



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



Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Relatório de Estágio

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Graça Gama

**ACREDITAÇÃO DE IDONEIDADE FORMATIVA DO  
CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA NA UNIDADE DE  
CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DE  
MONFORTE**

Luísa Serra Velez

**Maio**  
**2012**

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

Relatório de Estágio

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Graça Gama

ACREDITAÇÃO DE IDONEIDADE FORMATIVA DO CONTEXTO DE PRÁTICA  
CLÍNICA NA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DE  
MONFORTE

Luísa Serra Velez

Maio  
2012

*“Knowing is not enough: we must apply.*

*Willing is not enough: we must do!”*

Goethe

In: Crossing the Quality Chasm.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, principalmente aos meus filhos, pela compreensão nas minhas ausências, e pela aceitação das coisas que não fizemos juntos durante este período.

Aos meus orientadores, em especial à Prof.<sup>a</sup> Graça Gama, pelo apoio, pelo incentivo e pela serenidade manifestada, nos meus momentos de angústia.

Aos meus amigos, que esperaram pacientemente pela minha disponibilidade.

A todos os que direta ou indiretamente me apoiaram neste trabalho, o meu Muito Obrigada.

## **RESUMO**

O Modelo de Desenvolvimento Profissional integra o Sistema de Certificação de Competências e o Sistema de Individualização das Especialidades.

Na primeira alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros configura-se um novo Sistema de Certificação de Competências que contempla um período de Exercício Profissional Tutelado, para atribuição do título de enfermeiro, e um período de Desenvolvimento Profissional Tutelado, para atribuição do título de Enfermeiro Especialista. O Conselho de Enfermagem entende que esta Prática Tutelada deve acontecer em contexto de prática clínica de Idoneidade Formativa, reconhecida e acreditada pela Ordem dos Enfermeiros, e sob a supervisão de um Enfermeiro com certificação de competências, enquanto Supervisor Clínico.

O estágio teve como finalidade verificar se estavam reunidas as condições para a candidatura a Acreditação de Idoneidade Formativa do Contextos de Prática Clínica, na UCSP de Monforte.

Neste relatório, apresenta-se o trajeto percorrido, no levantamento das condições necessárias para a candidatura à Acreditação.

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

## **ABSTRACT**

The model of Professional Development integrates the Skills Certification System and the System of Individualization of Specialties.

In the first modification concerning the NMC - Nursing and Midwifery Council statute, a new Skills Certification System will include a period of professional practice ward in order to become a legitimate nurse. On the other hand, in order to become a specialist nurse it is necessary a period of mentored professional development. The Board of Nursing believes that this ward is crucial throughout the whole training in the context of clinical practice. This kind of training should be recognized and accredited by the Association of Nurses, and it should also be conducted under the supervision of a highly-qualified nurse. In other words, a clinical supervisor should follow the whole training process.

The internship was designed to verify whether all the conditions were met for context of clinical practice accreditation competence in UCSP Monforte.

This report shows the path taken in the gathering of all the necessary conditions for the accreditation application.

**Palavras-Chave:** MDP (Model Professional Development), Suitability Formative Accreditation, Training, Skills Certification, Clinical Supervision, Nursing Care Quality

## **ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CC – Certificação de Competências

CE – Conselho de Enfermagem

CPC – Contexto de Prática Clínica

CS – Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DTP – Desenvolvimento Profissional Tutelado

Enf. – Enfermeiro/a

EPT – Exercício Profissional Tutelado

ES – Enfermeiro Supervisor

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

IFCPC – Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica

MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional

OE – Ordem dos Enfermeiros

PTE – Prática Tutelada em Enfermagem

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIFCPC – Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SC – Supervisão Clínica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

Acreditação da Idoneidade Formativa do Contextos de Prática Clínica na UCSP de Monforte

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – Organização Mundial da Saúde

## INDICE

AGRADECIMENTOS .....	3
RESUMO .....	4
ABSTRACT .....	5
ABREVIATURAS .....	6
INTRODUÇÃO .....	10
I PARTE .....	13
1 – CONCEITOS .....	13
2 – DOCUMENTOS REGULADORES DA PROFISSÃO.....	16
3 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS.....	18
4 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	20
5 – QUALIDADE .....	22
5.1 – PADRÕES DE QUALIDADE.....	25
5.2 – PADRÕES DE QUALIDADE DA ORDEM DOS ENFERMEIROS .....	27
6 – DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL .....	28
6.1 - SUPERVISÃO CLÍNICA.....	28
6.2 – REFERENCIAL DE COMPETÊNCIA DO SUPERVISOR CLÍNICO.....	31
7 – IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA .....	33
8 – CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	36
9 – ACREDITAÇÃO DA IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA.....	37
II PARTE .....	39
10 – REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	39

11 – DESCRIÇÃO DO CONTEXTO - UCSP MONFORTE.....	41
12 – ACTIVIDADES REALIZADAS.....	43
12.1 – ANÁLISE SOBRE OS OBJECTIVOS.....	44
12.2 – ANÁLISE SOBRE AS INTERVENÇÕES.....	46
12.3 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA.....	52
13 – REFLEXÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS .....	55
14 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS .....	58
CONCLUSÃO .....	60
BIBLIOGRAFIA.....	62
ANEXOS.....	67
Anexo I – Competências no domínio da Supervisão Clínica .....	68
Anexo II – Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica: Progressividade por Triénios.....	71
ANEXO III – Cronograma do Projeto de estágio .....	81
Anexo IV – Listagem dos Indicadores Obrigatórios.....	83
Anexo V – Listagem dos Indicadores Obrigatórios, após Reunião com Enf.º Gestor do MDP .....	85

## INDICE DE QUADROS

Quadro 1- População residente no Conselho de Monforte por Grandes Grupos Etários	41
Quadro 2-Cronograma de Atividades Planeadas e Realizadas	54

## INTRODUÇÃO

O Modelo de Desenvolvimento Profissional integra o Sistema de Certificação de Competências e o Sistema de Individualização das Especialidades. A operacionalização do Sistema de Certificação de competências está em curso de acordo com o estabelecido na Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, que configura a primeira alteração do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Esta lei prevê implementação faseada no tempo, até à instalação global dos processos conducentes ao novo modelo de atribuição de títulos profissionais de enfermeiro e enfermeiro especialista.

Na sequência desta alteração ao estatuto, foram elaborados pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, um conjunto de regulamentos visando a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências, nomeadamente no que diz respeito à Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica e à Certificação de Competências dos Supervisores clínicos de Prática Tutelada em Enfermagem.

A enfermagem é uma profissão evidenciada na prática de cuidados, em que a aprendizagem é focada nos contextos e nas experiências da prática clínica. O processo do cuidar pressupõe um desempenho técnico e ético competente, que leve o exercício de enfermagem à excelência. Neste registo a Ordem dos Enfermeiros definiu em 2001 os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, no sentido de promover o exercício profissional ao mais alto nível. Neste âmbito, cabe às instituições de saúde o esforço de proporcionar condições que favoreçam o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, fomentando assim o seu desempenho em prol da qualidade dos cuidados.

Na PTE constam dois períodos, para a certificação de competências: O Exercício Profissional Tutelado (EPT), para a obtenção do título de Enfermeiro, e o Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT), para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista. Qualquer destes períodos deverá ser desenvolvido sob determinados requisitos, que garantam neles a qualidade dos processos e desenvolvimento profissional e de certificação de competências (OE, 2011), ou seja, deve acontecer num contexto acreditado enquanto idoneidade formativa, pela OE.

O Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica apresenta como dimensões a cumprir, os elementos do enunciado descritivo “A organização dos cuidados de enfermagem”, dos Padrões de Qualidade da OE, objetivando a excelência no exercício de enfermagem. Assim, a unidade funcional que cumpra os requisitos apresenta as condições necessárias para a acreditação de idoneidade formativa do contexto de prática clínica.

Contudo, esta não é a condição única, a PTE deverá acontecer no quadro de um Modelo de Supervisão Clínica, definido pela OE, e com a orientação de um Supervisor Clínico, cujas competências serão também definidas e certificadas pela OE.

O projecto de estágio, do qual resulta este relatório, tinha como propósito a identificação dos processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de Certificação de Competências, integrado no Modelo de Desenvolvimento Profissional, a qual é atribuída após um período de Prática Tutelada em Enfermagem (PTE), através de idoneidades formativas do contexto de prática clínica, acreditadas pela Ordem dos Enfermeiros. Assim, o princípio deste estágio foi a preparação da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde de Monforte, criando as condições para a Candidatura a Acreditação de Idoneidade Formativa do Contexto de Prática Clínica.

Este trabalho faz referência à estrutura, circuitos, processos e instrumentos para o Sistema de Certificação de Competências, integrada no Modelo de Desenvolvimento Profissional.

Pretendemos neste estágio, dar início à preparação do serviço para a operacionalização do processo de acreditação de idoneidade formativa.

Assim este trabalho tem como objetivos:

- ✓ Elaborar o Relatório de Estágio;
- ✓ Descrever as fases e circuitos do processo de Acreditação;
- ✓ Identificar os critérios do Referencial de Avaliação existentes e não existentes na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde de Monforte;
- ✓ Definir um programa de melhoria contínua da qualidade;
- ✓ Avaliar a relação entre as atividades planeadas e as atividades realizadas.

O relatório está estruturado em duas partes. Na primeira parte abordaremos os conceitos – chave no MDP, os documentos reguladores da profissão e os padrões de qualidade. Dar-se-á

também a conhecer o Modelo de Desenvolvimento Profissional, assim como os processos de Certificação de Competências, a Supervisão Clínica e a Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica.

Na segunda parte efetuar-se-á uma referência à reforma dos Cuidados de Saúde Primários e à criação das unidades funcionais. Faremos a descrição do contexto, ou seja o local de estágio a que se reporta este relatório, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Monforte, e apresentaremos as atividades desenvolvidas no estágio, como o caminho percorrido, a análise sobre as intervenções, os obstáculos encontrados e as medidas corretivas para os ultrapassar.

Este trabalho teve como principal metodologia uma revisão de bibliografia e a pesquisa documental.

O relatório está organizado de acordo com o disposto nas Normas de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre, e foram utilizadas as normas da APA nas citações e Bibliografias.

## **I PARTE**

### **1 – CONCEITOS**

A enfermagem nasceu e profissionalizou-se no cuidar, constituindo este a essência da enfermagem ao longo da história (Colliére, 1989).

O cuidar remonta aos primórdios da humanidade e era, inicialmente, praticada exclusivamente por mulheres, que desenvolveram com a experiência um saber: o de cuidar.

Com o Cristianismo esse saber foi questionado, uma vez que a difusão de saberes era incômoda (Colliére, 1989). Porém, os cuidados eram necessários e continuaram a ser prestados por mulheres, que neste caso tivessem abdicado de viver outras experiências de vida e se tornassem devotas à igreja. As mulheres prestavam assim cuidados sob a custódia da Igreja Católica, transmitindo a moral cristã (Lopes, 1998).

Quando surgiu a medicina como ciência, os médicos necessitavam de ajuda para as tarefas mais duras e esse papel foi assumido pelas enfermeiras, que ao ajudar ou substituir os médicos nessas tarefas, adquiriram o saber médico, apesar de não terem garantido autonomia.

O aparecimento da enfermagem moderna surgiu na segunda metade do século XIX, com Florence Nightingale (Nunes, 2003)

Foi só a partir do início do século XX que a enfermagem surgiu como disciplina e profissão. Com o ensino de enfermagem a nível superior e o contacto com outras realidades teóricas, como as ciências sociais, iniciou-se o processo para a autonomização de enfermagem.

Mas a história da enfermagem, como referiu Virgínia Henderson (1964), é uma história longa e inacabada. Segundo a autora é inevitável falar de enfermagem sem falar de Florence Nightingale, de quem surge a primeira definição de enfermagem, em que referia que a principal essência do que a enfermagem tem que fazer é colocar o utente na melhor condição possível para que ele possa valer-se a ele próprio. De facto parece que esta conceção de enfermagem influenciou o desenvolvimento da enfermagem moderna e os teóricos subsequentes. Watson (1988) refere que a meta da enfermagem é o cuidado, é a de auxiliar as

peças a obterem o mais alto grau de harmonia entre a mente, o corpo e a alma. Esta autora foi uma das teóricas a falar da pessoa a cuidar, o fenómeno, como único e em interação com tudo o que o rodeia. Para a autora a enfermagem é uma ciência humana de pessoas e experiências humanas de saúde e doença, que são medidas por transações profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas de cuidado humano.

Com o avançar dos anos surgiu uma grande produção teórica em enfermagem, num esforço de autonomizar a profissão. Em Portugal, o REPE veio reforçar a oportunidade dos enfermeiros se debruçarem sobre a importância dos valores, da ética e dos cuidados de enfermagem.

O REPE define enfermagem como a profissão que, na área de saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a sua saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE) foram estabelecidas condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem.

Collière (1989) refere que explicar a natureza dos cuidados prestados continua a ser uma condição imperiosa para o reconhecimento de uma entidade profissional. No entanto quem escolhe uma profissão na área da saúde não pode de imediato ser considerado prestador de cuidados. Ser prestador de cuidados exige um espírito humano, manifestado pela preocupação com o respeito pelo outro, e pelas ações pensadas e criadas por uma determinada pessoa ou grupo (Hesbeen, 2001).

O mesmo autor, na sua primeira obra referia que cuidar significa dar especial atenção a uma pessoa que vive uma situação específica e isto na perspectiva de lhe prestar ajuda, de contribuir para o seu bem-estar e para a sua saúde (Hesbeen, 1997).

