho identificaram-se como atividades necessárias a criação de Kits de EPI, a reorganização da receção e atendimento dos clientes

com DVE e ações de formação para os profissionais para que as condições se tornassem ideais para a melhoria da qualidade dos cuidados no SU e para a receção de clientes com suspeita de DVE.

2.2– PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SU

O Ébola é um *filovírus* que causa febre hemorrágica, frequentemente fatal e é denominado dessa forma porque foi identificado pela primeira vez na República Democrática do Congo, perto do rio Ébola (Nina, 2014).

É um vírus primariamente transmitido através de um animal infetado (habitualmente morcegos) e secundariamente pelo contacto com fluidos corporais como o sangue (incluindo urina, fezes, vômito, suor, lágrimas, sémen, leite materno e saliva) de pessoas infetadas e/ou portadoras do vírus. Tem um período de incubação, que vai de 2 a 21 dias, com uma evolução súbita, podendo manifestar-se através de febre, dor de cabeça, dor musculares e articulares podendo estar associadas a náuseas, vômitos e/ou diarreia que culmina em hemorragia (Nina, 2014).

Estando os profissionais de saúde na linha da frente face á DVE foi criado um **“Plano de Contingência Nacional do Setor da Saúde para a Doença por Vírus Ébola”** pela DGS com orientações específicas (ANEXO 2). Assim, seguindo as orientações da DGS, o CHSJ, como hospital de referência para a zona norte e centro, elaborou o seu Plano de Contingência para a Doença por Vírus Ébola (PCDVE). Para a elaboração e implementação deste plano foi necessário reunir esforços nas diferentes áreas estando o PCDVE a cargo da coordenação do Dr. Carlos Alves (coordenador da UPCIRA). Foi criado ainda um grupo operativo do PCDVE para a elaboração de procedimentos e protocolos necessários á implementação do PCDVE. Sendo que a enfermeira chefe do SU do CHSJ também

teve a sua intervenção na elaboração deste PCDVE, nomeadamente na definição do caso e na triagem do cliente com DVE e ainda na elaboração do circuito dos clientes adultos, no qual assentou este projeto de intervenção em estágio.

Assim, uma vez detetada esta necessidade e determinando que a alteração almejada contribuia para a qualidade dos cuidados e para a melhoria do atendimento no SU foram definidos alguns objetivos.

Os objetivos devem ser pertinentes, específicos, precisos, consistentes, realistas e mensuráveis. Sendo o objetivo geral deste projeto **elaborar um circuito alternativo para o cliente com DVE**.

Para a consecução deste objetivo foi necessário definir alguns objetivos mais específicos e delinear atividades e estratégias para alcançar os objetivos e ainda avaliar a implementação deste circuito.

Objetivos Especificos
• Realizar pesquisa bibliográfica acerca da temática;
• Organizar o circuito do cliente adulto com DVE;
• Efetuar ações de formação á equipa sobre o circuito;
• Formar kits de EPI;
• Validar e implementar o circuito do cliente adulto por DVE;
• Avaliar os conhecimentos da equipa sobre as alterações efetuadas.

Tabela 3: Objetivos Especificos do PIS Ébola

Em consonância com estes objetivos foram delineadas algumas atividades para a realização deste projeto como:

1. Elaboração de um documento de referência para o circuito;
2. Reuniões inter e multidisciplinares com a UPCIRA e o grupo operativo do PCDVE;

3. Recolha bibliográfica sobre a temática;
4. Formação sobre a DVE;
5. Definição sobre o circuito do cliente com suspeita de DVE;
6. Suportes estruturais.

Assim, e após ter conhecido o funcionamento do SU em todas as suas valências, a análise crítica e reflexiva efetuada contribuiu para uma melhor elaboração daquilo a que me tinha proposto.

2.2.1– DEFINIÇÃO DO CIRCUITO DO CLIENTE EM RESPOSTA AO ÉBOLA

Como observado, o SU funciona com a seguinte rotina e circuito em todas as áreas: o cliente triado é direcionado para a área correspondente, é observado pelo Médico que faz a prescrição no “alert”, o enfermeiro vê a prescrição, prepara material para punção venosa e colheita de sangue e prepara terapêutica prescrita, chama pelo cliente, confirma a sua identificação, punciona-o, colhe sangue e administra medicação prescrita e em seguida valida a prescrição. Pode-se dizer que, logo aqui, foram identificados alguns problemas, pois o cliente com DVE não pode seguir os trâmites do circuito normal como apresentado na figura seguinte:

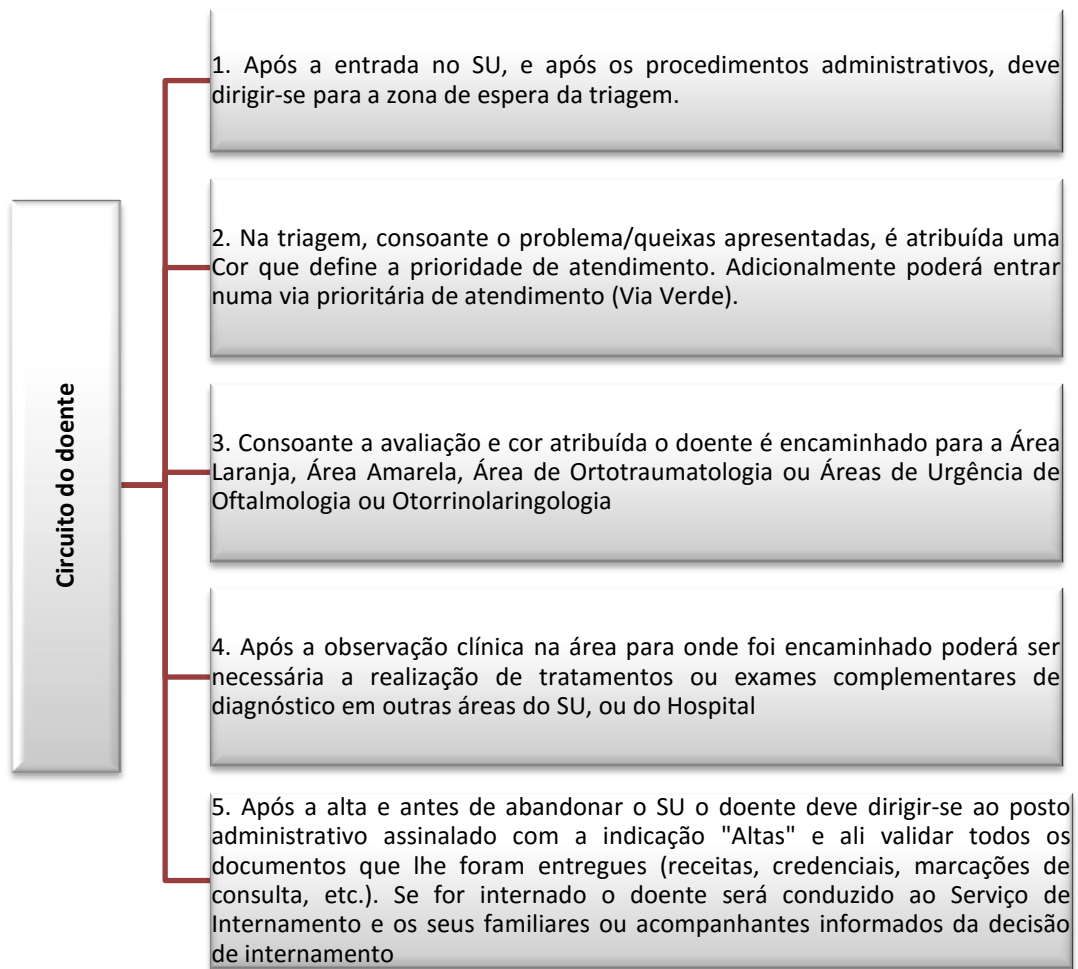


Figura 8: Circuito do Cliente no SU

Fonte:Ministério da saúde, portal do CHSJ.

Conhecer esta realidade e perceber as suas limitações no caso de um cliente com DVE foi essencial na sensibilização e envolvimento dos profissionais para a importância de desenvolver mudanças.

Inicialmente, foi efetuada uma pesquisa com o apoio e orientação da Enfermeira Chefe do SU e a colaboração de uma médica infeciologista, elemento integrante da UPCIRA, que forneceu muito material para que este projeto tivesse sucesso. Foram efetuadas, igualmente, algumas reuniões informais onde foi debatido o tema e foram identificados os problemas e as necessidades associadas. Nestes

vários “brainstormings” realizados com a enfermeira chefe e a médica infeciologista evidenciou-se a necessidade da reestruturação do circuito para o cliente com DVE para responder às recomendações da DGS. Esta análise permitiu inferir que era um problema real e a necessidade real deste projeto criando sinergias para a sua implementação.

Posteriormente, foram também realizadas reuniões pelo grupo operativo do PCDVE (às quais pude assistir) e agendadas formações formais e informais dos profissionais. Tudo isto convergiu para a concretização do projeto e para a melhoria organizacional e operacional do circuito do cliente com DVE.

Conforme já mencionado, o circuito do cliente com DVE obedeceu às orientações emanadas pela DGS sem interferir com o bom funcionamento do SU. Contudo, tratavam-se de orientações generalizadas, sendo pouco específicas e por isso foi necessária a observação participante nos vários locais do SU e a participação nas várias formações definidas, tanto como colaboradora como formanda. Desta forma, o segundo, terceiro e quarto objetivos específicos, referidos na tabela 3, foram desenvolvidos praticamente em simultâneo culminando com a apresentação do documento sobre o circuito e sobre o EPI nas formações.

2.2.2– FORMAÇÃO SOBRE O ÉBOLA

No regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor (regulamento nº 101/2015) está descrito que o enfermeiro gestor “*providencia oportunidades de formação contínua e desenvolvimento profissional e pessoal, fornece feedback construtivo, gere o desempenho profissional e constrói o trabalho em equipa*”, tornando a formação continua um requisito fundamental para a prestação de melhores cuidados e para o desenvolvimento de conhecimentos e competências.

No decorrer desta competência foram realizadas formações no SU tanto de carácter formal como informal.

As formações realizadas tinham o objetivo primordial de dar a conhecer o circuito do cliente adulto com DVE e as medidas a tomar no caso de um cliente com DVE se dirigir ao SU. Algumas formações foram efetuadas no momento da passagem de turno da manhã e da tarde e foram conduzidas pela Enfermeira Chefe, com a minha participação ativa. Estes momentos permitiram compreender melhor o contexto do SU ajudando na planificação e implementação de medidas necessárias para criar e completar o circuito e permitiram, igualmente, uma aproximação à equipa possibilitando a mudança e adaptação a este novo contexto através da troca de ideias relevantes e pertinentes para a consecução do projeto.

Foram também agendadas formações para o período de 21 de outubro a 28 de novembro para as 14h, tanto para enfermeiros como para os assistentes operacionais. Estas ações incidiram no circuito e na formação sobre o EPI a utilizar. No entanto, a formação sobre como vestir e despir o EPI em segurança foi da responsabilidade de alguns enfermeiros do SU formados para esse efeito pela UPCIRA; sendo que também assisti a uma dessas formações efetuadas pela UPCIRA no dia 24 de outubro.

Não obstante, durante o mesmo período foi criado um exemplar do circuito, por mim e com a colaboração da enfermeira chefe, e após revisão, levada a cabo pelo GEPAI (grupo de elaboração de protocolos de actuação interna), colocado em pasta própria para que os formadores do “Veste & Despe do EPI” e coordenadores das equipas utilizarem e transmitirem o circuito do cliente com DVE (ANEXO 3).

