



LIVRO DO I CONGRESSO

GESTÃO EM ENFERMAGEM

Percursos e Desafios

Lucília Nunes, Ana Filipa Poeira, Edgar Canais
(Coordenação)

Ficha técnica

Coordenação do eBook

Lucília Nunes, Ana Filipa Poeira, Edgar Canais

Comissão Organizadora do I Congresso de Gestão em Enfermagem

Ana Filipa Poeira, Ana Paula Gato, Edgar Canais, Lucília Nunes

Estudantes da 1ª edição da Pós-Graduação em Gestão em Saúde e Enfermagem

Comissão Científica do I Congresso de Gestão em Enfermagem

Ana Filipa Poeira (ESS|IPS e NURSE'IN)

Armandina Antunes (ESS|IPS)

Edgar Canais (ESS|IPS e NURSE'IN)

Joaquim Silva Ribeiro (ESCE|IPS)

Marco Aurélio Constantino (ESS|IPS)

Mariana Pereira (ESS|IPS e CIIAS)

Sandrina B. Moreira (ESCE|IPS, CICE e BRU-IUL)

Ana Paula Gato (ESS|IPS e CIDEHUS)

Boguslaw Sardinha (ESCE|IPS e CICE)

Hugo Franco (ESS|IPS e NURSE'IN)

Lucília Nunes (ESS|IPS e NURSE'IN)

Luísa Cagica Carvalho (ESCE|IPS)

Rui Inês (ESS|IPS e NURSE'IN)

Tatiana Alves (ESS|IPS)

Participantes no eBook

Mesa de abertura

António Manuel Marques

Lucília Nunes

Painel I

Ana Paula Gato

Victor Ramos

Nelson Guerra

Lucília Nunes

Painel II

Ana Filipa Poeira

Eduardo Costa

Sandrina Moreira

Forum I

Edgar Canais

Armandina Antunes

Ana Filipa Poeira

Hugo Franco

Marta Pereira

Ana Sofia Marquês

Maria Gabriela Santos

Maria da Luz Pereira

Patrícia Duarte

Deolinda Caxaria

Ana Susete Simões

Helena Lança Dias

Rosa Santiago

Cláudia Pereira

Ana Sofia Antunes

Célia Bidarra

Maria Inês Pereira

Renato Rodrigues

Andreia Mendes

Irene Cristina

Sandra Martins

Vanda Santos

Vânia Barros

Forum II

Edgar Canais

Armandina Antunes

Ana Paula Gato

Mariana Pereira

Hugo Franco

João Barros

Filipa Alves

Judite Henriques

Maria Teresa Guerra

Mónica Veríssimo

Carla Costa

Maria Manuela Abreu

Sandra Lobato

Teresa Hilário

Ana Filipa Lança

Cláudia Alfarrobinha

Fernanda Monteiro

Liliana Mendes

Raquel Costa

Marisa Biscaia

Filomena Ferreira

Lina Araújo

Maria Filomena Martins

Susana Ribeiro

Teresa Neves

João Graveto

Vítor Rodrigues

Pedro Parreira

Editor

Departamento de Enfermagem ESS-IPS, maio 2020

ISBN: 978-989-98206-9-2.



ÍNDICE

1. Enquadramento		5
2. Mesa de Abertura		6
	Discurso de Abertura, António Manuel Marques	7
	Discurso de Abertura, Lucília Nunes	10
3. Painel I - O enfermeiro gestor perante os desafios do Serviço Nacional de Saúde		11
Moderação	Ana Paula Gato (ESS IPS, CIDEHUS, NURSE'IN)	13
Preletores	Víctor Ramos (Vice-presidente do Conselho de Administração da Fundação para a Saúde e Serviço Nacional de Saúde)	15
	Nelson Guerra (Presidente da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança)	21
	Lucília Nunes (Coordenadora do Departamento de Enfermagem da ESS IPS, NURSE'IN)	27
4. Fórum I - Gestão em Saúde e Enfermagem		33
Moderação	Edgar Canais (ESS IPS; NURSE'IN)	35
Projetos	Planeamento estratégico na organização em dotações seguras num Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal - Marta Pereira; Ana Sofia Marquês; Maria Gabriela Pereira dos Santos; Maria da Luz Pereira; Patrícia Duarte; Edgar Canais.	39
	Motivação e desempenho dos enfermeiros - Deolinda Caxaria; Ana Susete Simões; Helena Lança Dias; Rosa Santiago; Armandina Antunes.	41
	Liderar na possecussão da melhoria continua - a avaliação da satisfação com os cuidados de Enfermagem - Cláudia Roma Pereira; Ana Sofia Antunes; Célia Paiva Bidarra; Maria Inês Santos Pereira; Renato Rodrigues; Armandina Antunes.	49
	O benefício da cromoterapia no trabalho de parto: processo de implementação e gestão num serviço - Andreia Mendes; Irene dos Santos Cristina; Sandra Monteiro Martins; Vanda Pinto Santos; Vânia Fernandes de Barros; Ana Filipa Poeira.	60
Comentário	Hugo Franco (ESS IPS e NURSE'IN)	69
5. Painel II - Diminuir as desigualdades em saúde		73
Moderação	Ana Filipa Poeira (ESS IPS; NURSE'IN)	75
Preletores	Uma perspetiva económica sobre as desigualdades e o valor da vida - Eduardo Costa (Nova School of Business & Economics)	77
	Indicadores e Determinantes de Saúde em Portugal: É uma fatalidade sermos mulheres e/ou séniores? - Sandrina Moreira (ESCE IPS, CICE e BRU-IUL)	87

6. Fórum II - Gestão em Saúde e Enfermagem		89
Moderação	Edgar Canais (ESS IPS; NURSE'IN)	
<u>Projetos</u>	O enfermeiro gestor como facilitador do reconhecimento da idoneidade formativa nos contextos da prática clínica – um contributo para a qualidade profissional tutelada - João Barros; Filipa Alves; Judite Belchior Henriques; Maria Teresa Guerra; Hugo Franco.	91
	Satisfação profissional dos enfermeiros num serviço de urgência - Mónica Veríssimo; Carla Costa; Maria Manuela Abreu; Sandra Contreiras Lobato; Teresa Louro Hilário; Mariana Pereira.	102
	O enfermeiro gestor na prevenção do erro terapêutico em ambiente hospitalar - Ana Lança; Cláudia Alfarrobinha; Fernanda Monteiro; Liliana Mendes; Raquel Costa; Mariana Pereira.	104
	Comunicação eficaz para a segurança do doente: implementação da técnica ISBAR na transição de cuidados - Marisa Biscaia; Filomena Ferreira; Lina Borges Araújo; Maria Filomena Martins; Susana Ribeiro; Hugo Franco.	106
	Dotações seguras e qualidade dos cuidados de enfermagem: estudo em contexto hospitalar - Teresa Neves; João Graveto; Vítor Rodrigues; Pedro Parreira.	118
Comentário	Armandina Antunes (CHLC e ESS IPS)	121
	Ana Paula Gato (ESS-IPS e CIDEHUS)	125
7. Posterres		129
	Índice dos posterres	131
8. Notas finais		149



Enquadramento

Manter e promover a qualidade e a segurança do exercício profissional e o alcance dos objetivos estratégicos da organização é competência do enfermeiro gestor, na linha do desenvolvimento organizacional, profissional e de satisfação das pessoas a quem são prestados cuidados.

Com o objetivo de debater a importância do Enfermeiro Gestor enquanto capital humano da Organização e valor social dos enfermeiros e da profissão, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, no âmbito da 1ª edição da Pós-Graduação em Gestão em Saúde e Enfermagem, realizou o I Congresso de Gestão em Enfermagem, subordinado ao tema Percursos e Desafios, no dia 30 de janeiro de 2020, no campus do IPS.

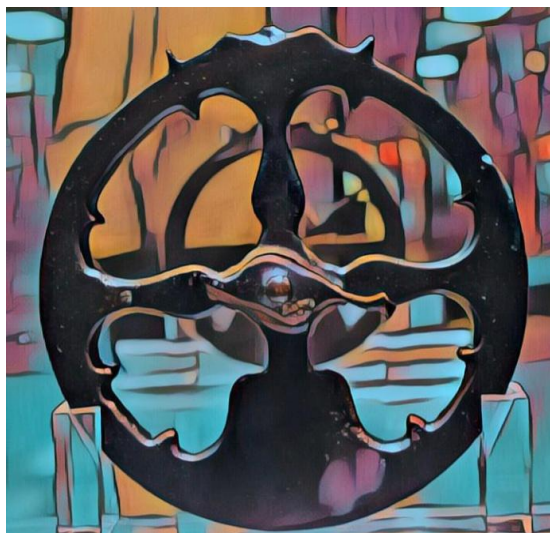
Na sequência da Pós-Graduação em Gestão em Saúde e Enfermagem, realizada pela ESS-IPS e acreditada pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de Qualificação Profissional, realizámos o Congresso - com a graciosa colaboração dos intervenientes, entendemos relevante proceder à publicação das comunicações e posteres em eBook, com edição do Departamento de Enfermagem e coordenação de Lucília Nunes, Ana Poeira e Edgar Canais.

Este eBook segue o programa do evento, tendo os textos sido providenciados pelos oradores (preletores, moderadores, comentadores, autores de projetos e posteres) a quem agradecemos. Possa ser útil e suscitar reflexão crítica.

Setúbal, fevereiro 2020

Ana Filipa Poeira, Edgar Canais, Lucília Nunes

MESA DE ABERTURA



Discurso de abertura

António Manuel Marques

[Diretor da ESS/IPS]

A realização do *I Congresso de Gestão em Enfermagem – Percursos e Desafios* e, em simultâneo, a finalização da 1ª Edição da Pós-Graduação em Gestão em Saúde e Enfermagem são motivos de afirmação, celebração e expectativa. Desde logo, temos de reconhecer que este evento e a formação que o suscitou resultaram de um investimento coletivo: do Departamento de Enfermagem, juntando diferentes gerações de docentes e incluindo outros da Escola Superior de Ciências Empresariais do IPS, do apoio logístico e técnico de Não Docentes da ESS/IPS e dos Serviços da Presidência.

Teremos de juntar, com ênfase, a esse conjunto as estudantes e os estudantes que terminam a sua formação pós-graduada, por se empenharem na apresentação dos trabalhos curriculares que desenvolveram e na organização deste evento.

Não é comum, numa formação relativamente curta, esta demonstração de disponibilidade para assegurar tarefas não expectáveis; contratualmente, esperariam e ser-lhes-iam assegurados o reforço e a aquisição de saberes, avaliados por dispositivos pré-estabelecidos, e o sucesso simbolizado pelo reconhecimento formal através da certificação. Na ESS/IPS, este é um fenómeno que não nos causa estranheza mas é objeto de interrogação e apreço por quem de fora o observa. Também por isso, é importante registar e reconhecer a existência de um possível 'ingrediente secreto', algo que cria e fortifica laços entre a equipa docente, nomeadamente, quem a coordena, e as estudantes e os estudantes, concretizando princípios pedagógicos e técnico-científicos em práticas positivas e bons resultados.

A iniciativa de incluir esta Pós-Graduação no elenco de ofertas formativas da ESS/IPS resultou da vontade em responder às solicitações do contexto profissional

da Enfermagem, no caso, no domínio específico das competências acrescidas avançadas em Gestão, regulamentadas em 2018, pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Foram, contudo, ponderados os recursos humanos da ESS/IPS, para que essa resposta fosse coerente, segura e adequada, assegurando a existência de docentes com competências, experiência e motivação para construir e gerir um plano de formação que respeite a regulamentação da OE, incentive a procura de melhores cuidados de saúde, evidencie os princípios da formação em uso no Departamento de Enfermagem e contribua para a missão da ESS/IPS, enquanto instituição do Ensino Superior.

Esta ponderação articulada de fatores foi e é imperativa, assumindo e reivindicando a especificidade do exercício da Gestão nos seus diferentes níveis e contextos. Diríamos, com clara ironia, da facilidade do exercício de qualquer cargo de gestão, elencando alguns dos domínios que se cruzam nessa função: pessoas, relações interpessoais, grupos, afetos, emoções, motivações, a História (maiúscula), as pequenas histórias, muitas e de pormenor, técnicas e tecnologias, espaços físicos e simbólicos, finanças, negócios, políticas, poder(es), culturas, ideias e ideologias...

É nesta complexidade e diversidade do campo da Gestão que a Enfermagem assinalará e demonstrará o que torna própria e necessária a denominada Gestão em Enfermagem. Sob e sobre tais domínios deverão estar sempre a segurança de pessoas doentes/utentes e profissionais, a qualidade da prestação de cuidados de saúde, os ganhos em saúde, o desenvolvimento e reconhecimento profissionais e das organizações, sem jamais minorizar ou esquecer a missão que lhes cabe. Insistindo na ironia, quem considerará fácil atingir desempenhos adequados?

Esta 1ª Edição da Pós-Graduação em Gestão em Saúde e Enfermagem pode ser encarada enquanto projeto da ESS/IPS, um empreendimento que seguiu as várias etapas de criação de algo novo e, empiricamente, avaliado como sucesso. Ela foi e é, também, um empreendimento para quem a frequentou. Para além do respetivo reconhecimento, pela certificação, as estudantes e os estudantes terão reforçado expectativas de experimentação, de mudança, de avaliação e de partilha com outros profissionais e serviços. Dizemos, com o que a experiência e a literatura sugerem, que a frustração e o desânimo devem ser antecipados, prevendo os riscos

comuns: o potencial isolamento associado a alguns cargos de gestão, o apelo das 'mini-tarefas' e rotinas inquestionadas, os pedidos de respostas momentâneas vindos de múltiplos interlocutores, a ausência de oportunidades para parar, observar, escutar e ponderar, o convívio com a luta frequente entre a realidade possível e o sentido do dever e as convicções do que é justo e desejável.

O isolamento e a frustração podem ser contrariadas por múltiplas estratégias. Enquanto Academia, a partir de uma Escola que quer assumir a sua função social, sugerimos a manutenção de contactos entre profissionais, por exemplo, através de grupos de discussão e partilha, em formato presencial ou virtual, podendo as docentes e os docentes da ESS/IPS ser elementos de dinamização. Os contextos do exercício das profissões de saúde e as dificuldades, anseios e propostas de quem neles procura fazer melhor têm de ser, para a ESS/IPS, fontes de motivação e investimento na criação e adaptação de respostas, dando sentido à sua existência e à busca contínua pela qualidade. Por isso, ficamos expectantes com os desafios que surjam deste grupo de estudantes da 1ª Edição da Pós-Graduação em Gestão em Saúde e Enfermagem.

Sem contradizer a acentuação do carácter coletivo do I Congresso de Gestão em Enfermagem – Percursos e Desafios e da 1ª Edição da Pós-Graduação em Gestão em Saúde e Enfermagem, justifica-se a nomeação da Professora Doutora Ana Filipa Poeira como alguém que, com afinco, soube dar o melhor uso às energias partilhadas pela equipa docente, estudantes e recursos de apoio da ESS/IPS e do IPS. Essa sabedoria exemplar legitima a esperança de igual sucesso na próxima edição da formação e a vontade de, nesta e noutras áreas do conhecimento, apreciar e demonstrar como a ESS/IPS é capaz de ser diferente, útil, coesa e coerente na concretização dos seus desígnios.

Discurso de abertura

Lucília Nunes

[*Coordenadora Departamento Enfermagem ESS/IPS*]

Damos início a um evento que foi planeado antes do Verão passado e anunciado em setembro, no dia em que o Curso de Pós-Graduação em Gestão em Enfermagem começou a funcionar. Este I Congresso é um *produto* do Curso; provavelmente, o penúltimo e tem um subtítulo esclarecedor por si próprio: *Percursos e desafios*.

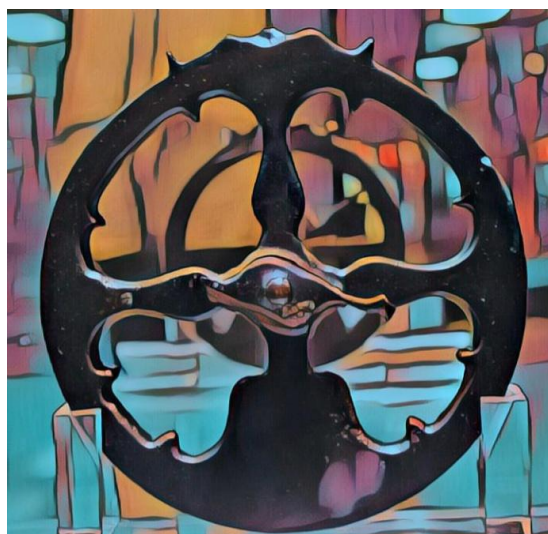
Parece-me muito importante proceder a agradecimentos, não apenas porque costumamos ser mais rápidos a censurar do que a reconhecer, mas porque é relevante reconhecer os contributos de todos nos *percursos* de cada um, numa narrativa que é, hoje, comum a um grupo alargado.

Assim, na abertura do evento, cabe agradecer: pela proposta do curso, conceção, planeamento e coordenação, à Professora Ana Filipa Poeira e ao Professor Edgar Canais; pela aprovação científica, ao Conselho Técnico-Científico da ESS; pela acreditação, à Ordem dos Enfermeiros; pelo suporte ao desenvolvimento, à Escola Superior de Saúde na pessoa do seu Diretor, e à colaboração da Escola Superior de Ciências Empresariais; pelo investimento, profissionalismo e dedicação, aos docentes do Curso, quer em termos de lecionação, quer de orientação dos projetos; pela aventura da primeira edição, com os traços próprios de um grupo heterógeno, que começou este percurso com muito questionamento e sobressalto, agradecer aos estudantes da 1ª edição da PG.GSE. Na altura, ficaram preocupados mas o tempo veio a demonstrar que aos sobressaltos se sucede o trabalho e, quiçá, a bonança, na figura do sucesso. Ainda que esperemos que os desafios passados sejam meramente preparatórios dos desafios futuros.

PAINEL I

O enfermeiro gestor

perante os desafios do Serviço Nacional de Saúde



O Enfermeiro Gestor perante os desafios do Serviço Nacional de Saúde

Ana Paula Gato

ESS-IPS; CIDEHUS- UÉ; NURSE'IN

Bom dia a todos. Em primeiro lugar cumprimentar o Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal por esta iniciativa e pela concretização da formação pós-graduada em Gestão em Enfermagem. O tema colocado para discussão neste painel é pertinente e conduz-nos a questões a que os nossos convidados com certeza virão trazer respostas e novos entendimentos. Assim cumprimento os nossos convidados deste painel: Enf^a Angelina Francisco, do Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros, enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e enfermeira gestora; Dr. Vítor Ramos, médico de família, vice-presidente da Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde; Enf^o Doutor Nelson Guerra, presidente da Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança, enfermeiro gestor; Prof.^a Doutora Lucília Nunes, enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, vice-presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, a todos agradeço a presença e o contributo para este debate.

De facto o tema é vasto e por si só bastante pertinente, tanto mais que algumas das questões que se poderão colocar é se o enfermeiro gestor é considerado nas decisões ou se, na atual realidade de gestão das unidades de saúde, a voz dos enfermeiros se encontra silenciada. De facto, as reformas da saúde e a carreira de enfermagem conduziram a profissão a uma quase invisibilidade nos órgãos de gestão intermédia das instituições do Serviço Nacional de Saúde. Aos concursos, onde as qualificações e a experiência profissional contavam, sobrepuseram-se as nomeações, a uma gestão colegial sobrepôs-se uma gestão onde é clara a hegemonia de um grupo profissional, à proximidade contrapôs-se a centralização, e os critérios economicistas têm superado, não pouco as vezes, o sentido do bem comum. A par disso a gestão de recursos humanos da saúde, no contexto da nossa

realidade demográfica e com recursos económicos escassos, deveria ser repensada. A juntar a estas problemáticas temos uma sociedade onde o individualismo e a pouca atenção ao outro vão ganhando pontos.

É neste contexto, com o *profissionalismo numa encruzilhada*, na expressão de Maria Teresa Carvalho (Carvalho, 2009), que iniciamos o nosso painel, convictos que estamos que o nosso Serviço Nacional de Saúde tem sido fator de coesão social e contribuído significativamente para a saúde dos portugueses. Como responder então enquanto enfermeiro gestor aos desafios atuais do Serviço Nacional de Saúde?