De acordo com os autores anteriores, e baseado no enquadramento conceptual dos padrões de qualidade da OE, o exercício profissional de enfermagem concentra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou grupo de pessoas, famílias ou comunidades. Os cuidados de enfermagem têm como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde de cada pessoa.

Com o objetivo de assistir as pessoas para que atinjam o seu potencial máximo de saúde,

cabe à enfermagem desenvolver as atividades para manutenção e promoção da saúde e prevenção da doença, sendo sua responsabilidade o diagnóstico e intervenção de enfermagem. Para tal, o processo de enfermagem é uma ferramenta fundamental, já que permite a utilização de uma metodologia científica assente em estratégias de resolução de problemas (Collière 1982, citado por Carvalho 2004).

Por tudo o que atrás foi descrito, podemos dizer que os cuidados de enfermagem são um conjunto de ações e comportamentos realizados, que têm como objetivo identificar as necessidades dos utentes e ajuda-los no seu trajeto para ultrapassar o problema. É nesta perspetiva que o processo de enfermagem se torna importante.

Processo, na sua definição, é uma série planeada de etapas e métodos ou operações que produzem um resultado específico. Processo de enfermagem é visto pelos autores como um instrumento ou a metodologia da enfermagem, estruturada segundo etapas ordenadas, utilizado para orientar o enfermeiro na resposta às necessidades do indivíduo (Phaneuf, 2001; George, 2000). O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionais, com vista a ajudar o ser humano, individualmente, na família e/ou comunidade (Horta, 1979). É um método que direciona e organiza de forma metódica o trabalho do enfermeiro, sendo considerado o instrumento e a metodologia da profissão, que ajuda o enfermeiro a tomar decisões, programar e avaliar cuidados.

A maioria dos autores que consultámos, alguns deles referenciados anteriormente, definem cinco etapas no processo de enfermagem: colheita de dados (também chamada de avaliação inicial), diagnóstico de enfermagem (análise dos dados colhidos), planeamento, execução ou intervenção e a avaliação. Apesar destas cinco etapas, Phaneuf (2001) sublinha que este é um processo em espiral, contínuo, que não pode ser separado e em que as etapas por vezes se sobrepõem. Para a mesma autora um bom plano permite saber o que, quem, quando e como deve ser feito, favorecendo o trabalho em equipa e principalmente garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

## 2 – DOCUMENTOS REGULADORES DA PROFISSÃO

A enfermagem foi evoluindo nos últimos anos a vários níveis. A formação de base foi evoluindo para curso superior, o enfermeiro foi tendo um papel mais significativo no âmbito da área científica e investigação em saúde. A investigação induziu o desenvolvimento, o que facilitou a demarcação de um corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualização e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde. Também com o desenvolvimento da sociedade, os níveis de saúde são mais exigentes, tornando-se evidente a necessidade de se proceder à regulamentação e controlo do exercício profissional dos enfermeiros. Contudo, para além do contexto jurídico de instituição onde o enfermeiro desenvolve a sua atividade é necessário um regulamento para orientar o exercício de enfermagem, de forma a garantir a qualidade nos cuidados de enfermagem prestados, atendendo sempre à ética e deontologia pela qual a profissão se rege.

Com base neste contexto foi criada a Ordem dos Enfermeiros, pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Este diploma visa responder “*um imperativo da sociedade portuguesa de ver instituída uma associação profissional de direito público, que, em Portugal, promova a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão...*”.

Para além do disposto pela Ordem dos Enfermeiros, os enfermeiros portugueses dispõem de um quadro de referência para o exercício profissional que assenta em quatro pilares: o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, o Código Deontológico do Enfermeiro, Padrões de Qualidade, e Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e do Enfermeiro Especialista.

O exercício profissional fica regulado no plano Jurídico por duas leis principais que são Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE).

O Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, e de acordo com os princípios decorrentes da Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, define os princípios gerais respeitantes

ao exercício profissional dos enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Este diploma foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, aquando da criação da Ordem dos Enfermeiros. O REPE “*clarifica conceitos, procede à caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais...*” (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro).

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, enuncia as normas relativas à estrutura organizacional e funcionamento da ordem e integra a Deontologia Profissional, constituída pelos direitos dos enfermeiros, o regime de incompatibilidades e o Código Deontológico do Enfermeiro, pelo qual o enfermeiro rege a sua profissão.

Faz parte dos direitos do Enfermeiro, conforme inscrito no capítulo IV do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no artigo 75º, n.º2 e alinha c, que o enfermeiro tem direito a “*Usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem com qualidade*”.

### **3 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS**

A questão da definição das competências do enfermeiro foi um objeto de trabalho do Conselho de Enfermagem da OE, tendo em vista a acreditação da formação e de certificação individual de competências, que já antecipavam ser necessárias para a atribuição dos títulos profissionais. Contudo, este tema não era uma novidade.

A Ordem das Enfermeiras e Enfermeiros do Québec (1988) reportando-se a um documento também da mesma Ordem, datado de 1976, define competência como uma qualidade, a de um enfermeiro exercer a sua profissão segundo as normas do exercício, possuindo os conhecimentos científicos e profissionais, o julgamento e as habilidades necessárias.

Collière (1989) referiu-se aos cuidados de enfermagem como decorrentes de um conjunto de conhecimentos organizados, conhecimentos esses que provêm de diversas fontes, tendo o campo de competências da enfermagem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, da família ou de outros se necessário para fazer face a acontecimentos relacionados com a manutenção e promoção da saúde ou com a doença.

Com efeito, no artigo 8.º do REPE, podemos ler que “*o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social*”.

O conselho de enfermagem (CE) da Ordem dos Enfermeiros aprovou como definição de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais: “*A competência do enfermeiro de cuidados gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar*” (Conselho de Enfermagem, 2003).

No que diz respeito às competências propriamente ditas, e relativamente à prestação de cuidados, o CE descreve a prestação de cuidados organizada por etapas, como o processo de enfermagem. Contrariamente à maioria dos autores que definem cinco etapas no processo de enfermagem, o CE descreve apenas quatro pontos: Colheita de dados, planeamento, execução e avaliação. Da leitura do documento podemos interpretar que no primeiro ponto poderíamos

incluir o que os teóricos incluíram na 2.<sup>a</sup> etapa do Processo de Enfermagem, o diagnóstico de enfermagem. Como vimos anteriormente, esta etapa é também designada de análise e interpretação (dos dados colhidos), tal como descrito no ponto B, alinha 1.1.1.2 das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, aprovadas pelo CE.

Para além do domínio da prestação e gestão dos cuidados, através do processo de enfermagem, o enfermeiro de cuidados gerais deverá ainda demonstrar competências no domínio da prática profissional ética e legal, através da responsabilidade, prática segundo a ética e a prática legal, e ainda no domínio do desenvolvimento profissional, através da valorização profissional, melhoria da qualidade e formação contínua. Nestes domínios o enfermeiro deverá ser capaz de responder pelas suas ações e reconhecer os seus limites, consultando peritos em enfermagem ou outros profissionais de saúde, quando as necessidades dos utentes assim o exigirem. Deverá ainda exercer segundo o código deontológico, atuando na defesa e respeito dos direitos dos utentes com os seus valores e crenças, conhecer e agir de acordo com a legislação aplicável. No que diz respeito ao desenvolvimento profissional, o enfermeiro deverá contribuir para o desenvolvimento da prática de enfermagem, valorizando a investigação como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados, e participar em programas de melhoria contínua da qualidade.

#### **4 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

O REPE descreve enfermeiro especialista como “*o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade*” (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, artigo 4º número 3).

Especialista, tal como descrito no Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, é o enfermeiro com conhecimentos especializados num domínio específico de enfermagem, traduzidos em competências também especializadas num determinado campo de acção. Estas competências são coerentes com as do enfermeiro de cuidados gerais, decorrentes do aprofundamento dos domínios considerados na definição das competências deste último.

Independentemente da especialidade existe um corpo de domínios partilhados por todos os enfermeiros especialistas, denominadas competências comuns. Conforme descrito no Regulamento, estas competências são demonstradas através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e também no seu envolvimento no âmbito da formação, investigação e assessoria. As competências específicas são estabelecidas de acordo com cada área de especialização. Contudo, qualquer que seja a área de especialização, os enfermeiros devem atuar em todos os níveis de prevenção.

Os domínios partilhados pelos enfermeiros especialistas são: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Em relação ao primeiro domínio o enfermeiro demonstra um exercício profissional seguro e deverá adotar uma tomada de decisão ética e deontológica, sustentada em princípios, valores e normas deontológicas.

O domínio da melhoria contínua da qualidade engloba várias competências, das quais destacamos o conhecimento sobre diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua, a

avaliação dos cuidados de enfermagem em termos de estrutura, processo e resultado, e ainda o planeamento de programas de melhoria contínua de acordo com as prioridades estabelecidas. No domínio da gestão dos cuidados o enfoque vai para a delegação de tarefas e a capacidade de gerir esses cuidados, garantindo a segurança e qualidade dos mesmos. As competências associadas ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais têm a ver com a capacidade de autorreconhecimento de si próprio enquanto enfermeiro, e com a capacidade de demonstrar e agir de acordo com os conhecimentos científicos dentro da sua área de especialidade.

De acordo com o Conselho de Enfermagem, as competências clínicas a desenvolver pelos enfermeiros são as que irão dar resposta às necessidades dos indivíduos e organizam-se com base no desenvolvimento da disciplina e na evidência produzida em enfermagem, permitindo aumentar e padronizar boas práticas que se representam em cuidados de confiança e com qualidade a prestar aos cidadãos.

## 5 – QUALIDADE

Atualmente, vivemos num mundo em que a globalização de economia leva as organizações a procurarem uma maior qualidade/ competitividade dos seus produtos e/ou serviços e a convergirem a atividade nos seus clientes e na fidelização dos mesmos. O crescente interesse em produzir com qualidade e demonstra-lo, é uma diferenciação positiva que se tem vindo a afirmar em todas as áreas de atividade, incluindo a saúde.

Definir qualidade não é fácil, uma vez que é aplicado subjetivamente, com diferentes semânticas. Quando empregue por políticos refere-se à satisfação da população, para os gestores a qualidade é a preocupação com os custos económicos, para os prestadores de cuidados significa boas condições de trabalho com suficientes recursos humanos e materiais, para os utentes a qualidade reflete-se na acessibilidade e equidade dos cuidados e boa relação interpessoal com os profissionais. No dicionário da língua portuguesa qualidade é definida como uma característica ou propriedade, superioridade ou excelência, como um atributo, virtude ou valor.

Apesar de ser uma temática cada vez mais atual, Carapeto e Fonseca (2006), dizem-nos que a qualidade é um conceito antigo, apesar de não haver correspondência a um momento exato da história. Os autores referem que o termo foi evoluindo ao longo do tempo na tentativa de acompanhar a evolução dos mecanismos através dos quais as organizações procuram gerir essa mesma qualidade.

No decorrer do século passado, a qualidade foi avaliada de formas diferentes. Inicialmente qualidade teria a ver com a inspeção final do produto, atividade que foi substituída pelo controlo da cadeia de produção e pelo controlo estatístico da qualidade através da utilização de técnicas de amostragem. Mais tarde sobressaiu a garantia da qualidade, baseada no cumprimento de normas. Atualmente a qualidade é um conjunto de boas práticas de gestão produzidas a partir do contributo de alguns teóricos. Crosby, citado por Mezomo (2001), define qualidade como “conformidade com os requisitos”, ou seja para haver qualidade têm que estar definidas exigências claras, para que todos possam cumprir da

melhor forma.

Com base no que foi referido podemos dizer que a qualidade não se esgota com a conformidade do que foi predefinido para cada serviço ou produto. Partilhando da opinião, Hesbeen (2001) refere que a qualidade se encontra em permanente processo de evolução, nunca se chega à perfeição, é sempre possível fazer mais para melhorar. Daí que, para orientar as atividades para padrões conducentes à qualidade total, as organizações não deverão conter apenas certificados de conformidade com os requisitos impostos por normas ou padrões de qualidade, pois esta conformidade é quanto basta para a certificação, mas não garante a excelência nos resultados da atividade. Carapeto e Fonseca (2006), reforçam a ideia de que é necessário abraçar um espírito de melhoria contínua ao adotar o controlo da qualidade como instrumentos de gestão, principalmente os controlos *à priori*, de modo a prevenir erros, recorrendo a processos de autoavaliação que apreciando com regularidade os resultados permite perceber quais os pontos fortes e fracos, de forma a melhorar e conduzir à excelência. Também Mezomo (2001) referiu que a gestão da qualidade deve ser um processo com ação preventiva, ou seja prevenir os problemas, introduzindo a qualidade dos serviços oferecidos.

A qualidade não tem um carácter universal, mas apresenta a especificidade de cada organização, com a sua missão específica.

Como defende Pisco (2001), a qualidade na saúde trata-se de satisfazer e diminuir necessidades e não de oferecer mais na tentativa de responder à procura, é pró-ativa para prevenir e dar resposta e reúne como atributos a efetividade, eficiência, a aceitabilidade e a equidade. Segundo o mesmo autor, o desenvolvimento da qualidade, ou melhor, a melhoria da qualidade, tem que ser feito no âmbito de um sistema de qualidade na saúde.

Desta forma, baseado em definições de qualidade, o autor identifica as diferentes dimensões da qualidade designadamente a acessibilidade, a eficiência e a efetividade, a satisfação das expectativas dos cidadãos e profissionais, os componentes de qualidade, com realce para os resultados e para os processos que os determinam, e a melhoria contínua da qualidade como objetivo último do sistema da qualidade.

A melhoria contínua é um processo de mudança entre uma prática baseada na experiência e uma prática baseada na evidência; entre uma melhoria baseada só no desempenho profissional e uma melhoria de cuidados envolvendo os cidadãos como parceiros.