2.2.3– SUPORTES ESTRUTURAIS AO ÉBOLA

Outra das atividades deste projeto foi a criação de kits de EPI para os profissionais para a receção do cliente com suspeita de DVE com os objetivos de **umentar a segurança assistencial dos profissionais e dos clientes e facilitar o processo de trabalho.**

Um kit é um conjunto de material agrupado e/ou organizado para a realização de uma determinada atividade (Priberam dicionário, 2013). Neste contexto os kits eram constituídos por:

Material	Descrição
Bata	Impermeável e descartável, com comprimento até meio das pernas.
Touca	Impermeável e descartável, capaz de cobrir as orelhas.
Avental	Impermeável e descartável
Máscara facial	Tipo bico de pato – N1/N2
Óculos de proteção ou Viseira	
Luvas	M e L (2 pares)
Cobre botas	

Quadro 5: Kits de EPI para assistencia ao cliente com suspeita de DVE

A criação destes kits, a par com a formação realizada sobre o “Veste & Despe do EPI” permitiu a promoção da alteração de comportamento dos profissionais e favoreceu à melhoria dos cuidados prestados de forma eficaz, eficiente e em tempo útil para não afetar a funcionalidade do SU.

2.2.4– AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A última fase deste projeto tinha como objetivo **formalizar o processo organizativo de suporte á assistencia ao cliente com suspeita de DVE**, pelo que era necessária a aprovação do documento e divulgação do circuito. Esta aprovação foi concretizada numa reunião realizada a 11 de novembro com o grupo operativo do PCDVE e após alguns ajustes foi divulgado na intranet – rede interna do CHSJ (ANEXO 4).

Deste modo, o envolvimento da enfermeira chefe e da UPCIRA, nomeadamente da médica infeciologista, no desenvolvimento do circuito do cliente adulto com DVE facilitou o resultado positivo na sua consecução. Não obstante, o envolvimento da equipa do SU (tanto de enfermagem, como de assistentes operacionais) foi um meio fundamental para ultrapassar alguma eventual resistência á mudança e permitir a troca de ideias facilitadoras na realização do circuito. Ou seja, esta interação tornou mais sólida a intervenção e facilitou o trabalho na gestão da mudança organizacional.

É importante realçar que este circuito se mantém atualizado e a ser utilizado em caso de surgimento de um cliente adulto com DVE, estando bem presente nos procedimentos da equipa.

Em síntese, no serviço de urgência embora tenha participado na gestão corrente a grande experiência de aprendizagem foi em torno da organização da resposta a clientes com doença por virus Ébola.

A realização deste projeto permitiu-me desenvolver competências tanto a nível da gestão organizacional e funcional de uma unidade quer a nível da gestão de cuidados e recursos humanos e materiais e igualmente a nível da formação com vista a melhorar os cuidados e a assistencia em saúde.

3 – EXPERIÊNCIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DA URGÊNCIA

Os cuidados intensivos são unidades onde se prestam cuidados diferenciados a clientes em situação crítica, associados a uma sofisticada tecnologia de monitorização e intervenção terapêutica e, a recursos humanos altamente especializados (ALMEIDA e RIBEIRO, 2009). Assim sendo, é um serviço multidisciplinar e multiprofissional com médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos capazes de fornecer um elevado nível assistencial a um grupo de clientes muito específico. Portanto, foi, tal como esperado, um campo de estágio muito enriquecedor, tanto no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências a nível de conhecimento científico e técnico, e principalmente, no desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, alicerces essenciais á gestão.

A UCIPU do CHSJ situa-se no primeiro piso, partilhando-o com os serviços de Urgência de adultos e pediátricos, Unidade de Cuidados Intermédios e Bloco Operatório de urgência. *A “Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência (UCIPU) resulta da progressiva diferenciação de uma área da antiga Sala de Observações do Serviço de Urgência, no decurso dos anos 80. Foi a primeira unidade intensiva do Hospital S. João a incluir no seu staff médicos especialistas de Medicina Interna. É hoje em dia, desde 1997, uma unidade intensiva polivalente”* (Ministério da Saúde, portal chsj, 2014).

Esta unidade tem uma lotação de 12 camas, sendo que 1 é de isolamento, cada unidade é equipada com monitores, ventiladores e sistemas de infusão e perfusão, com um registo contínuo dos parâmetros monitorizados e débitos do cliente. A unidade tem um espaço amplo mas com pouca iluminação natural, no

entanto privilegia o bem-estar físico e mental. No centro deste espaço encontra-se o sistema operativo de apoio á enfermagem para seu fácil acesso e permissão da visualização de todos os clientes enquanto se fazem os registos. O sistema informático de registos a funcionar na UCIPU é o Bsimple. Este sistema permite ao profissional de saúde aceder rapidamente à informação do cliente e registar dados.

A equipa de enfermagem é chefiada por um enfermeiro chefe e é constituída por 45 elementos distribuídos em 5 equipas que trabalham em horário rotativo e independentemente do turno, estão sempre distribuídos na UCIPU, 6 Enfermeiros em prestação de cuidados diretos, o que dá um rácio de 2/1 clientes por profissional. Desta forma, o método de trabalho adotado é o de enfermeiro responsável, que é responsável pela prestação de cuidados individualizados e personalizados garantindo a humanização dos cuidados e disponibilidade total para a prestação de cuidados de qualidade (Pinheiro, 1994). Neste método é possível assegurar a continuidade dos cuidados e a elaboração de planos de cuidados mais personalizados e eficazes. Apesar da metodologia de trabalho é promovido o trabalho em equipa.

O plano de distribuição de trabalho é feito para o turno seguinte pelo enfermeiro responsável de turno, procurando obedecer a critérios da continuidade dos cuidados, não descurando também a rotatividade na atribuição dos doentes e tendo em conta o grau de dependência dos mesmos. Esse enfermeiro é também responsável por orientar, colaborar e supervisionar a prestação de cuidados de enfermagem.

A avaliação do grau de dependência referida é feita através do TISS 28 (Therapeutic Intervention Scoring System) que permite calcular o tempo necessário dos cuidados de enfermagem para cada doente. É composto por 28

itens que são analisados diariamente e que permitem saber a evolução do doente e classificá-lo quanto á necessidade de cuidados (Elias & *al*, 2006)

A prestação de cuidados ao doente crítico incide na vigilância intensiva, e na complexidade da análise da condição cliente e grande parte do foco da atenção do enfermeiro centra-se no domínio da função, despistando precocemente mínimas alterações na condição do doente suscetíveis de causar um agravamento clínico do cliente. Isto exige ao enfermeiro uma ampla articulação de conhecimentos na interpretação de dados clínicos complexos, para que a tomada de decisão seja rápida e eficaz.

Estas especificidades obrigam a uma constante atualização dos conhecimentos o que implica que o enfermeiro chefe tenha a habilidade de motivar e influenciar a equipa para que contribuam para uma melhoria e excelência dos cuidados. Assim, as decisões são partilhadas e as atividades são planeadas em grupo desenvolvendo-se a responsabilidade e a tomada de decisão dos enfermeiros. Esta dinâmica contribuiu para a perceção das competências no domínio da gestão permitindo uma visão mais alargada e aprofundada do que é gerir e a sua simbiosidade com a motivação.

Sendo a UCIPU uma referência na demanda de novas formas de tratar, mais eficientes e eficazes, como a oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO), do qual o CHSJ é o centro de referência, e na procura da diminuição da iatrogenia para a melhoria da qualidade dos cuidados, é um serviço com ampla realização de ações de formação de forma a atualizar as aptidões da equipa. Durante esta experiencia, além da gestão corrente, tive a oportunidade de usufruir de algumas formações (Quadro 6) que me permitiram conhecer melhor o dia a dia dos enfermeiros daquela unidade.

A pessoa em situação de programa ECMO		Prevenção de infeção em UCI e Vigilância Epidemiológica
Data: 23 Jan 2015		Data: 27 Jan 2015
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar a técnica de ECMO; • Delinear indicações e resultados; 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever as precauções básicas de controlo de infeção e precauções adicionais; • Apresentar as medidas de prevenção e controlo de infeção e as principais IACS; • Descrever as técnicas de manuseamento de produtos biológicos; • Expor as normas para a prevenção da infeção.
Temáticas	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de ECMO, material, equipamento e canulação; • ECMO como opção terapêutica de resgate no ARDS; • ECMO como opção terapêutica inicial no ARDS grave; • ECMO e terapêuticas adjuvantes. • Sessão prática e esclarecimento de duvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Precauções básicas do controlo de infeção; • Medidas padrão para a prevenção e controlo da infeção; • Prevenção da Infeção em UCI; • Vigilância epidemiológica; • Precauções baseadas nas vias de transmissão; • Normas de prevenção da infeção associadas a IACS e CVCs; • Sessão prática.

Quadro 6: Formações assistidas na UCIPU

Considerando os desenvolvimentos do serviço emergiu como necessidade central a formação sobre a avaliação de desempenho atual – SIADAP 3 que visa ser implementada em todos os hospitais no biénio 2015-2016. Foi esta a parte central do meu projeto de Intervenção na UCIPU/UAG Medicina Intensiva.

3.1– DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO NA UCIPU

As preocupações centrais do enfermeiro chefe e da supervisora da UAG da Medicina Intensiva foram expressas claramente na necessidade da formação na avaliação de desempenho.

As grandes diferenças no processo de avaliação do desempenho anterior e o atual são, fundamentalmente, na contextualização da avaliação no plano estratégico da instituição. A maior preocupação da avaliação é encontrar contributos para a eficácia e eficiência das organizações, pelo que os objetivos de avaliação são desdobrados em cascata até à sua operacionalização em indicadores. A avaliação de desempenho *“visa contribuir para a melhoria do desempenho e qualidade de serviço da Administração Pública, para a coerência e harmonia da ação dos serviços, dirigentes e demais trabalhadores e para a promoção da sua motivação profissional e desenvolvimento de competências”* (Lei n.º 66-B, 2007).

É uma avaliação composta por três subsistemas: serviços (SIADAP 1), dirigentes (SIADAP 2) e trabalhadores (SIADAP 3), que devem ser articulados e ter em conta a legislação e a fase de cada ciclo (DGAEP, 2014) . Esta avaliação tem de ser implementada em todas as instituições públicas até 2016 o que implica que as organizações tomem medidas para o concretizarem.

Prontamente, o Conselho de Administração do CHSJ verificou a necessidade de divulgar, consciencializar e formar os intervenientes no novo modelo de avaliação no subsistema SIADAP 3, o que justifica por si só a realização da minha intervenção. O Enfermeiro Chefe da UCIPU está responsável pela consciencialização sobre a avaliação de desempenho, pelo que me foi possível colaborar na execução e elaboração da formação sobre este subsistema.

Este projeto mostrou ter implicações a vários níveis, tanto para os enfermeiros enquanto avaliados e trabalhadores no seu ser profissional como enquanto avaliadores, pela exigência em lidar com a complexidade e clarificação deste novo modelo, diretamente relacionados com a satisfação profissional e também com a própria instituição, pelo eventual comprometimento com os objetivos contratualizados.

Portanto, para a realização deste projeto foi necessário uma boa recolha de informação para conhecer as diferenças entre o sistema anterior e o atual e que temas focalizar. O enfermeiro chefe, sendo o principal responsável por este projeto, foi o impulsionador da sua consecução através da enriquecedora e essencial partilha de conhecimento sobre o tema.

3.1.2– DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO

Ao longo dos últimos anos tem-se falado muito em qualidade e objetivos e debatido que mudanças são necessárias operar para um serviço/organização ser considerado de qualidade. Com as várias alterações tanto a nível do comportamento e da visão da gestão como a nível do envolvimento de todosos colaboradores da organização, surgiu a avaliação de desempenho. Tornando-se, assim, imperativo a explicitação precisa e pragmática das alterações necessárias

para se alcançar uma qualidade total através de metas e objetivos claros capazes de veicularem melhores e mais eficazes resultados.