Do painel verdadeiramente desafiante, pela clareza e complementaridade dos vários oradores, destaco das intervenções quer o diagnóstico realizado, quer a necessidade de intervenção do enfermeiro em várias áreas. Assim salienta-se a necessidade de os enfermeiros gestores se munirem de valores, e de saberes científicos e relacionais, que lhes permitam desenvolver uma liderança que assegure a qualidade dos cuidados, que defenda a dignidade das pessoas, que não ceda ao comodismo, que contrua pontes, que participe e exija participar. Por outro lado, é essencial que o enfermeiro gestor seja capaz de assumir uma liderança partilhada, que exerça uma gestão orientada para as pessoas e para a partilha de talentos e saberes que substitua a gestão de comando e controle. É indispensável assumir e treinar competências de liderança, desenvolver o conhecimento em equipa, assumir princípios e valores de ética organizacional. Reconhece-se o contributo significativo das lideranças em Enfermagem para a dignificação da profissão. Elas são também promotoras do desenvolvimento e sustentabilidade das instituições do SNS, contribuindo para a manutenção dos seus valores fundamentais.

É, pois, tempo de refletir sobre as mudanças e conflitos que têm acontecido/ que estão a acontecer no seio do SNS e transformá-las em oportunidades de liderança em enfermagem que assegure para o cidadão mais e melhores cuidados.

Gestão em saúde e Serviço Nacional de Saúde – tendências, tensões e transições a ter em conta

Victor Ramos

*Vice-presidente do Conselho de Administração da Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde.
Médico de Família na Unidade de Saúde Familiar São João do Estoril.
Professor Associado Convidado da Escola Nacional de Saúde Pública – NOVA (UNL).*

Continuidade e transformação do SNS

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) existe para responder adequadamente àquilo que as pessoas e a população necessitam em termos de promoção e de proteção da saúde, em cada fase da vida, em cada tempo e contexto – sempre em mudança. Está hoje numa encruzilhada crítica.

Sobreviveu a fatores políticos, financeiros e económicos e a interesses contraditórios, alguns até anti-humanos, muitas vezes encobertos, que se acentuaram nas últimas duas décadas. Para que o SNS continue a ser um instrumento de solidariedade, de coesão, de bem-estar e de equidade na proteção da saúde dos cidadãos, independentemente da sua situação, é necessário que seja material e humanamente recuperado e que, ao mesmo tempo, seja alvo de uma transformação profunda em várias vertentes, em simultâneo.

Destas, destacam-se:

- ***Adequação às necessidades de saúde atuais - implicações no SNS***

É indispensável conhecer as necessidades e expectativas de saúde atuais dos cidadãos e das comunidades, bem como as alterações ocorridas nas últimas cinco décadas, em especial o aumento da prevalência de pessoas com multimorbilidade.

- ***Recuperar o SNS nos seus pontos mais frágeis***

Algumas ações terão de ser imediatas, tais como repor e acrescentar recursos ao SNS, alterar lógicas e modelos do seu financiamento e delinear um plano dinâmico de investimento estratégico para reverter o seu trajeto de degradação.

- ***Atenção aos profissionais***

A prioridade mais crítica são os profissionais. As condições de trabalho, a sua motivação, as suas perspetivas, fazer com que vejam o SNS como um promissor e entusiasmante projeto para as suas vidas profissionais.

- ***Arquitetura organizacional e funcional do SNS***

O país e o mundo de hoje são bastante diferentes dos de 1979 e da década de 80 do século XX. É por isso necessário rever e transformar a arquitetura organizacional e funcional do SNS, como um todo. Superar a fragmentação, a descoordenação e a descontinuidade dos cuidados de saúde – para garantir a integração de cuidados, absolutamente indispensável na crescente multimorbilidade crónica que afeta uma proporção considerável e crescente de pessoas.

Estes processos vão muito além da integração de organizações com conselhos de administração comuns, porque requerem o redesenho de práticas profissionais e o entrosamento e comunicação entre equipas para se centrarem nas pessoas a quem servem e a proporcionar-lhe respostas integradas e eficazes – interligando de modo expedito e rigoroso as competências, os equipamentos e os procedimentos necessários.

- ***Centralidade de facto nas pessoas – e não apenas nos discursos***

Um SNS centrado nas pessoas respeita e promove a sua autonomia, soberania, literacia. Promove as competências de cada pessoa e das comunidades para participar nas decisões sobre a sua saúde e nos cuidados para a promover e proteger. Requer mudanças nas atitudes e nos comportamentos de todos: profissionais, utentes, líderes locais, gestores e decisores políticos. Requer também o desenvolvimento de processos e instrumentos práticos como são os casos da “gestão pessoal de saúde”, dos “resumos clínicos integrados”, permanentemente atualizados e dos “planos individuais de cuidados” (PIC).

Instrumentos de apoio à decisão partilhada e à participação ativa das pessoas – visando assegurar a referida centralidade e promover a integração de cuidados.

- ***Direção estratégica do SNS e gestão da mudança***

O SNS necessita de uma direção estratégica estável que amortecia os efeitos de zigzagues políticos contraditórios. Que promova um desenvolvimento

adaptativo, equilibrado e integrador dos vários fragmentos e “silos” institucionais que coexistem desligados e fracamente cooperantes.

Os ganhadores serão sobretudo os cidadãos que necessitam de múltiplos tipos de cuidados, com adequada qualidade e celeridade. Tal direção terá de incluir uma sábia combinação de competências e de saberes, com conhecimento profundo do complexo, disperso e desconectado “edifício” que ainda é o SNS, do que tem sido o seu percurso, e que seja capaz de visionar e de contribuir para criar o seu futuro, com ampla participação de todos: cidadãos, profissionais, gestores e políticos.

- ***Gestão descentralizada e participada (Artigo 64.º da constituição da R.P.)***

Para concretizar todo o conteúdo do Artigo 64.º da Constituição é prioritário desenvolver uma rede descentralizada de lideranças e de equipas de gestão local capazes de estimular e de orientar o esforço, os talentos, a criatividade das equipas multiprofissionais que interagem diariamente na *linha da frente*. Lideranças locais que, para serem aceites e eficazes, devem emergir e identificar-se com essas próprias equipas.

A propósito desta última vertente partilho breves apontamentos sobre as competências e tarefas de gestão ao nível de serviços, de unidades e de equipas de saúde, organizados em três tópicos: ***tendências, tensões e transições***.

I - Algumas tendências

Equipas multiprofissionais

O modelo de prestação de cuidados em sistemas organizados de saúde é cada vez mais complexo e assenta no trabalho bem coordenado de equipas multiprofissionais e multidisciplinares.

A ação de cada equipa requer frequentemente a ação complementar de outras equipas e competências para responder às necessidades de cada doente e da população. Em muitas situações são necessárias intervenções e entajuda entre equipas distintas.

Qualificação técnico-científica e autonomia técnica

Os elementos que conferem vida e efetividade a cada equipa possuem crescentes qualificações técnico-científicas e reclamam autonomia técnica individual e de

grupo a qual terá de ser concertada, harmonizada e compatibilizada com o todo da equipa.

Interdependência e compromisso com objetivos comuns

Esta tendência teve uma primeira concretização de grande escala na reforma dos cuidados de saúde primários delineada no período 1996-1999, e impulsionada entre 2005 e 2012, mas ainda a meio caminho e desligada de outras componentes do SNS.

Autonomia e participação / cuidados centrados nas pessoas

Os doentes / as pessoas / as comunidades tendem a exigir e a protagonizar crescentes graus de participação nas decisões que lhes respeito.

Importância do espaço local

Abordagem agora reforçada na nova Lei de Bases da Saúde ao explicitar uma Base dedicada aos sistemas locais de saúde.

II - Tensões

Mercantilismo em saúde vs. solidariedade, equidade e coesão social

A coexistência entre a atividade mercantilista em saúde, visando maximizar lucros e abordagens solidárias visando o bem estar e a saúde das pessoas e da comunidade exige sofisticados mecanismos de regulação e de supervisão.

Hierarquias centralistas vs. lideranças descentralizadas, locais, participativas

O modelo de gestão hierárquica e centralizada de tipo comando-controlo atrofia e bloqueia o potencial dos elementos e de equipas. Sobretudo se estes tiverem elevada diferenciação e qualificação técnico científica. A resolução de problemas fica reduzida e limitada a alguns elementos, desperdiçando muita sabedoria e muitos talentos. Pelo contrário, os profissionais altamente diferenciados preferem laborar em organizações onde tenham condições de trabalho adequadas e onde possam exercer com autonomia, participando em equipas baseadas na intercooperação multiprofissional.

Este tipo de organização lida mal com conceitos como os de estar “acima” ou “abaixo”. Assume um diferente modo de ver as organizações de saúde e a sua ação. Neste modo de ver, o topo está na base e a base deve ser encarado e valorizado como o verdadeiro topo.

III - Transições

Marcadas transições ocorreram desde a criação do SNS, há 40 anos. Destacam-se, em especial: a transição demográfica, com o constante e crescente envelhecimento da população portuguesa; a transição epidemiológica, marcada, em especial, pelo aumento da prevalência de pessoas com multimorbilidade múltipla, por vezes com situações de grande complexidade; a transição científica; a transição tecnológica com um ritmo de inovação acelerado, mas também com ameaças e desafios associados ao acesso com equidade dos cidadãos a essas inovações; a transição digital e informacional, em especial da inteligência artificial (I.A.); a crescente mobilidade internacional e global; a transição cultural e intercultural; e novos dilemas éticos associados a várias destas transições, entre outros.

Desafio

Todos os aspetos anteriores podem ser vistos para reequacionar os sistemas e os processos de gestão a todos os níveis do SNS.

Bibliografia de apoio

Continuidade e transformação do SNS

Fundação para a Saúde – SNS. Serviço Nacional de Saúde: para uma conversa construtiva. Lisboa: Diário de Bordo, 2014.

Fundação para a Saúde – SNS. Serviço Nacional de Saúde: breve interpretação e linhas para a sua transformação. Lisboa: Fundação para a Saúde – SNS, 2019.

Multimorbilidade

Quinaz-Romana G, Kislaya I, Salvador M, Cunha-Gonçalves S, Nunes B, Dias C. Multimorbilidade em Portugal: Dados do primeiro inquérito nacional de saúde com exame físico. Acta Med Port. 2019;32:30-7.

Integração de cuidados centrada nas pessoas

World Health Organization. Strengthening people-centered health systems in the WHO Europe: a framework for action in integrated health services delivery. In: WHO Regional Committee for Europe. 66th session. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.

Miles A, Asbridge J. The chronic illness problema. The person-centered solution. Eur J Pers Cen Healthc. 2016;4:1-5.

Hibbard J, Gilbert H. Supporting people to manage their health – an introduction to patient activation. London: The Kings Fund; 2014.

Sakellarides C. Novo contrato social na saúde: incluir as pessoas. Loures: Diário de Bordo; 2009.

Plataforma Mais Participação, melhor saúde – Carta para a Participação Pública em Saúde. Lisboa: Plataforma Mais Participação, melhor saúde; 2017.

Ministério da saúde. SNS + Proximidade. Mudança centrada nas pessoas. Lisboa: Ministério da Saude; 2017.

Lideranças descentralizadas e gestão local em equipa

Gittell JH, Godfrey M, Thistlethwaite J. Interprofessional collaborative practice and relational coordination: improving healthcare through relationships. J Interprof Care. 2013;27:210-3.

Korner M, Butof S, Muller C, Zimmermann L, Becker S, Bengel J. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: a systematic review. J Interprof Care. 2016;30:15-28.

Firmino-Machado J, Magalhães I, Rodrigues J, Ramos V, Baptista S, Vilas Boas B. Governação da saúde e gestão de proximidade: necessidade de autonomia de gestão nos agrupamentos de centros de saúde. Acta Med Port. 2017;30:431-3.

Desafios atuais e implicações para a gestão em vários níveis

Sakellarides C. Serviço Nacional de Saúde: dos desafios da atualidade às transformações necessárias. Acta Med Port. 2020;33(2):133-42.

O Enfermeiro Gestor perante os desafios do Serviço Nacional de Saúde

Nelson Guerra

RN, MsC, PhD. Presidente da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

Os Enfermeiros Gestores assumem um compromisso com o cidadão, respeitando a cidadania e o interesse público, na perspetiva do Serviço Nacional de Saúde (SNS) enquanto estrutura organizacional de resposta às necessidades em saúde da sociedade portuguesa, garantindo que os enfermeiros, responderão, com a excelência do cuidar com competência e eficácia, às necessidades complexas de todos os contextos em que exercemos. O enfermeiro gestor detém as competências que garantem a segurança das organizações, das práticas, das dotações e do conhecimento que consubstanciam a segurança do doente, enquanto pivô que garante a efectiva proximidade nos cuidados prestados, na liderança dos projectos e nas condições para uma prática adequada.

A história da gestão / administração de Enfermagem suporta nos saberes e competências que detemos em quatro grandes desafios para o futuro:

1º Desafio – SABER

Henderson¹ ensinou-nos que a formação **científica, humana e holística** que fornece os **saberes** e as **competências** mais adequadas para **ajudar** o indivíduo, doente ou são, na realização das atividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou para uma morte tranquila), que ele executaria sem ajuda se para isso tivesse a necessária força, vontade ou conhecimento, e fazer isso de modo a ajudá-lo a ganhar a autonomia o mais rapidamente possível

Os enfermeiros gestores ultrapassam este desafio quando têm uma prática gestionária que suporta, orienta, apoia e incentiva a sua equipa para um exercício de cuidados que evidenciam

¹ Virginia Henderson, 'The Concept of Nursing', Journal of Advanced Nursing, 53.1 (2006), 21–31.

A Formulação dos diagnósticos de enfermagem

através da avaliação das dimensões físicas, psicológicas, socioculturais e espirituais dos utentes e famílias, bem como suas necessidades educacionais e de alta;

o Planeamento dos cuidados de enfermagem

desenvolvendo a sua prática numa relação dinâmica, terapêutica e de apoio que está em constante mudança influenciada pela evolução dos resultados;

a Implementação do plano de cuidados

fornecendo cuidados de enfermagem e educação diretamente ou por delegação, conforme necessário, para manter e restaurar a função e prevenir complicações e perdas adicionais;

A avaliação dos cuidados de enfermagem

Que foram prestados e modifica o plano, conforme necessário, para alcançar metas e objetivos mensuráveis.

2º Desafio – SER

A escola criada por Florence Nightingale formou duas categorias distintas de enfermeiras, as *ladies* que respondiam pela administração, supervisão e controlo dos serviços e as *nurses*, que desenvolviam o trabalho sob a orientação das *ladies*.

Os enfermeiros gestores SÃO gestores e enfermeiros porque:

Desenvolve objetivos em colaboração com os utentes e famílias, orientando para o autocuidado e incentivando a socialização com os outros, promovendo a máxima independência para doentes.

Participa no processo de cuidados intervindo na equipa interdisciplinar e colaborando na tomada de decisão da equipa;

Intervém na equipa multidisciplinar para garantir que o projeto ideal para os cuidados seja disponibilizado para o utente, assume a importância do seu papel na equipa de saúde;

Colabora com os membros da equipa para obter a melhor assistência, utilizando medidas clínicas apropriadas para atender a situações físicas, psicossociais e espirituais emergentes.

3º Desafio – ESTAR

Ann Page² disse que “os olhos, os ouvidos, os conhecimentos e as intervenções dos enfermeiros” são cruciais para “detetar, corrigir e prevenir as falhas que ocorrem no sistema de saúde”.

Os enfermeiros são o principal sistema de vigilância de um hospital.

Os Enfermeiros gestores demonstram ESTAR na sua profissão quando:

Compartilha informação sobre os processos de doença e saúde ajudar na promoção da saúde, na prevenção da doença, e no desenvolvimento das habilidades para o autocuidado necessárias para melhorar o bem-estar e acelerar a recuperação.

Prepara os utentes e famílias para o seu empoderamento para futuras responsabilidades na tomada de decisão, promovendo a independência dos utentes na realização de objetivos.

Reforça o ensino sobre a doença e noutras áreas de saúde, fornece materiais e recursos para as necessidades e prepara para a mudança após a alta.

Promove a formação em serviço para membros da equipa de saúde e da comunidade em relação aos cuidados de reabilitação e à prevenção de deficiências

4º Desafio – VALOR

A importância dos cuidados de enfermagem é tanto maior quanto maior a necessidade de ultrapassar a situação de não saúde. O reconhecimento efetivo da necessidade de cuidados de enfermagem deve ser tido em conta como garantia da qualidade e da segurança dos cuidados prestados.

Os enfermeiros gestores VALORIZAM a sua ação profissional quando:

Intervém assumindo as suas competências Os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional. Art. 8º, n.º 3, Dec. Lei n.º 161/96 de 4 de setembro – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

² Page, A, Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses, ed. by Institute of Medicine (US) Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety (Washington (DC): National Academies Press (US), 2004) <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216190/>>

Defende políticas e serviços Para o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) a enfermagem deste século terá enfermeiros portadores de conhecimentos, competências, estratégias e poderes para gerir e liderar serviços de enfermagem e de saúde através da mudança, no sentido de contribuir para um futuro mais saudável de toda a população³.

Contribui para um ambiente seguro Atuando de forma terapêutica apoiando atividades que promovam a saúde, previnam a doença, facilitem a recuperação funcional e evitem complicações.

Evidencia a imprescindibilidade dos cuidados de enfermagem A importância dos cuidados de enfermagem é tanto maior quanto maior a necessidade de ultrapassar a situação de não saúde.

A prática da gestão de enfermagem tem de ser enriquecida por uma prática que:

Alerta para a relevância da promoção da saúde e do autocuidado na redução das desigualdades em saúde e no envelhecimento da população

Denuncia a insuficiente adequação dos recursos e as dificuldades de acesso face ao aumento crescente das necessidades e à limitação dos recursos

Valoriza a sua contribuição para a saúde dos cidadãos porque Enfermeiros gestores competentes determinam cuidados de Enfermagem de qualidade

Assume um compromisso com o cidadão respeitando a cidadania e o interesse público, porque a segurança do doente é o nosso objetivo fundamental

Atua em complementaridade na equipa multidisciplinar/ interdisciplinar, realçando as suas competências e autonomia perante cada um dos intervenientes

O grande desafio do enfermeiro gestor passa pela constante denúncia das situações que interferem diretamente nos resultados na saúde dos nossos cidadãos porque

³ ICN, 'Patient_Safety ICN Position' (International Council of Nurses, 2015)
<www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statement>.

Cada doente tem menos 2,2 horas de cuidados de enfermagem, sendo esse valor para 2,5 horas nas unidades de medicina.

Cada doente exposto a um défice de horas de enfermagem **umenta em 24%** o risco de complicações respiratórias.

Cada doente exposto a um défice de horas de enfermagem **umenta em 35%** o risco de infeções do trato urinário

Cada doente exposto a um défice de horas de enfermagem **umenta em 37%** o risco de úlceras por pressão

Cada doente exposto a um défice de horas de enfermagem **umenta em 22%** o risco de mortalidade durante o internamento⁴

A responsabilidade do enfermeiro gestor para com o cidadão implica a explicitação e clarificação da sua actividade recorrendo-se de instrumentos estruturantes para a prática, nomeadamente com a apresentação de indicadores de resultado, mas sobretudo de indicadores de processo pois são estes o que melhor demonstram a melhoria das práticas baseadas na evidência e maior eficiência na gestão dos escassos recursos disponíveis.

A gestão dos recursos da saúde (humanos e materiais) tem de ser sinónimo da boa prática gestionária dos enfermeiros gestores, pela garantia de adequação desses recursos às necessidades de cuidados e qualidade do exercício pela avaliação efectiva e diferenciadora da excelência desempenho, procurando a melhoria contínua dos serviços prestados.

Assumimos a inovação e a sustentabilidade, fundamentada numa efectiva responsabilização na concretização dos objectivos individuais e colectivos, competindo pelo futuro e ancoramos o respeito pelos profissionais de enfermagem e demais actores intervenientes na área da saúde, as suas normas e valores éticos valorizando a sua identidade e a contribuição específica para o sucesso dos cuidados de saúde.

⁴ Nelson Guerra, 'Dotações de Enfermagem – Impacto na segurança dos Cuidados de Saúde' (Católica Portuguesa, 2018) <<http://hdl.handle.net/10400.14/28053>>.

O reconhecimento efetivo da Gestão em enfermagem está diretamente relacionado com a qualidade e segurança dos cuidados que prestamos.

Bibliografia

Virginia Henderson, 'The Concept of Nursing', *Journal of Advanced Nursing*, 53.1 (2006), 21-31.

Page, A, *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*, ed. by Institute of Medicine (US) Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety (Washington (DC): National Academies Press (US), 2004) <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216190/>>

ICN, 'Patient_Safety ICN Position' (International Council of Nurses, 2015) <www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statement>.

Nelson Guerra, 'Dotações de Enfermagem – Impacto na segurança dos Cuidados de Saúde' (Católica Portuguesa, 2018) <<http://hdl.handle.net/10400.14/28053>>.