A melhoria contínua pressupõe um processo de planeamento, execução e avaliação que tem como objetivo garantir as mudanças e alcançar os resultados desejados.

Ao implementar um programa de melhoria contínua temos que atender a algumas questões como “estamos a fazer as coisas certas?”, “estamos a fazer bem essas coisas?” e ainda se “estamos a melhorar continuamente os resultados” (Mezomo, 2001). Assim, e segundo o mesmo autor os serviços podem ter e oferecer qualidade desde que conheça bem a sua missão, que saiba quem são os seus clientes e as suas necessidades, que defina as prioridades, que tenha uma estrutura e processos adequados aos resultados previstos, que avalie permanentemente os resultados e que entenda qualidade como um processo de melhoria continuada, sem data para terminar.

Donabedian (1988) desenvolveu um quadro conceptual para nortear a avaliação em Saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, referenciado por outros autores, Ferreira (1991) e Mezomo (2001), como a tríade de Donabedian, que corresponde às noções da Teoria Geral dos Sistemas *input – process - output*. Reforçando a interligação entre estes conceitos ou categorias, Donabedian refere que uma boa estrutura aumenta a possibilidade de um bom processo e um bom processo aumenta a possibilidade de um bom resultado.

Estrutura refere-se aos recursos existentes, quer humanos, quer materiais, e ainda à forma como o serviço está organizado. Dentro desta categoria estão quer a dotação de pessoal como a qualificação dos profissionais, os equipamentos existentes e a qualidade dos mesmos.

Processo refere-se às atividades que envolvem os profissionais de saúde e os utentes, ou seja tudo o que é feito no ato de prestar e receber assistência. Tem a ver com o desempenho relacional e técnico científico. É com base nestas relações, de procura de assistência por parte do utente e de oferta de cuidados pelo prestador, que obtemos os resultados.

Resultado é o efeito da prestação do cuidado no estado de saúde do utente e população. Está ainda relacionado com as mudanças relacionadas com os conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação dos utentes decorrente dos cuidados prestados. Os resultados permitem-nos determinar a efetividade, a eficiência e a satisfação dos utentes relativamente aos cuidados que lhes foram prestados (Donabedian, 1980; Ferreira, 1991; Mezomo, 2001).

Donabedian entende ainda o resultado como a medida de qualidade mais efetiva dos cuidados de saúde, por ser mais objetiva que a estrutura ou os processos, sendo esta última a mais subjetiva das três (Hogg, 2011).

Numa perspetiva de avaliação da qualidade, Donabedian define a qualidade dos cuidados

como a reunião do que ele denomina como os sete pilares da qualidade, e que mais tarde viriam a ser denominados por dimensões da qualidade: Eficácia, obtenção de melhoria da saúde pela aplicação da ciência e tecnologia; Efetividade, grau de obtenção da melhoria da saúde; Eficiência, habilidade de obter o mais alto grau de saúde ao menor custo; Otimização, a melhor relação custo /benefício; Aceitabilidade, adequação dos serviços de saúde aos desejos e expectativas dos utentes; Legitimidade, conformidade dos cuidados às preferências sociais expressa na ética, nos valores, normas e hábitos dos utentes; Equidade, coerência com o princípio da justiça e honestidade na distribuição de cuidados e dos benefícios da saúde numa população (Mezomo, 2001).

No que respeita a cuidados de saúde, qualidade refere-se ao grau em que os serviços de saúde correspondem a padrões específicos. Normalmente a aplicação destes padrões conduz aos resultados desejados. A qualidade tem que ser quantificada, podendo ser apenas avaliada por comparação com qualquer outra coisa, ou com um padrão específico (Roemer, 1991).

Os padrões para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde dizem respeito a certos atributos ou características que são quantificáveis, ou seja os indicadores.

## 5.1 – PADRÕES DE QUALIDADE

Quando falamos em enfermagem, vem-nos logo à ideia “prestação de cuidados”, de facto, e como podemos confirmar na bibliografia referenciada, cuidados de enfermagem são reportados como cuidados que requerem qualidade, os indivíduos como dignos de cuidados de qualidade e as competências dos enfermeiros deverão ser cada vez mais nesse sentido.

Nos últimos anos tem ocorrido um crescente interesse na qualidade na área da saúde, também manifestado por organizações nacionais e internacionais, como o Departamento da Qualidade da Direção Geral da Saúde (DGS) com a colaboração do Conselho para a Qualidade na Saúde, a Organização Mundial de Saúde (WHO) e o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN).

Neste contexto, falar de qualidade em saúde transporta-nos para qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Com efeito, a OE apresenta como seu desígnio fundamental, no artigo 3.º do estatuto da OE, promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população. Nesta sequência o Conselho de Enfermagem da OE, com vista à

melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, definiu Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Os Padrões de Qualidade surgem como um instrumento útil para os enfermeiros e para as instituições de Saúde no sentido de prosseguirem na busca da excelência do exercício. Para delinear os enunciados descritivos da qualidade, o CE trabalhou conceitos importantes a ter em conta, na melhoria da qualidade, como a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem (OE, 2001). Esta matriz conceptual permite a orientação na tomada de decisão, dá visibilidade à autonomia dos cuidados de enfermagem e permitem a definição de indicadores de qualidade. Deste trabalho emergiram os enunciados descritivos da qualidade, que traduzem prioridades e visam o desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade.

São seis as categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

A satisfação do cliente/utente tem a ver com o respeito pelas suas crenças, valores e desejos, com entender o utente e os que o rodeiam como parceiros no planeamento do seu processo de cuidados, o enfermeiro tem como principal objetivo o mais alto nível de satisfação dos utentes.

Em relação à promoção da saúde, o enfermeiro procura ajudar o utente a alcançar o máximo potencial em saúde tendo em conta a sua situação de saúde e recursos, a criação de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis e o fornecimento de informação geradora de conhecimento ao utente.

A identificação precoce dos potenciais problemas é fundamental para a prevenção de complicações para a saúde dos utentes. Depois da identificação dos problemas é crucial o rigor técnico e científico na prescrição e implementação dos cuidados de enfermagem, assim como a responsabilização pelas suas decisões.

O bem-estar e autocuidado é uma categoria que tem a ver com as atividades de vida em que o utente é dependente, em que o papel do enfermeiro é importante na identificação dos problemas, planeamento, execução e responsabilização pelos seus atos, tal como na categoria anterior.

Na sexta categoria, organização dos cuidados de enfermagem, na procura da excelência no exercício profissional, o enfermeiro organiza os cuidados de enfermagem de forma eficaz tendo em consideração a existência de um quadro de referências para o exercício profissional,

de um sistema de melhoria contínua da qualidade, de registos que abrangem necessidades, intervenções e resultados. Deverá ainda ter em conta a satisfação dos enfermeiros em relação à qualidade do exercício profissional e a sua formação promovendo o seu desenvolvimento profissional e da qualidade.

## 5.2 – PADRÕES DE QUALIDADE DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

Padrão é o nível de qualidade pré-definido para uma característica de um serviço, e deve constituir garantia de prestação continuada de tal nível de qualidade. Definidos pelo Conselho de Enfermagem da OE, os Padrões de Qualidade surgem como um instrumento útil para os enfermeiros e para as instituições de Saúde, no sentido de prosseguirem na busca da excelência do exercício, com vista à melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Como vimos anteriormente, os enunciados descritivos da qualidade traduzem prioridades e visam o desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade. Os enunciados descritivos explicitam a natureza e englobam os diferentes aspetos do mandato social da profissão. É um instrumento que precisa o papel do enfermeiro junto dos utentes, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Estes enunciados devem ser do conhecimento de todos os clientes, quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar (OE, 2001).

Como referimos e descrevemos atrás, são seis as categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

No âmbito da criação de programas de melhoria contínua da qualidade, deverão ser definidos indicadores de estrutura, de processo e de resultado para as categorias de enunciados descritivos que correspondem ao problema identificado nos serviços.

## **6 – DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL**

O ensino superior está orientado para o desenvolvimento de competências, em que o ensino clínico é estruturado como uma oportunidade para promoção de situações educacionais em contextos reais nas organizações prestadoras de saúde. Desta forma, o futuro enfermeiro vai desenvolvendo competências de carácter científico, técnico e humano, num processo de crescimento e autonomia pessoal (Carvalho, 2005).

A enfermagem atual gira também em torno do conceito de competência. Em 2003, a OE traçou um quadro de competências do enfermeiro de cuidados gerais. A competência do enfermeiro de cuidados gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar. Como vimos anteriormente, as competências preconizadas pela OE são distribuídas por três domínios: Prática profissional, ética e legal; Prestação e gestão de cuidados; Desenvolvimento profissional.

Integrado no Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP), o Conselho de Enfermagem da OE desenvolveu instrumentos para a operacionalização da certificação de competências.

No artigo 7º do Estatuto da OE, configura-se um novo sistema de certificação de competências, que contempla um período de Exercício Profissional Tutelado (EPT) para a atribuição do título de enfermeiro, e um período também de prática tutelada para a certificação numa área de especialização e atribuição de título de Enfermeiro Especialista, denominado de Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT). De acordo com o CE estes momentos de Prática Tutelada em Enfermagem devem acontecer no quadro de um modelo de supervisão clínica.

### **6.1 - SUPERVISÃO CLÍNICA**

A literatura apresenta muitos modelos de supervisão clínica, mas sobretudo em termos de

ensino clínico, em contexto de formação inicial. No que diz respeito à integração profissional ou formação profissional contínua, são escassas as referências, motivo pelo qual a OE investiu na conceção de um modelo de supervisão clínica no contexto do MDP. Assim, a OE, definiu supervisão clínica, no contexto do MDP, como “um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (Ordem Enfermeiros, 2010).

Segundo o mesmo documento, o processo de supervisão é um período de prática acompanhada de forma contínua, visando a autonomização gradual do supervisionado, em contexto profissional, centrado na prática clínica.

Este período de exercício profissional acompanhado existe já no Reino Unido desde 1993, sob a forma de *preceptorship*, sendo este um período que visa apoiar o enfermeiro na transição para a prática profissional ou a socialização a um novo papel, em que o enfermeiro conta com o apoio de um preceptor, descrito como um enfermeiro, que o apoia, ensina e desempenha um papel de modelo ao desenvolvimento do recém-formado (OE, 2010).

Neste modelo de supervisão a importância do papel do supervisor decorre da capacidade de agir em função da centralidade do papel e ação do supervisionado, bem como a relação que este estabelece com o contexto e objeto da supervisão.

As situações de supervisão devem ser caracterizadas por uma relação interpessoal dinâmica, encorajadora e facilitadora de um processo de desenvolvimento profissional que tem como objetivo desenvolver as qualidades do supervisionado como pessoa e como profissional. (Alarcão e Tavares, 2003).

Ao referir-se ao papel dos supervisores, Garrido e Simões (2007), afirmam que devem ser profissionais experientes, e com formação na área da supervisão clínica.

Os mesmos autores (2008), referem que os supervisores, de modo geral, devem dar atenção a todos os indivíduos, sendo estimuladores e motivadores de modo a superarem as suas expectativas pessoais. O supervisor deve ainda proporcionar-lhes a ajuda e orientação necessárias, ao mesmo tempo que lhes incute atitudes adequadas, interesses e bons hábitos de trabalho.

Relativamente à supervisão clínica em enfermagem, os autores anteriores, afirmam que esta é um:

*“Processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro, que executa práticas clínicas, e um supervisor clínico de*

*enfermagem. Envolve o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiencia e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática, permitindo aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões, bem como promover a inovação na prática clínica” (Garrido e Simões, 2008: 15).*

Alarcão e Tavares (2003) referem contudo que fazer supervisão não é apenas um processo técnico, uma vez que envolve pessoas, factos, contextos e relações interpessoais, pelo que requer um conjunto de capacidades por parte do supervisor. Segundo a OE, o desenvolvimento de competências profissionais, na supervisão clínica, faz-se na ação e na reflexão sobre a ação, no quadro de uma verdadeira relação de colaboração entre supervisor e supervisionado para a qual ambos têm necessariamente de contribuir. A ação, reflexão e a colaboração são eixos centrais deste modelo de supervisão clínica, descrito pela OE. Assim, o supervisor tem a missão de facilitar e apoiar a socialização do supervisionado, na equipa multiprofissional e ao seu novo papel, o de indução profissional, e de garantir em simultâneo que este assume esse papel gradualmente e de forma segura e responsável.

O supervisor, quer numa perspetiva ética e deontológica, quer numa perspetiva de qualidade dos cuidados, deve agir como modelo e como referencia para a consolidação da identidade profissional do supervisionado. De acordo está também Simões (2007), quando afirma que o supervisor deve ser perito na área de enfermagem e deve possuir capacidade de análise e avaliação das atividades em contexto prático.

O Conselho de Enfermagem da OE (2010), tal como Garrido e Simões (2007), referem a importância das características pessoais e profissionais dos enfermeiros supervisores, e que se centram na empatia, capacidade de escuta, que estimula e motiva, que sabe comunicar, que é competente, com boa postura profissional, com boa capacidade de organização e planeamento. Entende o CE que este modelo de supervisão clínica se afasta da perspetiva redutora de um processo de fiscalização em que o supervisor tem um papel de superior, e que assume um papel com uma conotação diferente em que os profissionais e aspirantes a profissionais colaboram entre si, refletindo o porquê, o como fazer e os resultados do que fazem. Assim, de acordo com o mesmo órgão, o enfermeiro para desempenhar o papel de supervisor deverá cumprir um conjunto de requisitos, de acordo com o perfil de supervisor em contexto de idoneidade formativa para o EPT e DPT, como falamos adiante.