O desenvolvimento da qualidade dos cuidados implica a melhoria do desempenho de quem presta esses cuidados, para tal, torna-se premente que tenham a informação apropriada e os conhecimentos adequados ao desempenho das suas funções. Isto consegue-se através da realização de formações focalizadas para o objetivo em vista: a criação de conhecimento e de melhores cuidados. Trabalhadores informados são também mais eficazes e capazes de maiores responsabilidades.

Nesta busca por transmitir a informação correta e adequada aos profissionais, foi necessário, numa primeira fase, recorrer à observação do contexto e a conversas informais com os enfermeiros sobre as ideias pré concebidas e os conhecimentos que detinham sobre a avaliação de desempenho.

Iniciamos por um processo de aproximação aos profissionais no contexto do seu dia a dia para que estes se sentissem à vontade para expressar as suas dúvidas e debater sobre a informação que detinham sobre a avaliação de desempenho.

A metodologia utilizada foi organizada em dois sentidos. Sendo o primeiro uma revisão teórica sobre o tema e nesse sentido recorreu-se a trabalhos desenvolvidos por Drucker, Armstrong (2012), Costa (2013) e Mações (2014) e, em seguida, de documentos oficiais e legislação sobre o tema. Seguindo-se depois a aproximação aos enfermeiros do serviço para levantamento das dúvidas mais frequentes e realizar a formação no sentido de as esclarecer. Portanto o SIADAP 3 foi o enfoque do projeto desenvolvido na UCIPU, acabando por se estender a toda a UAG e posteriormente a outras UAGs como Saúde Materna e Obstétrica, Medicina e Cirurgia.

Terminada a colheita de dados e com a colaboração do enfermeiro chefe da UCIPU, obtivemos condições para a realização de uma ação de formação. A

formação teve o objetivo geral de **clarificar dúvidas sobre a avaliação de desempenho** de forma a criar um clima de confiança e de colaboração por parte dos profissionais.

No sentido de criar as melhores condições foram desenvolvidas as seguintes atividades:

1. Reuniões de preparação com o enfermeiro chefe;
2. Dossier digital sobre a legislação de suporte á avaliação;
3. Formação para os enfermeiros.

Para melhor compreensão da complexidade do tema do projeto é de todo oportuno apresentar este sistema de avaliação e o processo que o suporta.

3.2– O SISTEMA INTEGRADO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A avaliação de desempenho apareceu com o intuito de favorecer a eficácia e o dinamismo das organizações havendo uma maior consciência por parte de todos os intervenientes (tanto gestores como colaboradores) de que o desempenho de todos é crucial para a saúde e crescimento da sua organização. Ou seja, *“a avaliação de desempenho tem um prodigioso papel na gestão do desempenho de uma organização, assumindo-se como um instrumento estratégico da gestão de recursos humanos para a prestação de serviços de qualidade”* (Santos &Roque, 2008, pag. 26).

A avaliação de desempenho valoriza o potencial de cada um fornecendo-lhes os meios para definirem os objetivos mais apropriados para a obtenção de resultados de qualidade. Como meio de dar resposta a esta premissa surgiu o

Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP) implementado pela Lei n.º 10/2004 de 22 de março.

Surge assim, uma nova ideia em que a avaliação não diz só respeito à organização, mas a todos os seus colaboradores, é um sistema integrado porque visa integrar a avaliação de desempenho dos funcionários, agentes e demais trabalhadores, mesmo que abrangidos pelo contrato individual de trabalho (lei n.º 10/2004, de 22 de março), visa comprometer os trabalhadores com os objetivos estratégicos da organização e responsabiliza-los pelos resultados, promovendo uma cultura de qualidade, responsabilização e otimização de resultados.

No entanto, mesmo tratando-se de um modelo mais racional, não conseguiu desvincular todos os métodos e práticas enraizadas apresentando, ainda, algumas limitações referidas por Rocha (*cit in* Pintado, 2010) como ser um sistema mais permissivo para os dirigentes intermédios e não incluir os dirigentes de topo e avaliar apenas desempenhos individuais, deixando a premissa de ser realmente um sistema integrado.

Por força destas circunstâncias, foi posteriormente alterado pela Lei nº66-B/2007, de 28 de dezembro. No entanto, foram ainda necessárias adaptações aos vários contextos profissionais. Estas adaptações poderiam ser realizadas desde que respeitando princípios, objetivos e subsistemas do SIADAP dispostos na lei referida. A adaptação à Carreira Especial de Enfermagem foi aprovada pela portaria nº242/2011 de 21 de junho.

Este modelo de avaliação enquadra-se num processo de modernização da administração pública e pretende:

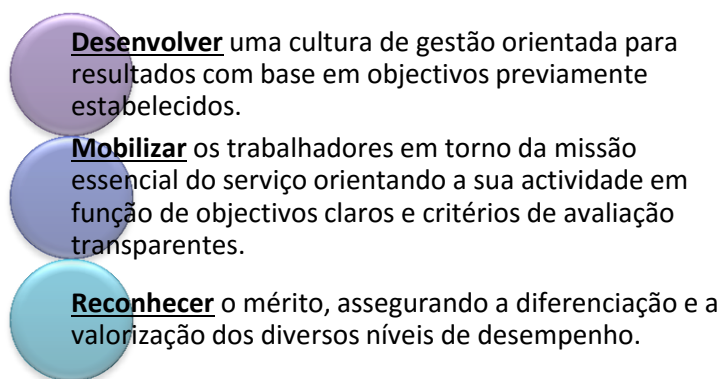


Figura 9: Objectivos do SIADAP
Fonte: Adaptado da Lei nº66-B/2007

Apresenta, igualmente, princípios de: coerência e integração; responsabilização e desenvolvimento; universalidade e flexibilidade; transparência e imparcialidade; eficácia e eficiência e por último de orientação para a qualidade (Lei nº66-B, 2007, artigo 5º). Estes princípios são explicitados na figura seguinte.

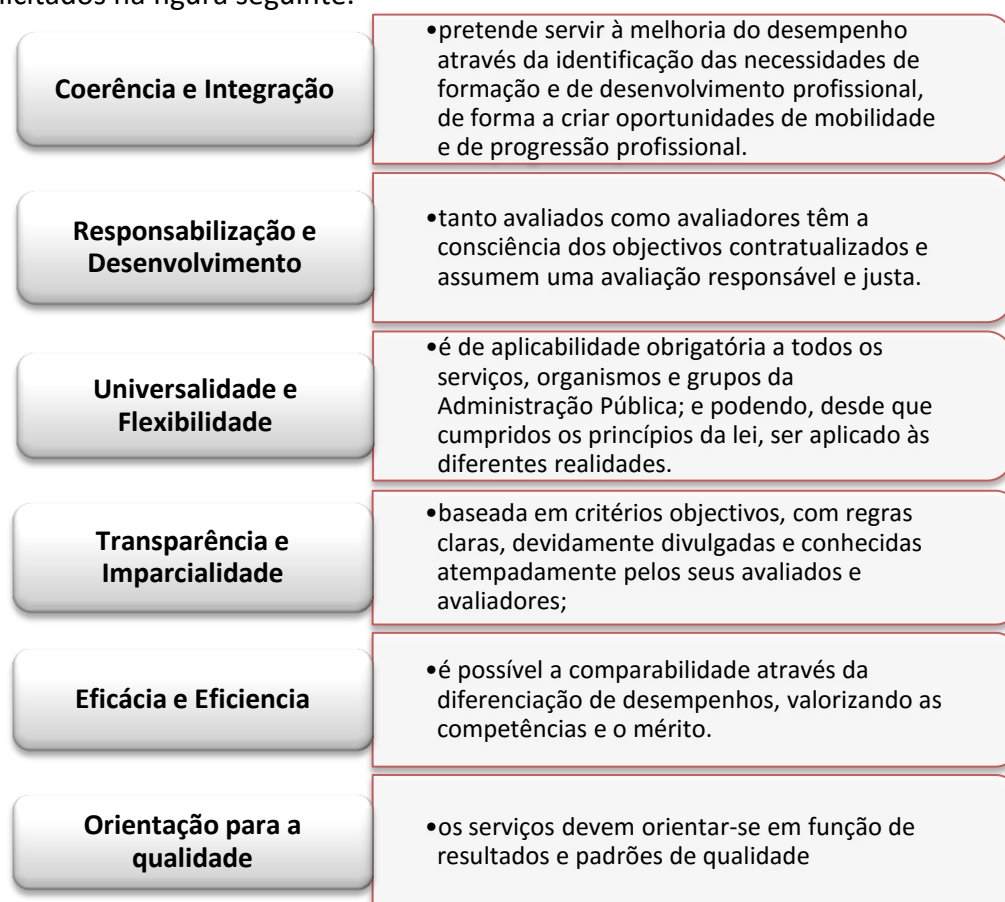


Figura 10: Princípios do SIADAP

Fonte: Adaptado da Lei nº66-B/2007

Como objetivos globais o SIADAP pretende contribuir para a melhoria da gestão pública; consolidar práticas de avaliação; identificar necessidades de formação, promovendo a motivação; detetar deficiências organizacionais, melhorando a arquitetura de processos; responsabilizar trabalhadores e dirigentes; criar um clima de exigência/mérito, distinguindo serviços e pessoas; e fomentar maior transparência (Lei nº66-B, 2007, artigo 6º).

É, portanto, um sistema com leis integradas que funcionam em sinergias que deve ser feito num clima de participação e constantemente monitorizado, baseado em objetivos que são definidos em cascata que, uma vez definidos pelo CCA são, em seguida, utilizados por cada UAG (tendo em conta as suas particularidades) e por último contratualizados por cada colaborador que a integra. Os objetivos e metas têm indicadores de medida explícitos, determinados no tempo e com informação periódica dos avaliadores sobre a forma como estão a ser cumpridos ao longo do tempo (Lei nº66-B, 2007).

É de salientar, como já referido anteriormente, que este sistema está dividido em três subsistemas de avaliação de desempenho: SIADAP 1, direcionado para os serviços; SIADAP 2, direcionado para os dirigentes; e, SIADAP 3, direcionado para os trabalhadores (Lei nº66-B, 2007, artigo 9º).

O SIADAP 3 é referente á avaliação de desempenho dos trabalhadores, através do atingimento de objetivos contratualizados por ambas as partes (avaliadores e avaliados) e que vão de encontro á missão da instituição, realizado de 2/2 anos e tem como filosofia a motivação dos trabalhadores para um desempenho de qualidade através da procura de reconhecimento por mérito e da excelência (Lei nº66-B, 2007).

Foi decretado que o SIADAP 3 seria implementado á carreira Especial de Enfermagem no biénio de 20015/2016; para tal, foram necessários criar

mecanismos e condições nas organizações de forma a atuar e responsabilizar e, fomentando o princípio da transparência, dar a conhecer o novo subsistema de avaliação aos trabalhadores, conforme é referido na circular informativa da ACSS nº18/2014 *“deverão os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde desenvolver, desde já, todas as diligências necessárias para assegurar que até dezembro de 2014 se encontram criadas as condições necessárias para a operacionalização e implementação do sistema adaptado de avaliação do desempenho dos trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem, nos termos definidos na Portaria n.º 242/2011, de 21 de junho, designadamente, constituição do conselho coordenador da avaliação, definição e divulgação dos parâmetros de avaliação (objetivos individuais e comportamentos profissionais e respetivas normas de atuação e critérios de avaliação), constituição da comissão paritária e designação dos avaliadores”*.