O enfermeiro gestor perante os desafios do Serviço Nacional de Saúde

Lucília Nunes
ESS-IPS, NURSE'IN

Em julho de 2019, tive a oportunidade de participar na apresentação do livro *Serviço Nacional de Saúde – Breve Interpretação e Propostas para a sua transformação*, que nos permite prestar especial atenção ao papel dos profissionais e ao papel de Escola do SNS pois a rede de instituições públicas em que o SNS assenta, tem modelos de organização e realça o trabalho dos profissionais. "O SNS foi e é também a escola profissional de várias gerações dos melhores profissionais de saúde e é onde se concentram mais conhecimento e mais experiência científica e humana"⁵. Historicamente, há que reconhecer, tal como o livro coloca, os «antecedentes do SNS», o papel dos profissionais, com relevo para alguns contributos, como dos enfermeiros de saúde pública e dos médicos de serviço à periferia.

Hoje sabemos que a saúde é multiprofissional e que o trabalho das equipas, coisa que se diz depressa mas que é difícil de realizar, ou seja, um verdadeiro trabalho em equipa (muitas vezes, trabalhamos em grupo), determina diferenças importantes nos processos e resultados, nos ganhos em saúde das populações. Os dados de 2017, que constam no livro, afirmam que o "SNS conta com o labor e o saber de 131.998 mil profissionais para prestar cuidados aos mais de 10 milhões de cidadãos seus beneficiários. A maior parte desses profissionais possui elevada qualificação técnica e científica"⁶.

Permitam-me que realce que todo o alicerce do Serviço Nacional de Saúde é de **natureza ética**, desde logo pelos princípios e valores expressos - "O SNS alicerça-se em valores e práticas de equidade, de generosidade social e de solidariedade. Por isso resistiu a tantas adversidades e, também por isso, tem potencialidades para se

⁵ Fundação para a Saúde – SNS (Ed.) (2019) Serviço Nacional de Saúde – Breve Interpretação e Propostas para a sua transformação. ISBN 978-989-20-6471-0. p. 12.

⁶ Idem, p. 29.

desenvolver no futuro"⁷ - e também pelas finalidades, pois "*visa esbater desigualdades no exercício do direito à vida, à proteção da saúde e ao acesso com equidade a cuidados de saúde de qualidade, independentemente das condições sociais, económicas, étnicas e culturais de cada pessoa*"⁸.

A aspiração do melhor nível de saúde para todos há-de requerer um centrar na saúde (e não tanto nas doenças) e em proteger, promover a saúde. Aliás, como é desígnio da OMS, «Saúde para todos». E também realça o sentido ético, de profundas raízes humanistas, de pretender contribuir para o desenvolvimento, o florescimento humano.

*"As pessoas (profissionais e cidadãos) são os principais fatores explicativos da resiliência do SNS ao longo de décadas. Assim, são prioridades imediatas: reconhecer, acarinhar, valorizar e relançar o entusiasmo, o brio e a confiança dos profissionais. Tal implicará, a par da revalorizar as carreiras profissionais, valorizar o trabalho em equipas interdisciplinares e interprofissionais"*⁹.

É quase do domínio da banalidade dizer que o capital humano é a maior riqueza de qualquer organização e é muito evidente que quem realiza os projetos são as pessoas. Por isso, o empenho, a dedicação e a resiliência dos profissionais de saúde é de **reconhecer e de valorizar**. Reconhecer como expressão de gratidão, agradecimento, e também de recompensa, prémio. Que uns entenderão de uma forma e outros de outra - o que reergue a questão das singularidades dos seres humanos.

A existência de profissionais motivados depende de alguns factores complexos, "*o vínculo que os profissionais criam com as equipas e serviços; atrativos e incentivos que incluam sinergicamente: condições e horários de trabalho; formação, evolução e carreira profissional; inserção em equipas dinâmicas e estimulantes; clima e cultura organizacionais da sua instituição e do SNS; sistemas retributivos e de reconhecimento/ recompensa justos, sensíveis à quantidade, à complexidade, à qualidade e aos resultados do trabalho produzido.*"¹⁰. Alguns dos elementos apontados (como vínculos, evolução e carreira) correspondem à existência de **uma estratégia de recursos humanos** que

⁷ Fundação para a Saúde – SNS (Ed.) (2019) Serviço Nacional de Saúde – Breve Interpretação e Propostas para a sua transformação p. 59.

⁸ Idem, p. 59.

⁹ Idem, p. 64

¹⁰ Idem, p. 64 (sublinhados nossos)

sustente o desenvolvimento do SNS. Poder-se-ia dizer «política de recursos humanos» mas aprecio a concretização numa estratégia. O SNS precisa de encontrar forma de mobilizar uma massa crítica dos "mais de 134 mil profissionais"¹¹, reconhecer lideranças locais empenhadas, um enquadramento que lhes dê espaço, apoio e reconhecimento.

Importa dedicar tempo e recursos para **transformar e preparar para o futuro**. Ou seja, o planeamento é muito importante – o que temos hoje de bons indicadores e de reconhecimento internacional, tem a ver com escolhas que fizemos há 10 e mais anos atrás. É preciso um planeamento atempado dos recursos afetos ao SNS – e o que se perspectiva serem as necessidades de saúde do futuro. Pois são as necessidades do futuro que têm de ser tidas em conta para definir os profissionais que serão necessários, onde é que são necessários (distribuição) e as competências necessárias para as funções.

Focando agora nas **competências dos enfermeiros gestores**, muitos autores destacam a autoformação, a busca do conhecimento e aperfeiçoamento de práticas¹². Os conhecimentos e habilidades na gestão permitem o aprimoramento pessoal e profissional, o que possibilita maior capacidade de análise na procura da melhoria contínua da qualidade. Nesta perspetiva, cursos de pós-graduação possibilitam que os profissionais se tornem cada vez mais eficientes, eficazes e efetivos no processo de gestão e qualidade assistencial.

Comprometimento e orientação para os resultados é outra competência que tem sido evidenciada¹³, uma vez que do enfermeiro gestor se espera apropriação das metas, da visão, dos objetivos estratégicos da organização por forma a orientar o processo de gestão no sentido de convergir com o da organização. O enfermeiro gestor é responsável pela difusão das políticas bem como por uma eficaz gestão dos recursos humanos e materiais. A forma como os enfermeiros gestores *"concebem a enfermagem, os cuidados de enfermagem e como consideram a pessoa*

¹¹ Ministério da Saúde (2018) Retrato da Saúde. Portugal. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

¹² Freitas, Carla (2018) Gestão em Enfermagem: o perfil de competências. Tese de mestrado em Direção e Chefia dos serviços de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/25785>

¹³ Soares, C. B., Hoga, L. A., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., & Silva, D. R. (2014). Integrative review: Concepts and methods used in Nursing. Revista da Escola de Enfermagem USP, 48(2), 335-345.

*que necessita de cuidados interfere na forma como operacionalizam a gestão de cuidados. Sem dúvida que é fundamental fazer uma adequada mobilização dos recursos humanos e materiais existentes, preocuparem-se como os indicadores de produção do serviço, como os dados da investigação sugerem e as novas tendências gestonárias exigem. Contudo, é preciso não esquecer que estas funções de gestão são pertinentes "na medida em que servem a finalidade dos cuidados e em que facilitam a prática da arte do cuidar" (Hesbeen, 2000, p. 80)."*¹⁴

Escolhi três **desafios que se colocam ao enfermeiro gestor**, no pensar do futuro. Três, não. É melhor quatro.

Primeiro desafio, o **uso sistemático da investigação**. Porque a investigação científica é um recurso de que dispomos para obter respostas ou compreender questões ou problemas e serve a finalidade de produzir, refinar e disseminar conhecimento. Entendemos investigação científica como um processo que visa a obtenção de conhecimento de forma sistemática e rigorosa. Por isso, representa um caminho para a obtenção de um corpo de conhecimentos da disciplina. Em bom rigor, só com a investigação é que podemos produzir fundamentos científicos para guiar as práticas, sejam da gestão, da clínica, do ensino. E, ao mesmo tempo, apenas pela investigação teremos evidências que suportem a avaliação e os resultados. Por isso, a investigação é uma ferramenta transversal nas nossas áreas de atuação, como se evidenciou com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Se atentarmos ao perfil de competências do enfermeiro gestor, definido pela Ordem dos Enfermeiros, considerando as áreas e as respetivas competências, é muito claro que uma das competências do domínio da gestão é "*Garante uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde*"¹⁵. As tomadas de decisão devem ser suportadas em evidências científicas e é

¹⁴ Potra, Teresa (2015) Gestão de cuidados de Enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade de cuidados de enfermagem. Tese de doutoramento em Enfermagem. p. 195. Disponível em <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/20608>

¹⁵ Regulamento n.º 76/2018. Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Diário da República, 2ª série, N.º 21, 30 de janeiro de 2018. "**A - A prática profissional, ética e legal.** Competência: Desenvolve uma prática profissional de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional. **B - A gestão pela qualidade e segurança.** Competência: Desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações. **C - A gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional.** Competência: Adota estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos

a investigação que possibilita a criação e o desenvolvimento de *standards* de boas práticas, benchmarking, normas de atuação clínica. Por isso, no plano de estudos do curso de pós-graduação, juntámos duas unidades curriculares - a *Gestão de Unidades de Saúde* e a *Investigação* - com o objetivo que os estudantes pudessem desenvolver um projeto assente nos achados da investigação.

Segundo desafio, a **ética organizacional**. Uma ética aplicada que, evocando Roque Cabral, nos incita "a-fazer" pois que o "bem moral é afazer"¹⁶, uma construção permanente da pessoa que "tem o dever de proceder sempre moralmente bem".

O foco são as pessoas, ou melhor, a pessoa, um ser em devir, que se realiza ao passar pelos outros, como diziam os existencialistas. Há quem defenda que a ética organizacional pode ser tematizada em níveis de análise: "*a nível individual e trata de compreender as questões morais que o indivíduo encontra no seio da organização. É aqui que se colocam as questões éticas, no contexto da filosofia dos valores, quando tematizados na sua forma originária, ou seja, ligados à pessoa; bem como a questão relacionada com os conflitos de valores entre pares.*"¹⁷ O segundo nível é organizacional e considera a organização como um todo coletivo; se quisermos, "*relacionado com o poder que as organizações dispõem, não só, em matéria de gestão de recursos, como também, a sua influência sobre outros atores da sociedade de uma forma geral*"¹⁸ sendo que a ética pode ser perspectivada como uma ferramenta na governação da organização. O terceiro nível compreende a responsabilidade da organização para com a sociedade.

É importante que tenhamos em conta que a nossa ação é orientada para o serviço e interesse público. Como afirmou Adela Cortina, as organizações existem porque

processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização. **D - O planeamento, organização, direção e controlo.** Competência: Operacionaliza as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança. **E - A prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde.** Competência: Garante uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde. **F - O exercício da assessoria e consultadoria.** Competência: Desenvolve a assessoria e a consultadoria visando processos de mudança que agreguem valor às organizações de saúde.

¹⁶ Cabral, Roque (2003) Temas de Ética. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia, Universidade Católica Portuguesa, p. 21.

¹⁷ Marques dos Santos, António (2011) A ética organizacional como instrumento de gestão na prossecução do interesse público. 8º Congresso Nacional de Administração Pública. Instituto Nacional de Administração. p. 132. Disponível em <http://repap.ina.pt/handle/10782/585>

¹⁸ Idem, p. 132.

têm como objetivo satisfazer necessidades humanas e os projetos organizativos têm o recurso humano na sua base¹⁹. Não se trata apenas de considerar os dispositivos existentes nas organizações (como a missão, os valores, os códigos de ética e conduta) mas de valorizar e promover um clima ético, de entejuda, de integridade, de responsabilidade.

Terceiro desafio, o **treino e desenvolvimento da liderança**.

E este treino é mesmo relevante, pois a liderança é a arte de influenciar as pessoas (estou a parafrasear Drucker). Há umas pessoas que parecem ter mais talento ou mais inclinação mas a liderança, enquanto competência, treina-se. Se considerarmos que Osborn e outros têm razão, "*a liderança e a sua eficácia, em grande parte, dependem do contexto (...) Liderança é uma construção social emergente incorporada em uma organização única - é liderança contextual*"²⁰. Liderar aprende-se em ambiente social na vida real, com conhecimento, tempo, atitude e resiliência.

Quarto desafio, solicito que cada um pense no que considera ser o quarto desafio.

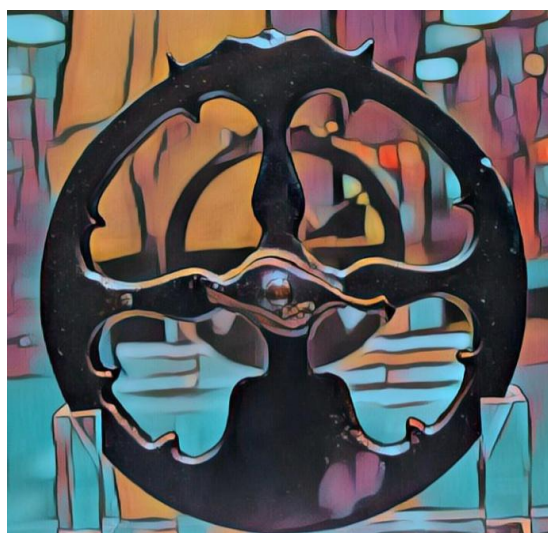
E coloquem-no a vós mesmos, que não há desafio mais realizável que aquele a que cada um define e a que se dispõe.

¹⁹ Cortina, Adela (2000) *Ética de la Empresa*. 5ª ed. Madrid: Editorial Trotta, p. 32.

²⁰ Osborn, Richard & James Hunt & Lawrence Jauch (2002) "Toward a contextual theory of leadership", *The leadership quarterly*, nº13: 797-837. "Leadership, and its effectiveness, in large part, is dependent upon the context (...) Leadership is an emerging social construction embedded in a unique organization – it is contextual leadership" (797-798).

FÓRUM I

Gestão em Saúde e Enfermagem



Fórum I - Projetos

- ❖ **Planeamento estratégico na organização em dotações seguras num Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal** - Marta Cristina Belmonte Pereira; Ana Sofia Vicente Leite Marquês; Maria Gabriela Antunes Pereira dos Santos; Maria da Luz Fialho Oliveira Pedrosa Pereira; Patrícia Meneses Oliveira Duarte; Edgar Canais. Apresentado por Marta Pereira.
- ❖ **Motivação e desempenho dos enfermeiros** - Deolinda da Conceição Marques de Sousa Caxaria; Ana Susete de Abreu Simões; Helena Paula da Conceição Lança Dias; Rosa Isabel Raposo Santiago; Armandina Antunes. Apresentado por Deolinda Caxaria.
- ❖ **Liderar na posseção da melhoria continua - a avaliação da satisfação com os cuidados de Enfermagem** - Cláudia de Jesus Dias Xavier Roma Pereira; Ana Sofia Mendonça de Carvalho Antunes; Célia Sandra Silva Maria Paiva Bidarra; Maria Inês Paiva Sá dos Santos Pereira; Renato José Rodrigues; Armandina Antunes. Apresentado por Cláudia Roma Pereira.
- ❖ **O benefício da cromoterapia no trabalho de parto: processo de implementação e gestão num serviço** - Andreia Villar Paes Mendes; Irene dos Santos Cristina; Sandra Cristina Sendim Monteiro Martins; Vanda Cristina de Carvalho Pinto Santos; Vânia Florência do Rosário Sousa Fernandes de Barros; Ana Filipa Poeira. Apresentado por Andreia Paes Mendes.

Fórum Gestão em Saúde e Enfermagem

Edgar Canais
ESS-IPS, NURSE'IN.

O curso de Pós-Graduação em Gestão em Saúde e Enfermagem dá resposta à necessidade de desenvolvimento de competências dos enfermeiros na área da gestão. Entre os objetivos propostos da pós-graduação, contempla-se que o estudante - *Aplica a metodologia de projeto, seguindo todas as etapas.*

Os projetos apresentados evidenciam o percurso desenvolvido pelos estudantes na aplicação da metodologia de projeto, como ferramenta de aprendizagem e desenvolvimento de competências de investigação-ação em 10 etapas:

1 - Enquadramento conceptual

1.1. Procuram a melhor evidência científica disponível, permitindo aceder ao conhecimento em enfermagem atualizado.

2 - Diagnóstico de Situação

2.1. Efetuaram uma descrição da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar.

- Caracterizaram o problema

- a) Identificação das causalidades (Hipóteses)
- b) Caracterização (Quantitativa e qualitativa) do problema e das causas
- c) Evolução (passado e perspetivas futuras)
- d) Identificação dos intervenientes (Perspetivas de solução)
- e) O que já se faz (respostas existentes)
- f) Recursos e forças (alavancar)
- g) Definição de prioridades

- Utilizaram Instrumentos de Diagnóstico (validação do problema):

- a) Observação
- b) Questionários

- c) Escalas de avaliação
- d) Entrevista
- e) Análise SWOT
- f) Cadeia de Valor
- g) FMEA
- h) Stream Analysis

3 – Definição de Objetivos (Fixação)

3.1. Fixaram objetivos a atingir:

- Selecionaram os Indicadores dos problemas prioritários:
 - a) Indicadores de resultado ou de impacto
 - b) Indicadores de atividade ou de execução
 - c) Inter-relação entre Indicadores / Metas / Objetivos
- Efetuaram a determinação da tendência dos problemas de saúde;
- Fixaram os objetivos a atingir;
- Realizaram a tradução dos objetivos em objetivos operacionais e metas.

4 - Planeamento

4.1. Definiram as estratégias

Fases da Elaboração de Estratégias:

1. Definiram os critérios de conceção da estratégia;
2. Identificaram e enumeraram as modificações necessárias;
3. Escreveram/desenharam as estratégias potenciais;
4. Realizaram a escolha das estratégias exequíveis;
5. Descreveram detalhadamente as estratégias selecionadas;
 - a) Profissionais envolvidos no projeto (*Stakeholders*)
 - b) Sponsor
 - c) Gestor de Projeto
 - d) Equipa de Gestão do Projeto
 - e) Equipa de Execução do Projeto
6. Work-Breakdown Structure (WBS) – construíram a estrutura de divisão de trabalho;
7. Definiram e calcularam os custos das estratégias;
 - a) custos diretos

b) custos indiretos

8. Avaliaram a adequação dos recursos futuros;

a) Efetuaram a gestão de risco, através dos critérios de sucesso e da sua importância relativa.

9. Realizaram a revisão das estratégias e dos objetivos (ponto de situação).

5 - Identificação de Atividades

5.1. Definiram as atividades a serem desenvolvidas seguindo os princípios vigentes de sustentabilidade.

6 - Prepararam a Execução e Avaliação

6.1. Definiram pormenorizadamente os resultados;

6.2. Prepararam Check List de atividades – execução;

6.3. Determinaram os recursos ao longo do tempo;

6.4. Calendarizaram detalhadamente a execução (6-12 meses).

7 - Monitorização do Projeto

7.1. Descrição detalhada por atividade: calendário, pessoas envolvidas, com objetivo, e respetivo resultado.

7.2. Monitorização Pormenorizada: *quem faz o quê*.

8 - Cronograma

Recurso *Microsoft Project*.

9 - Avaliação do Projeto

9.1. Identificaram parâmetros e realizaram ponto de situação.

10 - Difusão

a) Apresentaram o projeto num serviço de uma instituição de saúde;

b) Efetuaram a submissão de resumo para apresentação em formato de comunicação oral no I CONGRESSO DE GESTÃO EM ENFERMAGEM “Percursos e Desafios”;

c) Realizaram a apresentação do projeto nos *Fórum I* e *Fórum II* subordinados ao tema *Gestão em Saúde e Enfermagem*;

d) Submeteram o artigo desta apresentação para integrar o presente eBook.

Com os resultados alcançados e as competências que foram desenvolvidas, acreditamos que este percurso contribuiu para o desenvolvimento e satisfação pessoal dos estudantes, assim como num futuro próximo, estes poderão vir a partilhar resultados interessantes dos trabalhos agora preparados, bem como outros que possam emergir do seu dia-a-dia como profissionais de enfermagem.

Planeamento estratégico na organização em dotações seguras num Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal

Marta Pereira; Ana Sofia Marquês; Maria Gabriela Pereira dos Santos; Maria da Luz Pereira; Patrícia Duarte; Edgar Canais. Apresentado por Marta Pereira.

O ACSPS foi criado pela Portaria n.º 394-B/2012 de 29 de novembro, sendo assim uma organização recente, necessitando ainda percorrer um longo caminho no sentido da consolidação de uma cultura organizacional própria, focada na eficiência dos processos, qualidade assistencial, na procura de resultados coletivos e na satisfação dos utentes e profissionais.