Garrido e Simões (2007) afirmam que, no âmbito da formação inicial, os supervisores

devem ser profissionais experientes e com formação na área de supervisão clínica. Também anteriormente Carvalho (2003) e Jesus (2006) referem que a formação contínua em supervisão clínica e a experiência na mesma área são fundamentais para a relação supervisor/supervisado.

## 6.2 – REFERENCIAL DE COMPETÊNCIA DO SUPERVISOR CLÍNICO

As competências do supervisor clínico para EPT estão divididas em dois domínios que são: o domínio das competências profissionais do enfermeiro, relativo às competências traçadas pela OE para o enfermeiro de cuidados gerais e já descritas anteriormente; e as competências de domínio de supervisão clínica, e que descreveremos em seguida. Para o supervisor clínico em DPT os domínios de competências são os mesmos, acrescentando as competências profissionais do enfermeiro especialista.

Em relação ao domínio Supervisão Clínica são traçadas, pela Ordem, três competências, com unidades de competência e critérios de avaliação para cada uma delas:

1 – Proporciona aprendizagens e promove o desenvolvimento do supervisado.

Pretende-se com esta competência que o enfermeiro demonstre, enquanto supervisor, ser facilitador de aprendizagens e promotor de percursos formativos pertinentes no quadro regulador da profissão.

2 – Garante uma indução e/ou transição socioprofissional segura e a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados em EPT e DPT

Com esta competência, a OE descreve que o enfermeiro deve demonstrar sentido de responsabilidade no acompanhamento dos processos de indução profissional e/ou assunção de novos papéis profissionais do supervisado, salvaguardando e garantindo uma prática profissional segura e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

3 – Promove uma relação de colaboração favorável ao desenvolvimento

O enfermeiro terá de demonstrar ser capaz de estabelecer e aprofundar uma relação de colaboração e apoio, favorável à aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional de

supervisionado e supervisor.

As unidades de competência e os respetivos critérios de avaliação para cada uma das competências referidas, estão descritas pormenorizadamente em documento anexo. (Anexo I)

A certificação do supervisor clínico de PTE é um processo que engloba a seleção dos candidatos segundo o perfil traçado pela OE, a formação específica em supervisão clínica de PTE e a validação de competências do domínio da supervisão clínica, conforme o número 2 do artigo 13<sup>a</sup> do Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática clínica (Regulamento 167/2011).

A candidatura é efetuada através de formulário disponibilizado pela Estrutura de Idoneidades. Fazem parte do processo de candidatura um requerimento, uma carta de motivação do candidato e a informação curricular.

A admissão e seriação dos candidatos é efetuada de acordo com uma matriz, cujo somatório determinará a posição em que o candidato se encontra na Bolsa de Candidatos. Aquando nesta bolsa, os candidatos aguardam convocatória para formação específica em supervisão clínica em PTE, cuja ordem de chamada é de acordo com a sua posição na bolsa. Os candidatos a exercer em contexto que se encontre em processo de acreditação, serão considerados como prioritários para a convocatória.

Após a obtenção de certificado de formação, o enfermeiro ingressa na bolsa regional de supervisores clínicos e é contabilizado para efeitos de capacidade formativa.

A primeira experiência de supervisão clínica de PTE, ocorre com o acompanhamento de um supervisor mais experiente, e faz ainda parte do processo de certificação do supervisor clínico. É desta primeira experiência de supervisão clínica que resulta a validação de competências no domínio da supervisão clínica, efetivada pela Comissão de Certificação de Competências, e se desencadeia o processo de averbamento na Cédula Profissional. Esta certificação tem uma validade de seis anos, após os quais deverá ser efetuado um processo de Recertificação de competências.

## **7 – IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA**

A prática tutelada em enfermagem, defendida pela OE, deve acontecer em determinadas condições que promovam a qualidade dos processos de desenvolvimento pessoal e de certificação de competências.

Assim o CE da OE define que os períodos de Exercício Profissional Tutelado e Desenvolvimento Profissional Tutelado devem acontecer no quadro do modelo de supervisão clínica, definido pela OE, e em contexto de prática clínica de idoneidade formativa reconhecida e acreditada pela OE, onde, entre outros critérios, inclui a existência de supervisor clínico certificado pela OE, com um determinado conjunto de competências, como referimos atrás e desenvolveremos adiante.

A qualidade do EPT e DPT enquanto períodos de aprendizagem e desenvolvimento profissional, depende, segundo a OE, das características dos contextos e da sua capacidade de produzir práticas de cuidados de enfermagem de qualidade e ambientes favoráveis à prática de supervisão clínica. A dimensão formativa destes períodos estende-se pela natureza e qualidade dos cuidados de enfermagem e às condições para o seu desenvolvimento. São os cuidados de enfermagem o objeto do trabalho e o motor de reflexão e aprendizagem para supervisorado e supervisor (OE, 2010).

Para a determinação da idoneidade formativa dos contextos, a OE considerou importante a criação de um referencial para estabelecer condições e requisitos desta idoneidade. Desta forma, considera os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o Enquadramento Conceptual e os Enunciados Descritivos da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, como um consistente referencial para a determinação das condições e requisitos de idoneidade formativa dos contextos.

Apesar do crescente interesse pelos processos de acreditação da qualidade nas instituições de saúde, a acreditação que o CE da Ordem perspetiva tem a ver com a idoneidade formativa para prática tutelada em enfermagem, ao nível dos contextos de prática clínica, independentemente da adesão ou não das instituições, em que estão inseridos, a processos de

acreditação.

O referencial de reconhecimento da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica, proposto pela Ordem dos enfermeiros, organiza-se em diferentes **dimensões**, as quais se dividem em diferentes **critérios** e estes em **indicadores**.

As dimensões são comuns para a verificação da idoneidade formativa de todos os contextos e para os dois os períodos de prática tutelada o EPT e o DPT. A especificidade e diferenciação dos diferentes contextos e os requisitos específicos de idoneidade formativa para EPT e DPT far-se-á através dos critérios e dos seus indicadores.

Devido à diversidade de contextos, o CE propõe ainda que os critérios incluam critérios obrigatórios, sem os quais não é acreditada a idoneidade formativa dos contextos, e os critérios de excelência, que ao serem verificados elevam as condições de idoneidade formativa.

As condições de idoneidade formativa dos contextos interligam-se de forma particular com os padrões de qualidade da OE, sendo o enunciado descritivo “organização dos cuidados de enfermagem” o eixo organizador das diferentes dimensões do referencial. Para que se faça a articulação entre a verificação da idoneidade formativa dos contextos e o programa dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, a OE criou uma Estrutura de idoneidades, que através de uma grelha de análise vai verificar a situação real de cada contexto e acompanha-lo no seu processo de acreditação.

As dimensões do referencial de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica são sete, de acordo com o enunciado descritivo, dos padrões de qualidade, que serviu de eixo organizador, como vimos atrás, “a organização dos cuidados de enfermagem”.

Para cada uma das dimensões que descrevemos abaixo foram propostos critérios obrigatórios e de excelência, e os seus respetivos indicadores, que apresentaremos em anexo.

(Anexo II)

As dimensões para a verificação da idoneidade são:

- ✓ Quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem;
- ✓ Sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
- ✓ Sistemas de informação em enfermagem, organizados em torno da sistematização do processo de tomada de decisão;
- ✓ Satisfação profissional dos enfermeiros;
- ✓ Dotações seguras em enfermagem;

- ✓ Política de formação contínua de enfermeiros;
- ✓ Metodologias de organização de cuidados de enfermagem.

Como vimos anteriormente, dentro dos critérios definidos no referencial, para a Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, está a existência de supervisores clínicos certificados pela Ordem dos Enfermeiros.

Na literatura consultada, uma das características referidas como determinante para a qualidade da supervisão, e aprendizagem e desenvolvimento dos supervisados, é a qualidade do exercício dos supervisores (Carvalho, 2003; Jesus, 2006; Garrido e Simões, 2007; Simões, 2007).

É portanto pedido que o supervisor clínico seja detentor de um conjunto de atributos e características, ou seja deverá deter um perfil e competências que lhe permita desempenhar este papel específico de supervisor.

O referencial de competências do supervisor clínico que a Ordem propôs decorre do modelo de supervisão definido pelo mesmo órgão, e contém as características e competências consideradas necessárias para uma supervisão de qualidade.

## **8 – CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

No que refere à certificação de competências, a OE baseia-se no que tem sido feito a nível nacional, relativamente às aprendizagens de adultos, principalmente em contextos não-formais e informais, seguindo como fio condutor o enquadramento legal dos sistemas de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências (RVCC).

Estes sistemas consistem na avaliação de competências através da experiência de vida, sendo este um processo complexo e difícil tanto para os adultos como para os profissionais neles envolvidos, e que resulta de um conjunto de fatores (Cavaco, 2007).

A diversidade destes sistemas, dos diferentes contextos institucionais e, conseqüentemente, os inúmeros fatores a atender neste processo, levou a OE a clarificar os conceitos em causa – reconhecimento, validação e certificação de competência – para que fosse possível a sua compreensão no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional.

A certificação de competências profissionais formaliza-se pela atribuição de um Título Profissional, atribuído pela OE. Assim, e após proposta da Estrutura de PTE a quem cabe a responsabilidade do reconhecimento e validação de competências, a OE faz a certificação de competências, que culmina com a atribuição de título profissional.

De acordo com a OE, durante o período de EPT e/ou DPT, o enfermeiro supervisionado faz uma avaliação formativa do seu processo e percurso de aprendizagem e desenvolvimento profissional e tendo o supervisor como recurso, realiza o reconhecimento das suas competências, que submete a apreciação no final do período de PTE.

Concluindo, a certificação de competências acontece quando o candidato tem validadas todas as competências do perfil de enfermeiro e/ou enfermeiro especialista, conforme os referenciais da OE, após o EPT ou DPT e após proposta da Estrutura para a PTE, como vimos atrás.

Qualquer que seja o período de PTE, deveram ser realizados em contextos de prática clínica cuja idoneidade formativa seja reconhecida e acreditada pela OE, garantindo assim a qualidade dos processos de desenvolvimento profissional e de certificação de competências.

## **9 – ACREDITAÇÃO DA IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA**

O número 1 do artigo 3º do Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica descreve que “o processo de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica estrutura-se na candidatura, no reconhecimento, na acreditação e na renovação da acreditação” (Regulamento nº167/2011).

As **candidaturas** a Acreditação serão efetuadas após decisão do Conselho Diretivo da OE em relação à abertura das mesmas. A formalização da candidatura é realizada através da apresentação do processo de candidatura pelo Contexto de Prática Clínica (CPC), enquanto unidade de cuidados, junto da Estrutura de Idoneidades, órgão a ser criado pela OE.

Do processo de candidatura fazem parte:

- Um requerimento com a identificação do contexto de prática clínica, enquanto unidade de cuidados e da instituição de cuidados de saúde em que se insere, e ainda se a candidatura é para EPT ou DPT;
- Caracterização do Contexto de prática clínica relativamente a cada dimensão e indicadores previstos no referencial de avaliação da idoneidade formativa;
- Carta de motivos, assinada pela chefia de enfermagem do contexto de prática clínica que se candidata;
- Declaração de concordância assinada pelo órgão de gestão da instituição prestadora de cuidados de saúde na qual se integra.

O **reconhecimento** da idoneidade formativa consiste na avaliação e verificação das condições estabelecidas no referencial de avaliação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica. A Estrutura de Idoneidades desloca-se ao CPC e conduz a auditoria, após a qual redige um relatório de reconhecimento, que integra uma proposta de acreditação, que a Comissão de Certificação de Competências irá analisar.

É esta comissão que irá decidir sobre **acreditação** ou não acreditação da idoneidade formativa do CPC para o período de PTE à qual a candidatura diz respeito. É então emitida a chancela de acreditação, cujo prazo é de três anos, e define-se a capacidade formativa.

O CPC acreditado, e que se encontre no terceiro ano de acreditação, deve requerer à comissão de Certificação de Competências a **renovação da acreditação**.

## II PARTE

### 10 – REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O Sistema de Saúde português tem tido, ao longo da história, vários marcos importantes assinalados por reformas do próprio Sistema. A primeira foi a chamada “reforma de Gonçalves Ferreira” que implicou o estabelecimento dos centros de saúde (CS), os de 1ª geração. Os centros de saúde de 2ª geração surgiram em 1982, e ficaram dependentes das Administrações Regionais de Saúde (ARS). Sucederam-se mais um conjunto de transformações, assentes em duas vertentes fundamentais, a autonomia administrativa e financeira, e a criação de unidades funcionais, tecnicamente autónomas e funcionalmente ligadas. Através do Decreto-Lei 157/99 de 10 de Maio, surgem então os CS de 3ª geração, com o propósito de reestruturação organizacional.

O ano de 2005 foi o ano da grande reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Foi criado o grupo de trabalho Missão para os CSP, e dois anos mais tarde surgem as primeiras unidades funcionais, as Unidades de Saúde Familiares (USF). Foram surgindo as Unidades Locais de Saúde (ULS), e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), e na continuação da reforma, surgira mais tarde as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

*“O Programa do XVII Governo Constitucional reconheceu os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde. Na verdade, os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções na promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.”* (Decreto-Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro).

Em 2008, com Decreto-Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro, foi feita a caracterização geral e criação dos ACES, serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por varias unidades funcionais, USF, UCC, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

(UCSP), Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica.