Segundo Portaria n.º 242/2011 de 21 de junho o CCA (Conselho Coordenador de Avaliação) é presidido pelo Enfermeiro Diretor e composto por enfermeiros com funções de primeiro avaliador até ao limite de 5 enfermeiros e enfermeiros que integram a componente executiva da direção de enfermagem, podendo solicitar a assessoria enfermeiros especialistas e/ou peritos com experiência na área da avaliação do pessoal e dos cuidados de enfermagem, mas sem direito a voto.

O CCA tem como responsabilidade primordial **proceder à fixação das normas de atuação e dos critérios de avaliação**, quer dos **objetivos individuais**, quer dos **comportamentos profissionais**, a aplicar nas diferentes unidades e de acordo com as funções prosseguidas pelos enfermeiros. Deve ainda:

<ul style="list-style-type: none"> • Coordenar a elaboração e a aplicação dos parâmetros de avaliação, ajustados às especificidades das diversas unidades de cuidados;
<ul style="list-style-type: none"> • Apreciar e decidir, mediante prévia audição da direção de enfermagem, sobre a revisão das normas de atuação, critérios de avaliação e comportamentos profissionais a escolher, bem como as respectivas ponderações;
<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar a aplicação das percentagens de diferenciação dos diferentes desempenhos previstos na Lei;
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar as orientações e instruções consideradas necessárias para o desenvolvimento do processo de avaliação de desempenho;
<ul style="list-style-type: none"> • Emitir parecer sobre dúvidas ou questões suscitadas pelo processo de avaliação;
<ul style="list-style-type: none"> • Emitir recomendações sobre a necessidade de formação em serviço e/ou contínua, de acordo com os projetos de desenvolvimento de qualidade dos cuidados de enfermagem;
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar os diferentes impressos necessários ao desenvolvimento do processo de avaliação de desempenho;
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar o relatório bienal da avaliação do desempenho;
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar o seu regulamento interno.

Tabela 4: Funções do CCA

Fonte: Adaptado da Portaria n.º 242/2011

Acresce ainda a referência à Comissão Paritária que é constituída exclusivamente por enfermeiros: 4 vogais, 2 representantes da administração (um dos quais membro do conselho coordenador da avaliação) e 2 representantes dos enfermeiros que a elegeram. Esta tem competência consultiva, com o objetivo de apreciar propostas de avaliação dadas a conhecer a enfermeiros avaliados antes da homologação (Lei nº66-B, 2007, artigo 59º).

Em síntese, o SIADAP mais que um processo organizado de registo de avaliação do desempenho é uma mudança das organizações e dos trabalhadores onde se prima a importância da qualidade e do controlo do desempenho e desenvolvimento como parte integrante do planeamento estratégico.

3.2.1– REUNIÕES DE PREPARAÇÃO COM O ENFERMEIRO CHEFE

As reuniões são momentos privilegiados de comunicação e essenciais para a aproximação entre os elementos, visto que permitem esclarecer ponto de vista, motivar a troca de ideias e informações e criar sinergias definindo metas e objetivos e até determinar o caminho/estratégia a seguir (Armstrong, 2012; Mações, 2014). Logo, com vista a integrar a legislação e a sua aplicabilidade na cultura do serviço foram realizadas várias reuniões com o enfermeiro chefe com o objetivo de criar as condições para o desenvolvimento da avaliação do desempenho e acompanhamento das atividades que se foram desenvolvendo.

As reuniões decorreram numa atmosfera de aprendizagem mútua e de reconstrução das estratégias. No total foram realizadas mais de 5 reuniões com o enfermeiro chefe.

As atividades que de seguida descrevo partiram destas reuniões e foram sendo avaliadas também da mesma forma.

3.2.2– DOSSIER DE LEGISLAÇÃO DE SUPORTE À AVALIAÇÃO

A construção de um suporte digital com a legislação sobre a avaliação de desempenho constitui-se como uma atividade resultante da pesquisa e que tem

por objetivo divulgar uma síntese sobre os suportes da avaliação, bem como facilitar a interiorização do processo.

A pasta principal fica armazenada no computador de trabalho do enfermeiro chefe e foi enviada por email a todos os enfermeiros formados a fim de tornar a informação necessária para uma melhor compreensão da avaliação de desempenho o mais acessível e prático possível.

Este suporte é constituído pela seguinte legislação:

- Decreto-Lei nº248/2009 de 22 de setembro da Carreira Especial de Enfermagem;
- Lei nº66-B/2007, de 28 de dezembro (SIADAP Geral), com as alterações introduzidas pela Lei nº 66-B/2012, de 31 de dezembro (Orçamento de Estado 2013);
- Portaria nº 242/2011, de 21 de junho (SIADAP Enfermeiros);
- Despacho nº 5522/2012, de 24 de abril (Fichas SIADAP);
- Portaria nº245/2013, de 5 de agosto (Componente Executiva da Direção de Enfermagem);
- Despacho Normativo nº4-A/2010, de 8 de fevereiro (Critérios de Ponderação Curricular)

3.2.3– FORMAÇÃO PARA OS ENFERMEIROS

A formação em serviço é uma estratégia de gestão de recursos humanos com vista ao seu desenvolvimento em contexto do serviço cujos temas decorrem das necessidades reais como é o exemplo da avaliação de desempenho.

Esta formação tem por objetivos: dar a conhecer a avaliação do desempenho; clarificar dúvidas sobre a avaliação do desempenho; e, analisar as mais valias de um sistema de avaliação do desempenho por objetivos.

A metodologia utilizada foi expositiva e ativa com o recurso à apresentação de diapositivos e legislação associada. A população alvo deste projeto foi constituída, inicialmente, pelos enfermeiros da UAG de medicina interna, no entanto, esta formação foi igualmente alargada às UAGs de saúde materna e obstétrica e pediátrica e está previsto estender-se à UAG de medicina interna e cirurgia pela necessidade de clarificar os enfermeiros sobre o novo modelo em vigor.

Os formadores foram o enfermeiro chefe da UCIPU e eu como co-formadora. Os temas desenvolvidos foram: o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na administração pública portuguesa com os seus princípios, objetivos e parâmetros da avaliação; uma breve abordagem aos seus subsistemas, constituintes e intervenientes; uma explicação mais aprofundada do subsistema dos trabalhadores (SIADAP 3) e das etapas ou fases de processo da avaliação; e, por fim, exemplos de objetivos e de comportamentos com espaço para discussão de dúvidas (ANEXO 5). Foram até à presente data realizadas 14 formações como se pode verificar no quadro seguinte.

FORMAÇÕES DO SIADAP 3		
janeiro	20 e 29	08.30h – 13.30h
fevereiro	11, 12 e 26	08.30h – 13.30h
março	12 e 26	08.30h – 13.30h
abril	14 e 21	08.30h – 13.30h
maio	14 e 28	08.30h – 13.30h
junho	19, 23 e 25	08.30h – 13.30h

Quadro 7: Calendário de formação de SIADAP

No final da formação foi solicitado a todos os formandos que fornecessem o seu correio eletrónico para, posteriormente, lhes ser fornecida uma pasta com documentação importante sobre o SIADAP3.

Foram formados cerca de 390 enfermeiros salientando-se que a realização desta formação permitiu conhecer as diferentes particularidades dos enfermeiros tanto como trabalhadores individuais tal como classe trabalhadora nas diferentes UAGs do CHSJ.

3.3— REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

Todo o processo desenvolvido foi um contributo de grande aprendizagem deixando claro que um desempenho eficaz e eficiente de um gestor tem de ser adequado ao meio e às circunstâncias, capaz de gerir conflitos, sempre sustentado em saberes profissionais e científicos, não esquecendo que a interação e a relação empática são imprescindíveis para a resolução de constrangimentos e para a dinamização e cooperação dos enfermeiros como pares e como equipa.

As condições sociais atuais criaram um descrédito e uma descredibilização na gestão, não estando a enfermagem imune a esse sentimento, é muito visível no nosso dia a dia, no que diz respeito ao sistema e às instâncias superiores. Como este modelo prevê o abraçar de algumas mudanças e o atingimento de objetivos, os enfermeiros como classe encontram-se temerosos sobre a sua burocratização e que exista uma tendência para a procura excessiva de resultados negligenciando o enfermeiro como ser profissional e social.

Já em 2008, Santos & Roque, demonstraram existir uma preocupação e um sentimento de descrédito em relação á avaliação de desempenho. No seu

estudo, efetuado sobre a versão anterior do modelo de avaliação de desempenho definido pela Lei nº437/91 de 8 de novembro, sugeriram algumas estratégias e medidas corretivas ao modelo, tais como:

Estratégias/ Medidas	Descrição
Desburocratizar o sistema	Através da elaboração de um projeto profissional, autoavaliação e registo por parte do avaliador dos incidentes críticos, com uma maior interação e monitorização entre avaliadores e avaliados.
Periodicidade da avaliação do desempenho	Deve ser alterada para anual.
Menção final da avaliação do desempenho	Ampliação de dois para quatro níveis de classificação (Muito Bom, Bom, Satisfaz, Insatisfaz).
Mais formação na área da avaliação do desempenho	Proposta formação anual. (Segundo os autores, foi a maior debilidade encontrada).
Cumprimento (mais rigoroso) da metodologia e pressupostos	Proposto acompanhamento mais eficaz por parte dos avaliadores, motivando os avaliados.
Instrumentos mais adequados para aplicar na avaliação do desempenho	Podendo ser a) gestão por objetivos; b) incidentes críticos.
Contextualização mais eficaz dos incidentes críticos entre o avaliador e o avaliado e maior consciencialização	Para prevenir os erros e tendências normais da avaliação do desempenho
Estimulação para o envolvimento efetivo dos avaliados com a realização de reuniões entre avaliadores e avaliados com ideias de ambos	Para uma participação mais ativa na elaboração das normas de atuação profissional e de critérios de avaliação do desempenho
Consequências remuneratórias	Devem manter-se dependentes do resultado da avaliação do desempenho

Quadro 8: Estratégias e medidas corretivas ao SIADAP anterior

Fonte: Santos & Roque, 2008.

Segundo os autores referidos anteriormente, as maiores debilidades do sistema de avaliação anterior seriam, sem sombra de dúvida, o excesso de burocracia necessário à avaliação do desempenho, a pouca formação existente e o excesso de trabalho dos formadores o que poderia condicionar a centralização dos resultados. No entanto, apesar de o atual modelo conceptualizar praticamente todas estas estratégias ainda é de difícil operacionalização pelo excesso de trabalho que implica por parte dos avaliadores e que poderá levar a uma tendência central para a avaliação.

Outras das contestações são as percentagens de quotas e as consequências remuneratórias que causam um sentimento de insatisfação e desmotivação por parte dos avaliados.

Assim, é imprescindível criar um clima harmonioso em que a avaliação deve ser participativa e constantemente monitorizada por ambos os intervenientes, sendo que a formação será crucial para que este modelo seja interpretado como um processo que envolve pessoas, apostado em construir uma cultura de qualidade e que se aplicado com bom senso e sem exageros será um meio para a busca da excelência dos cuidados.

4 – DISCUSSÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO PROCESSO DE ESTÁGIO

O trajeto realizado desde o início do mestrado e a realização do estágio foi de extrema importância para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do pensamento crítico e tomada de decisão e das competências de gestão e para a sua conceptualização na prática.

A passagem por uma experiência em ambiente real fez deslocar do imaginário as dificuldades do que é ser e estar no papel do enfermeiro gestor, pelo que neste capítulo vai fazer-se uma reflexão e uma retrospectiva sobre o percurso percorrido e os projectos executados tendo em vista a certificação das competências na área da gestão em enfermagem, no âmbito do Mestrado em direção e chefia de serviços de enfermagem.