Em novembro de 2019, encontravam-se inscritos nas unidades de saúde do ACSPS 261 907 utentes, ou seja, um número ligeiramente superior ao número estimado de residentes na área de influência do ACSPS. Cerca de 64 429 utentes, ou seja, 24,6% dos utentes do ACSPS não têm equipa de família (médico e enfermeiro) atribuído o que dificulta o acesso aos cuidados de saúde. O número de utentes frequentadores, ou seja, que recorrem às unidades de saúde do ACSPS apresenta valores de 232 111 utentes o que corresponde a 11,38% da população inscrita.

A 01 de Janeiro de 2015, o ACSPS possuía 454 trabalhadores efetivos dos quais 163 são enfermeiros, face aos 587 trabalhadores previstos no Mapa de Pessoal no ACSPS. Deste facto decorre uma taxa efetiva de ocupação dos lugares em mapa de apenas 77,3% do total de lugares previstos, circunstância que veio a degradar-se progressivamente ao longo dos últimos anos, fruto de um fluxo de saída muito acima do número de entrada de profissionais. Esta situação torna-se deveras preocupante constatando-se uma evidente distorção entre as necessidades básicas de efetivos e a missão delegada a esta instituição, traduzida na incapacidade de dar efetiva resposta às necessidades de saúde da população abrangida.

Um desafio que se coloca hoje ao indivíduo em contexto de trabalho, é o de responder às solicitações do meio envolvente, marcado por um determinado grau de imprevisibilidade, o que implica que todos os processos de educação e formação

se centrem no profissional, que ao apropriar-se do seu percurso formativo, reflete sobre as suas práticas, fundamentando e observando as relações que estabelece com os outros e com o contexto em que se insere. A profissão de enfermagem não é alheia a esta realidade, incentivando os profissionais a responder a esses novos desafios, e às novas necessidades da sociedade, conquistando uma atitude baseada no desenvolvimento do espírito científico, criatividade, capacidade de análise e reflexão, e na responsabilidade pelos valores da profissão e pela missão da organização onde desenvolvem a sua prática profissional.

Entendemos que a alocação de recursos humanos que correspondam efetivamente às necessidades reais da população promove um ACSPS mais eficiente e melhor capacitado para responder aos desafios que surgem todos os dias, é desta premissa que emerge a importância da existência de enfermeiros especialistas e/ou com competências acrescidas devidamente alocados de acordo com as necessidades de saúde da população e das suas características geodemográficas.

Nos 163 enfermeiros do mapa de pessoal do ACSPS, atualmente 55 enfermeiros são especialistas e perspectivasse que a julho do 2020, 99 o sejam. Segundo a métrica das dotações seguras será necessário para uma prática segura e de qualidade somar mais 90 enfermeiros o que perfaz um total de 253 trabalhadores enfermeiros no mapa de pessoal. O número de enfermeiros especialistas deverá também ele passar a médio/longo prazo para 253 em 2025.

De referir que destes 99 enfermeiros especialistas à data de julho 2020, a sua alocação não está de acordo com as necessidades das populações e por isso não rentabiliza de forma efetiva o capital humano de enfermagem que embora diminuto, existe neste ACSPS.

A inclusão de melhoramentos no sistema de saúde implica, sem dúvida, o investimento no seu capital humano com vista á sua capacitação, com o intuito de facilitar os meios que possibilitem a aquisição e/ou aprofundamento das competências dos profissionais de saúde – Enfermeiros.

Motivação e desempenho dos Enfermeiros

Deolinda Caxaria, Ana Simões, Helena Dias, Rosa Raposo,
Armandina Antunes. Apresentado por Deolina Caxaria.

Gostaria de iniciar esta apresentação por saudar todos os presentes e os meus colegas de mesa. Não poderia deixar de expressar uma palavra de apreço à organização deste evento, e por último ao meu grupo, pois sem o esforço realizado por todas não estaríamos aqui hoje. O tema que vos apresento é referente à motivação e desempenho dos enfermeiros, um trabalho desenvolvido no contexto da primeira Pós-graduação em Gestão em Saúde e Enfermagem.

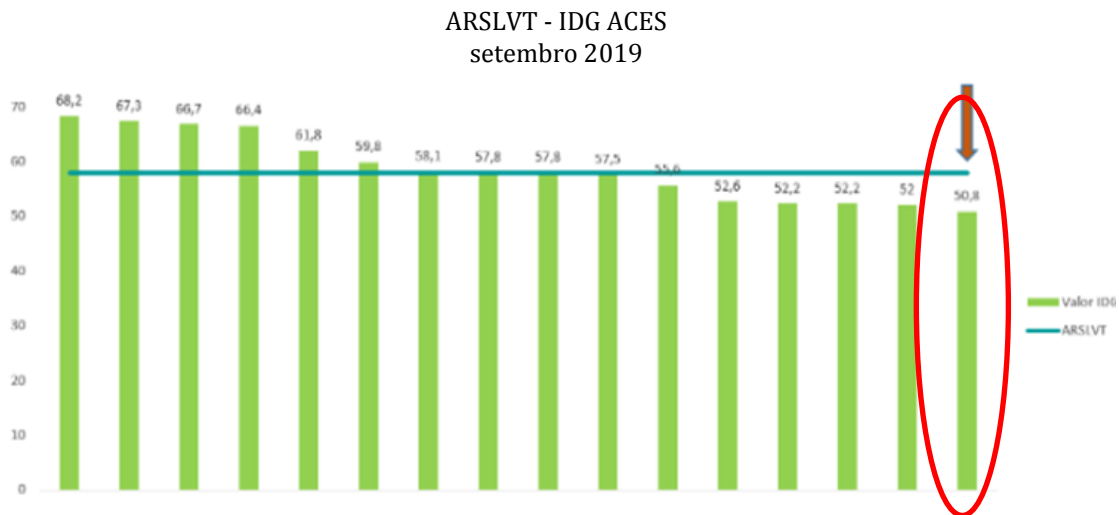
Em profissões que têm como base as relações humanas, como é o caso da enfermagem, a motivação e a satisfação, são essenciais na prática diária. São conceitos multidimensionais suportados na relação entre as experiências e as expectativas de cada profissional sendo determinantes para a qualidade dos cuidados prestados ao cidadão e imprescindíveis na dinamização dos processos para que as organizações consigam alcançar os seus objetivos.

Os estudos realizados por Ribeiro (2014) e pela Ordem dos Enfermeiros (2018) salientam que a motivação e satisfação produzem um impacto direto no desempenho e produtividade dos profissionais e que o enfermeiro gestor assume um papel determinante na motivação das suas equipas.

De acordo com a vivência dos contextos das unidades em que as autoras estão inseridas, este projeto torna-se pertinente, pois incide sobre uma população que tem sido confrontada com novas solicitações e responsabilidades acrescidas ao seu conteúdo funcional, perante uma escassez de recursos a vários níveis.

Os ACES integram diversas tipologias de unidades funcionais com estruturas e funcionamentos diferentes, o que suscita níveis distintos de motivação de acordo com a literatura.

Se analisarmos os resultados publicados pela ARSLVT relativa ao Índice de Desempenho Global (IDG) dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) no mês de setembro de 2019, podemos constatar que um dos ACES da Península de Setúbal apresenta o valor mais baixo de IDG entre os seus homólogos.



Tendo como base os valores apresentados, torna-se relevante conhecer quais os fatores que podem influenciar a motivação e satisfação profissional dos enfermeiros.

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados Medline, Cinahl, e Cochrane Database of Systematic Reviews, e em outras fontes como RCAAP e o Google scholar com os descritores associados à questão de partida: "Quais os fatores que podem influenciar a motivação profissional dos enfermeiros?".

Foram definidos como critérios de inclusão os artigos publicados em Português e Inglês, no período compreendido entre 2013 e 2019 e que estivessem disponíveis em full text. Da pesquisa efetuada, resultaram 25 artigos, dos quais 12 apresentavam uma maior sensibilidade para a temática em estudo.

Como principais resultados podemos destacar que a motivação dos profissionais é uma preocupação global, sendo um fator essencial para potenciar o desempenho de uma organização.

Se observarmos a tabela seguinte, podemos constatar que:

Dimensões	N=12	Autores
Gestão e Liderança	10	Afolabi <i>et al.</i> (2018), Halldorsdottir <i>et al.</i> (2018), Bhatnagar (2017), Twigg & McCullough (2014), Ganta (2014), Baljoon et al, (2018), Lagarde et al, (2019), Navaneetha & Bashkar, (2018), Lorenz & Guiardello, (2014), Vagharseyyedin, (2016)
Autonomia e Desenvolvimento profissional	6	Afolabi <i>et al.</i> (2018), Halldorsdottir <i>et al.</i> (2018), Twigg e McCullough (2014), Ganta (2014), Baljoon et al, (2018), Navaneetha & Bashkar, (2018)
Condições de trabalho	6	Afolabi <i>et al.</i> (2018), Halldorsdottir <i>et al.</i> (2018), Bhatnagar (2017), Lorenz & Guiardello, (2014), Vagharseyyedin, (2016), Floch et al, (2016)
Remuneração e Benefícios fiscais	5	Afolabi <i>et al.</i> (2018), Halldorsdottir <i>et al.</i> (2018), Bhatnagar (2017); Baljoon et al, (2018), Floch et al, (2016)
Responsabilidade e Realização	5	Afolabi <i>et al.</i> (2018), Halldorsdottir <i>et al.</i> (2018), Jooste e Hamani, (2016), Baljoon et al, 2018, Floch et al, (2016)
Progressão na carreira	4	Afolabi <i>et al.</i> (2018), Halldorsdottir <i>et al.</i> (2018), Jooste e Hamani, (2016), Baljoon et al, (2018)
Reconhecimento, Apreciação e Recompensa	4	Afolabi <i>et al.</i> (2018), Jooste e Hamani, (2016), Bhatnagar (2017), Baljoon et al, (2018), Ganta (2014)
Recursos humanos e Horários de trabalho	4	Afolabi <i>et al.</i> (2018), Twigg e McCullough (2014), Navaneetha & Bashkar, (2018), Lorenz & Guiardello, (2014)
Comunicação e Relacionamento da equipa	4	Halldorsdottir <i>et al.</i> (2018), Twigg e McCullough (2014), Baljoon et al, (2018), Lorenz & Guiardello, (2014)

A categoria identificada com maior representatividade foi a gestão e liderança, que está intimamente relacionada com as características do líder e estilos de liderança. A autonomia e a hipótese de desenvolvimento profissional foram também bastante valorizadas, seguindo-se as condições de trabalho e só depois as remunerações e benefícios fiscais e a responsabilidade e realização.

O reconhecimento, os recursos humanos e horários de trabalho e a comunicação e relacionamento com os seus pares foram também fatores que sobressaíram na literatura.

A evidência científica aponta ainda que o Enfermeiro gestor é responsável por inovar estratégias para manter a sua equipa motivada e empenhada nos contextos de trabalho.

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa anterior, desenhamos um projeto de intervenção para aplicar num dos ACES da Península de Setúbal.

Dada a dimensão da amostra que é constituída por 167 enfermeiros, decidiu-se desenvolver um projeto piloto com a duração de 6 meses. Este projeto vai incidir em duas tipologias diferentes de unidades: 1 UCSP e 1 UCC.

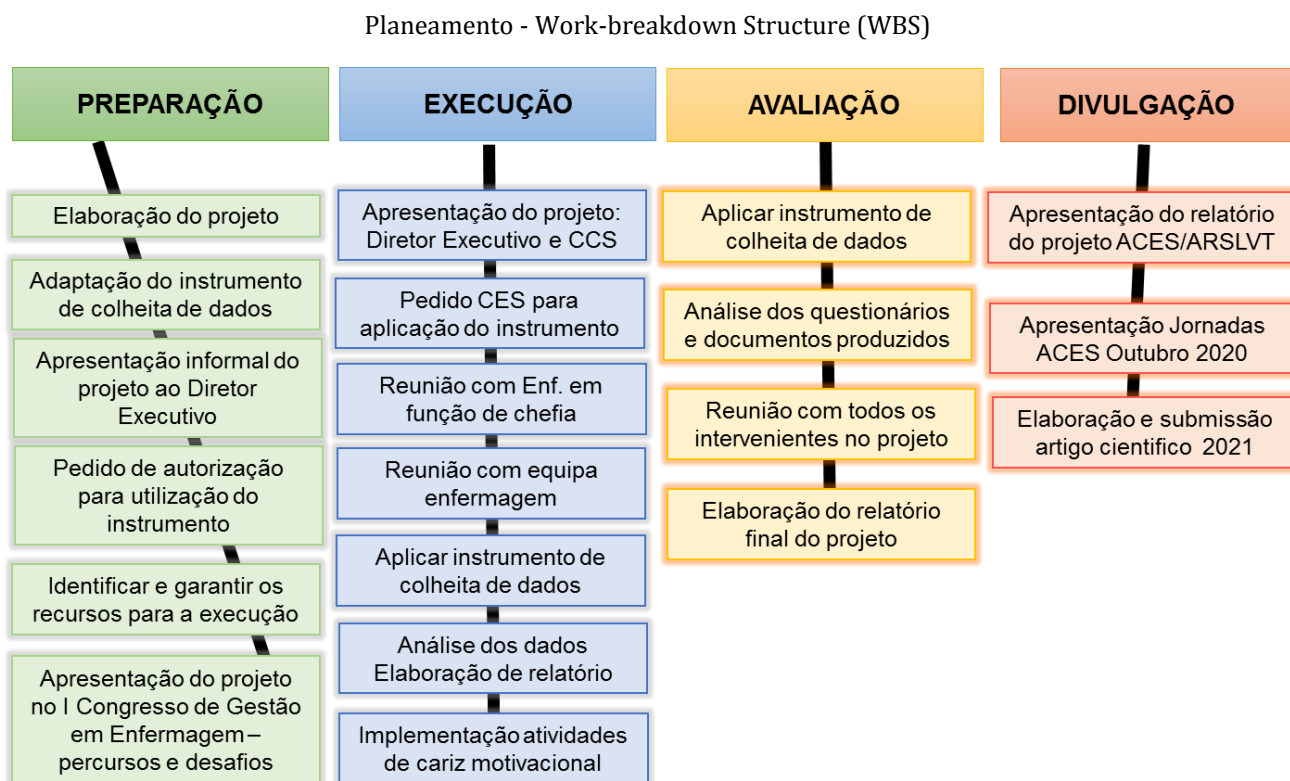
A seleção destas unidades deveu-se essencialmente a dois fatores. O primeiro está relacionado com os resultados encontrados na literatura, que referem que os profissionais das UCSP apresentam níveis de desmotivação e insatisfação superiores aos da USF. O segundo fator está relacionado com os resultados do IDG destas duas tipologias que apresentam níveis inferiores relativamente às USF.

Estabelecemos como finalidade deste projeto “rentabilizar os recursos de enfermagem, mantendo os enfermeiros motivados para a sua missão”.

Definimos como objetivo geral: “Melhorar o Índice de Desempenho Global de um ACES, através da promoção da motivação dos enfermeiros”. De forma a operacionalizar este objectivo, definimos os objectivos específicos que se encontram na tabela seguinte, assim como as respectivas metas e indicadores:

Objetivos Específicos	Metas	Indicadores
1 – Identificar os fatores motivacionais que os enfermeiros referem como determinantes do seu desempenho	Nos 1^{os} 15 dias	Fatores motivacionais identificados
2 – Promover a motivação dos enfermeiros	Em 6 meses	Nº de atividades realizadas/nº de atividades planeadas x100
3 – Aumentar o Índice de Desempenho em dois indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem	Em 5 %	Taxa de variação de cada indicador
4 – Monitorizar a motivação dos enfermeiros	Início e após 6 meses	Taxa de variação da motivação

Para dar resposta aos objetivos definidos, foram delineadas as atividades que podemos visualizar no quadro seguinte, que foi efectuado recorrendo à metodologia WBS. As actividades encontram-se agrupadas segundo as fases de planeamento do projeto.



Numa primeira fase procedemos ao desenho e elaboração do projeto e à adaptação do instrumento de colheita de dados que foi selecionado na pesquisa bibliográfica efetuada.

Posteriormente foi realizada uma apresentação informal do projeto ao Diretor executivo de um ACES da Península de Setúbal. Executámos de seguida o pedido de autorização para utilização do instrumento de colheita de dados e a identificação dos recursos necessários para implementação do projeto. O encerramento desta etapa conclui-se com esta apresentação.

A fase subsequente inicia-se com a apresentação do projeto numa reunião formal com o Diretor executivo e com o Conselho Clínico e de Saúde de um ACES, seguindo-se o pedido à Comissão de Ética para a Saúde para aplicação do questionário. Após parecer afirmativo, serão realizadas reuniões, inicialmente com os enfermeiros chefes e em funções de chefia e posteriormente com as equipas que integrarão o projeto piloto.

A implementação das intervenções inicia-se com aplicação do instrumento de colheita de dados que foi adaptado e validado para a população portuguesa em 2017 por Dias *et al.* Após a sua aplicação será efetuada a análise dos dados e elaborado o respetivo relatório.

A implementação das atividades motivacionais será realizada de acordo com a literatura consultada. A estratégia mais recomendada na literatura são as reuniões regulares de equipa, pois segundo a evidência, são os momentos mais propícios para implementação de atividades de cariz motivacional.

A nossa intervenção decorrerá no espaço reservado para as reuniões das equipas (6^{as} feiras), tentando que pelo menos 1 x por mês, sejam dinamizadas atividades motivacionais durante esse período.

Outra das estratégias recomendadas é a elaboração de uma caixa de sugestões e de um quadro informativo, onde será afixada toda a informação considerada relevante para a equipa, como: Aniversários dos enfermeiros, data das sessões motivacionais, evolução dos indicadores da unidade, cartazes das formações internas e externas, entre outros.

A evidencia científica sugere ainda, a Promoção de pausas durante o horário do serviço e momentos de convívio em contexto externo de forma a promoverem a criação de ambientes saudáveis e favorecerem o TEAM Building, estratégias que contribuem para um aumento na motivação.

A Validação da Intervenção com o incremento de sugestões de melhoria e a monitorização de dois Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem estão também preconizadas neste projeto.

A avaliação será realizada ao longo da execução do projeto e no final com todos os intervenientes, cabendo a sua execução à equipa executora, através da análise dos resultados dos instrumentos de colheita de dados e de toda a documentação produzida ao longo do mesmo, como as fichas de execução, fichas de reunião, avaliação de atividades, gráficos de Indicadores, entre outros.

A divulgação será efetuada em três momentos distintos, correspondendo o primeiro à apresentação do relatório produzido no final do projeto à coordenação do ACES, o segundo à realização de uma comunicação oral e/ou póster para apresentar nas segundas Jornadas de um ACES que decorrerão nos dias 15 e 16 de

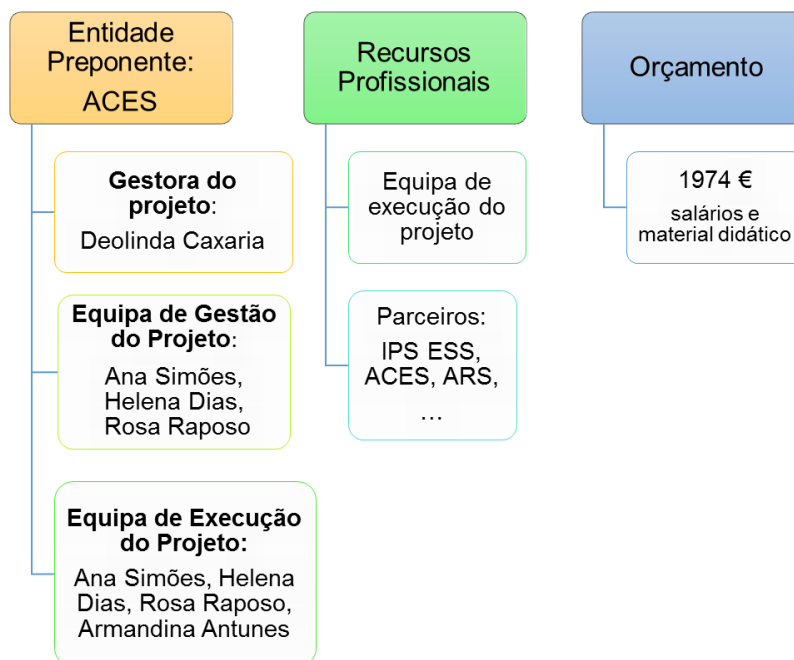
outubro de 2020 e finalmente a publicação de um artigo científico na revista “Percursos” a submeter até ao final do primeiro trimestre de 2021.

Cabe à equipa executora do projeto a responsabilidade de garantir que os tempos pré-definidos são cumpridos e proceder às alterações que considerarem necessárias.

A equipa de gestão do projeto corresponde ao grupo que o idealizou e a equipa executora do mesmo, é constituída pelos mesmos elementos e pela professora Armandina Antunes que nos orientou nesta caminhada. Os recursos profissionais definidos para a sua implementação correspondem à equipa de execução do mesmo e a todos os parceiros que poderão estar envolvidos durante a sua operacionalização.