Esta parece ser a mais importante reforma e que espelha os objetivos do SNS, garantir o acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos. Segundo Luís Pisco (2009), o então coordenador da Missão para os CSP, o ano de 2010 seria o ano de consolidação da reforma dos CSP, e muito depende os ACES fazerem uma gestão eficiente e criarem competências acrescidas na área da governação clínica e da saúde. Assim, os ACES deverão fazer uma adequada avaliação das necessidades, um planeamento estratégico e adequar a prestação de cuidados às necessidades da população.

O objetivo central desta reforma seria tornar os CSP no elemento fulcral do SNS, associando duas características importantes para os utentes – a proximidade e a qualidade. De facto, esta reforma surge pela necessidade de promover o aumento da qualidade dos serviços.

Com esta reforma a gestão passa de um modelo burocrático financiado através do histórico, para um modelo por objetivos, financiado de acordo com indicadores, estabelecidos e negociados com os serviços e de acordo com as necessidades da população.

Também o Centro de Saúde de Monforte foi abrangido pela reforma, tendo sido formadas duas unidades funcionais, a UCC e a UCSP.

*A “ UCSP tem estrutura idêntica à prevista para USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos”* (Decreto – Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro), e é composta por médicos, enfermeiros e administrativos.

## 11 – DESCRIÇÃO DO CONTEXTO - UCSP MONFORTE

No início de 2012 a UCSP de Monforte e de Arronches foram unificadas, dando lugar a apenas uma UCSP. Contudo, apresentaremos apenas os dados e descrição da unidade de Monforte, local onde foi realizado o estágio.

A UCSP de Monforte tem 3806 utentes inscritos, e tem uma área de influência de 420,1 Km<sup>2</sup>, correspondente ao Concelho. De acordo com os censos 2011, a população do Concelho seria de 3013 habitantes, número inferior ao atual número de inscritos. A população tem características gerais muito envelhecidas.

**Quadro 1- População residente no Conselho de Monforte por Grandes Grupos Etários**

Ano 2010 – Monforte			
Grandes Grupos Etários	0-14	15-64	65+
Total - 3033	437	1762	834

Fonte: PORDATA

A UCSP é uma unidade prestadora de cuidados de saúde primários, que serve a população da sua área de influência, a partir da sede e das suas três extensões: Assumar, Santo Aleixo e Vaiamonte.

Está integrada na organização de saúde de âmbito distrital, a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), E.P.E., mais precisamente em dependência direta do ACES Caia, cooperando com as restantes unidades funcionais.

Em termos de recursos humanos esta unidade dispõe de três médicos de clínica geral, três enfermeiros e quatro assistentes técnicos.

O método de trabalho é por equipa de saúde, com uma preocupação crescente em adotar o método por enfermeiro de família, de acordo com as listas de utentes por médico de família.

A carteira básica de serviços inclui o planeamento familiar, saúde materna, saúde infanto-juvenil, vacinação, saúde do adulto e do idoso, grupos de risco: diabéticos e hipertensos, e

vigilância oncológica.

Para além do disposto na carteira básica, existem outras atividades como o controlo de INR nos hipocoagulados, e outras especificamente de enfermagem, apesar de colaboração médica, tais como as consultas de pé diabético, e a terapia compressiva.

## 12 – ACTIVIDADES REALIZADAS

O projeto de estágio foi referente à candidatura a acreditação do CPC para Certificação de Competências que contempla um período de Exercício Profissional Tutelado (EPT), para atribuição do título de enfermeiro. A candidatura para o DPT não se pretende efetuar uma vez que existe apenas um Enfermeiro Especialista na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Faz parte do processo de candidatura a caracterização do CPC relativamente a cada dimensão e indicadores previstos no Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos CPC.

São sete as dimensões do referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, como já descrevemos anteriormente, com critérios de avaliação e indicadores de carácter obrigatório e de excelência, que vão progredindo nos três triénios. O referencial de Avaliação de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica organiza-se de acordo com o enunciado descritivo da “Organização dos Cuidados de Enfermagem” previsto nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos enfermeiros, conforme disposto no número 2 do artigo 10º do Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. Estão descritos neste enunciado alguns elementos de grande importância na organização dos cuidados de enfermagem, que são: a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem; a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente; a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem; a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade; a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da

qualidade. Estes sete elementos do enunciado descritivo constituem a base das sete dimensões do Referencial de Avaliação da IFPCP.

De forma a dar resposta aos critérios das diferentes dimensões atrás referidas, o estágio foi efetuado no sentido de identificar, isto é descrever, a existência e não existência dos indicadores obrigatórios para a candidatura ao processo de acreditação. Paralelamente, e por não existir nenhum programa de melhoria continua da qualidade, propusemo-nos definir, de acordo com a chefia, uma área de intervenção que dê resposta a este objetivo, de acordo com o disposto no Anexo II do Regulamento 167/2011, publicado no Diário da República nº47 de 8 de Março de 2011.

Neste sentido, este capítulo destina-se à descrição das atividades planeadas e realizadas durante o tempo de estágio na UCSP de Monforte.

## 12.1 – ANÁLISE SOBRE OS OBJECTIVOS

São 17 os indicadores obrigatórios para a candidatura ao processo de acreditação, relativamente ao primeiro triénio. O cumprimento da totalidade destes indicadores não seria possível, durante o período de estágio, pelo que os objetivos, as estratégias e atividades planeadas foram direccionados a alguns dos critérios, no sentido da preparação do contexto de prática clínica à candidatura de certificação de idoneidade formativa.

O grande propósito deste período de estágio era a delineação de estratégias que engrandecessem a organização e qualidade dos cuidados de enfermagem.

Assim, traçámos como objetivo geral:

- ✓ Criar condições para a Candidatura a Acreditação de Idoneidade Formativa do Contexto de Prática Clínica, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde de Monforte.

Mais especificamente traçámos os seguintes objetivos:

- Descrever as fases e circuitos do processo de acreditação.
- Identificar os critérios do Referencial de Avaliação existentes e não existentes na Unidade Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde de Monforte.
- Definir um programa de melhoria contínua da qualidade.

- Avaliar a relação entre as atividades planeadas e as atividades realizadas.

A descrição das fases e circuitos do processo de acreditação revelaram ser de bastante interesse, uma vez que se constatou que o processo de acreditação abrange muito mais do que apenas as condições de um contexto de prática clínica.

De facto, acreditação é a validação e reconhecimento formal da capacidade de uma entidade, neste caso um serviço de saúde, para desenvolver atividades nos domínios e âmbitos onde se demonstrem competências a recursos adequados (capítulo 5º, alinha a, portaria nº 782/97 de 29 Agosto).

Para dar prosseguimento ao Modelo de Desenvolvimento Profissional, e particularmente ao Sistema de Certificação de Competências, é necessário para que os enfermeiros obtenham o título profissional, um período de Exercício Profissional Tutelado. Este é um período de indução e de transição para a prática Profissional, pelo que deve ser efetuado em condições de qualidade, num contexto de prática clínica, acreditado enquanto idoneidade formativa.

Em relação à Identificação dos critérios do Referencial de Avaliação existentes e não existentes na Unidade Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde de Monforte, podemos afirmar que foi o objetivo mais interessante de alcançar, embora por outro lado o mais desmotivador. É com base no referencial de avaliação, e no cumprimento ou não dos indicadores, critérios e dimensões, que é efetuado o reconhecimento e acreditada a idoneidade formativa do contexto de prática clínica. Na exploração deste objetivo, chegamos à conclusão que dos dezassete indicadores para o primeiro triénio, a UCSP de Monforte não cumpria em absoluto nove deles.

Um dos requisitos que à partida tínhamos conhecimento de não existir era um programa de melhoria contínua da qualidade, daí este ser um dos nossos objetivos.

A melhoria contínua é um processo de mudança entre uma prática baseada na experiência e uma prática baseada na evidência. Os serviços podem ter e oferecer qualidade desde que conheça bem a sua missão, que saiba quem são os seus clientes e as suas necessidades (Mezomo, 2001). Foi neste sentido que surge o terceiro objetivo específico, a definição de uma área para um programa de melhoria contínua numa área que vá ao encontro dos utentes e das suas necessidades.

## 12.2 – ANÁLISE SOBRE AS INTERVENÇÕES

O referencial de Avaliação de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, para efeitos de acreditação, organiza-se de acordo com o enunciado descritivo da “Organização dos Cuidados de Enfermagem” previsto nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos enfermeiros, conforme disposto no número 2 do artigo 10º do Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (RIFCPC).

Com base neste pressuposto, ao delinear as estratégias para o projeto, foi tido em conta as mais-valias para a unidade funcional, assim como os padrões de qualidade e a organização dos cuidados de enfermagem.

Estando o Modelo de Desenvolvimento Profissional, ainda em fase de desenvolvimento, a metodologia utilizada para delinear estratégias e planear intervenções, foi a análise documental.

De acordo com o projeto de estágio, apresentamos em seguida as estratégias e atividades planeadas e executadas, assim como o período de tempo em que foi realizada cada atividade, tendo como referencia o cronograma efetuado no projeto, em anexo (anexo III). Partindo dos objetivos definidos no projeto será feita uma reflexão sobre a forma como decorreram as atividades durante o período de estágio.

**Objetivo:** Descrever as fases e circuitos do processo de acreditação

**Estratégia:** Programação de momentos de reunião com peritos na área

**Atividades planeadas:**

- ✓ Contacto telefónico com o Enf. Gestor do Modelo de Desenvolvimento Profissional
- ✓ Reunião com o Enfermeiro gestor do MDP
- ✓ Esclarecimento acerca dos Circuitos para a acreditação

**Atividades realizadas:**

Foi realizado um primeiro contacto telefónico com a Ordem dos Enfermeiros e posteriormente com o Enf. Gestor do Modelo de Desenvolvimento Profissional, Enf. Rui Inês, em Abril de 2011, de acordo com o previsto no cronograma. Neste contacto foi exposto o objetivo do estágio e o interesse neste assunto, que dá ênfase à nossa profissão, embora esteja ainda em desenvolvimento.

Foi agendada reunião, também de acordo com o cronograma para a semana seguinte. Nesta reunião foi descrito, em traços gerais, pelo Enf. gestor do MDP, em que se baseia o MDP e os processos e etapas da acreditação.

Sendo uma alteração que a OE se propõe fazer em relação à Certificação de competências e atribuição do título de enfermeiro, e que envolve uma panóplia de requisitos, foram colocadas algumas dúvidas acerca deste processo.

A principal dúvida após leitura dos documentos da OE, Regulamentos, Decretos-Lei e Pareceres, era em relação à definição de prioridades. Numa unidade de saúde que não possui todos os requisitos do referencial de avaliação, a grande dúvida que se nos coloca é: Por onde começar? O que perspectiva a OE neste sentido?

A questão da necessidade de existência de supervisor clínico para a acreditação era também uma grande dúvida, uma vez que também o exercício num contexto acreditado é um dos requisitos para a certificação dos supervisores. A esta questão o Enf. Gestor do MDP respondeu que foram estabelecidas estratégias para que os dois processos se interliguem, em que um acelera o outro.

Apesar dos esforços, algumas questões não foram respondidas, uma vez que a OE, na pessoa do seu gestor para o MDP, não possuía ainda respostas por falta de regulamentação específica. De facto o processo de certificação de supervisores clínicos de PTE estava planeado ser objeto de regulamentação específica em Outubro de 2011, facto que até ao momento não aconteceu.

Contudo, podemos fazer uma avaliação positiva desta atividade.

**Avaliação:**

- ✓ Realização efetiva dos contactos
- ✓ Obtenção de colaboração

Apesar das indefinições de algo que está no início, o Enf. Gestor esclareceu de uma forma simples todo o processo do Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sugeriu ainda que a nível do contexto da prática profissional, tendo em vista a acreditação de idoneidade formativa, o investimento deveria ser nas áreas menos trabalhadas no contexto, como por exemplo os programas de melhoria contínua ou a reestruturação do guia de acolhimento de enfermeiros.

**Objetivo:** Identificar os critérios do Referencial de Avaliação existentes e não existentes na Unidade Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde de Monforte

**Estratégias:**

- ✓ Agendamento de 4 reuniões, de periodicidade mensal, com enfermeira chefe
- ✓ Recolha de informação sobre os Critérios solicitados no Referencial de Avaliação

**Atividades planeadas:**

- ✓ Realização efetiva das reuniões
- ✓ Inventariar os critérios e indicadores já existentes na Unidade de saúde

**Atividades realizadas:**

Foi realizada uma primeira reunião com a Enf. chefe, conforme cronograma, em Março de 2011, na qual foi dado a conhecer mais detalhadamente o projeto, e as atividades planeadas. Foi dada a conhecer a lista com os dezassete indicadores do referencial de avaliação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica. Com base no exposto foi agendada nova reunião para a realização do inventário dos indicadores existentes na UCSP. Parece-nos muito importante a colaboração da chefe nesta listagem, uma vez que parte dos indicadores estão relacionados com a gestão do serviço, papel desempenhado pela Enf. Chefe.

O segundo momento de reunião com a Enf. Chefe foi realizado no final de Abril, duas semanas após o planeado. Foi efetuada listagem em que foram identificados os indicadores presentes no referencial, e os que existiam no serviço.

Dos dezassete indicadores, para o primeiro triénio, existem oito indicadores que estão presentes, de acordo com o referencial, cinco não existem no serviço, três existiam mas com limitações, e dois estavam diretamente ligados com o MDP e existiam dúvidas do que era pedido em concreto no referencial. Esta lista verificada com a colaboração da Enf. Chefe, foi apresentada na reunião com o Enf. Gestor do MDP, duas semanas mais tarde, já referida anteriormente, e encontra-se em anexo (anexo IV).