Desde que ingressamos no curso de enfermagem que vamos interiorizando os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão buscando que a prática, o desenvolvimento de competências e saberes respeitem os princípios básicos da *autonomia, justiça e beneficência*, como tal, um gestor em saúde deve orientar a sua prática de acordo com estes princípios. Este mestrado incitou ao desenvolvimento destes princípios, tal como das competências essenciais à gestão e direção de serviços de saúde, fomentando a reflexão crítica, a conduta ética e deontológica e a uma melhoria de gestão e de qualidade total dos cuidados.

Ao longo dos estágios foi percebido que o dia a dia de um enfermeiro gestor, principalmente em unidades de grande exigência técnica e científica como o SU e UCIPU, é desafiador e são muitas as variáveis com que tem de lidar para conseguir gerir com eficácia e eficiência e mesmo assim conciliar os interesses da

organização com os dos trabalhadores e dos clientes e ainda assim agir com justiça e equidade.

O Decreto-Lei nº74/2006, sobre os graus e diplomas do ensino superior, designa que um mestre deve *possuir conhecimentos e competências que o tornem capaz de “aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares”, tal como, “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”* (artigo 15º).

No regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor (Regulamento nº101/2015) integram:

1. Competências do domínio da gestão.

O SU e a UCIPU, são, por todas as suas características, serviços onde surgem muitos conflitos. É certo que os conflitos são inerentes a profissões em que existem vários papéis, funções e responsabilidades, como é o caso da enfermagem e em locais onde se interage com outros grupos profissionais e onde existe maior tensão e complexidade no dia a dia, o enfermeiro gestor, quando necessário, deve assumir a posição de líder e não apenas de dirigente. Deve fomentar a coesão da equipa através de valores como a procura da excelência no trabalho, a procura da qualidade, o respeito pelo outro, seja par, cliente ou trabalhador. Deve, igualmente, possuir fundamentos teóricos e saber aplicá-los na prática, mantendo os seus colaboradores motivados na procura de melhores cuidados e mais conhecimentos (Ruthes et al, 2010) de forma a **garantir uma prática profissional e ética e o desenvolvimento de competências dos profissionais.**

Um enfermeiro gestor, como pude confirmar em ambos os locais de estágio, deve ser acessível, capaz de delegar tarefas dando autonomia à sua equipa para participar nos processos de tomada de decisão permitindo a responsabilidade compartilhada. Isto exige mais do que habilidades técnicas e analíticas, exige a capacidade de lidar com incertezas e “riscos”, a capacidade de uma visão centrada nas pessoas, nas relações interpessoais e nas equipas multidisciplinares, além do comprometimento com os resultados a serem atingidos e proporcionar, mesmo assim, um ambiente de trabalho saudável.

Na elaboração dos projetos de intervenção nos serviços, foram várias as situações onde foi necessário garantir uma prática profissional e ética, nomeadamente, aspetos relacionados com a informação, a gestão dessa informação e a garantia da confidencialidade e defesa dos direitos e dignidade dos clientes, sobretudo na elaboração do projeto do circuito para clientes com suspeita de doença por vírus Ébola desenvolvido no SU.

Pode-se dizer que o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas em parceria com a equipa multidisciplinar e a tomada de decisão em equipa, como foi o caso do projeto do circuito para clientes com suspeita de DVE, permitiram o desenvolvimento das competências do domínio da gestão, principalmente das que dizem respeito a ***gerir serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes e garantir uma prática profissional e ética e baseada na evidência.***

A complexidade de situações que surgem em serviços como o SU e a UCIPU obrigam a muitas tomadas de decisões tendo o enfermeiro gestor a responsabilidade de proporcionar “os meios de traduzir a filosofia administrativa, objetivos e planos em realidade usando os recursos disponíveis e controlando as atividades e responsabilidades grupais e individuais” (Kron *cit por* Carneiro, 2009). Ou seja, o enfermeiro como gestor deve ***promover o***

desempenho eficiente e o desenvolvimento profissional dos seus trabalhadores

tendo em vista a satisfação dos clientes e a missão das organizações criando e desenvolvendo uma cultura organizacional com base no respeito pelos valores, regras deontológicas e práticas legais (Regulamento nº101/2015, artigo 5, competência A1.1).

Com tudo isto, foi possível constatar que um enfermeiro gestor dedica grande parte do seu tempo ao planeamento e à gestão corrente tornando-se às vezes um trabalho exaustivo e rotineiro. No entanto, a principal função de um enfermeiro gestor não é fazer a gestão corrente, mas gerir num contexto organizacional de saúde, visando primordialmente a prestação de cuidados, no sentido de promover a saúde. Portanto, deverão coexistir a lógica dos cuidados que se prestam e a lógica da instituição de saúde (Azevedo, 2000).

De facto, nesta experiência académica, verificou-se que em ambos os serviços, devido á diversidade de grupos profissionais e situações críticas a que estes locais e estes profissionais estão expostos, existiram os mais variados exemplos em que foi necessária a intervenção do enfermeiro gestor seja na orientação ou “resolução” de conflitos, de forma a ***garantir as melhores práticas profissionais***. Tornando-se essencial que o enfermeiro gestor consiga harmonizar as questões políticas, económicas e sociais com que todos os dias se depara e fazer com que tudo funcione em sinergia, mobilizando recursos e saberes.

O enfermeiro gestor, enquanto profissional de uma instituição, deve gerir todos esses fatores e adequar os recursos ao seu dispor de forma a organizar a sua unidade/serviço com vista à prestação de cuidados de qualidade sem descurar os objetivos da instituição (Hesbeen & Martins, 2001). Ainda segundo Hesbeen, a missão principal de um gestor *“é a de dar atenção ao pessoal do seu serviço, a fim de lhe oferecer as condições possíveis para exercer a profissão, desenvolvê-la*

e nela encontrar satisfação” (pag. 87), o que foi uma preocupação constante em todas as atividades planeadas e executadas nos locais de estágio.

Em ambas as unidades (SU e UCIPU) houve a oportunidade de observar e perceber que gerir um serviço de saúde exige que o enfermeiro saiba tomar decisões, liderar com segurança, planejar ações profissionais, utilizar ferramentas desenvolvidas especificamente para a gestão e, acima de tudo, fazer do processo de gestão uma oportunidade constante de aprendizagem para si e para todos os membros da sua equipa. Estas características e a sua aplicação no dia a dia de um gestor são essenciais para uma gestão de e com qualidade (Munari e Bezerra, 2004).

Sendo que, nestes serviços, a mudança e as situações críticas são uma constante e exigem a todos os seus colaboradores capacidade de adaptação, de gestão de prioridades, de recursos físicos e humanos, o que torna a liderança das equipas, normalmente densas e heterogéneas, difícil e condicionada pela capacidade de influência idealizada, motivação inspiracional, estimulação intelectual e consideração individualizada do líder perante a equipa (Gonçalves, 2008). O que desafia o enfermeiro gestor a uma análise crítica da sua forma de gerir visando a procura da melhoria da qualidade dos cuidados e implicando uma revisão das práticas e normas com o intuito de estarem atualizadas e adaptadas á realidade de cada serviço.

Nestes locais, também tive a oportunidade de entender que a comunicação em equipas amplas não é fácil e daí a importância de existir um enfermeiro responsável para cada uma das 5 equipas (A; B; C; D e E). Este enfermeiro realiza as tarefas que lhe são distribuídas pela enfermeira chefe e organiza os cuidados de enfermagem na sua equipa, com base nos recursos humanos e materiais disponíveis, nas quais existiu a oportunidade de participar. Assim sendo, a gestão, nestas unidades, implica uma articulação entre os diferentes

profissionais, e até outros serviços, que se quer harmoniosa, eficaz e eficiente e em que a comunicação e a inteligência emocional assumem um papel fulcral. No aprofundamento da competência *gerir os recursos humanos* foi-me dada a oportunidade, nomeadamente no SU, de realizar os planos diários conforme as necessidades do serviço e reformulá-los consoante os profissionais disponíveis. Pude participar igualmente na realização das escalas mensais.

A experiência no serviço de urgência fez perceber que, além dos recursos humanos, é determinante ter os recursos materiais adequados, nas quantidades certas e controladas de forma a facilitar a prestação de cuidados e a fazê-lo com qualidade. Recursos materiais, segundo Pereira (2005), são os recursos necessários para as operações básicas da organização, quer para prestar serviços especializados, quer para produzir bens ou serviços. Deste modo, tal como nos recursos humanos, se houver um défice de recursos materiais as organizações deixam de possuir meios para prestarem cuidados de qualidade e alcançar os objetivos propostos. Logo, para que os recursos materiais estejam disponíveis na quantidade certa, em tempo útil e com o mais baixo custo possível (Cunha & Neto, 2006), é necessário que o enfermeiro gestor conheça todos os recursos que tem ao seu dispor e implemente planos e objetivos tendo em conta as necessidades e promovendo as boas práticas de gestão controlando os gastos desnecessários (Seixo, 2009).

Por conseguinte, o enfermeiro gestor, segundo Rogante & Padoveze (2005), deve ser responsável pela utilização eficaz dos recursos, incluindo a sua gestão corrente, o aprovisionamento, a organização e qualidade dos mesmos e a coordenação e implementação de normas e protocolos com vista a melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Deste modo, deve estar atento ao mercado e às inovações na área da saúde e deverá trabalhar em conjunto com a comissão de controlo de infeção e com o aprovisionamento e outros serviços relevantes, para em conjunto avaliarem os materiais segundo as normas de segurança e

protocolos da instituição e assim validarem a sua adequação e utilidade na procura da qualidade total.

Neste contexto, na aquisição da competência ***gerir os recursos materiais e equipamentos***, nomeadamente no SU, pude assistir a reuniões com a enfermeira chefe e fornecedores sobre alguns produtos e a sua adequação/ melhoria ao respetivo serviço e função, tal como os custos e vantagens/desvantagens em relação aos existentes. Foram também levadas a cabo algumas reuniões com o serviço de aprovisionamento para melhoria de armazenamento e organização dos recursos.

Em ambos os serviços, existiu, igualmente, oportunidade de participar no pedido e reposição dos recursos materiais e verificar como se processa toda esta operação. Para garantir que não há roturas, além do enfermeiro gestor, existem outros intervenientes, como os enfermeiros coordenadores e especialistas, os quais tive oportunidade de acompanhar, que colaboram com o controlo da gestão de materiais e, assim, ***assegurar a gestão eficiente dos recursos materiais***.

A capacitação dos vários profissionais para a avaliação correta das situações, eliminar as condições menos adequadas de trabalho, harmonizar a utilização adequada dos recursos é, pois, uma atividade importante para o gestor do serviço. Foi possível contribuir para esta capacitação na realização dos kits do Ébola e nas formações como utilizar o material existente em cada kit.

A presença ativa e dinâmica do enfermeiro gestor no dia a dia da unidade, conforme pude comprovar em ambos os locais de estágio é fundamental para o sucesso do serviço. Esta presença assídua permite ao enfermeiro gestor uma visão ampla e holística o que lhe facilita colocar os profissionais nas funções de acordo com o seu perfil de aptidões valorizando os profissionais e as suas

competências independentemente das suas qualificações, rentabilizando essas mesmas competências.

Foi possível constatar, em ambos os serviços, que para um enfermeiro gestor conhecer bem as características e personalidades dos seus colaboradores, tal como fazer melhor uso das suas competências e capacidades, tem de ter o discernimento da sua individualidade e ser capaz de antever problemas e oportunidades de evolução promovendo uma visão otimista e de apoio e um ambiente de trabalho saudável e propício à prática de cuidados de qualidade. A proximidade do enfermeiro gestor aos profissionais permite, também, descortinar a necessidade de formação e/ou orientação assistida, atendendo às diferenças individuais de cada um.