O orçamento foi calculado tendo por base os salários dos intervenientes e os custos do material didático a utilizar, perfazendo a soma de 1974 euros.

Apresentamos na figura seguinte um esquema que permite uma melhor visualização do referido anteriormente:



Para concluir, gostaríamos de ressaltar que para este projeto ser implementado e ser bem-sucedido, o papel do enfermeiro gestor é preponderante. Segundo a literatura consultada, é ele a chave para o sucesso das intervenções, sendo o seu papel determinante no processo de motivação da sua equipa,

fomentando o desenvolvimento de competências que promovem uma melhoria no desempenho, traduzindo – se em ganhos em saúde e contribuindo para o sucesso da organização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afolabi, A., Fernando, S. & Bottiglieri, T. (2018). The effect of organisational factors in motivating healthcare employees: a systematic review. *British Journal of Healthcare Management*. 24, 12: 603 - 612.
- ARSLVT (2019). Portal do SNS, Aces Arco Ribeirinho, Portugal.
- Bhatnagar, A., Gupta, S., Alonge, O. & George, A. (2017). Primary health care workers' views of motivating factors at individual, community and organizational levels: a qualitative study from Nasarawa and Ondo states, Nigeria. *The International journal of health planning and management*. 32:217-233.
- Dias, D., Leite, A. Ramires, A. & Bicho, P. (2017) Validação de um instrumento de avaliação dos fatores promotores da motivação para o trabalho: Um estudo com profissionais de saúde oncológica portugueses. *Análise Psicológica*, 2 (XXXV): 231-245.
- Ganta, V. (2014) Motivation in the workplace to improve the employee performance. *International Journal of Engineering and Technology, Management and Applied Sciences*. 2(6). 221-230.
- Jooste, K. & Hamani, M. (2016) The motivational needs of primary healthcare nurses to acquire power as leaders in a mine clinic setting. *Health SA Gesonheid*. 22, 43-51.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Portugal- Análise estatística. Lisboa, Portugal.
- Ribeiro, M (2014). Satisfação no trabalho dos enfermeiros de um agrupamento de Centros de Saúde. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Sá, Ana (2014). Satisfação Profissional dos Enfermeiros do ACES - um indicador de gestão – Dissertação de mestrado Porto, Portugal.
- Twigg, D. & McCullough, K. (2014). Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International Journal of Nursing Studies*. 51:85-92.

Liderar na possecussão da melhoria continua - a avaliação da satisfação com os cuidados de Enfermagem

Cláudia Pereira; Ana Sofia Antunes; Célia Bidarra; Maria Inês Pereira; Renato Rodrigues; Armandina Antunes. Apresentado por Cláudia Roma Pereira.

Resumo

A Qualidade em Saúde é definida como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão”, envolvendo cuidados de saúde adequados às necessidades e expetativas do cidadão assim como o melhor desempenho possível (DGS, 2015). Assim, quando pensamos na avaliação da qualidade em saúde, a satisfação do utente é um indicador importante da qualidade da prestação dos cuidados de saúde, contribuindo para um melhor planeamento na resposta às necessidades do utente, na implementação das melhores práticas e possibilitando ganhos em saúde. Com o intuito de recolher e aprofundar conhecimento relativamente à temática, avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem em internamento hospitalar, foi feita uma revisão integrativa, através de uma pesquisa na plataforma *EBSCOhost* e na base de dados *CINAHL Plus with Full Text*

Da pesquisa efetuada, atendendo à descrição anteriormente referida, encontraram-se 145 artigos, dos quais foi realizada leitura dos títulos e resumos de forma reflexiva e crítica, da qual resultou um universo de 9 artigos, tendo-se verificado que a satisfação traduz-se num conceito complexo e deveras subjetivo, relacionado com inúmeros fatores, tais como experiências individuais, valores sociais, expetativas futuras, entre outros, resultando na perceção de cada um, face aos cuidados projetados e que correspondam ao que identificam como as suas necessidades. Sendo assim, uma abordagem humanista centrada na pessoa, no sentido de implicar os utentes no processo de avaliação dos cuidados, pode tornar-se num instrumento impulsionador de estratégias de melhoria dos serviços de saúde, atualmente sujeitos a mudanças constantes relacionadas com a qualidade e segurança dos doentes e das famílias.

A monitorização sistematizada da satisfação relacionada com os cuidados de enfermagem produz contributos fundamentais quer para o utente, quer para a equipa, que deverá utilizar os resultados numa perspetiva construtiva de melhoria da qualidade assistencial. Neste sentido, percebe-se a importância desta avaliação enquanto ferramenta importante e suporte à tomada de decisão do enfermeiro gestor.

Para a avaliação da satisfação do utente com os cuidados de enfermagem prestados em contexto hospitalar, recorreremos a instrumento construído e validado para a realidade portuguesa, o *SUCEH₂₁*, e propomo-nos a longo prazo identificar áreas de melhoria a partir dos resultados obtidos com a aplicação do mesmo.

Após o diagnóstico da situação com a determinação da tendência natural da evolução dos problemas procedemos à identificação dos objetivos. Assim definimos como Objetivo Geral, Implementar nos serviços a praxis sistemática da avaliação da satisfação do utente com os cuidados de enfermagem prestados como ferramenta de gestão e reorganização dos serviços suportando a tomada de decisão e Objetivos Específicos, aplicar um instrumento de avaliação da satisfação do utente com os cuidados de enfermagem prestados em contexto hospitalar, a curto prazo e identificar áreas de melhoria a partir dos resultados obtidos com a aplicação do questionário, a longo prazo.

Palavras – Chave: Liderança, Satisfação, Cuidados de Enfermagem, Qualidade

INTRODUÇÃO

Tomando como referência o preconizado pela Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, importa pensar a acessibilidade à prestação dos cuidados de saúde nos requisitos adequados em resposta às necessidades dos cidadãos, impondo aos serviços de saúde que desenvolvam ações promotoras da melhoria contínua da qualidade e da segurança.

A Qualidade em Saúde é definida como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão”, envolvendo cuidados de saúde adequados às necessidades e expectativas do cidadão assim como o melhor desempenho possível. (DGS, 2015a)

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, estabeleceu a implementação de sistemas de monitorização periódica do grau de satisfação dos utilizadores do sistema de saúde, como uma das áreas de atuação da DGS, através do Departamento da Qualidade na Saúde. Tomando como pressuposto que a avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem assenta em dois pilares fundamentais: a manifestação da opinião do utente sobre os cuidados, e a expressão da qualidade dos mesmos através de indicadores, torna-se imperativo questionar a opinião dos beneficiários (Ribeiro, 2005).

Assim, quando pensamos na avaliação da qualidade em saúde, a satisfação do utente é um indicador importante da qualidade da prestação dos cuidados de

saúde, contribuindo para um melhor planeamento na resposta às necessidades do utente, na implementação das melhores práticas e possibilitando ganhos em saúde.

Oliveira (2016) considera ser um desafio a inversão da qualidade centrada nos profissionais, para a qualidade centrada nos utentes, que requer ainda muita investigação sendo, no entanto, aceite como promotora de benefícios. Consequentemente cada vez mais, os conceitos de qualidade e satisfação dos utentes, encontram-se mais interligados. Segundo Fernandes (2014), os estudos em Portugal sobre a satisfação dos utentes continuam a ser escassos, apesar de que nos últimos anos tenhamos assistido a um significativo aumento de interesse pela investigação nesta área.

De acordo com o Regulamento nº 101/2015 do perfil de competências do enfermeiro gestor da Ordem dos Enfermeiros *“a conceção e implementação de projetos e programas na área da qualidade, tendo em vista as melhores práticas profissionais, na equipa.”* é uma das competências do enfermeiro gestor. Conscientes desta dimensão enquanto futuros enfermeiros gestores, questionamos como tem sido realizada a avaliação da satisfação dos cuidados de enfermagem em Portugal e no mundo, quais os contributos dessa avaliação para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados e o desconhecimento do impacto da prestação de cuidados na satisfação das necessidades e/ou expectativas dos utentes. Perante estas inquietações, pretendemos traçar um projeto de intervenção que vise delinear a implementação da avaliação da satisfação do utente como indicador de qualidade das instituições, e simultaneamente utilizar os resultados como ferramenta de gestão e reorganização dos serviços suportando a tomada de decisão do enfermeiro na liderança.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), a primeira etapa de um processo de planeamento em saúde deve contemplar um diagnóstico de situação, onde serão identificadas as necessidades da população. Importa estabelecer uma noção de causalidade e prognóstico, relacionando as necessidades de saúde com os recursos disponíveis na área em estudo. Através do diagnóstico de situação, pretendemos conhecer os contornos da problemática em estudo para delinear

intervenções sistematizadas que respondam às necessidades identificadas. Genericamente, o diagnóstico de situação funcionará como justificação da implementação das atividades e como padrão de comparação nos momentos da avaliação, sendo o ponto de partida para a medição do avanço alcançado (Imperatori e Giraldes, 1993).

A metodologia utilizada na realização deste trabalho foi a revisão integrativa da literatura, uma vez que permite realizar uma síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de estudos com impacto na prática. A revisão integrativa permite a inclusão de diversas metodologias, o que se traduz num potencial de desempenho importante para uma prática baseada na evidência (Souza, *et. al*, 2010). Uma revisão integrativa contempla um método próprio de pesquisa científica, com o intuito de reunir e sintetizar os resultados de estudos realizados, que podem assumir diferentes metodologias. Esta tem como o objetivo recolher e aprofundar conhecimento relativo ao tema investigado. Aceitando a informação originária de vários paradigmas e áreas do conhecimento, com a finalidade de operacionalizar a complexidade inerente ao cuidar em enfermagem (Soares, 2014).

Através de uma identificação da problemática acerca da Avaliação da Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem em internamento hospitalar, preconizamos uma pesquisa através da plataforma *EBSCOhost*, na base de dados *CINAHL Plus with Full Text*. A seleção da base de dados especificada prende-se com o facto de esta congregar literatura relacionada com área de enfermagem e saúde associada a esta, uma das mais utilizadas na área de enfermagem. Atendendo ao número bastante significativo de artigos conseguidos com a pesquisa (145) e ao constrangimento temporal em que a realização do projeto se desenvolveu, optamos por proceder á análise detalhada apenas de artigos encontrados e seleccionados nesta base de dados. Foi também consultado o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). A pesquisa ocorreu no mês de dezembro de 2019, com os seguintes descritores: *Patient, Satisfaction, Assessment or Evaluation* e *Nursing Care*. Definiu-se limite temporal de 2014 a 2019 e critérios de inclusão: Adultos; Texto em português e inglês; Texto integral; Revisto por pares; Revistas académicas. Da pesquisa efetuada, atendendo à

descrição anteriormente referida, encontraram-se 145 artigos, dos quais foi realizada leitura dos títulos e resumos de forma reflexiva e crítica, da qual resultou um universo de 9 artigos.

Foram elaborados quadros resumo correspondentes a cada um dos artigos selecionados, com extração de resultados para análise criteriosa, com vista à recolha e sistematização das evidências relativamente à satisfação do utente com cuidados de enfermagem. Os estudos corroboram que as relações são um fator determinante na satisfação, uma vez que os utentes têm em elevada consideração, a forma como são atendidos e informados na instituição (Inchauspe e Souto de Moura, 2018). Esta noção é validada por Nunes e Gaspar (2016), enfatizando que muitos utentes apontam relevância às orientações fornecidas pelos profissionais e o seu nível de entendimento face às mesmas. Garcia, Romero *et. al.* (2019) corroboram a conceção, evidenciando a valoração do comportamento profissional,

Artigo	País (Ano)	Conclusões dos autores
1	Espanha (2018)	A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, é acompanhada por altos níveis de satisfação, conduz à redução média de internamento e redução de custos. (Garcia et al.,2018)
2	Turquia (2015)	Não existe correlação entre género e satisfação; Utente acompanhado, diminui as suas necessidades de cuidados e níveis de expectativa; Maior nível educacional aumenta as expectativas sobre os cuidados de enfermagem; Em hospital privado - maior nível de satisfação por melhores recursos físicos e mais informações fornecidas; Linguagem verbal e não verbal do enfermeiro importante na comunicação. (Özlü & Uzun, 2015)
3	Portugal (2016)	O enfermeiro-líder tem um papel preponderante na satisfação dos utentes. (Nunes & Gaspar, 2016)
4	Brasil (2018)	Permite a expressão de opinião dos utentes, relacionadas com as suas necessidade e expectativas para com o serviço; proporciona o estabelecimento de objetivos no sentido de melhorar ou manter os níveis de satisfação. (Inchauspe & Souto de Moura, 2018)
5	E.I. (2019)	A literacia, capacidade de interpretar resultados e locus de controlo têm impacto nas preferências e decisões relacionadas com a saúde. (Russo et al., 2019)
6	E. I. (2019)	A avaliação da satisfação é um indicador de qualidade; os utilizadores estão satisfeitos com os cuidados, independentemente da nacionalidade, cultura e serviços de saúde. (Alencar et al.,2019)
7	Turquia (2018)	A satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem está acima do nível mediano. (Yilmaz & Cagan, 2018)
8	Turquia (2018)	Os Enfermeiros necessitam de demonstrar maior interesse pelo processo de informação. Os Enfermeiros necessitam de dar maior atenção aos doentes com 56 ou mais anos. (Karaca &Duma, 2018)
9	Portugal (2016)	As dimensões criadas para avaliar os cuidados serão uteis para investigação da população portuguesa. A maioria da população está muito satisfeita com os cuidados de enfermagem. (Chaves et al., 2016)

a empatia demonstrada, o respeito pelo descanso, as formas de comunicação, enquanto aspetos reconhecidos pelos doentes como fatores muito positivos e para os quais é evidente um alto nível de satisfação.

Karaman e Uzun 2015 salientam a importância dada pelos utilizadores dos serviços no que respeita a melhorias de rácio enfermeiro/paciente, melhores estruturas físicas, maior disponibilidade e mais informação fornecida, relacionada com o seu estado de saúde. Alysun (2018) valida esta noção, enfatizando que o número de doentes nas enfermarias influencia a satisfação, sendo que, aqueles a que lhes é proporcionada mais privacidade em quartos privados, estão mais satisfeitos. Uma revisão integrativa de Alencar *et. al* (2019), salienta que os doentes se encontram satisfeitos com os cuidados de enfermagem, referindo a confiança, a acessibilidade aos serviços de saúde, a disponibilidade dos profissionais, a disponibilidade, o respeito pela privacidade e o relacionamento interpessoal, como fatores com impacto crucial na satisfação, sendo que também apontam como insuficiente, a informação transmitida pelos enfermeiros, no que respeita ao seu estado de saúde e exames que lhes são requisitados, evidenciando-se como área de melhoria. Estes aspetos valorizados pelos utentes, foram verificados no caminho da construção e validação do SUCEH₂₁.

Entende-se que, independentemente da complexidade e subjetividade inerente ao conceito de satisfação, existem fatores comuns e transversais culturalmente, que os beneficiários dos serviços de saúde assumem como positivos e negativos. A forma como estes resultados vão ser trabalhados na equipa vai depender da liderança de enfermagem.

DESENHO DE PROJETO

O projeto foi-se construindo de forma dinâmica e cumprindo os desígnios da metodologia de trabalho de projeto: um trabalho flexível que se foi ajustando de forma contínua e empreendedora, resultante de um trabalho em equipa, de discussão e planeamento em grupo com profissionais da área da Enfermagem, Gestão em Saúde e Investigação.

No Planeamento em Saúde, após o diagnóstico da situação com a determinação da tendência natural da evolução dos problemas procede-se à etapa seguinte, a identificação dos objetivos.

Nesta perspetiva, o objetivo assume-se aqui como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzindo em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperator e Giraldes, 1998, p.45).

Deste modo foi definido como Objetivo Geral: Implementar nos serviços a praxis sistemática da avaliação da satisfação do utente com os cuidados de enfermagem prestados como ferramenta de gestão e reorganização dos serviços suportando a tomada de decisão. E como Objetivos Específicos: Aplicar um instrumento de avaliação da satisfação do utente com os cuidados de enfermagem prestados em contexto hospitalar, a curto prazo; Identificar áreas de melhoria a partir dos resultados obtidos com a aplicação do questionário, a longo prazo.

Na realização de um projeto torna-se necessário “circunscrever o campo de análises empíricas no espaço geográfico e social, e no tempo” (Quivy e Campenhout, 1992). A população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos), que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo (Fortin, 1999). A população alvo refere-se à população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações. Definiu-se como população alvo do projeto de intervenção: Utentes internados em contexto hospitalar, com os seguintes critérios de inclusão: com igual ou mais de 18 anos e com internamento superior a 3 noites. Para tal, foram escolhidos dois serviços de um Hospital Central de Lisboa, um serviço de Cirurgia e um de Medicina Interna, para iniciar a implementação do projeto.

Para implementar a aplicação de um instrumento de avaliação da satisfação do utente com os cuidados de enfermagem prestados em contexto hospitalar, foi selecionado neste projeto de intervenção o questionário SUCEH₂₁ que foi construído e validado como instrumento de avaliação e satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem hospitalares (Ribeiro, 2005).

O SUCEH₂₁ é composto por um formulário que avalia as seguintes dimensões: eficácia na comunicação, utilidade da informação qualidade no atendimento, a prontidão na assistência, a manutenção do ambiente terapêutico e a promoção da continuidade dos cuidados (Ribeiro, 2005).

A seleção dos utentes que constituem a população deste projeto obedece a determinados **critérios de inclusão**: a) Consentimento dos utentes para participarem; b) Utesntes com idade superior ou igual a 18 anos; c) Utesntes de um serviço de medicina ou cirurgia, com um mínimo de três noites de internamento, num Hospital Central de Lisboa; d) Utesntes com alta na segunda semana de cada mês, durante três meses. Como **critérios de exclusão**, considerámos: a) Utesntes com alteração do estado de consciência; b) Não domínio de língua portuguesa.

Tal como no estudo de construção e validação do questionário, os utentes serão contactados via telefone, após a alta. A decisão por este tipo de entrevista, em detrimento de outras técnicas de entrevista, tem por base as suas vantagens: a elevada percentagem de população que tem telefone, a possibilidade de inquirir uma grande área geográfica e, portanto, um grande número de utentes, de uma forma menos dispendiosa do que as entrevistas pessoais, facto não menosprezável e que vai de encontro às nossas necessidades (Wagstaff, 2000 citado por Ribeiro, 2015). Aquando do processo de entrevista, após a apresentação do investigador, que será um enfermeiro que se identifica como não sendo colaborador do serviço avaliado, será referido o local de onde é efetuado o contato telefónico, o objetivo do inquérito, e de seguida, a solicitação da colaboração da pessoa em estudo, salientando o anonimato das respostas, bem como a confidencialidade da informação fornecida. Se o utente revelar incapacidade ou dificuldades em responder ao questionário, fica excluída a sua participação. As entrevistas serão efetuadas entre as 10h e as 20h de segunda a sábado inclusive, evitando-se sempre que possível, as horas das refeições (Ribeiro, 2015).

Na fase inicial de implementação do projeto, pretende-se que a monitorização seja realizada num período de 3 meses, isto é, serão contactados os utentes que cumpram com os critérios de inclusão definidos naquele período, assim antes da alta será informado da hipótese de ser contactado telefonicamente

para inclusão do estudo. O facto de se assegurar o anonimato constitui uma garantia de opiniões livres e objetivas por parte dos utentes acerca das respetivas posições (Gasquet, 2000 citado por Ribeiro, 2005).

Para a OE (2001) a procura permanente da excelência no exercício profissional, leva a que o enfermeiro persiga os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. Assim, foram definidos os seguintes indicadores para dar resposta os objetivos do projeto, atendendo às dimensões do questionário.

Indicador do projeto	Metas propostas para 2020
% utentes que aceitaram responder ao questionário	60%
% contatos telefónicos realizados com sucesso do total dos utentes incluídos no estudo	85%
% utentes que desistiram de continuar o questionário	3%

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caminho da aquisição de competências de enfermeiros gestores, a realização deste trabalho permitiu-nos o entendimento da monitorização da satisfação com os cuidados de enfermagem, enquanto indicador importante da qualidade, sendo que a evidência aponta para uma relação significativa entre qualidade de liderança, na perspetiva do enfermeiro gestor, e a satisfação dos beneficiários dos cuidados.

Uma monitorização sistematizada da satisfação relacionada com os cuidados de enfermagem produz contributos fundamentais quer para o utente, quer para a equipa, que deverá utilizar os resultados numa perspetiva construtiva de melhoria da qualidade assistencial. Neste sentido, percebe-se a importância desta avaliação enquanto ferramenta importante e suporte à tomada de decisão do enfermeiro gestor.