O terceiro momento de reunião foi em Maio, após a reunião com o Enf. Gestor do MDP, em que foi dado conhecimento do resultado de conversa com o mesmo, relativamente aos indicadores relacionados diretamente com o MDP. Foi apresentada nova listagem dos indicadores, desta feita já com os comentários e esclarecimentos do Enf. Rui Inês, de acordo com o que a OE prevê no MDP, e que anexamos. (anexo V)

Ao contrário do previsto não foi efetuada nova reunião com a Enf. Chefe, não tendo sido esta necessária uma vez que os dados colhidos foram suficientes.

A realização do inventário com os indicadores obrigatórios no referencial de avaliação de idoneidade formativa, para o primeiro triénio, existentes na UCSP de Monforte, era a outra atividade programada. Como já referimos esta foi efetuada em vários momentos e apresentada nas reuniões com a chefia e com o perito na área. Apesar de não cumprir exatamente o cronograma, a elaboração decorreu entre as reuniões e não excedeu o tempo previsto para o efeito.

Ao proceder a esta listagem, percebemos a complexidade do cumprimento de todos os requisitos, contudo pensamos ser possível reunir as condições para posterior candidatura, quando a OE proceder ao início das mesmas.

**Avaliação:**

- ✓ nº de ações realizadas/ nº de ações programadas
- ✓ nº de critérios existentes/ nº de critérios requeridos

Em relação à atividade “realização efetiva das reuniões”, em número de quatro e planeadas mensalmente, verificamos que foi cumprida em 75%.

Não pareceu ser necessário outro momento de reunião, uma vez que estavam agendados outros momentos de reunião, com a direção e com a equipa, em que a Enf. Chefe esteve presente.

No que diz respeito à atividade “Inventariar os critérios e indicadores já existentes na Unidade de saúde”, a avaliação não é tão positiva pois como vimos anteriormente apenas 8 dos indicadores obrigatórios existem, como é pedido no referencial. Assim, temos um cumprimento de 47%.

De referir, no entanto que se contabilizarmos os indicadores que necessitam de atualização, ou existem apenas parcialmente, conseguiríamos uma avaliação positiva superior a 64%.

**Objetivo:** Definir um programa de melhoria contínua da qualidade

**Estratégia:** Agendamento de 2 reuniões com o Responsável da Unidade, com a equipa de enfermagem e com a Enf. Chefe

**Atividades planeadas:**

- ✓ Verificação das atividades e indicadores do Plano de Ação da UCSP
- ✓ Seleção de área para programa de melhoria contínua da qualidade

### **Atividades realizadas:**

Para dar cumprimento a estas atividades, foram agendadas duas reuniões, como previsto, contudo as reuniões previstas tinham como elementos envolvidos o Responsável da UCSP, a Enf. Chefe e a equipa de enfermagem, das duas unidades funcionais (UCSP e UCC), e não foi o que se verificou.

A primeira reunião realizou-se na segunda semana de Abril, de acordo com o cronograma, sendo os intervenientes a equipa de enfermagem que aderiu em pleno. Estavam presentes duas enfermeiras pertencentes à UCC (das quais uma é a Enf. Chefe), e quatro enfermeiros da UCSP, dos quais um transitou entretanto para a UCC.

A estratégia prevista para esta reunião era o “*Focus group*”, para que se estabelecesse uma área onde investir num projeto de melhoria contínua da qualidade. Normalmente, esta técnica é utilizada por grupos de 8 a 12 pessoas, mas neste caso seria um “*mini Focus group*”, que é o nome utilizado para grupos mais pequenos, de 4 ou 5 pessoas. Esta técnica caracteriza-se por discussões de grupo, é uma discussão objetiva, conduzida ou moderada, em que é dado um tópico, direcionando a discussão sobre o tema de uma maneira natural.

O *Focus group* encontra as suas raízes históricas em Robert King Merton, no ano de 1941, mas esta forma de recolha de dados só a partir de 1980 se desenvolveu mais intensamente como estratégia de pesquisa, nomeadamente pelos cientistas sociais (Galego e Gomes, 2005). Cunhas et al (2003) adiantam que estas reuniões permitem recolher um conjunto de informação e conhecimento pertinentes que permitem a resolução de problemas, a tomada de decisão e ainda a implementação dessa decisão.

Uma das desvantagens desta técnica de tomada de decisão em grupo, é quando os grupos são pequenos, apenas uma ou duas pessoas tomarem a palavra (Fern, citado por Santos, 2010). Nesta reunião, apesar das tentativas de condução da discussão, apenas a Enf. chefe e outra colega transmitiram a opinião em relação à área onde investir num programa de melhoria contínua da qualidade.

Ficou decidido que a área onde intervir era no Grupo de Risco dos Diabéticos, relativamente à consulta de enfermagem de diabetes. Existem perto de duzentos utentes diabéticos tipo2 inscritos no centro de saúde. Grande parte destes utentes está já a ser seguido em consulta de enfermagem, nomeadamente em consulta do pé diabético. Contudo, a forma como a consulta é realizada, quer em termos de observação, ensinamentos e de registos, não é uniforme, sentindo-se a necessidade sobretudo na organização dos cuidados de enfermagem e

na obtenção de dados que nos forneçam indicadores, após o registo nos Sistemas de Informação (SI). Com a implementação deste programa procuramos a prossecução de objetivos de gestão da qualidade tais como a satisfação do utente e a motivação dos profissionais (Madeira e Galego, 1994), assim como a promoção de cuidados de enfermagem com qualidade.

Aquando do início do programa de melhoria contínua da qualidade utilizaremos, para a obtenção de dados e resultados, os Sistemas de Informação que a ULSNA dispõe nomeadamente o SAPE, SAM, SINUS e SONHO, podendo alguns, pelo conhecimento que dispomos, não dar resposta cabalmente aos indicadores que pretendemos.

A segunda reunião planeada realizou-se em Maio, com a presença do responsável da UCSP. O objetivo desta reunião era a discussão acerca dos indicadores e plano de ação da UCSP. Contudo, o momento de discussão não aconteceu, no entanto foi-nos facultado o plano de ação que havia sido realizado exatamente um mês antes. O documento peca pela falta de dados pela enfermagem, o que em termos de dados e indicadores não facilita para o cumprimento deste objetivo.

**Avaliação:**

✓ n° de reuniões realizadas/ n° de reuniões programadas

Para esta estratégia podemos referir que a avaliação foi bastante positiva, 100%, uma vez que as atividades foram realizadas como planeado, em duas reuniões.

No que diz respeito à programação, foi atingido o objetivo a que nos propusemos. Mas importa referir que em relação à estratégia ocorreram falhas, quer pelo método quer pela disponibilidade dos elementos envolvidos. Os momentos de reunião com a chefia de enfermagem e com o responsável da UCSP seriam uma mais-valia se fossem em conjunto. A decisão em relação à área de intervenção num programa de melhoria contínua deve ser tomada com base nos indicadores respeitantes à enfermagem, e integrados no plano de ação da UCSP.

A indisponibilidade do responsável pela unidade, foi limitador, ainda que não tenha sido impeditivo de que o objetivo fosse alcançado.

**Objetivo:** Avaliar a relação entre as atividades planeadas e as atividades realizadas

**Estratégia:** Definição de momentos intermédios de análise de resultados

**Atividades:**

- ✓ Períodos de avaliação mensal, de cada atividade
- ✓ Registos da evolução das atividades

Esta estratégia tinha como objetivo uma avaliação do cumprimento do projeto de estágio, de forma a alterar formas de agir, de acordo com o desenrolar das atividades a que nos propusemos. No decorrer do estágio, foram necessárias medidas alternativas/corretivas, como alterar datas, intervenientes nas reuniões informativas e de tomada de decisão.

Para cada atividade realizada foi realizado um registo, tipo notas de campo, para que não houvesse omissão de factos, datas e dados importantes.

As atividades decorreram regularmente, sem alterar o funcionamento do serviço. A principal metodologia utilizada foi a consulta bibliográfica, leitura de documentos e o diálogo com o perito nesta área e os responsáveis do serviço, principalmente da área de enfermagem.

**Avaliação:** A avaliação programada para esta estratégia está relacionada com a realização das atividades planeadas.

Podemos concluir que o projeto foi cumprido, apenas não foi realizado um momento de reunião previsto. É importante referir que existiram alguns momentos de reunião informais com esclarecimentos de dúvidas quer com a chefia quer com os colegas do serviço.

Para além dos contactos, já referidos, com o Enf. Gestor do MDP, houve um primeiro contacto telefónico, no início do estágio, em que muito sumariamente, o Enf. desenhou um esboço do MDP.

Por todo o exposto consideramos que as estratégias e atividades foram adequadas, os objetivos foram alcançados, e fazemos uma avaliação positiva, apesar dos constrangimentos.

### 12.3 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

Durante a descrição das atividades, foi feita referência ao cronograma efetuado no projeto de estágio. Apresentamos agora um cronograma detalhado com cada uma das atividades, com a data em que estava prevista e o momento da realização, assim como a avaliação de cada estratégia definida.

No decorrer do estágio foi sendo feita a avaliação de cada uma das atividades e de que

forma estariam a ser atingidos os objetivos, resultados que apresentamos no cronograma. Desta avaliação intermédia foram surgindo pequenas alterações nas datas em que foram realizadas as atividades, para que estas fossem efetivamente realizadas.

**Quadro 2 - Cronograma de Atividades Planeadas e Realizadas**

Estratégias	Meses	Março			Abril				Maio				Junho	Avaliação da Estratégia
	Atividades	Semanas			Semanas				Semanas				Semana	
		1ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	
Programação de momentos de reunião com peritos na área.	Contacto telefónico com a OE	■	■											- Realização efetiva dos contactos  - Obtenção de colaboração
	Contacto telefónico Enf. Gestor do MDP							■						
	Reunião com Enf. Gestor do MDP e Esclarecimento circuitos Acreditação								■					
Realização de 4 Reuniões mensais com Enf. Chefe do Centro de Saúde de Monforte	1º Momento de reunião	■												Nº ações realizadas/nº ações programadas  75%
	2º Momento de reunião	■				■								
	3º Momento de reunião								■	■				
	4º Momento de reunião												■	
Recolha de informação sobre Critérios do referencial	Inventariar os Indicadores existentes na Unidade de Saúde		■	■	■	■		■	■	■				Nº de critérios existentes/ nº critérios requeridos 47%
Realização de 2 Reuniões com a Equipa, Chefia e Diretor do Centro de Saúde	Verificação das atividades e indicadores do Plano de Ação da UCSP					■						■	■	Nº de reuniões realizadas/ nº de reuniões programadas 100%
	Seleção de área para programa de melhoria contínua da qualidade					■	■	■	■	■				

Legenda: Atividades Programadas ■ Atividades realizadas ■

### **13 – REFLEXÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS**

O Modelo de Desenvolvimento Profissional é uma realidade futura. Contudo, alberga ainda muita incerteza. Está assente em dois pilares fundamentais, como a OE define, que são a Certificação de competências e o Sistema de individualização de especialidades. Este último permite individualizar as diferentes áreas de especialidade, que leva à construção de referenciais de competências do enfermeiro especialista, e especificamente de acordo com a sua especialidade, e que permitem a regulação da prática especializada e atribuição do título de especialista. O sistema de Certificação de competência está relacionado com o processo da atribuição do título de enfermeiro e de enfermeiro especialista. Ao atribuir um título, a OE está a fazer o reconhecimento das competências para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

O MDP preconiza o fim da entrega de títulos de forma burocrática, e defende um período de Prática Tutelada em Enfermagem, remunerado, aos enfermeiros que possuam o grau de Licenciado, atribuído pelas escolas. Este período de PTE deverá ser realizado em contextos de prática clínica reconhecidos como Idoneidades formativas, e num processo de Supervisão clínica.

A UCSP de Monforte, desde sempre, tem colaborado com a Escola Superior de Saúde de Portalegre no acompanhamento e orientação de estudantes em ensino clínico. Considerando como condição, para a obtenção do título de enfermeiro, a obrigatoriedade de realização de um período de prática tutelada, pensamos que é prioritário criar condições para receber os recém-licenciados, tal qual como recebemos os estudantes de enfermagem.

Pela necessidade de orientação por um supervisor clínico, e tendo em conta que a OE ainda não iniciou o processo de certificação, consideramos ser muito relevante que os enfermeiros interessados procurem formação nessa área junto das escolas.

A Comissão de Formação da OE, no parecer em relação à formação de supervisores clínicos em prática tutelada em enfermagem, considera para efeitos de seleção dos candidatos a SC que deverá ser valorizada a formação no campo da Andragogia e em supervisão, assim

como a experiência de formador de adultos e de supervisor. De entre os cursos ou formações a serem valorizados neste processo estão por exemplo unidades curriculares de formação em licenciaturas, pós-graduações e mestrados, e ainda cursos de formação para formadores e doutoramentos em ciências da educação (OE, 2010).

A Escola Superior de Saúde de Portalegre oferece Pós-graduação em Supervisão Clínica, cujos conteúdos vão ao encontro do que a OE valoriza em termos de formação, como por exemplo os que dizem respeito a supervisão clínica e relações interpessoais (ESSP, 2011).

Com base no exposto, entendemos como uma mais-valia a realização deste curso ou similares, tendo em vista a certificação de competências de Supervisor Clínico. Acreditamos ser este o próximo passo a dar, uma vez que se pretendia iniciar o processo de candidatura a SC e que só não aconteceu por falta de legislação específica, motivo pelo qual a OE não abriu ainda as candidaturas.