Como tal, a busca de contínua de conhecimentos é fundamental para acompanhar as mudanças cada vez mais constantes nas organizações e na saúde. O que implica que o gestor seja capaz de interligar a função de gerir como é tipicamente conhecida à gestão da prestação de cuidados com qualidade e de gestão de pessoas, sendo ágil e criativo, até inovador na procura de soluções e saberes para uma prestação mais eficaz e eficiente dos cuidados (Feldeman & al, 2008).

Tendo em vista a eficiência e a aprendizagem não só de competências mas também de habilidades, ao passar por estes locais de estágio e ao fazer a análise crítica e reflexiva sobre as suas dinâmicas e espaços foi possível a identificação de oportunidades para a realização dos projetos, já descritos previamente. A observação destes contextos constituiu um ponto de partida para a formação de competências de gestão consentindo um envolvimento na dinâmica dos serviços e desenvolver ambos os projetos com sucesso, na busca de adquirir conhecimentos alusivos à competência de ***garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais e equipa.***

Em relação a esta competência pode-se dizer que com a concretização do projeto levado a cabo no SU foi possível ***promover a formação formal e informal da equipa e atuar como formador na equipa multidisciplinar e multiprofissional.***

A patologia por virus Ébola exige cuidados específicos que obrigaram a alterações da dinâmica da receção dos clientes em meio hospitalar. A entrada de um cliente no SU é determinada por critérios de acordo com a *triagem de Manchester* e depois é encaminhado de acordo com as necessidades para as mais variadas áreas e especialidades. Num cliente com suspeita de Ébola esta organização teve de sofrer alterações, visto poder ser identificado tanto no posto administrativo como na triagem e ter que se assegurar a contenção dos riscos e, mesmo assim, tratar o cliente com dignidade, respeito e dar-lhe cuidados de qualidade.

A ocorrência de desarmonia, falhas de comunicação ou até falta de liderança em relação ao que é necessário pôr em prática ou aos procedimentos adotados, gera um ambiente caótico e confuso. Pelo que foi essencial que cada elemento soubesse qual o seu posto e função atuando de forma sincronizada, coesa e articulada sob a orientação de normas e adotando uma metodologia sequencial de atuação desde a admissão do cliente até á sua estabilização e planeamento de internamento ou alta.

Desta forma, com este projeto foi possível o aprofundamento da competência ***garantir a prática profissional baseada na evidência*** visto que foi necessário realizar uma análise diagnóstica das necessidades existentes, fazer um planeamento e uma intervenção no serviço após os resultados da procura efetuada, o que implicou o envolvimento dos vários profissionais e a sua contribuição para a consecução do projeto.

Igualmente na UCIPU, na procura de condições que promovam a satisfação e a informação dos trabalhadores surgiu a oportunidade da necessidade de formação sobre o sistema de avaliação de desempenho atual aos enfermeiros, contribuindo para o desenvolver das competências ***garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais e equipa e garantir a prática profissional baseada na evidência.***

A formação tornou-se, assim, catalisadora para a mudança de comportamentos e desenvolvimento da qualidade da prática diária dos cuidados. Um enfermeiro gestor tem um particular interesse nas formações, visto que, é necessário planear de forma coerente e de acordo com as necessidades do serviço e da equipa, para o desenvolvimento e a aquisição de conhecimentos adequados a uma prestação de cuidados com vista as necessidades e satisfação dos clientes.

A formação para a aplicação do SIADAP possibilitou a perceção que a comunicação é essencial para um enfermeiro gestor, visto que, mais do que transmitir informação, comunicar consiste na partilha de conhecimentos e na garantia da coerência de factos e da realidade. Fomentar esta partilha de informações e conhecimentos é essencial para que se estabeleça uma ligação com os vários profissionais, com vista ao sucesso da liderança. Por conseguinte, um enfermeiro com funções de gestão deve desempenhar as suas tarefas criando interrelação entre a equipa, o cliente e a organização no intuito de obter a maior eficácia e maior qualidade dos cuidados.

2. Competências do domínio da assessoria.

A experiência vivenciada com a formação evidenciou que o gestor encontra o seu maior desafio nas pessoas. Sendo elas o recurso mais valioso de uma organização, são também portadoras de características de personalidade, de competência, de objetivos pessoais, de profissionais, de valores e de motivações distintas. Cabe ao enfermeiro gestor ter, além das competências estipuladas,

competências interpessoais que lhe deem a capacidade de leitura das características dos profissionais, fazer pontes, promover aproximações aos profissionais e seus superiores e, também, explicitar as expectativas organizacionais, bem como manter o foco nas pessoas mostrando interesse e motivação pessoal. Deve ser, por isso, acessível, atencioso, justo, capaz de escutar, ajudar na valorização das pessoas, estimular esforços coletivos, promover a coesão das equipas de trabalho e gerir os conflitos ***desempenhando um papel proativo na definição de políticas de saúde.***

A atuação dos enfermeiros gestores depende, essencialmente, do conhecimento que possuem do processo de gestão em saúde, do percurso realizado e das facilidades/dificuldades que encontram no decorrer das suas tarefas como gestores, assim como dos projetos da equipa e da forma que adquirem para atingir os seus objetivos organizacionais (Aarestrup & Tavares, 2008). Os enfermeiros gestores devem sempre procurar desenvolver os seus conhecimentos na área da gestão, serem autónomos nas decisões, nunca descurando as pessoas que o rodeiam.

A realização dos projetos, em ambos os serviços, permitiu identificar a missão e visão da organização e a necessidade dos trabalhadores se identificarem e incorporarem os conceitos e objetivos da organização.

O projeto desenvolvido no SU permitiu ***desenvolver o plano estratégico***, visto que levou a algumas alterações na organização do serviço e á necessidade de formação para os vários grupos profissionais, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no SU, havendo um reajuste do processo de atendimento e fornecimento de formação aos profissionais para a sua concretização. Esta melhoria da qualidade na assistência aos clientes com suspeita de Ébola exigiu que se concilhassem os objetivos da organização com os

objetivos da equipa multiprofissional, minimizando os riscos e criando, para isso, um plano de formação que permitiu a eficácia do projeto.

Nestes estágios verifiquei que o trabalho de um enfermeiro gestor é árduo, dado que existe um confronto diário entre as expectativas pessoais, a pressão exercida por parte da equipa que chefia ou da hierarquia e as suas próprias convicções e princípios.

Em síntese, ambos os serviços constituíram para a aquisição de competências, contudo foram dominantes nos aspetos relacionados com o desenvolvimento profissional quer pela valorização da prática baseada na evidência quer pela promoção da formação em serviço.

Saliento ainda que durante este percurso apliquei os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos durante o curso de mestrado e durante a minha prática profissional o que levou ao atingimento dos objetivos inicialmente propostos chegando mesmo a suplantá-los. Foi, por isso, possível aprender a identificar problemas, equacionar soluções e gerir toda uma vasta gama de recursos de acordo com a expectativa da organização de saúde, crescendo como profissional de saúde. No entanto, é fundamental procurar melhoria contínua quer no domínio profissional, quer no domínio pessoal sendo proativo e dinamizador.

5 – CONCLUSÃO

Durante o meu percurso no mestrado em direção e chefia de serviços de enfermagem e dos estágios profissionais nas unidades do Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência pude constatar que um enfermeiro gestor deve ser um agente de mudança, sendo um mestre em cuidados por excelência e um líder adaptável á equipa que gere, capaz de criar estratégias e objetivos, em consonância com a organização e profissionais, promovendo a satisfação do cliente.

Contudo, as más condições de trabalho e a falta de recursos são por vezes obstáculos a ultrapassar pelo enfermeiro gestor. Para não comprometer o desempenho da sua função deve criar estratégias e estabelecer parcerias de modo a rentabilizar as condições disponíveis. Obriga-se assim a ser proativo, inovador, visionário e deve pugnar junto dos seus superiores pela obtenção de condições de modo a poder exercer as suas competências com qualidade e obter os desejados resultados de excelência.

Já na minha formação académica, e agora com este percurso realizado neste mestrado, sempre tive particular interesse na gestão, numa vertente globalista, integrada e contínua. A perspetiva da gestão em saúde apresenta-se como um pilar determinante para o desenvolvimento de cuidados de qualidade. Por outro lado, a variedade de profissionais existente no dia a dia dos nossos hospitais, atendendo ao seu leque alargado de atuação, e a atual crise económica e social que se atravessa, foram outro dos fatores determinantes na minha opção por este mestrado.

A diversidade de situações com que os enfermeiros gestores lidam diariamente obriga a uma formação específica e completa para que consigam desenvolver uma gestão eficaz e eficiente. A importância deste estágio profissional surge

neste contexto, o de complementar a formação e permitir o desenvolvimento das competências do domínio da área de gestão, mas também do auto-conhecimento e da assertividade ajudando a basear a minha prática enquanto enfermeira e enfermeiro gestor em conhecimentos sólidos e válidos.

Este período de estágio permitiu-me observar, discutir, aprender e até participar em algumas atividades ligadas à gestão sem nunca descurar a auto-formação de forma a manter os meus conhecimentos atualizados.

Contactei e procurei conhecer e integrar-me na orgânica de funcionamento dos serviços, particularmente devido á realização dos projetos de intervenção, mas também na realidade de gestão corrente que é implementada nestas unidades. Procurei conhecer os recursos disponíveis e qual o melhor modo de os rentabilizar, o que contribuiu para a minha autonomia e responsabilidade, tal como, para a consciencialização do que é a gestão em serviços de saúde e que a sinergia gestor/profissionais/clientes é fundamental para o processo de gestão e para a satisfação tanto de profissionais como dos clientes.

Esta experiência permitiu o enriquecimento do meu conhecimento na área da gestão, tendo optado pelo estágio com esse mesmo sentido de complementar a formação do mestrado em direção e chefia de serviços de enfermagem e auferir uma mais correta avaliação das ferramentas e estilos de gestão necessários para o dia a dia de um enfermeiro gestor, onde o recurso a vários modelos de gestão é essencial. Portanto, os resultados esperados com a realização do estágio, devido a um contacto real com as situações o que permitiu uma mais correta perceção da realidade, foram atingidos.

Este contacto real com a pluralidade de situações e problemas com que os enfermeiros gestores se debatem todos os dias permitiu aumentar a minha perceção e alargar horizontes e procurar soluções alternativas o que contribuiu para um desenvolvimento pessoal no sentido de uma mais correta e completa

avaliação e interpretações das situações e problemas de forma a procurar constantemente alternativas tendo em vista não só os profissionais mas também a satisfação do cliente.

Desta forma, em cada uma das unidades, foram identificadas oportunidades de melhoria tanto dos cuidados, como é o caso do SU, como da sinergia gestor/enfermeiros enquanto seres profissionais e pessoais, no caso da UCIPU. Sendo formulado o diagnóstico da situação e o planeamento dos projetos de intervenção em ambos os serviços.

É de salientar que o envolvimento dos enfermeiros chefes foi facilitador para a realização e resultados positivos dos projetos. A sua participação ativa conferiu validação e o necessário valor institucional á formação, tornando-se mais fácil a motivação e uma maior satisfação pelo trabalho efetuado.

Durante este período foi, igualmente, efetuada uma reflexão crítica e morosa sobre a aquisição de competências na área de gestão tendo sido atingidos os objetivos do mestrado que visavam, essencialmente, a aquisição de um conhecimento aprofundado no domínio da gestão.