A satisfação traduz-se num conceito complexo e deveras subjetivo, relacionado com inúmeros fatores, tais como experiências individuais, valores sociais, expectativas futuras, entre outros, resultando na perceção de cada um, face aos cuidados projetados e que correspondam ao que identificam como as suas necessidades. Sendo assim, uma abordagem humanista centrada na pessoa, no

sentido de implicar os utentes no processo de avaliação dos cuidados, pode tornar-se num instrumento impulsionador de estratégias de melhoria dos serviços de saúde, atualmente sujeitos a mudanças constantes relacionadas com a qualidade e segurança dos doentes e das famílias.

Uma abordagem participativa, indo ao encontro das necessidades da pessoa, pode ser encarada como um processo dinâmico, em que haja espaço de discussão numa equipa, para que este indicador possa ser monitorizado regularmente e produza conhecimento para a otimização da prática de enfermagem, respondendo assim às expectativas dos beneficiários dos cuidados.

A satisfação com os cuidados é a medida do resultado da experiência vivida com o serviço de saúde e deverá merecer a nossa preocupação com a sua monitorização, uma vez que a garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade através de práticas baseadas na evidência é competência do enfermeiro gestor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alencar, L., Sardinha A., *et al*, (2019) - *Satisfaction of cancer patients about nursing care.* J Nurs UFPE online., Recife, 13(3):752-62.
- APEGEL, *Plano Estratégico para o mandato 2018-2019*. Acedido em 2 de janeiro 2020.
- Brito, T.R.M.A, (2015) - *Qualidade em Saúde – Satisfação do utente com o serviço de urgências do Hospital de Santa Maria*. (tese de mestrado). Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.
- Chaves, C., Duarte, J., *et al* (2016) - *Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários com os cuidados de enfermagem – amostra da região centro de Portugal.* International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1(2), 339-346.
- Coelho, S. (2013) - *A satisfação dos utentes em contexto hospitalar o contributo dos cuidados de enfermagem recebidos pelo utente durante o internamento*. Mestrado, Gestão em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2015a) - *Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020*. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2015b) - *Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema Nacional de Saúde. Relatório Técnico*. Departamento da Qualidade na Saúde. Ministério da Saúde.
- Fernandes, M. (2014) - *Avaliação da Satisfação de Utentes de um Serviço Prestador de Cuidados de Saúde Mental Comunitários: Estudo Exploratório*. (Tese de mestrado). Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- Fortin, M. F. (2009) - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- García, M.R.; Hito, P.D.; Ariza L.C. *et al* (2019) - *Level of satisfaction of critical care patients regarding the nursing care received: Correlation with sociodemographic and clinical variables*. Australian Critical Care, Vol. 32, Issue 6, Pages 486-493.
- Hesbeen, W. (2001) - *Qualidade em Enfermagem: pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. LUSOCIÊNCIA, ISBN: 972-8383-20-7
- Imperatori, E. e Giraldes, M. R. (1993) - *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública, 3ª Ed., Lisboa P. 5-132.

- Inchauspe J.A.F, Moura G.M.S.S. (2018) - *Satisfação do usuário com o atendimento: a visão da enfermagem*. JNurs UFPE online., Recife, 12(5):1338-45.
- Instituto Português da Qualidade (2015) -*Norma Portuguesa. Sistemas de Gestão da Qualidade. Requisitos (ISO 9001:2015)*. Comissão Técnica de Normalização. Associação Portuguesa para a Qualidade.
- Karaca, A.; Durna, Z. (2019) - *Patient satisfaction with the quality of nursing care*. Nursing Open. 6:535-545.
- Kurcgant, Paulina et al (2001) -*Administração em Enfermagem*. Editora Pedagógica Universitária, Lda
- Oliveira, F.J.C. (2016) - *Satisfação dos Utentes com a Experiência Hospitalar*. (tese de mestrado). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- Özlü, Z. K., Uzun, Ö. (2015) -*Evaluation of Satisfaction with Nursing Care of Patients Hospitalized in Surgical Clinics of Different Hospitals*. International Journal of Caring Sciences. Vol. 8, Issue, P. 19.
- Nunes. E.M.G.T, Gaspar, M.F.M. (2016) - *A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 37(2):e55726.
- Nunes, L. (2013) - *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal, Portugal. Departamento de Enfermagem ESS-IPS.
- Ordem dos Enfermeiros (2007) - *Consentimento informado para intervenções de enfermagem*. Enunciado de Posição. Lisboa, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2001) - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Conselho de Enfermagem, Lisboa.
- Quivy, R.; Campenhout, L. (1992) - *Manual de Investigação em Ciências sociais*. Lisboa: Gradiva; P.155-207.
- Ribeiro, A. (2005) - *O percurso da construção e validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de Enfermagem*. Revista Ordem dos Enfermeiros nº 16.
- Schiefer, U. et al (2006) - *Método Aplicado de Planeamento e Avaliação. Manual de Planeamento e Avaliação de Projetos*, Cascais, Principia. P. 287.
- Russo S., Jongerius, C., et al (2019) - *Understanding Patients' Preferences: A Systematic Review of Psychological Instruments Used in Patients' Preference and Decision Studies*. Value in Health 22, P. 491-501.
- Soares, C. B., Hoga, L. A., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., e Silva, D. R. (2014) - *Integrative review: Concepts and methods used in Nursing*. Revista da Escola de Enfermagem USP, 48(2), 335-345. DOI: 10.1590/S0080-6234201400002000020
- Souza, M.; Silva, M.; Carvalho, R. (2010) - *Revisão Integrativa: o que é e como fazer*. Revista Einstein, p. 102-6.
- Yilmaz, A. T., Cagan, O. (2018) - *Evaluation of Patients' Satisfaction Levels From Nursing Care: A University Hospital Example*. International. Journal of Caring Sciences, Vol. 11, Issue 3, P. 1875.

Benefícios da cromoterapia em trabalho de parto: Processo de Implementação e Gestão num Serviço

Andreia Mendes, Irene Cristina, Sandra Martins, Vanda Santos, Vânia Barros, Ana Filipa Poeira. Apresentado por Andreia Mendes.

Segundo os últimos dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019), 100 milhões de europeus recorrem às Medicinas Alternativas e Complementares e destes, cerca de 20 milhões, além de a usarem regularmente dizem preferir cuidados de saúde que integrem os referidos métodos.

Em Portugal, já existem implementadas terapias alternativas à medicina convencional, como por exemplo a utilização de novos métodos terapêuticos: acupuntura, aromoterapia, cromoterapia, hidroterapia.

A prestação de cuidados centrada nas necessidades da grávida, é uma abordagem que proporciona algumas vantagens em relação ao modelo biomédico tradicional, particularmente, aumento da satisfação da grávida, maior adesão ao tratamento, melhor resposta à terapêutica, maior eficiência do cuidado, resultando num menor custo para o sistema de saúde (Irwin & Richardson, 2006).

Este papel mais participativo das grávidas, o facto de estarem mais cientes dos serviços de saúde disponíveis, das regras de utilização e dos seus direitos e deveres, possibilita uma participação mais eficaz no processo de melhoria do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2009).

Desta forma a disponibilização das Medicinas Alternativas e Complementares contribui para o bem-estar holístico da grávida, devendo ser uma prioridade na intervenção autónoma do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO). Assim, torna-se necessário analisar se a utilização das Medicinas Alternativas e Complementares são parte das soluções para ampliar a oferta dos cuidados de saúde e a recomendação de integração no Plano Nacional de Saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Em 2001 a Ordem do Enfermeiros (OE), enuncia os descritivos que englobam a dimensão do cuidar:

- Satisfação do Cliente;
- Promoção da Saúde;
- Prevenção de Complicações;
- Autocuidado, Autocontrolo e Mestria;
- A Readaptação às novas Condições de Saúde;
- A Organização dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (ESMOG).

Com base nestes indicadores, em 2011, a OE implementou o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados nesta área.

Atualmente, são inúmeras as novas perspetivas sobre a intervenção no alívio da dor, que incluem técnicas não farmacológicas diversas. De facto, em 2019 a OMS apresentou diversos relatórios, guias de orientação, conferências e grupos de trabalho, relacionados com a mais recente designação preconizada pela mesma para este sector, as Medicinas Tradicionais e Complementares (MTC).

Entre os diversos benefícios decorrentes desta utilização, a OMS destaca a potencial redução de custos, dada a diminuição do tempo de hospitalização e prescrição de fármacos. É neste sentido, que o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, concorre ao Projeto “Maternidade com Qualidade”, implementando vários projetos de Técnicas não farmacológicas do alívio da dor e promoção do bem-estar da grávida ao longo do TP e Parto.

Atualmente já instituídos, estão: a Deambulação, a utilização da Bola de Pilates, a Ingestão de Líquidos, a Hidroterapia, a Massagem de Relaxamento, o *Shiatsu*, o *Reiki* e as Técnicas de Respiração.

Neste processo de formação, surgiu a necessidade de introduzir uma nova técnica, por forma a aumentar a satisfação das utentes, a Cromoterapia. E o que é Cromoterapia? É a ciência que utiliza as cores do espectro solar, para restaurar o equilíbrio físico e energético, em áreas do corpo atingidas por alguma disfunção (Balzano, 2014). Introduzir a cromoterapia nos cuidados de saúde, é uma das

intervenções autónomas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, aumentando assim a oferta dos métodos de relaxamento das grávidas, durante o trabalho de parto e parto.

Enquanto gestoras, acreditamos que esta intervenção pode produzir ganhos em saúde para as grávidas, diminuir os gastos com fármacos analgésicos, com uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Assim, com o objetivo da excelência do exercício profissional, o enfermeiro procura alcançar elevados níveis de satisfação das grávidas a quem presta cuidados.

Nesse contexto, legitimamos o planeamento, a execução, o controlo e a avaliação deste projeto, e aceitamos, o desafio de contribuir para a Prática Avançada de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, expandindo o Projeto Maternidade com Qualidade no Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM).

Fazendo uma análise do projeto com recurso ao diagrama causa-efeito (Figura 1), detetámos possíveis obstáculos nas intervenções autónomas do enfermeiro gestor, no processo de implementação da cromoterapia às grávidas em trabalho de parto e parto:

- Ao nível dos recursos humanos, materiais e organizacionais, temos um papel indispensável.
A falta de literacia em saúde, das grávidas, pode ser colmatada com esclarecimentos fornecidos na consulta pré-parto e no curso de preparação para a parentalidade que decorre na instituição.
- Quanto ao equipamento, foi realizada uma prospeção de mercado, bem como uma análise do custo-benefício, dos focos de luz e material didático necessário.
- À equipa de enfermagem, será dada formação pelos enfermeiros gestores, potenciando desta forma, a motivação dos pares com a aquisição de novos conhecimentos.

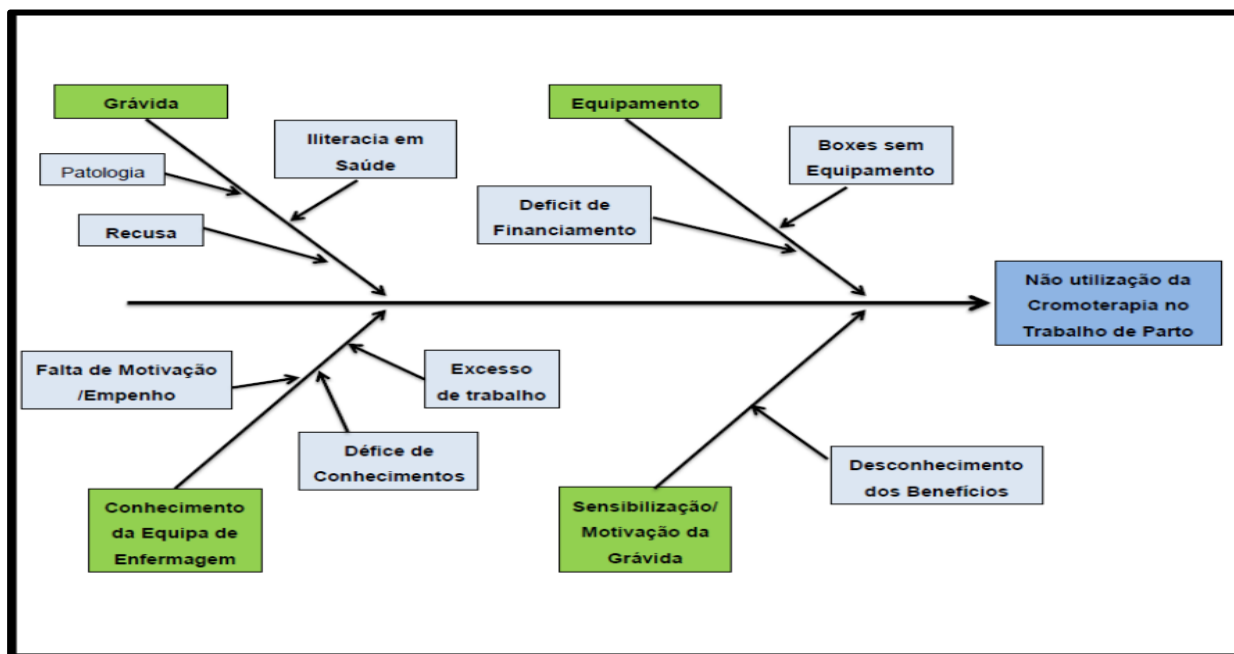


Figura 1 - Diagrama Causa Efeito - Implementação da Cromoterapia no trabalho de Parto (Fonte própria)

Assim, surge como imperativo um objetivo geral do projeto:

- Contribuir para a Prática Avançada de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e expandir o Projeto Maternidade com Qualidade no CHBM.

Da mesma forma, os Objetivos Específicos, são igualmente importantes:

- Inovar e aprofundar conhecimentos na área da cromoterapia
- Aumentar a oferta de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, implementando a cromoterapia às grávidas em trabalho de parto e parto que recorrem ao CHBM.

Quanto ao público-alvo do projeto, serão todas as grávidas não sujeitas a cesariana eletiva que utilizam a Unidade Funcional Urgência Obstétrica e Ginecológica, que aceitam a cromoterapia como medida não farmacológica de conforto e alívio da dor (Figura 2).

O tipo de dados a colher, refere-se ao nº de partos em que foi utilizada a cromoterapia durante o trabalho de parto e parto das grávidas incluídas no projeto, excluindo-se os partos de cesariana eletiva (Figura 2). A fonte de dados, serão os processos clínicos e a folha de registos criada para o efeito, sendo os dados recolhidos pelo enfermeiro ESMO, responsável pela grávida (Figura 2).

A avaliação será realizada através do número de grávidas que utilizaram a cromoterapia durante o trabalho de parto e parto, assim como a quantificação da

sua utilização, ou seja, se houve diminuição do desconforto e da dor. Para o efeito será utilizada uma escala da dor, de representação numérica entre 0 e 10, que é apresentada às grávidas ao longo do processo (Figura 2). Quanto aos critérios de avaliação, estes serão aplicados através da utilização da grelha de registo, em folha própria, que integra todos os processos utilizados pela grávida (Figura 2).

Quem colhe os dados, são os enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia, responsáveis pela grávida (Figura 2). O processo será realizado, durante o ano 2020 e primeiro semestre de 2021 (Figura 2). A sua Monitorização e Controlo, será da responsabilidade do enfermeiro ESMO, responsável pela grávida, uma vez que é este quem realiza o procedimento (Figura 2).

Público Alvo	Todas as grávidas não sujeitas a cesariana eletiva
Tipo de Dados a colher	Nº de partos
Fonte de Dados	Processos clínicos e folha de registo
Tipo de Avaliação	Se utilizaram ou não a técnica de cromoterapia, se a sua utilização diminuiu a dor na escala numérica
Crítérios de Avaliação	Utilização da grelha de registo que integra todos os processos e folha de registo própria
Quem colhe os Dados	EESMO responsável pela grávida
Qual a relação Temporal	Ano 2020 e primeiro semestre 2021
Monitorização e Controlo	EESMO responsável pela grávida

Figura 2 - Descrição (Fonte própria)

Sendo os Indicadores, as características da realidade que podem ser medidas, não podendo por isso ser conceitos abstratos, foi elaborado um conjunto de indicadores, que podem finalizar a operacionalização deste projeto:

- Taxa de adesão da equipa multidisciplinar.
- Número de partos eutócicos em que foi utilizada a cromoterapia.
- Quantidade de medicação analgésica utilizada durante o trabalho de parto/parto.
- Número de horas em trabalho parto.
- Número de horas em trabalho parto com analgesia loco regional.
- Taxa de cumprimento da implementação do projeto.

Aplicado o Planeamento Operacional (Figura 3), que monitoriza o desempenho e a performance organizacional, seguindo os princípios vigentes de

sustentabilidade e sendo este determinante para a gestão de projetos, é indispensável, estabelecer objetivos assentes em conceitos fundamentais de Eficácia, Eficiência e Qualidade.

Assim, todas as atividades planeadas serão realizadas pelas enfermeiras ESMO, enfermeiras gestoras do projeto:

- ✓ A reunião inicial com o enfermeiro gestor do Centro Hospitalar Barreiro Montijo sobre a pertinência do projeto;
- ✓ Posteriormente e após concordância do mesmo, irá agendar-se uma reunião com a equipa de enfermagem sobre a pertinência do projeto, assim como uma reunião com a equipa multidisciplinar da unidade, médicos e assistentes operacionais, enquanto agentes ativos no processo.
- ✓ A concretização do projeto dependerá da submissão do mesmo à Comissão de Controle de Qualidade.
- ✓ Seguidamente, será feita uma prospeção de mercado para orçamento dos custos, focos e material didático. De referir que este orçamento deverá incluir os custos diretos_(a aquisição dos focos de luz e material para a elaboração dos cartões coloridos) e os custos indiretos (formação da equipa multidisciplinar por grupos profissionais distintos, enfermeiros, médicos e assistentes operacionais).
- ✓ É elaborada a requisição e pedido para a compra dos focos luminosos, e restante material didático.
- ✓ E executada a compra após escolha do material tendo em conta o custo-benefício da sua aquisição.
- ✓ Concomitantemente, será elaborado o procedimento setorial “Utilização da Cromoterapia no trabalho de parto”.
- ✓ Serão elaborados os cartões coloridos a utilizar pelas grávidas. Nesta fase o descritivo será incluído na tabela de registo, em folha própria (do processo de enfermagem).
- ✓ Concluídas estas etapas, é necessário sensibilizar e divulgar o trabalho efetuado à equipa de enfermagem e dar formação à equipa multidisciplinar.
- ✓ Segue-se a implementação da Cromoterapia às grávidas em trabalho de parto e parto, pela equipa de enfermeiros ESMO.

- ✓ Finalizamos com a avaliação da implementação do projeto, através do descritivo no respetivo procedimento setorial.

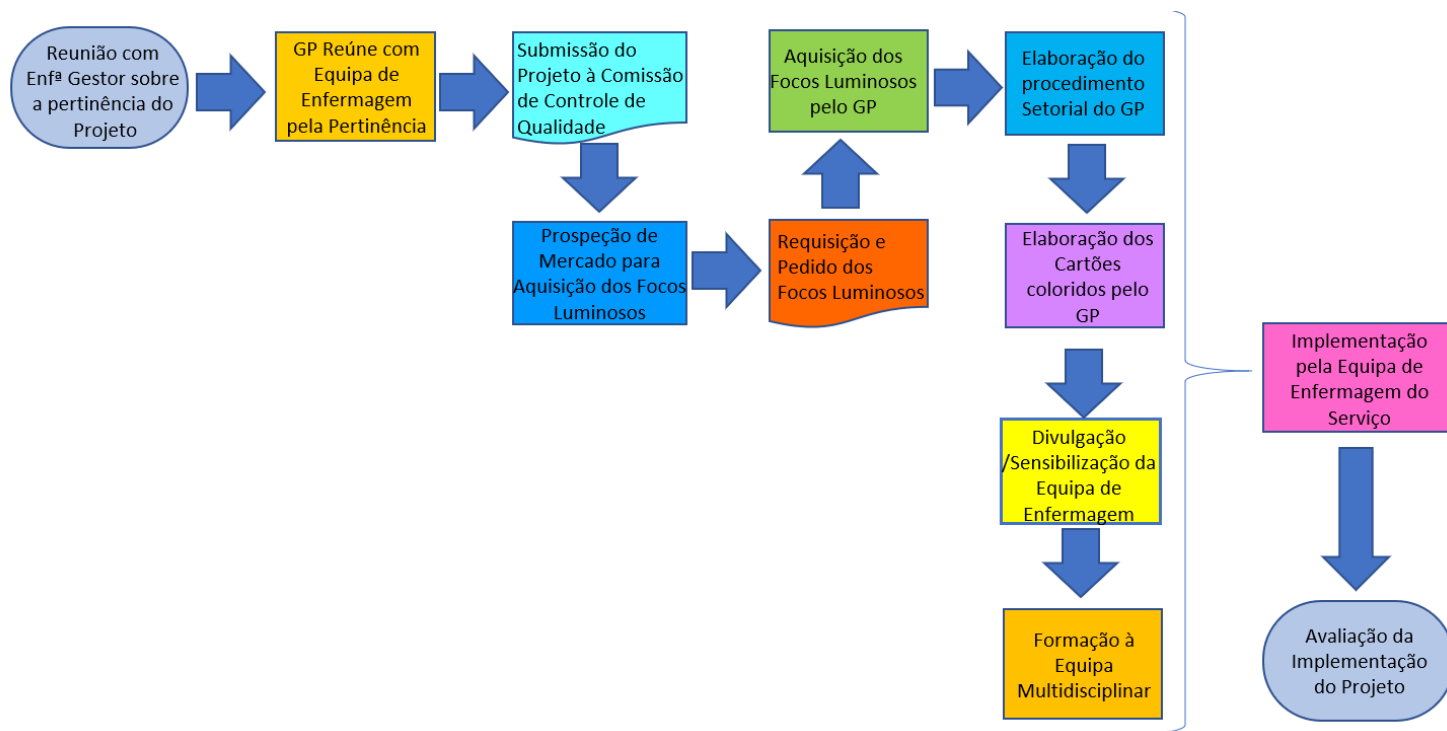


Figura 3 - Planeamento Operacional (Fonte própria)

A divulgação dos resultados, será feita internamente, à equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar da Unidade, (em reuniões para o efeito e em contexto de formação em serviço) assim como, no portal interno do Centro Hospitalar.