A Comissão de Formação criou em 2010 um Inventário das Prioridades de Formação em Enfermagem (OE, 2010), em que recomenda oito áreas de formação prioritárias, das quais as primeiras cinco estão diretamente relacionadas com a temática deste trabalho e que são, por ordem de prioridades:

- Modelo de Desenvolvimento Profissional
- Domínio Ético-Deontológico
- Enquadramento Conceptual dos Cuidados de Enfermagem
- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
- Sistemas de Informação em Enfermagem
- Desenvolvimento de Competências Profissionais do Enfermeiro
- Família e Ciclo de Vida
- Gestão Integrada de Processos de Saúde/Doença
- Incertezas Sociais

No mesmo ano, dois meses antes, foi proposta pela Comissão de Formação (OE, 2010), e de acordo com o disposto na alínea c do n.º 4 do art.º 30º do Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, uma lista com dez Áreas Prioritárias de Investigação em Enfermagem das quais destacamos “A qualidade dos cuidados de enfermagem – projetos, indicadores e critérios” e “Processo e estratégias de desenvolvimento e certificação de competências”, pelo relacionamento com o âmbito e teor deste trabalho.

No que respeita à qualidade dos cuidados de enfermagem, o destaque é porque este é o

desígnio fundamental da OE, e está patente nos padrões de qualidade, nomeadamente no enunciado descritivo “A organização dos cuidados de enfermagem”, que serviu de base para as dimensões do Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica.

A outra área, ou seja, o processo e estratégias de desenvolvimento e certificação de competências, porque o Modelo de Desenvolvimento Profissional e a certificação de competências que lhe está associada, são o motor deste estágio e do relatório que se apresenta.

## **14 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS**

Competência, não é um estado ou um conhecimento que se tem, nem sequer resultado de treino. Competência é colocar em prática o que se sabe, num determinado contexto (Le Boterf, citado por Ruthes e Cunha, 2008).

Neste trabalho, e de acordo com o autor, tencionámos mobilizar e por em pratica os conhecimentos, e aperfeiçoar, mobilizar e adquirir competências, conforme o esperado nesta etapa, e das quais fazemos em seguida uma análise e reflexão.

Um dos objetivos traçados no projeto de estágio era *“Delinear estratégias que engrandecem a organização e a qualidade dos cuidados de enfermagem”*. Se tivermos como base os Padrões de Qualidade da OE, nomeadamente o 6º enunciado descritivo – A organização dos cuidados de enfermagem – entendemos que o tema central, deste estágio e relatório, gira em torno da qualidade dos cuidados prestados. O Referencial de Acreditação de Idoneidade Formativa dos Contextos dá-nos como indicadores obrigatórios os referidos como elementos importantes, para a excelência dos cuidados de enfermagem, descritos nos Padrões de Qualidade da OE (OE, 2001).

No que diz respeito à qualidade, esta está incluída no Domínio da Melhoria da Qualidade, definida nas competências do Enfermeiro Especialista, em que o Enf.º *“desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”* (OE, regulamento nº122/2011). Esta competência está descrita no regulamento como colaboração na conceção e concretização, por parte do Enf.º, de projetos na área da qualidade e o seu desenvolvimento até ao nível operacional. Mais especificamente o enfermeiro participa na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Na prossecução desta competência, procurámos utilizar e relacionar os desenvolvimentos recentes, especificamente na área dos cuidados de enfermagem e da qualidade.

Desta forma mobilizamos a competência definida na Unidade Curricular Estágio e Relatório, deste curso de Mestrado, *“é capaz de encontrar as ligações existentes entre os*

*desenvolvimentos mais recentes na área científica ... e do campo profissional”.*

Uma outra característica/competência a adquirir no final do mestrado é que o mestrando deverá deter “*espírito de abertura a novas perspectivas de solução, e capacidade para encorajar o surgimento de novas soluções, utilizando os conhecimentos, competências e capacidades de outros, criando um clima que favoreça a sua contribuição para a solução dos problemas*”. Parece-nos ser a competência que melhor traduz o nosso trabalho, uma vez que com o olhar no futuro, vemos o MDP como uma nova perspectiva de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem. De facto o Conselho de Enfermagem, na voz da sua coordenadora, na III Conferencia de Regulação do CE (2011), refere que governação clínica em enfermagem é, segundo o *Royal College of Nursing*, um processo que visa a melhoria contínua da qualidade e a garantia de elevados padrões de qualidade. Na mesma conferência referiu ainda, para a garantia da qualidade, a importância do enquadramento da prestação dos cuidados e a regulação da profissão, de modo a defender a eficiência e eficácia dos cuidados prestados. Assim, e munidos dos conhecimentos transmitidos pelos peritos, e dos documentos produzidos pela ordem, mobilizamos as competências no sentido de agilizar o serviço, no sentido da acreditação do contexto para a prática tutelada em enfermagem. No que concerne às competências do enfermeiro especialista nomeadamente ao domínio da gestão dos cuidados, podemos dizer que foi mobilizada a competência de adoção da “liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto” tendo em vista a qualidade dos cuidados.

Podemos também relacionar a capacidade de “*interesse na troca de experiências e vontade de identificar as causas dos problemas para procurar possíveis soluções*”, inscrita, como competência, na unidade curricular do mestrado, com a competência do Enf. especialista “*concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade*” (OE, regulamento nº122/2011). É um facto que não foi ainda concebido, mas foram auscultados os colegas, e pela troca de ideias foi escolhido a área para um programa de melhoria contínua, estando este planeado para um futuro a curto prazo.

## CONCLUSÃO

Assumindo que a qualidade dos cuidados é desígnio fundamental (OE, 2011) e a Acreditação de Idoneidade Formativa do Contexto de Prática Clínica assenta sobre os fundamentos da melhoria contínua da qualidade na organização dos serviços, acreditamos que este trabalho possa ser um contributo para os que queiram investir no serviço, enquanto promotores da qualidade dos cuidados prestados.

O processo da certificação de competências será uma realidade, e com ele os períodos de EPT e DPT a serem realizados num contexto acreditado enquanto a Idoneidade Formativa. Durante o estágio, procurámos perceber a estrutura, circuitos, processos e instrumentos para o Sistema de Certificação de Competências, integrada no Modelo de Desenvolvimento Profissional.

De acordo com os documentos e regulamentos já efetivados pela OE, procurou-se perceber quais as condições da UCSP de Monforte, para a candidatura à acreditação do contexto. A obtenção de certificados de acreditação por qualquer serviço de saúde, não garante a entrega de produtos ou serviços com qualidade, mas afirma que existem nesse serviço estrutura e funções dedicadas à busca da qualidade (Couto, R.; Pedrosa, T., 2003). Foi neste propósito que este trabalho foi desenvolvido, a criação de condições de uma estrutura/contexto de prática clínica capaz de promover e oferecer cuidados com qualidade.

No final do estágio, e deste relatório, podemos concluir que a UCSP de Monforte detém condições para a acreditação, mas verificam-se ainda áreas a ser trabalhadas, como referimos anteriormente e podemos verificar no anexo B, as quais pensamos ser as áreas de intervenção para responder a este desiderato.

Em relação à supervisão clínica, concluímos que será uma mais-valia na construção profissional dos enfermeiros, uma vez será executada de acordo com um modelo estabelecido pela OE. Contudo, pensamos que seria preferível se esse modelo estivesse já criado e as candidaturas abertas, tornando mais célere este que nos parece ser um processo moroso, uma vez que serão necessários enfermeiros com certificado de competências, enquanto supervisor clínico, para a certificação de competências que dará o título de enfermeiro aos licenciados

em enfermagem.

No que diz respeito à qualidade dos cuidados de enfermagem, parece-nos fundamental que se consiga obter indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim pensamos que a criação de um projeto de melhoria contínua é indispensável, quer para a eficácia, quer para a qualidade dos cuidados prestados. No entanto, para que possamos obter os indicadores, necessitamos de sistemas de informação eficazes, o que no caso do que existe na unidade, o SAPE, não acontece, pois existem falhas na parametrização.

Consideramos que estas conclusões e reflexões atrás descritas fazem parte do trajeto a fazer, certos que muito caminho há ainda para percorrer, pensando que o MDP venha a acontecer num futuro próximo.

## BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ª edição). Coimbra: Livraria Almedina.
- American Psychological Association [APA] (2001). *Manual de publicação da American Psychological Association* (4ª edição). Porto alegre: Artmed Editora.
- Carapeto, C. & Fonseca, F. (2006). *Administração Publica: modernização, qualidade e inovação* (2ª edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos. Perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência
- Carvalho, A. (2004). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso da licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Carvalho, A. (2005). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Cavaco, C. (2007). Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências: Complexidade e novas actividades profissionais. In *Revista de Ciências de Educação, nº2*, 21-34. Acedido em Janeiro de 2012 em <http://sisifo.fpce.ul.pt>
- Collière, M. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros Portugueses.
- Couto, R. & Pedrosa, T. (2003). *Hospital - Gestão Operacional e Sistemas de Garantia da Qualidade, viabilizando a sobrevivência*. Rio de Janeiro: Medsi, Editora Médica e Científica.
- Cunha, M.; Rego, A. & Cabral, C. (2003). *Manual de comportamento organizacional e gestão* (5ª edição). Lisboa: Editora RH
- Donabedian, A. (1997, Novembro). The Quality of Care: How can it be assessed? In *Archives*

*of Pathology & Laboratory Medicine*, 121 (11), 1145-1150. (Original publicado em Setembro de 1988). Acedido em 12 de Março de 2012 em

[http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The\\_Quality\\_Care\\_How\\_Can\\_it\\_Be\\_Acessed\\_-\\_Donabedian.pdf](http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The_Quality_Care_How_Can_it_Be_Acessed_-_Donabedian.pdf)

Escola Superior de Saúde de Portalegre (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Manuscrito não publicado. Instituto Politécnico, Escola Superior de Saúde, Portalegre.

Escola Superior de Saúde de Portalegre (2011). *Curso de Pós-Graduação em Supervisão Clínica – Plano de estudos*. Portalegre. Instituto Politécnico, Escola Superior de Saúde, Portalegre.

Ferreira, P. (1991, Outubro). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 33, 93-112.

Galego, C. & Gomes, A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group como instrumento de investigação. In *Revista Lusófona de Educação*, nº 5, 173-184. Acedido em 3 de Março de 2011 em:

<http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/1012/832>

Garrido, A. & Simões, J. (2007, Fevereiro). Supervisão de alunos e ensino clínico: uma reflexão. *Nursing*, 218 (A. 17), 7-11.

Garrido, A.; Simões, J. & Pires, R. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

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

Hogg, W. (2011). Quality informatics. Acedido em 27 de Fevereiro de 2012 em:

<http://clinfowiki.org/wiki/index.php>

Horta, W. (1979). *Processo de enfermagem*. S.Paulo: EPU

Henderson, V. (1964). The Nature of Nursing. In *The American Journal of Nursing*, 8 (vol. 64). Acedido em 12 de Fevereiro de 2012 em:

<http://www.jstor.org/pss/3419278>.

- Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar* (2ª edição). Lisboa: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem, pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Jesus, E. (2006). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. Coimbra: Formasau
- Lopes, M. (1998). Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Socio - Moral. Alguns Dados e Implicações. *Revista Análise Psicológica*, 4 (XVI), 655-665.
- Madeira, M. & Galego, J. (1994). *Indicadores e Padrões de Qualidade*. Lisboa: Secretariado para a Modernização Administrativa.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios básicos*. São Paulo: Editora
- Ministério da Saúde (1996). Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série A, nº 205, 2959-2962
- Ministério da Saúde (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro: Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 38, 1182-1189
- Ministério da Saúde (2009). Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro: Primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 180, 6528-6550
- Ministério da Saúde (2009). Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro: Regime legal da carreira de Enfermagem. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 184, 6758-6761
- Ministério da Saúde (2009). Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro: Regime da carreira especial de Enfermagem e requisitos de habilitação profissional. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 184, 6761-6765
- Ministério da Saúde (2011). Regulamento n.º 167/2011 de 8 de Março: Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. *Diário de República*, 2.ª série, n.º 47, 11114-11123
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro, Enfermagem em Portugal*. Lisboa: Lusodidacta.
- Nunes, L. (2011, Setembro). Estruturantes, contextos e condições do exercício profissional.

*Revista da Ordem dos Enfermeiros*, n.º 38, 21-27. III Conferência de Regulação do Conselho de Enfermagem, Lisboa.

Ordem das Enfermeiras e Enfermeiros do Québec (1988). *Normas e critérios de competência dos enfermeiros e enfermeiras em saúde comunitária do Québec*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros da Zona Sul e Região Autónoma dos Açores, (Cadernos de Divulgação N.º 2)

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem.

Ordem Enfermeiros. (2010). *Inventário das Prioridades de Formação em Enfermagem. Conselho de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Comissão de Formação.

Ordem dos Enfermeiros, (2010). *Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem e Relatório Bienal*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. Comissão de formação.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional – Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Caderno Temático: Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da Republica*, 2.ª série, n.º35, 8648-8653

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 165/2011 de 8 de Março: Regulamento do Aconselhamento Ético e Deontológico no âmbito do Dever de Sigilo. *Diário da Republica*, 2.ª serie, n.º47, 11112-11113.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 167/2011 de 8 de Março: Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica. *Diário da Republica*, 2.ª

serie, nº47, 11114-11123.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.

Presidência do Conselho de Ministros (1997). Portaria nº 782/97 de 29 Agosto. *Diário da Republica*, 1.ª Série B, nº 199, 4520-4524.

Pisco, Luís (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. Avaliação da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Publica, Volume temático 2*, 43-51.

Pisco, L. (2009, Dezembro). 2010 – Ano de consolidação da reforma dos cuidados de saúde primários. *Revista Missão dos Cuidados de Saúde Primários*, 4-6.