No entanto, será importante referir que, a reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento de competências revelou-se extremamente construtiva, enriquecedora e produtiva, o que permitiu a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do percurso realizado. Mas, é igualmente importante ressaltar que, dado a brevidade e a estrutura desta experiência, embora a aquisição tenha sido alcançada, mostrou-se insuficiente numa área tão vasta como a gestão e seria necessário maior período de tempo para aprimorá-las. Outra das dificuldades deve-se em relação a ser no último trimestre do ano que é sempre moroso e propício a mudanças nos serviços. Isto, poderia ser solucionado, na minha opinião, pelo estabelecimento de um protocolo para uma

formação contínua mais prolongada privilegiando o primeiro trimestre do ano civil.

Todavia, o facto de ter tido oportunidade de conhecer mais que uma realidade sensibilizou-me para diferentes domínios e experiências de gestão tornando-me uma privilegiada por serem realidades extremamente ricas em situações críticas e tensas, tanto nos cuidados como na gestão. Pude constatar, de uma forma mais humana, que um gestor de enfermagem, para construir a palavra equipa, nos vários eixos, requer simplicidade, honestidade, audácia e persistência, tornando-se capaz de elogiar os elementos da equipa, delegar funções, inovar e motivar os enfermeiros atingindo assim os objetivos da organização de saúde e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, cumprindo assim a sua função como enfermeiro gestor.

Embora considere que atingi com sucesso a aquisição de competências, sinto que posso almejar mais, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados e para uma gestão mais humana e estratégica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AARESTRUP, C.; & TAVARES, C.M.M. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008. 10 (1): 228-34. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a21.pdf
2. ALARCÃO, Isabel; RUA, Marília. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. Texto Contexto Enfermagem, 2005, 14.3: 373-382.
3. ALMEIDA, Maria Celeste Bastos Martins. Stress e qualidade de vida dos doentes nos cuidados intensivos. 2002.
4. ALMEIDA, P. P. Gerir com competência. 1ª. Ed. Lisboa. Edições Bnomics, 2012.
5. ALMEIDA, Paulo Pereira de; REBELO, Glória. A era da competência: um novo paradigma para a gestão de recursos humanos e o direito do trabalho. 2ª. Ed. Lisboa. RH Editora, 2004.
6. AMESTOY, Simone Coelho, et al. As perceções dos enfermeiros acerca da liderança. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2009, 30.4: 617.
7. APEGEL: Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (2009). Referencial de Competências para Enfermeiros da Área da Gestão. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/Documents/>
8. ARMSTRONG, Michael. Como ser ainda melhor gestor-Guia completo de técnicas e competências essenciais. Lisboa: Atual Editora. 2012.
9. ASSENHAS, A., et al. Metodologia de projetos: coletânea descritiva de etapas. Revista Percursos, 2010, 15: 3-37.
10. AUGUSTO, Maria Cristina Bompastor. Modelo de competências dos enfermeiros com funções de gestão em Portugal: estudo exploratório. 2013.
11. AZEVEDO, S.C. O Processo de gerenciamento X gestão no trabalho do enfermeiro. Dissertação de Mestrado, UFRN, São Paulo, Brasil. 2000. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/77898778/Processo-de-gerenciamento-x-gestao-no-trabalho-do-enfermeiro#scribd>
12. AZEVEDO, Creuza. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2002, 7.2: 349-361.

13. BACKES, Dirce Stein, et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. *Ciênc. cuid. saúde*, 2008, 7.(3): 319-326. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=LILACS&exprSearch=532659&indexSearch=ID&lang=p>
14. BALKHAIR, Abdullah, et al. Ebola: are we prepared for recurring infectious threats?. *Oman medical journal*, 2014, 29.6: 388.
15. BECKETT, Gail; MONK, Philip. Ebola virus disease: guidance for practice staff. *Practice Nursing*, 2014, 25.10: 499-501.
16. BENNER, Patricia; LOURENÇO, Belarmina; QUEIRÓS, Ana Albuquerque. De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto editora. 2001.
17. BHAT, Neeraj; REED, Skyler; STEELMAN, Lisa. The Emergency Department: Departmental Assessment Project. 2011. Disponível em: <http://www.trinity.edu/eschumac/HCAD5320/Departmental%20Papers/Fall%202011/ED%20Operations%20Management%20Paper.pdf>
18. BOULTON, Jacqueline. Ebola: where did it come from and where might it go?. *British Journal of Nursing*, 2014, 23.18: 988-991.
19. BRANDÃO, Hugo Pena; GUIMARÃES, T. de A. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto. *RAE*, 2001, 41.1: 9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n1/v41n1a02.pdf>
20. BRANDÃO, Hugo Pena, et al. Desenvolvimento e estrutura interna de uma escala de competências gerenciais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2010, 26.1: 171-182. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000100019&script=sci_arttext
21. BRISSOS, Maria Adelaide. O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao setor da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2004, 22.1: 43-55. Disponível em: <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/setor-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-05-2004.pdf>
22. CAETANO, A. Avaliação de Desempenho—Conceitos, Metáforas e Práticas. Lisboa: RH, 2008.

23. CANASTRA, Maria Albertina de Almeida Pereira; FERREIRA, Maria Amélia Dias. Liderar com competencia... ou (treinar) competencias de liderança. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 2012.
24. CARDOSO, Ana Maria, et al. O movimento da autonomia do aluno. Repercussões a nível da supervisão. Formação reflexiva de professores–Estratégias de supervisão. Porto: Porto Editora, 1996.
25. CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro. Metodologia da Investigação-Guia para Autoaprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/74482416/Metodologia-da-Investigacao-Hermano-Carmo>
26. CARNEIRO, Maria Eugénia Fontoura. Motivação dos enfermeiros: relação com o comportamento do chefe de equipa. 2009. Disponível em: https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/511/1/msc_mefcarneiro.pdf
27. CEITIL, Mário, et al. Gestão e desenvolvimento de competências. Lisboa: Sílabo, 2010.
28. CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO, portal da saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal-chsj.min-saude.pt/>
29. CHIAVENATO, Idalberto. Gestão de pessoas. Elsevier Brasil, 2010. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/yaneerafael/gesto-de-pessoas-idalberto-chiavenato-48497928>
30. COSTA, Teresa. Gestão Contemporânea-Princípios, tendências e desafios. Lisboa. Edições Sílabo, 2013.
31. CUMMINGS, Greta G., et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 2009, 47.3: 363-385. Disponível em: http://www.researchgate.net/publication/26838550_Leadership_Styles_and_Outcome_Patterns_for_the_Nursing_Workforce_and_Work_Environment_A_Systematic_Review
32. CUNHA, I. C. K. O; NETO, F. R. G. X. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio. *Texto Contexto Enferm*, 2006, 15.3: 479-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a13.pdf>
33. CUNHA, Ana Maria Campos Alves da. Gestão em enfermagem: novos rumos. *Mundo saúde*, 2002, 26.2: 309-314.
34. DECKER, Brooke K., et al. Preparing for critical care services to patients with Ebola. *Annals of internal medicine*, 2014, 161.11: 831-832.

35. Direção Geral do Orçamento/OE/ACSS/DGAEP – Ministério das Finanças
36. Direção geral da administração e do emprego público - Documentos para aplicação do SIADAP. Disponível em: <http://www.dgap.gov.pt/index.cfm?OBJID=9e168f80-3f9d-4ea3-a9d7-b700bcacf2402>
37. Direção Geral de Saúde. Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência. Emergência.2001. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%3%87%3%83O%20DE%20URRG%3%8ANCIA%20EMERG%3%8ANCIA.pdf>
38. Direção geral de saude. Doença por virus Ébola. 2014. Disponível em: <http://www.ebola.dgs.pt/>
39. Direção geral de saude.Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública. 2014. Disponível em: <https://www.dgs.pt/siadap/>
40. DRUCKER, Peter F.; CORREIA, Geraldine. Desafios da gestão para o século XXI. 2000.
41. DRUCKER, Peter F. The way ahead. The economist journal, 2001. Disponível em: <http://www.economist.com/node/770887>
42. DRUCKER, Peter F. O essencial de Drucker: Uma seleção das melhores teorias do pai da Gestão. 2008.
43. ECKLUND, Margaret M.; STAMPS, Deborah C. Promoting synergy in progressive care. Critical care nurse, 2002, 22.4: 60-67. Disponível em: <http://www.aacn.org/wd/certifications/docs/synergymodelaug.pdf>
44. ELIAS, Adriana C. G. P.; MATSUO, Tiemi; CARDOSO, Luccienne T. Q.; GRION,Cíntia M. C. Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (tiss 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. Rev Latino-americana de Enfermagem; 2006 Maio-junho; 14(3):324-9
45. FELDMAN, Liliane Bauer; RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, 2008, 61.2: 239-242.
46. FISCHER, William A.; HYNES, Noreen A.; PERL, Trish M. Protecting health care workers from Ebola: personal protective equipment is critical but is not enough. Annals of internal medicine, 2014, 161.10: 753-754.
47. FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso. Construindo o conceito de competência. Revista de administração contemporânea, 2001, 5. SPE: 183-196.

48. FRADIQUE, Maria de Jesus José Gil. Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. 2012. PhD Thesis. Universidade da Beira Interior.
49. FREDERICO, Manuela; DOS ANJOS LEITÃO, Maria. Princípios de administração para enfermeiros. 1999.
50. FREITAS, Paulo. Triagem no serviço de urgência: Grupo de Triagem de Manchester. Portugal: BMJ Publishing Group, 2002.
51. GALVÃO, Cristina Maria; TREVIZAN, Maria Auxiliadora; SAWADA, Namie Okino. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 1998, 32.4: 302-306.
52. GALVÃO, Cristina Maria, et al. Liderança e comunicação: estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. Rev Latinoam Enferm, 2000, 8.5: 34-43.
53. GILES, T.; STANSFIELD, M. The Farmer as Manager. 1980. Resenha disponível em: <http://www.ci.esapl.pt/jcms/materiais/Econ%20Gest/Gestao.PDF>
54. GOES Filho, Adbeel; et al. Administração e empreendedorismo – Notas de aula. 2012. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/SidneiTeixeira/administracao-e-empendedorismo>
55. GONÇALVES, MN da C. Estilos de Liderança - Um estudo de Auto-Percepção de Enfermeiros Gestores. 2008. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1063/2/marianarcisagoncalves.pdf>
56. GRECO, ROSANGELA. De Taylor a Teoria Contingencial da Administração- Evolução do Pensamento Administrativo e a Enfermagem. Universidade Federal De Juiz De Fora. 2009.
57. GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM. Triagem no serviço de urgência. Manual do formando, 1997. Disponível em: <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/index.php/9-diversos>
58. GUERREIRO, J; ROMÃO, F; BATISTA, P. Tarefas de gestão. Business Intelligence-Sistemas de apoio á tomada de decisão. 2007. Disponível em: <https://guerreirojrpm.wordpress.com/2007/10/30/tarefas-de-gestao/>
59. GUIMARÃES, Tomas de Aquino. A nova administração pública e a abordagem da competência. 2000.
60. HAYDEN, C. E., et al. The Ebola questions. Nature, 2014, 514.7524: 554-557.