Externamente e com o intuito de obter *stakeholders*, serão sugeridas parcerias com os Cuidados de Saúde Primários. Através da formação de enfermeiros ESMO, promove-se a implementação do projeto, nas consultas de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, e nos cursos de preparação para o parto, que aí decorrem.

A divulgação dos resultados obtidos, terão por base, as taxas de cumprimento dos indicadores estabelecidos.

Dessa forma e no sentido de conferir visibilidade ao trabalho realizado, promover a credibilidade da profissão e contribuir para a investigação e produção de conhecimento, será elaborado um artigo científico sobre o projeto.

Como a OMS (2019) afirma, uma política baseada no conhecimento, é a chave para a integração das Medicinas Tradicionais Complementares nos sistemas nacionais de saúde, pelo que a pesquisa científica nesta área deveria ser uma prioridade na produção de conhecimento.

Como conclusão, reforçamos algumas ideias centrais:

- O gestor, enquanto líder, é essencial na avaliação custo/benefício assim como, na motivação de toda a equipa para a implementação de projetos.
- Na área da saúde, em particular na área de saúde materna e obstetrícia, o enfermeiro gestor desempenha um papel fundamental na implementação deste projeto, contribuindo para:
 - Diminuir a taxa de partos distócicos (reduzindo custos em dispositivos médicos).
 - Diminuir os gastos com fármacos analgésicos.
 - Diminuir o consumo energético com a utilização de focos de led (candeeiros), promovendo a sustentabilidade e reforçando o respeito pela ecologia.
 - Diminuir o tempo de internamento das grávidas no bloco de partos (promovendo o relaxamento, diminui-se o tempo em TP e Parto).
 - Diminuir os gastos com os recursos humanos (anestesista, obstetra e neonatologista, sendo estes indispensáveis aquando dos partos distócicos).

O progresso do sistema de saúde português e a sua planificação, implica uma prestação de serviços de saúde de qualidade para cada cidadão, sendo a mudança de paradigma urgente, uma vez que o grupo alvo, mães e filhos, requer dos profissionais mais e melhores cuidados, respeitando os seus direitos, a satisfação das suas necessidades e expectativas. Podemos contribuir para a construção de um modelo de vigilância da gravidez e parto com qualidade, sendo a mulher o núcleo das considerações, onde os profissionais de saúde garantam a continuidade desses mesmos cuidados.

REFERÊNCIAS

- Associação Portuguesa de Reiki. (s.d.). Consultado em: <https://www.associacaoportuguesadereiki.com/wp-content/uploads/2014/02/tese-monica-policarpo.pdf>
- Balzano, O., et al. (2014). Cromoterapia: Tratamento de Crianças e Gestantes. São Paulo: Blue Editora e Livraria Lda. doi:178-85-8386-002-0

- Balzano, O., Guimarães, O., & Guimarães, C. (2014). *Cromoterapia - Tratamento de Crianças e Gestantes (Vol. I)*. São Paulo: LeBooks Editora.
- Briggs, J. (dezembro de 2019). Institute Joanna Briggs, 2016. Obtido de <http://joannabriggs.org/jbi/approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>
- Camargo, I. H. (2018). *Competências e Barreiras para a Prática Baseada em Evidências na Enfermagem: Revisão Integrativa*. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2030.pdf
- Enfermeiros, O. d. (22 de Outubro de 2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Enfermeiros, O. d. (6 de Novembro de 2019). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.wordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projecto-maternidade-com-qualidade/euax,consulting>. (09 de janeiro de 2020). Obtido de <https://www.euax.com.br/2017/06/qual-o-papel-do-planejamento-estategico-em-gestao-de-projetos/>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.
- Irwin, R.S e N.D. Richardson (2006), Patient-focused care: using the right tools, *Chest* 130, Supplement 1, 73-82.
- Organização Mundial da (2019). Disponível em: Saúde <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js21201en/>
- Organização Mundial da (2019). Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Ministério da Saúde. (2018). *Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE - História*. Obtido de Serviço Nacional de saúde: <http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar/historia>
- Oliveira, P. M. (2018). *Autonomia da Enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada*. *Acta Paulista de Enfermagem*. Obtido em Dezembro de 2019, de http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n6/en_1982-0194-ape-31-06-0627.pdf
- Paladini, E. P. (2000). *Gestão da Qualidade - Teoria e Prática*. São Paulo: Editora Atlas S.A - 2000.
- Qualidade, A. P. (2015). *Norma Portuguesa -Sistemas de Gestão da Qualidade: Fundamentos e Vocabulário (ISO 9000:2015)*. Caparica: Instituto Português da Qualidade.
- Qualidade, A. P. (2015). *Norma Portuguesa-Sistemas de Gestão da Qualidade Fundamentos e Vocabulários (ISO 9001:2015)*. Caparica: Instituto Português da Qualidade.
- República, A. d. (9 de Setembro de 2019). *Diário da República*, 1.ª série. 94-101. Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Ruivo, M. A., & Nunes, C. F. (Janeiro-Março de 2010). *Percursos. Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas* (15), pp. 1-38. doi:1646-5067

Comentário aos Projetos

Hugo Franco
ESS-IPS, NURSE'IN

❖ **PLANEAMENTO ESTRATÉGICO NA ORGANIZAÇÃO EM DOTAÇÕES SEGURAS NUM AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DA PENÍNSULA DE SETÚBAL**

Projeto muito interessante, fundamentado numa necessidade clara das instituições de saúde no domínio da gestão da qualidade dos cuidados – Dotações seguras e Especialização de Enfermagem. Destaque para a abordagem sobre a economia na especialização em enfermagem e da análise do custo benefício da formação pós graduada de Enfermagem.

Relevo o recurso a ferramentas de Gestão Estratégica de recursos humanos visando instituir uma cultura organizacional para a organização da alocação de recursos humanos de Enfermagem, Especializados, ou com competências acrescidas, determinado as métricas para a obtenção dos indicadores a atingir nesta matéria. Destaco ainda a adaptação do “Diamante de Leavitt” no alinhamento operacional do Projeto o que possibilita uma leitura e uma análise facilitada a quem tem o poder da tomada de decisão estratégica sobre o mesmo;

❖ **LIDERAR NA Prossecução DA MELHORIA CONTINUA - A AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Projeto de investigação-acção no domínio das competências de liderança do Enfermeiro gestor considerando o desafio da inversão da qualidade centrada nos profissionais, para a qualidade centrada nos utentes. Destaco a Revisão Integrativa da literatura sobre a Avaliação da Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem em internamento hospitalar, para a definição do quadro teórico do trabalho como uma mais-valia no domínio da prática da Enfermagem com base na Evidência. Dou ainda relevo para a aplicação de um

instrumento de avaliação da satisfação do utente com os cuidados de enfermagem, construído e validado para a população portuguesa por uma investigadora nacional, que autorizou a utilização do mesmo e que será uma mais-valia na produção de outcomes finais do Projecto.

No momento atual, em que nos projetamos sobre o SNS, ao nível das suas respostas, face a questões tão básicas como a preservação da dignidade humana nos serviços hospitalares, parece-me de todo pertinente e fica claramente fundamentado a importância estratégica de medidas e projetos nesta área específica, que demonstrem ser ferramentas de gestão para a organização dos serviços e ajudem a tomada de decisão dos decisores estratégicos.

❖ MOTIVAÇÃO E DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS

A motivação e a satisfação dos profissionais é fulcral para as organizações de saúde. Desenvolver um programa que vise aumentar o Índice de desempenho global da instituição, incidindo nesta matéria é um desafio nos dias que correm. Diria que é um desafio necessário e transversal. Multinacionais como a Google ou a IBM monitorizam mensalmente a motivação e satisfação dos seus colaboradores com objetivo de manter altos níveis de eficiência.

No âmbito do desenvolvimento do Projeto destaco a Revisão Integrativa da Literatura com o objetivo de recolher a melhor evidência sobre os factores que afetam a motivação dos enfermeiros no contexto hospitalar. A nível nacional, e no que ao SNS diz respeito estamos muito longe destas matérias. São projetos como este que concebem indicadores de resultado e metas muito claras de relação entre aspetos psicoemocionais e produtividade que poderão ajudar os decisores políticos a implementar verdadeiras medidas de desenvolvimento de recursos Humanos no SNS.

❖ O BENEFÍCIO DA CROMOTERAPIA NO TRABALHO DE PARTO: PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO E GESTÃO NUM SERVIÇO

Projeto de Melhoria Continua da Qualidade, de complementaridade ao Projeto Maternidade com Qualidade do Centro Hospital Barreiro Montijo (CHBM-EPE).

Operacionalizando a meta de Alívio da dor e as medidas não farmacológicas utilizadas durante o trabalho de parto e parto.

Destaco o planeamento, a avaliação e a inovação como os aspetos fortes deste desenho. Colocando a mulher e o seu bebé no centro do modelo de atendimento, o grupo assume o domínio e aplicação de uma técnica complementar que para além da melhoria da qualidade poderá ser uma mais-valia na eficiência e na eficácia da gestão dos recursos de saúde das maternidades.

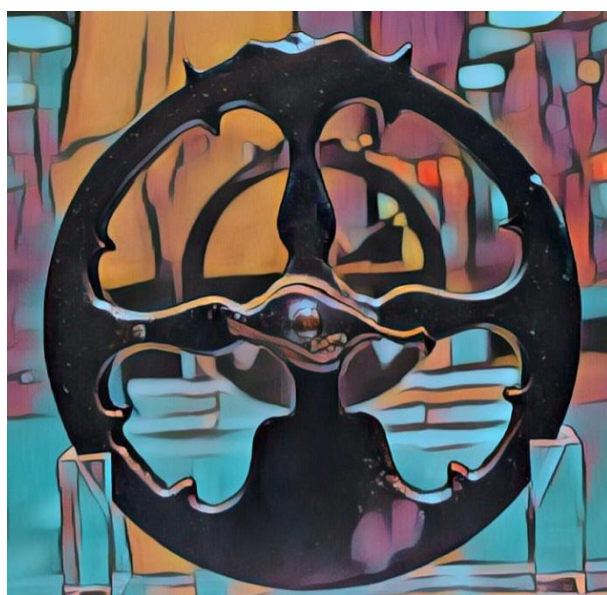
Com estas diretrizes, pretende-se reduzir as altas taxas de intervenções médicas desnecessárias ou ineficazes, potenciando a intervenção dos ESMO, melhorando e dignificando a experiência do parto, para todas as mulheres e homens do mundo, reduzindo custos desnecessários.

As competências do Enfermeiro Gestor, apresentadas e fundamentas nestes Projetos e em domínios tão distintos do Planeamento Estratégico em Saúde, possibilitam antever um futuro promissor, se também os decisores estratégicos assumirem uma conduta de suporte, implementação e avaliação do planeado.

A todos, mais uma vez, os meus sinceros Parabéns!

PAINEL II

Diminuir as desigualdades em saúde



Diminuir as desigualdades em saúde

Ana Filipa Poeira

ESS-IPS, NURSE'IN-UIESI

Em nome da Comissão Organizadora do I Congresso de Gestão em Enfermagem e a título pessoal, agradeço a presença dos ilustres convidados deste Painel, que parte da temática *Diminuir as Desigualdades em Saúde*.

Temos connosco:

O Dr. Eduardo Costa, Mestre em Economia, Doutorando em Economia na Nova School of Business and Economics – Universidade Nova de Lisboa. Assistente convidado na mesma escola. Membro do centro de investigação *Health Economics and Management Knowledge Center*. A sua área de investigação é em Economia da Saúde, com focos relacionados com a sustentabilidade dos gastos e políticas do lado da oferta que promovem a eficiência.

A Professora Doutora Sandrina Moreira, Doutorada em Economia. É Professora Adjunta na Escola Superior de Ciências Empresariais do Instituto Politécnico de Setúbal e Coordenadora do Departamento de Economia e Gestão. Professora na Unidade Curricular de Economia da Saúde e Finanças da Pós-Graduação em Gestão em Saúde e Enfermagem. Investigadora no Centro de Investigação em Ciências Empresariais do IPS e na *Business Research Unit* do ISCTE-UL. Publicou vários artigos em revistas especializadas e trabalhos em atas de eventos, vários capítulos de livros e livros. Actua na área das Ciências Sociais com ênfase em Economia e Gestão.

Daremos início com comunicação *Uma perspetiva económica sobre as desigualdades e o valor da vida*, com o Dr. Eduardo Costa.

Segue-se a Professora Sandrina Moreira com comunicação intitulada *Indicadores e Determinantes de Saúde em Portugal: É uma fatalidade sermos mulheres e/ou séniores?*

De forma breve, entendo que a partilha de evidência rigorosa permite potenciar decisões bem fundamentadas relativamente a questões de saúde que beneficiem a sociedade, nomeadamente assegurando a equidade no acesso a cuidados de saúde e garantindo cuidados de saúde para todos.

E, por fim, os gastos em saúde não podem ser avaliados de forma equívoca, descurando a natureza de investimento que lhe está associada e as suas repercussões na competitividade de um país.

Assim, face à profunda mudança de perfil demográfico e epidemiológico de Portugal justifica-se que continue a haver um aumento substancial do investimento público no sector da saúde.

Uma perspetiva económica sobre as desigualdades e o valor da vida

Eduardo Costa

*Nova School of Business and Economics – Universidade Nova de Lisboa
Assistente Convidado de Economia Internacional, Investigador no NHEM, e Doutorando em Economia da Saúde*

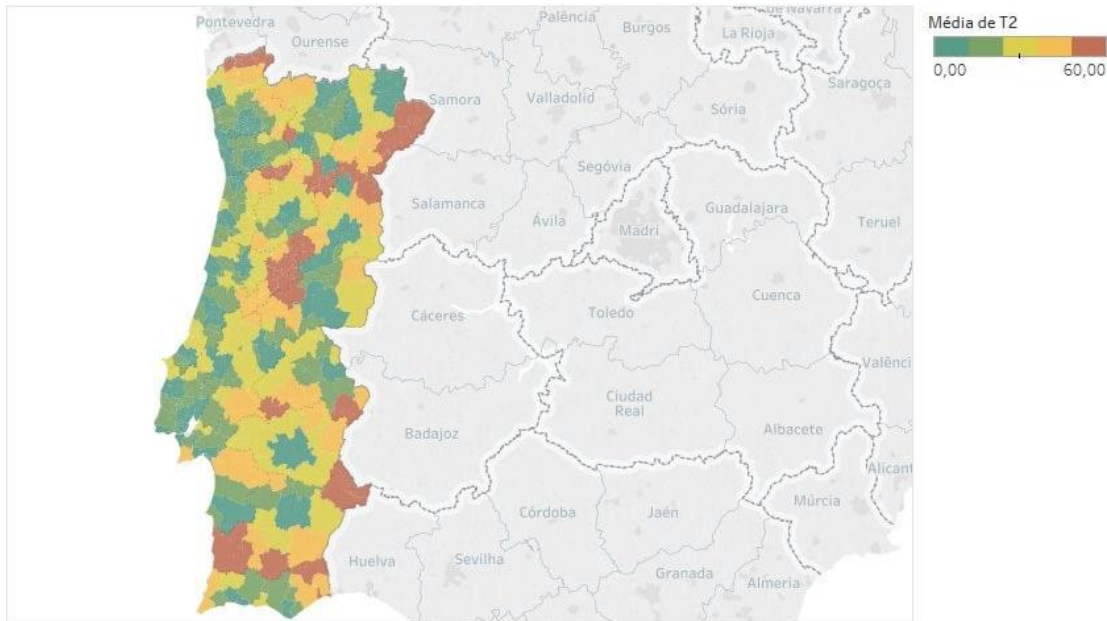
As desigualdades em saúde são um facto recorrente nos sistemas de saúde modernos, que motivam inúmeros projetos de investigação e políticas públicas. A preocupação com as desigualdades em saúde, em particular no acesso a cuidados de saúde, tem estado na agenda da Investigação Europeia em Economia da Saúde. Portugal não é exceção à regra. Efetivamente, no nosso país, persistem enormes assimetrias regionais que se traduzem numa profunda desigualdade no acesso a cuidados de saúde.

As desigualdades no acesso a cuidados de saúde em Portugal são motivadas por duas dimensões. Por um lado, a prestação de cuidados de saúde é assimétrica ao longo do território nacional. Por outro, as necessidades da população são também diferentes em zonas diferentes do país. A conjugação destes dois fatores leva a uma profunda desigualdade no acesso a cuidados de saúde.

Relativamente à prestação assimétrica de cuidados de saúde, esta manifesta-se em diferentes dimensões. Por um lado a distância dos cidadãos a cuidados de saúde depende muito da respetiva localização. A título de exemplo, consideremos dois cidadãos residentes no centro de Braga e no centro de Freixo de Espada à Cinta. O cidadão de Braga está apenas a dez minutos do serviço de urgências do Hospital de Braga. Porém, o cidadão de Freixo Espada à Cinta irá demorar cerca de uma hora e meia até chegar ao Hospital de Mirandela – onde se encontra o serviço de urgências médico-cirúrgico mais próximo de Freixo de Espada à Cinta.

Efetivamente, existem grandes desigualdades – tal como demonstrado pela figura 1 – no acesso aos serviços de urgência ao longo do território. 60% dos municípios estão a menos de 30 minutos de um serviço de urgência médico-cirúrgico, porém

10% dos municípios estão a mais de 45 minutos dos mesmos serviços. A desigualdade é particularmente evidente quando se compara o litoral com o interior, ou as grandes zonas urbanas com os municípios rurais.



Mapa baseado em Longitude (gerada) e Latitude (gerada). A cor mostra média de T2 (Distance Database - Tableau). Detalhes são mostrados para Concelho.

Figura 1: Tempo de viagem entre cada capital de concelho e o serviço de urgência médico-cirúrgico mais próximo (2019; cálculos do autor)

Porém as desigualdades em saúde extravasam os tempos de viagem aos hospitais. Diferentes hospitais têm tempos de espera para consultas, cirurgias e exames completamente diferentes. Regressando ao exemplo anterior, uma consulta de oftalmologia de prioridade normal no hospital de Braga tem um tempo de espera que ronda os dois meses (65 dias²¹). A mesma consulta no Hospital de Mirandela implicará uma espera média de quase dez meses (286 dias).

Adicionalmente, qualidade assimétrica dos serviços de saúde causam uma maior desigualdade. Os dados da Entidade Reguladora da Saúde (SINAS) permitem efetuar a comparação entre alguns serviços de diferentes hospitais. Novamente utilizando o exemplo anterior vemos que, na cirurgia do ambulatório, o Hospital de Braga têm um nível de qualidade 3 em 3, enquanto o hospital de Mirandela tem uma qualidade 2 em 3. Da mesma forma, no tratamento do AVC, o hospital de

²¹ Dados do Portal dos Tempos Médios de Espera do Serviço Nacional de Saúde (extraídos em Janeiro de 2020)

Braga tem uma qualidade 2 em 3, enquanto o hospital de Mirandela tem uma qualidade de apenas 1 em 3. Assim, a rede do Serviço Nacional de Saúde e a sua capilaridade geográfica têm impacto direto numa maior ou menor desigualdade no acesso a cuidados de saúde.