Portal do Instituto Nacional de Estatística. Acedido 12 de Janeiro de 2011 em <http://www.ine.pt>

Roemer, M. & Motoya- Aguilar, C. (1991). *Garantia e Avaliação da Qualidade em Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

Ruthes, R. & Cunha, I. (2008, Janeiro-Feveireiro). Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. In *Revista Brasileira de Enfermagem*. 61, 109-112. Acedido a 16 de Feveireiro de 2012 em <http://www.scielo.br>

Santos, J. (2010). *A utilização de grupos focais na planificação da formação interna numa Câmara Municipal*. Dissertação de mestrado em gestão de recursos humanos, Universidade do Minho. Acedido em 12 de Abril de 2012 em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt>

Simões, J. (2007, Julho-Dezembro). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Enfermagem*, nº47/48 (II Série), 91-108.

Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League of Nursing.

## **ANEXOS**

**Anexo I – Competências no domínio da Supervisão Clínica**

**DOMÍNIO: Supervisão Clínica**

**COMPETÊNCIAS**

**SC1. Proporciona Aprendizagens e Promove o Desenvolvimento do Supervisado;**

**SC2. Garante uma indução e/ou transição socioprofissional segura e a qualidade dos cuidados de Enfermagem Prestados em EPT e DPT;**

**SC3. Promove uma relação de colaboração e de suporte ao supervisado.**

**Competência**

**SC1. Proporciona Aprendizagens e Promove o Desenvolvimento do Supervisado**

**Descritivo**

Demonstra, enquanto supervisor, ser agente facilitador de aprendizagens e promotor de percursos formativos pertinentes no quadro regulador da profissão. Partindo da praxis profissional do supervisado, promove o seu desenvolvimento pessoal e profissional e aprende na análise e reflexão que faz e na relação de supervisão que estabelece.

**Unidades de Competência**

**SC1.1.** Reconhece e age em função da centralidade do papel do supervisado;

**SC1.2.** Selecciona e adequa as melhores estratégias e estilo de supervisão a cada situação particular;

**SC1.3.** Acompanha e problematiza a prática profissional do supervisado criando oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento do programa formativo.

**Critérios de Avaliação**

**SC1.1.1.** Conhece o supervisado e o seu projecto de aprendizagem;

**SC1.1.2.** Envolve e compromete o supervisado como principal agente do seu próprio processo de aprendizagem e desenvolvimento;

**SC1.1.3.** Age, em função do percurso e das necessidades de aprendizagem do supervisado;

**SC1.1.4.** É empático e sensível à problemática do supervisado;

**SC1.1.5.** Considera o universo simbólico do supervisado e as suas idiossincrasias;

**SC1.2.1.** Conhece o processo, as estratégias e os instrumentos a utilizar na supervisão clínica;

**SC1.2.2.** É flexível, na gestão das situações tendo por referências o projecto de aprendizagem do supervisado e os instrumentos reguladores da profissão;

**SC1.3.1.** Mobiliza os recursos locais para proporcionar experiências de aprendizagem pertinentes e adequadas ao projecto do supervisado;

**SC1.3.2.** Apreende e interpreta os fenómenos na sua complexidade;

**SC1.3.3.** Tem sensibilidade para se

Janeiro de 2010

aperceber dos problemas e das suas causas;  
**SC1.3.4.** Analisa as questões de forma aprofundada e abrangente;  
**SC1.3.5.** Analisa, dissecar e conceptualiza os problemas e hierarquiza as causas que lhe deram origem;  
**SC1.3.6.** Ajuda a interpretar os fenómenos à luz dos instrumentos reguladores e conceptuais da profissão;  
**SC1.3.7.** Promove uma mudança positiva, monitorizando, recomendando, desafiando, pesquisando e desenvolvendo o espírito crítico do supervisionado;  
**SC1.3.8.** Identifica e transmite os saberes tidos por fundamentais para o supervisionado desenvolver competências de acordo com o seu projecto;  
**SC1.3.9.** Orienta e apoia o supervisionado na pesquisa autónoma, no aprofundamento dos conhecimentos e no aproveitamento de casos tipo.

**Competência**

**SC2. Garante uma indução e/ou transição socioprofissional segura e a qualidade dos cuidados de Enfermagem Prestados em EPT e DPT**

**Descritivo**

Demonstra sentido de responsabilidade no acompanhamento dos processos de indução profissional e/ou assunção de novos papéis profissionais do supervisionado, salvaguardando e garantindo uma prática profissional segura e a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

**Unidades de Competência**

**SC1.2.** Enquadra o exercício profissional do supervisionado nos referenciais da profissão;

**SC2.1.** Garante uma autonomização gradual e segura do supervisionado assistindo-o nesse processo.

**Crítérios de Avaliação**

**SC2.1.1.** Orienta o supervisionado na adequação do seu projecto de aprendizagem aos referenciais da profissão;

**SC2.1.2.** Acompanha e problematiza o exercício profissional do supervisionado à luz do enquadramento profissional;

**SC2.2.1.** Constitui-se referência e medeia a integração do supervisionado na equipa multidisciplinar e na assunção do seu novo papel profissional;

**SC2.2.2.** Reconhece, a cada momento, o nível de desenvolvimento profissional do supervisionado;

**SC2.2.3.** Discute e adequa com o supervisionado, na medida do seu desenvolvimento, as melhores estratégias, o ritmo e a forma de assunção gradual de autonomia na tomada de decisão e no

Janeiro de 2010

**Anexo II – Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica: Progressividade por Triénios**

Apêndice III - Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica: Progressividade por Triênios

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

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

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

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

CRITÉRIOS	INDICADORES - 1º TRIÉNIO			INDICADORES - 2º TRIÉNIO			INDICADORES - 3º TRIÉNIO			
	Obrigatórios	Excelência	Excelência	Obrigatórios	Excelência	Excelência	Obrigatórios	Excelência	Excelência	
<p><b>Dimensão 2 - Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros</b></p> <p>2.1. Existência de dispositivos que permitam a implementação e monitorização dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem</p> <p>2.2. A existência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correcção dos desvios, caso se verifiquem</p>	<p>2.1.1. Formação realizada a pelo menos 10% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.</p> <p>2.1.2. Evidência de designação de elemento dinamizador dos PQCE.</p>	<p>2.1.1. Formação realizada a pelo menos 20% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;</p> <p>2.1.2. Evidência de designação de elemento dinamizador dos PQCE.</p>	<p>2.1.1. Formação realizada a pelo menos 50% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;</p> <p>2.1.3. Pelo menos um projecto de melhoria dos cuidados de Enfermagem em planeamento.</p>	<p>2.1.1. Formação realizada a pelo menos 20% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;</p> <p>2.1.2. Evidência de designação de elemento dinamizador dos PQCE.</p>	<p>2.1.1. Formação realizada a pelo menos 60% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;</p> <p>2.1.3. Pelo menos um projecto de melhoria dos cuidados de Enfermagem em planeamento.</p>	<p>2.1.1. Formação realizada a pelo menos 60% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;</p> <p>2.1.2. Evidência de designação de elemento dinamizador dos PQCE;</p> <p>2.1.3. Pelo menos um projecto de melhoria dos cuidados de Enfermagem em planeamento.</p>	<p>2.1.1. Formação realizada a pelo menos 75% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;</p> <p>2.1.3. Em curso, pelo menos um projecto de melhoria dos cuidados de Enfermagem.</p>	<p>2.2.1. Existência de sistemas de registo de eventos-sentinelá.</p> <p>2.2.3. Existência de um responsável pela gestão do risco no contexto.</p>	<p>2.2.1. Existência de sistemas de registo de eventos-sentinelá;</p> <p>2.2.2. Existência de sistemas de avaliação da qualidade Institucional;</p> <p>2.2.3. Existência de um responsável pela gestão do risco no contexto.</p>	<p>2.2.1. Existência de sistemas de avaliação da qualidade Institucional (Normas ISO; Joint Commission; King's Fund);</p> <p>2.2.2. Existência de sistemas de avaliação da qualidade Institucional;</p> <p>2.2.3. Existência de um responsável pela gestão do risco no contexto.</p> <p>2.2.4. Evidência de proactividade na gestão das reclamações associadas aos cuidados de Enfermagem.</p>

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

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

Apêndice III - Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica: Progressividade por Triênios

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

Apêndice III - Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica: Progressividade por Triênios

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

Apêndice III - Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica: Progressividade por Triênios

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

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

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

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

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

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

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

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

**ANEXO III – Cronograma do Projeto de estágio**

Cronograma

Meses	Março				Abril				Maio				Junho			
Atividades	Semanas				Semanas				Semanas				Semanas			
	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
Contactos com Enf. Gestor do Modelo de Desenvolvimento Profissional da OE																
Reunião com Enf. Chefe do Centro de Saúde de Monforte																
Inventariar os critérios existentes no CS																
Reuniões com a Equipa, Chefia e Diretor do Centro de Saúde																
Seleção de área para programa de melhoria contínua da qualidade																
Avaliação																

**Anexo IV – Listagem dos Indicadores Obrigatórios**

<b>Indicadores Obrigatórios</b>	<b>Indicadores Existentes na UCSP</b>
Que exista um quadro de referencia que considere o REPE	De acordo com o REPE e com Código Deontológico, mas nada escrito
Que o quadro de referencias plasme o Código Deontológico dos Enfermeiros	
Participação informal dos enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de atividades	Tem sido sempre feito o Plano de ação, exceto este ano, contudo existe uma participação informal no plano
Formação realizada a pelo menos 10% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	50% dos enfermeiros têm formação relativa aos padrões de qualidade
Existência se sistemas de registo de eventos-sentinela	A esclarecer com Enf.º gestor do MDP no próximo contacto
Evidência da avaliação da qualidade dos produtos	
Sistema de informação - Que incorpore entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente	Existência de Sistema de Informação SAPE, com linguagem classificada CIPE, desde Janeiro de 2010
Estabelecida forma de avaliação da satisfação dos enfermeiros	Anualmente questionário pela ULSNA, através de aplicação e avaliação por empresa externa
Utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem, especificamente cálculos de dotação de pessoal	Não existe nos cuidados de saúde primários, é utilizada em hospitalares. Existe fórmula para cálculo de horas extra, não de dotação de pessoal
Existência de um modelo de organização de escalas de trabalho que cumpra as disposições legais	Horários e planos de acordo com o previsto na lei e autorizados pela direção de enfermagem
Ter pelo menos 2 supervisores clínicos certificados pela Ordem dos Enfermeiros	Não existem
Respeito pelo rácio supervisando-número de enfermeiros do Contexto de Prática Clínica	Nº de enfermeiros suficiente ???
Existência de enfermeiro responsável pela coordenação da Formação em Serviço	Sim
Existência de um Plano Anual de Formação que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos enfermeiros	Sim
Existência de Relatório de formação, que contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados	Sim
Existência de Planos de Integração de Enfermeiros no Serviço	Existe, mas desatualizado
Evidência de metodologias de organização de cuidados de enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, tais como: metodologias de implementação; guias orientadores de boas práticas; procedimentos; normas	Estão a ser criados na ULSNA guias orientadores de boas práticas. Existem algumas normas
Que o método de organização do trabalho permita a proximidade e a relação de cooperação entre supervisor e supervisando	???

**Anexo V – Listagem dos Indicadores Obrigatórios, após Reunião com Enf.º Gestor do MDP**

<b>Indicadores Obrigatórios</b>	<b>Indicadores Existentes na UCSP</b>
Que exista um quadro de referencia que considere o REPE	Escrever o que fazemos de acordo com o REPE e o Código Deontológico.
Que o quadro de referencias plasme o Código Deontológico dos Enfermeiros	
Participação informal dos enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de atividades	Tem sido sempre feito o Plano de ação, exceto este ano, contudo existe uma participação informal no plano
Formação realizada a pelo menos 10% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	50% dos enfermeiros têm formação relativa aos padrões de qualidade
Existência se sistemas de registo de eventos-sentinela	Registo de incidentes – críticos
Evidência da avaliação da qualidade dos produtos	Cumprimento de todos os elementos da qualidade na compra
Sistema de informação - Que incorpore entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente	Existência de Sistema de Informação SAPE, com linguagem classificada CIPE, desde Janeiro de 2010
Estabelecida forma de avaliação da satisfação dos enfermeiros	Anualmente questionário pela ULSNA, através de aplicação e avaliação por empresa externa
Utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem, especificamente cálculos de dotação de pessoal	Existe fórmula para cálculo de horas extra, não de dotação de pessoal. As dotações seguras estão a ser definidas pela OE.
Existência de um modelo de organização de escalas de trabalho que cumpra as disposições legais	Horários e planos de acordo com o previsto na lei e autorizados pela direção de enfermagem
Ter pelo menos 2 supervisores clínicos certificados pela Ordem dos Enfermeiros	Estabelecidas estratégias pela OE para que os dois processos se interliguem, em que um acelera o outro. Aguarde legislação específica
Respeito pelo rácio supervisionando-número de enfermeiros do Contexto de Prática Clínica	Ratio a definir pela OE
Existência de enfermeiro responsável pela coordenação da Formação em Serviço	Sim
Existência de um Plano Anual de Formação que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos enfermeiros	Sim
Existência de Relatório de formação, que contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados	Sim
Existência de Planos de Integração de Enfermeiros no Serviço	Existe, mas desatualizado. A fazer.
Evidência de metodologias de organização de cuidados de enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, tais como: metodologias de implementação; guias orientadores de boas práticas; procedimentos; normas	Estão a ser criados na ULSNA guias orientadores de boas práticas. Existem algumas normas. A OE tem estado a trabalhar com unidades de saúde nos padrões de qualidade.

Que o método de organização do trabalho permita a proximidade e a relação de cooperação entre supervisor e supervisando

Organização do trabalho de acordo com o Modelo de Supervisão. Tem a ver com a organização formativa, normativa.