61. HESBEEN, Walter. Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Loures: Lusociência, 2000.
62. HESBEEN, Walter; MARTINS, Maria Manuela Silva. Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspetiva do cuidar. 2001.
63. HONÓRIO, Maria Terezinha; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz. A gestão de materiais em enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2008, 4.3: 259-268.
64. ICN framework of competencies for the generalist nurse: Report of the development process and consultation. International Council of Nurses, 2003.
65. JARDIM, Jacinto. Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais: estudo para a promoção do sucesso académico. 2007. Disponível em: <https://ria.ua.pt/handle/10773/1107>
66. JONES, Rebecca A. Patronis. Nursing leadership and management: Theories, processes and practice. FA Davis, 2007.
67. KASS, Nancy. Ebola, ethics, and public health: what next?. *Annals of internal medicine*, 2014, 161.10: 744-745.
68. KRIESER, P. A diferença entre eficiência e eficácia. 2009. Disponível em: <http://www.baguete.com.br/colunas/paulo-krieser/29/01/2009/a-diferenca-entre-eficiencia-e-eficacia>
69. LEITE, E; MALPIQUE, M; SANTOS, M; MAGALHÃES, A; NOGUEIRA, L. Trabalho de Projeto - Aprendendo por projetos centrados em problemas. Porto: Afrontamento. 2001.
70. LIMA, Valéria Vernaschi. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface Comun Saúde Educ*, 2005, 9.17: 369-79.
71. LISBOA, João, et al. Introdução à Gestão de Organizações-3ª Edição. Vida Economica Editorial, 2011.
72. LOPES, Albino. Gestão de Recursos Humanos versus Gestão de Pessoas: a arte do equilíbrio entre a iniciativa e a cooperação nas organizações. ISCTE, Lisboa, 2006.
73. MAÇÃES, Manuel Alberto Ramos. Manual de gestão Modernal. Lisboa: Atual Editora. 2014.
74. MACHADO, Nílson José. Sobre a idéia de competência. Competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: Artmed, 2002, 137-155.
75. MANY, Eric; GUIMARÃES, Samuel. Como abordar... a metodologia de trabalho de projeto. Porto: Areal Editores, 2006.

76. MARQUES, Carlos. A Gestão e os Gestores. Texto de apoio da unidade curricular de Introdução à Gestão da licenciatura em Gestão, Universidade de Évora, 2012. Disponível em: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/5116/1/A%20Gest%C3%A3o%20e%20os%20Gestores.pdf>
77. MATEUS, Maria do Nascimento Esteves. Metodologia de trabalho de projeto: nova relação entre os saberes escolares e os saberes sociais. 2011.
78. MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, 2006, 15.3: 508-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>
79. MCCLELLAND, D. C. Testing for competencies rather than intelligence American Psychologist. 1973. Disponível em: <http://www.lichaoping.com/wp-content/ap7301001.pdf>
80. MELO, Rosa Cândida Carvalho Pereira. Estratégias promotoras do desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: o contributo dos dirigentes. 2011. PhD Thesis. Universidade Católica Portuguesa.
81. MINTZBERG, H. Gestores, não MBAs: um olhar crítico sobre a gestão. São Francisco: Publicações Dom Quixote, 2007.
82. MOTTA, K. A. M. B.; MUNARI, Denize Bouttelet; COSTA, F. N. Os pontos críticos das atividades do enfermeiro gestor no hospital público. REPSIPP, 2009, 1.1: 73-99.
83. MUNARI, Denize Bouttelet; BEZERRA, Ana Lucia Queiroz. Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. Rev Bras Enferm, 2004, 57.4: 484-6.
84. NINA, Jaime. Ebolavírus: a 2014 Review for Clinicians. Ata medica portuguesa, 2014, 27.5: 625-633.
85. NUNES, Lucília, et al. Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2005.
86. NUNES, Lucília. Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. In: Lisboa. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. 2006.
87. NUNES, Lucília. A certificação de competências visa contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados a prestar ao cidadão. Revista Ordem dos Enfermeiros, 2009, 32: 6-14.

88. NUNES, L.; RUIVO, M; FERRITO, C. Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos, 2010, 15: 1-37.
89. NUNES, Marta Isabel do Santos. Percepção da liderança em enfermagem. Coimbra. 2014.
90. ORDEM DOS ENFERMEIROS. Documentos legislativos e Regulamentos da ordem dos enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros.
91. ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros, 1996.
92. ORDEM, DOS ENFERMEIROS. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. OE Lisboa: Conselho de Enfermagem. 2001.
93. ORDEM DOS ENFERMEIROS. Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Revista da Ordem dos Enfermeiros, 2003, 10: 49-59.
94. ORDEM DOS ENFERMEIROS. Bolonha-Síntese da fundamentação e posição da Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros, 2004.
95. ORDEM DOS ENFERMEIROS. Enfermagem Portuguesa Implicações na Adequação ao Processo de Bolonha no Atual Quadro Regulamentar. Ordem dos Enfermeiros, 2007.
96. ORDEM DOS ENFERMEIROS. Enfermeiros de todo o mundo decidem estratégias e recomendações para enfrentar o Ébola. Ordem dos Enfermeiros, 2014.
97. ORDEM DOS ENFERMEIROS. Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor e Reconhecimento de Áreas de Competencias Acrescidas publicadas em Diário da República. Ordem dos Enfermeiros, 2015.
98. PARREIRA, Pedro Miguel. As organizações. Coimbra: Formasau, 2005
99. PEREIRA, António. Gestão de competências-desenvolvimento e institucionalização de um portefólio de competências chave numa organização estudantil do Ensino Superior. 2012.
100. PEREIRA, M. A. C. D. Gestão dos recursos materiais em enfermagem. Nursing, 2005, 205: 26-29
101. PERTENCE, Poliana Prioste; MELLEIRO, Marta Maria. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. Rev Esc Enferm USP, 2010, 44.4: 1024-31.
102. PINHEIRO, MFR. Organizar a prestação de cuidados: Uma função/desafio para o enfermeiro chefe. Servir, 1994, 42.6: 319-331.

103. PINTADO, Sandra Maria Miguel, et al. A avaliação de desempenho, através do SIADAP, num organismo público-diagnóstico e proposta de melhoria. 2012.
104. PIRES, Ana Luísa de Oliveira. Educação e formação ao longo da vida. 2002.
105. PRIBERAM, Dicionário da Língua Portuguesa, 2013. 2014.
106. QUEIRÓS, Ana Albuquerque. As competências dos profissionais de enfermagem: Como as afirmar e as desenvolver. In: Forum Enfermagem. 2007.
107. RIBEIRO, José Luís Pais. Investigação e avaliação em psicologia e saúde. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.
108. RIO, Carlos, et al. Ebola Hemorrhagic Fever in 2014: the tale of an evolving epidemic. *Annals of internal medicine*, 2014, 161.10: 746-748.
109. ROCHA, José António de Oliveira. Gestão de recursos humanos na Administração Pública. Escolar Editora, 2007.
110. ROGANTE, M. M.; PADOVEZE, M. C. Padronização, qualificação e aquisição de materiais e equipamentos médico-hospitalares. São Paulo: EPU, 2005.
111. ROQUE, Sofia; SANTOS, Nuno Rebelo dos. Sistema de avaliação do desempenho em enfermagem: eficiência e eficácia. 2008.
112. RUTHES, Rosa Maria; FELDMAN, Liliane Bauer; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. *Rev. bras. enferm*, 2010, 63.2: 317-321. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200023
113. SEIXO, José Manuel. Gestão administrativa dos recursos humanos: manual prático Lidel. 2009.
114. SEIXO, José Manuel. Gestão do desempenho: manual prático Lidel. 2007.
115. SERRANO, Maria Teresa Pereira, et al. Cuidar em enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*, 2011, 3: 15-23.
116. SIMÕES A. L. A; FÁVERO N. O Desafio da liderança para o enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2003.11.5:567-73.
117. SILVA, A. C. R. Educação por competências. S.Paulo: Paco editorial. 2012.
118. SILVA, Sandra M. B. Proposta para um sistema de avaliação de desempenho dos diretores de obras: estudo de caso. 2012.

119. SOUSA, M. A formação contínua em enfermagem: estudo baseado nas perspetivas de enfermeiros. *Nursing*, 2003, 15.175: 28-33.
120. SPENCER, Lyle M.; SPENCER, PhD Signe M. *Competence at Work models for superior performance*. John Wiley & Sons, 2008.
121. STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R.; SANTOS, Ana Paula Sousa. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2002.
122. TEIXEIRA, Carmem Olívia. *Gestão de recursos humanos na Administração Pública*. 2012.
123. TEIXEIRA, Sebastião. *Gestão das organizações*. Lisboa: McGraw-Hill, 2005.
124. VALENTIM, Kamilla M. G.; LEITE, Aline S.; ERNESTO, Juliana A.; LIMA, Wilton M.; OLIVEIRA, Áurea L. M. *O papel do Enfermeiro na Gestão de Pessoal e os Reflexos na Qualidade de Serviço*. 2009.
125. WITTORSKI, Richard. *De la fabrication des compétences*. *Education permanente*, 1998, 135: 57-69.
126. YUKL, Gary. *An evaluation of conceptual weaknesses in transformational and charismatic leadership theories*. *The leadership quarterly*, 1999, 10.2: 285-305.
127. YUKL, Gary A. *Leadership in organizations*. 2002.

REFERÊNCIAS LEGAIS

1. Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de novembro. *Diário da República*, 1ª série – N.º 257 – 8 novembro de 1991;
2. Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro. *Diário da República*, 1ª série – N.º 205 – 4 de setembro de 1996;
3. Decreto-Lei nº. 412/98 de 30 de dezembro. *Diário da República*, 1ª série – N.º 300 – 30 de dezembro d 1998;
4. Decreto- Lei nº 411/99 de 15 de outubro. *Diário da República*, 1ª série – N.º 241 – 15 de outubro de 1999.
5. Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro. *Diário da República*, 1ª série - N.º 229 – de 17 de dezembro de 1999;

6. Decreto-Lei nº 188/2003, de 20 de agosto. Diário da República, 1ª série
N.º 191 — 20 de agosto de 2003;
7. Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março. Diário da República, 1ª série —
N.º 205 — 24 de março de 2006;
8. Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto. Diário da República, 1ª série —
N.º 161 — 22 de agosto de 2007;
9. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Diário da República, 1.ª série
— N.º 38 — 22 de fevereiro de 2008;
10. Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de junho. Diário da República, 1.ª série
— N.º 121 — 25 de junho de 2008;
11. Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro. Diário da República, 1.ª
série — N.º 184 — 22 de setembro de 2009;
12. Decreto-Lei nº 247/2009, de 22 de setembro. Diário da República, 1.ª
série — N.º 184 — 22 de setembro de 2009;
13. Decreto-Lei n.º 133/2013, de 03 de outubro. Diário da República, 1.ª série
— N.º 191 — 3 de outubro de 2013;
14. Despacho Normativo nº11/2002, de 6 de março. Diário da República, 1ª
série —N.º 55 — 6 de março de 2002;
15. Despacho n.o 14 178/2007, de 4 de julho. Diário da República, 2.a série —
N.º 127 — 4 de julho de 2007;
16. Despacho Normativo nº4-A/2010, de 8 de fevereiro. Diário da República,
2.ª série — N.º 26 — 8 de fevereiro de 2010;
17. Despacho nº 5522/2012, de 24 de abril, lei de bases da saúde. Diário da
República, 2.ª série — N.º 81 — 24 de abril de 2012;
18. Lei nº 27/2002, de 8 de novembro. Diário da República, 1ª série — N.º 258
- 8 de novembro de 2002;
19. Lei nº 10/2004, de 22 de março. Diário da República, 1ª série — N.º 69 - 22
de março de 2004;

20. Lei nº66-B/2007, de 28 de dezembro, lei de bases da saúde. Diário da República, 1.ª série — N.º 250 — 28 de dezembro de 2007;
21. Portaria nº 242/2011, de 21 de junho. Diário da República, 1ª série — N.º 118 — de 21 de junho de 2011;
22. Portaria nº245/2013, de 5 de agosto. Diário da República, 1.ª série — N.º 149 — 5 de agosto de 2013;
23. Regulamento nº 101/2015, de 10 de março. Diário da República, 2ª série — N.º 48 — 10 de março de 2015;