Porém, a desigualdade em saúde é também motivada pela existência de diferentes necessidades ao longo do território. De facto, as necessidades de cuidados de saúde dependem muito das características da população. Tipicamente, populações mais pobres ou com menores níveis de educação estão associadas a um maior nível de problemas de saúde. Aliás, países com maiores desigualdades de rendimento estão associados a maiores problemas sociais e de saúde (Pickett e Wilkinson, 2015), tal como demonstrado na figura 2.

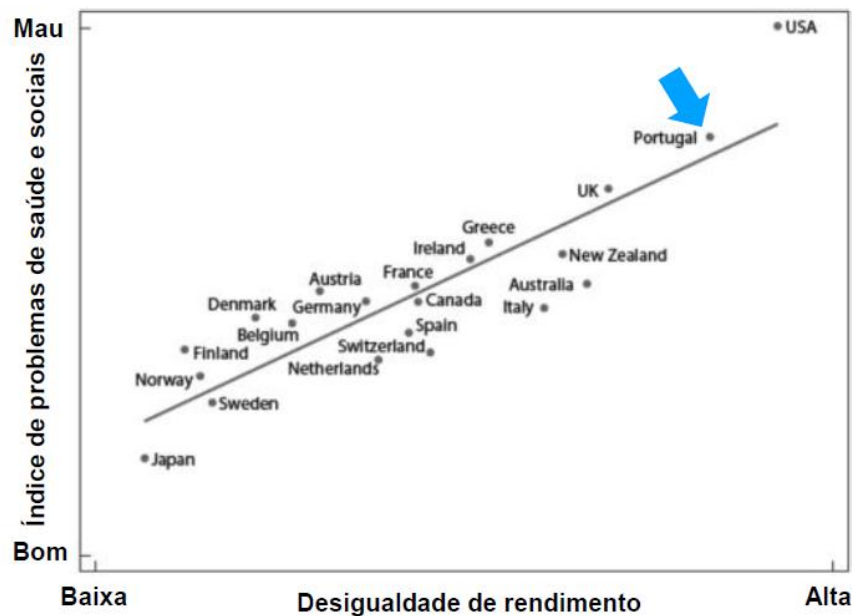


Figura 2: Desigualdade de rendimento e problemas de saúde e sociais

A título de exemplo, nos Estados Unidos, a prevalência de tabaco na população depende muito do nível de rendimento da mesma (Truth Initiative, 2019). A figura 3 mostra que a prevalência de tabaco entre os mais pobres é quase o triplo da prevalência de tabaco nos mais ricos. Assim, diferentes grupos da população têm necessidades radicalmente diferentes de cuidados de saúde. Na ausência de respostas específicas e de intervenções personalizadas para determinados grupos, é expectável um aumento na desigualdade em saúde.

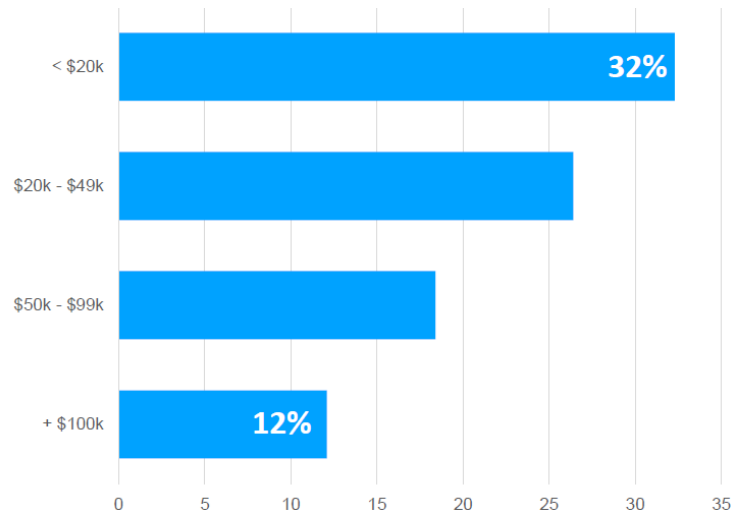


Figura 3: Prevalência de tabaco por nível de rendimento (EUA, 2019)

A conjugação de uma rede de serviços de saúde assimétrica e de necessidades diferentes ao longo do território resulta em outcomes muito desiguais. Dados do Reino Unido mostram que a esperança média de vida ajustada pela qualidade de vida é radicalmente diferente dependendo do grupo do rendimento (Love-Koh, J., Asaria, M., Cookson, R., & Griffin, S.; 2015). De facto, no Reino Unido, os 20% mais pobres vivem menos 12 anos (ajustados pela qualidade de vida) do que os 20% mais ricos (Figura 4).

Esta desigualdade traz custos para o sistema de saúde, ainda que seja muitas vezes ignorada aquando das discussões sobre a sustentabilidade dos sistemas de saúde. A discussão sobre sustentabilidade foca-se muitas vezes na comparação entre taxas de crescimento da economia e da despesa em saúde. Historicamente, a despesa em saúde tem crescido mais depressa do que a economia. A título de exemplo, no caso português, o crescimento de mais de 200% da economia, foi largamente ultrapassado por uma despesa em saúde que cresceu cinco vezes mais depressa. Projeções da OCDE apontam para que a despesa em saúde passe de cerca de 9% do PIB para mais de 14% em 2060 (OCDE, 2015).

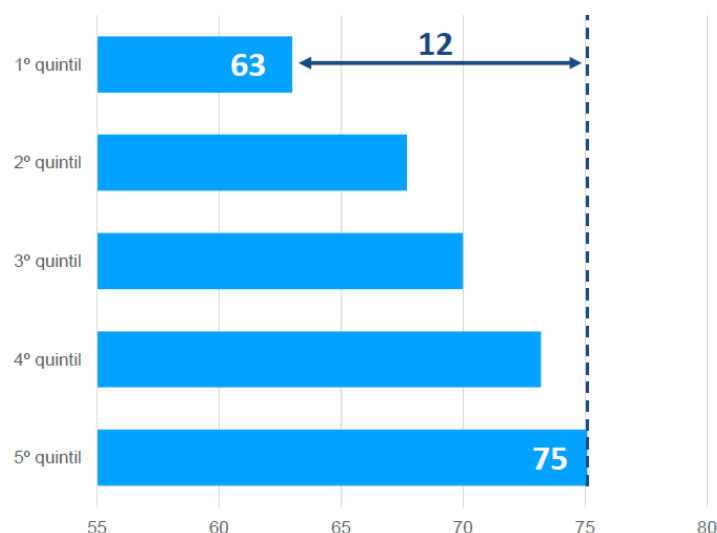


Figura 4: Esperança de vida ajustada à qualidade por rendimento (Inglaterra - 2011)

Existem múltiplas explicações que concorrem para explicar o crescimento da despesa em saúde, com as novas tecnologias a ocuparem o pódio. Entre outras explicações, encontram-se a subida dos níveis de vida, o baixo crescimento da produtividade no setor ou, em menor medida, o envelhecimento da população. Frequentemente, face a tais projeções, tende-se a concluir que a despesa em saúde é insustentável. Contudo, esta conclusão não deixa de ser algo prematura.

A discussão sobre a sustentabilidade colapsa por vezes em discussões sobre como controlar a despesa pública em saúde e como promover a sua eficiência. Ainda que ambas as perguntas sejam muito relevantes, a discussão sobre a sustentabilidade da despesa em saúde deveria extravasar essas duas interrogações. De facto, não é claro que uma despesa em saúde mais baixa seja necessariamente melhor. Ainda que no curto-prazo possa resultar numa “maior sustentabilidade”, a longo prazo pode trazer problemas futuros. Estes problemas podem resultar do crescimento das desigualdades em saúde, e de uma força de trabalho menos saudável – com impacto negativo no crescimento económico.

Por isso, a discussão sobre a sustentabilidade da despesa em saúde deve começar por discutir a relação entre saúde e crescimento económico. Porque se a saúde influencia o crescimento económico, e sem crescimento económico não existe sustentabilidade, então o próprio nível da despesa em saúde terá impacto na sua própria sustentabilidade. Tende-se muitas vezes a ignorar o impacto positivo que as despesas em saúde têm na economia. Estas devem ser encaradas como um

investimento com retorno concreto, mesmo em termos económicos. Estudos recentes apontam para um aumento de quase quatro meses na esperança média de vida, por cada aumento de 10% na despesa em saúde. Desde 1970, a esperança média de vida na OCDE aumentou mais de dez anos.

Quando olhamos para o crescimento económico, medimos variações na qualidade de vida. Porém, a despesa feita em saúde tem um impacto não só na qualidade de vida, mas também na sua quantidade. Por isso, comparações entre taxas de crescimento, devem incorporar ganhos em rendimento (medidos pela variação do PIB), mas também evoluções da esperança média de vida (Becker, Philipson e Soares; 2005).

De facto, encontramos uma clara relação positiva entre os países mais ricos e os que mais gastam em saúde (figura 5). Porém, é necessário ter cautela na interpretação do gráfico na medida em que a relação de causalidade não se encontra bem estabelecida.

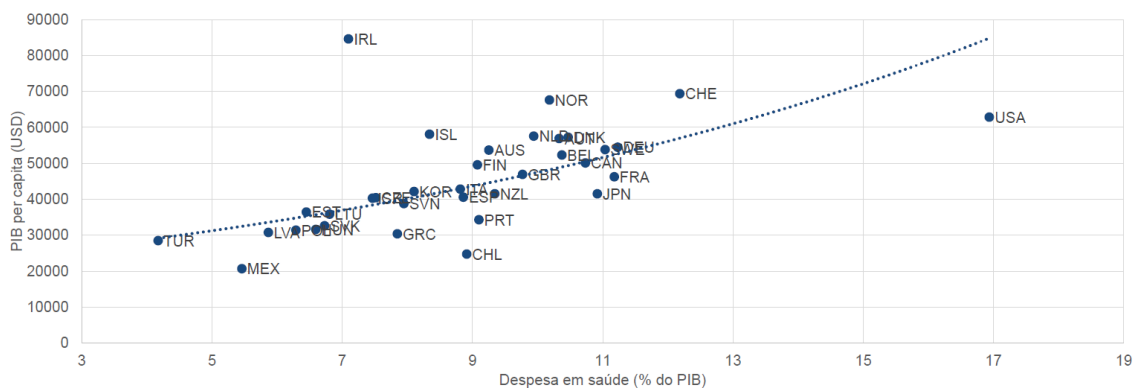


Figura 5: Relação entre PIB per capita e despesa em saúde (OCDE; 2018)

A figura anterior permite duas interpretações díspares. Por um lado, sugere a despesa em saúde pode ser um canal de promoção do crescimento económico. Por outro, pode indiciar apenas que países mais ricos têm uma maior facilidade em investir mais em saúde. Importa por isso distinguir estes dois fatores para se perceber o real impacto da despesa em saúde no crescimento económico.

A despesa em saúde, entre outros objetivos, pretende financiar a prevenção e a prestação de cuidados de saúde. Enquanto a prevenção pode evitar que determinadas pessoas fiquem doentes, a prestação de cuidados de saúde deverá

permitir que um determinado paciente recupere mais depressa. Ambos os efeitos levam a que a força de trabalho da economia esteja mais disponível e seja mais saudável. O aumento da quantidade e qualidade da força de trabalho – através da redução do absentismo – tem um impacto direto no crescimento económico.

A nível internacional, Wang (2015) sugere que a despesa em saúde média está ainda abaixo do nível ótimo. Ou seja, defende que aumentos da despesa em saúde terá impactos positivos no crescimento económico. Contudo, esse impacto não será o mesmo para qualquer nível de despesa. A partir do ponto ótimo, despesa adicional de saúde resultará num menor crescimento económico – uma vez que a despesa adicional não compensará o crescimento atingido.

Um outro estudo analisa o impacto do absentismo na produtividade das empresas. Grinza e Rycx (2018) estimam que o aumento do absentismo em 1% leva a uma quebra na produtividade das empresas em 0,24%.

Estes dois estudos internacionais apontam no sentido de existir um impacto positivo da despesa em saúde na economia. Também em Portugal existe alguma informação que nos permite tirar uma conclusão semelhante. Segundo os dados do Índice de Saúde Sustentável (NOVA-IMS, 2019) cerca de metade do valor investido no Serviço Nacional de Saúde (5,1 mil milhões) em 2018 retornou para a economia.

Este retorno para a economia ocorre através dos dias de ausência laboral que o SNS permitiu evitar e da produtividade destes trabalhadores. Em média, os portugueses faltaram seis dias ao trabalho em 2018. Estas faltas resultaram num prejuízo de 2,2 mil milhões de euros. No entanto, a prestação de cuidados de saúde permitiu evitar a ausência laboral de outros dois dias.

Para além dos dias de ausência evitados, o SNS permitiu evitar uma quebra de produtividade. Em 2018, por motivos de saúde, existiu uma perda de produtividade equivalente a 12,3 dias de trabalho por trabalhador. O SNS permitiu evitar outros 6,8 dias de trabalho perdidos.

Existe portanto um impacto tangível e quantificável da despesa em saúde na economia. É interessante reparar que a medição do impacto da despesa em saúde na economia, é na prática uma atribuição implícita do valor da vida humana.

De um ponto de vista estritamente económico, quando definimos um orçamento para a despesa em saúde, estamos implicitamente a atribuir um valor à saúde que essa despesa promove. No limite, na medida em que a despesa em saúde permite prolongar vidas, o seu limite define também o valor a partir do qual a vida humana deixa de ser economicamente sustentável.

Existem diferentes metodologias económicas para atribuir um valor à vida. Todas elas partem do pressuposto que se tenta analisar o valor de uma vida abstrata na população. O valor que atribuímos a uma vida abstrata é obviamente diferente do valor que atribuiríamos à nossa própria vida, ou à vida daqueles que nos rodeiam.

Estas metodologias de atribuição de valor à vida podem parecer irrelevantes e um mero exercício académico. Porém, tais estudos são feitos de forma frequente em todo o mundo, nomeadamente no âmbito da avaliação económica de inovações médicas. A decisão de financiar um determinado medicamento inovador parte precisamente deste tipo de análises – em que se compara o custo de uma determinada intervenção com o seu benefício. Este benefício pretende capturar melhorias na quantidade ou na quantidade de vida derivadas do tal medicamento.

Agências internacionais atribuem um valor à vida entre os seis e os oito milhões de euros. Este seria o valor total que a sociedade atribui a uma nova vida saudável. Por exemplo, a agência americana de medicamentos (FDA), equivalente ao Infarmed português, utiliza um referencial de seis milhões como o valor da vida (Hirth et al. 2000).

No Reino Unido, o referencial utilizado para decisões sobre novas intervenções ou medicamentos é o de 30 mil libras por ano de vida saudável. Assim, tendo em conta as diversas inovações, tipicamente rejeitam-se aquelas que apresentam um custo por ano de vida saudável superior a 30 mil libras (Dankin et al., 2015). A figura 6 mostra a azul as inovações aprovadas e a vermelho as inovações rejeitadas. É fácil

reparar que a proporção de inovações rejeitadas aumenta drasticamente a partir das 30 mil libras.

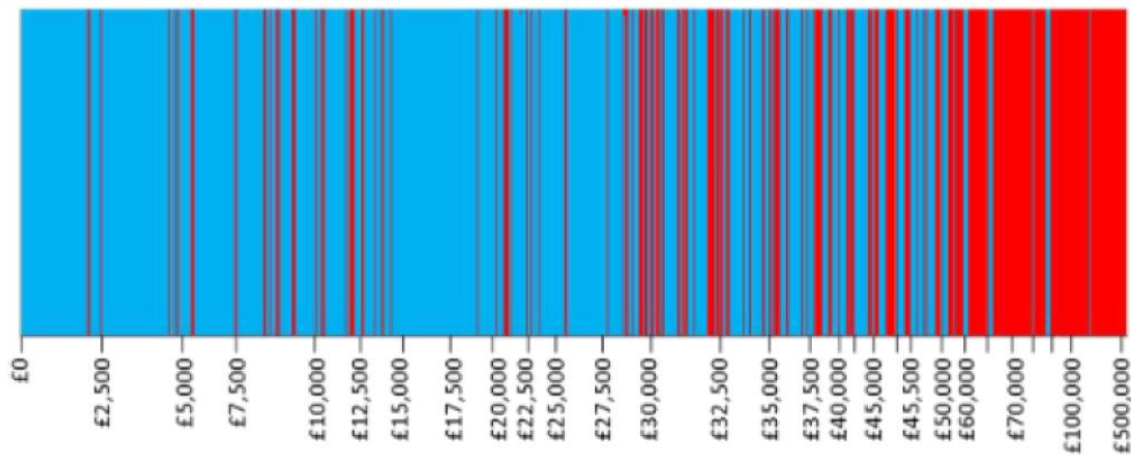


Figura 6: Inovações aprovadas e rejeitadas no UK por valor

Claro está que estes referenciais não devem ser vistos como regras inflexíveis. Tal fica evidente quando se repara que existem inovações abaixo do referencial de 30 mil libras que são rejeitadas, da mesma forma com existem inovações mais caras que são aprovadas. A análise económica de inovações atribui um valor à vida. Porém, dependendo das hipóteses e do método escolhido este valor pode variar. Para além disso, existem outras dimensões, tal como a equidade, que nem sempre são facilmente introduzidas no cálculo destas análises de custo-efetividade.

Por essa razão, todos estes referenciais devem ser interpretados com cautela. Se por um lado devem ajudar a suportar a decisão técnica de financiar uma determinada inovação, ou de gastar um determinado volume de recursos em saúde, por outro lado não devem ser o único instrumento à disposição do decisor político.

Referências:

- Baltagi, B. H., Lagravinese, R., Moscone, F., and Tosetti, E. (2017). Health Care Expenditure and Income: A Global Perspective. *Health Economics*, 26(7).
- Barros, P. P. (1998). The black box of health care expenditure growth determinants. *Health Economics*.
- Barros, P., Costa, E. (2020). Modeling Health spending financial sustainability. Mimeo. Nova School of Business and Economics.
- Becker, G. S., Philipson, T. J., and Soares, R. R. (2005). The Quantity and Quality of Life and the Evolution of World Inequality. *The American Economic Review*, 95(1):16.

- Costa, E., Orujova, L., Pestana, J. (2020). Does distance matter? Time to hospital and regional health outcomes. Mimeo. Nova School of Business and Economics.
- Dakin, H., Devlin, N., Feng, Y., Rice, N., O'Neill, P., & Parkin, D. (2015). The influence of cost-effectiveness and other factors on nice decisions. *Health economics*, 24(10), 1256-1271.
- Grinza, E., & Rycx, F. (2018). The impact of sickness absenteeism on productivity: New evidence from Belgian matched panel data.
- Hall, R. E. and Jones, C. I. (2007). The value of life and the rise in health spending.
- Hirth, R. A., Chernew, M. E., Miller, E., Fendrick, A. M., & Weissert, W. G. (2000). Willingness to pay for a quality-adjusted life year: in search of a standard. *Medical decision making*, 20(3).
- Love-Koh, J., Asaria, M., Cookson, R., & Griffin, S. (2015). The social distribution of health: estimating quality-adjusted life expectancy in England. *Value in health*, 18(5).
- Nova IMS (2019), Índice de Saúde Sustentável 2018.
- OECD (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris.
- Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: a causal review. *Social science & medicine*, 128, 316-326.
- Shoss, M. K., & Penney, L. M. (2012). The economy and absenteeism: A macro-level study. *Journal of Applied Psychology*, 97(4), 881.
- Strömberg, C., Aboagye, E., Hagberg, J., Bergström, G., & Lohela-Karlsson, M. (2017). Estimating the effect and economic impact of absenteeism, presenteeism, and work environment-related problems on reductions in productivity from a managerial perspective. *Value in Health*, 20(8), 1058-1064.
- Wang, F. (2015). More health expenditure, better economic performance? Empirical evidence from OECD countries. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 52.

Indicadores e Determinantes de Saúde em Portugal: É uma fatalidade sermos mulheres e/ou séniores?

Sandrina B. Moreira

Instituto Politécnico de Setúbal (CICE, ESCE/IPS) e BRU-IUL (Business Research Unit)

Resumo Alargado

O género e a idade sobressaem como fatores decisivos para o estado de saúde de um indivíduo. Dos principais indicadores de saúde disponíveis na literatura, a aplicação a Portugal da medida do Eurostat conhecida por anos de vida saudável, considerando o período de 1995 a 2017, e sua análise comparada com a esperança de vida, seja à nascença ou aos 65 anos de idade, permitiu tirar um conjunto de ilações interessantes. Entre elas destacamos, por um lado, a tendência de que as mulheres vivem mais tempo do que os homens, embora menos anos em saúde plena e, por outro, no que especificamente se refere à população idosa (entenda-se com 65 ou mais anos), um predomínio do envelhecimento não saudável relativamente ao saudável. Quantificando, verifica-se, no caso português, que, embora uma mulher nascida em 2017 viva, em média, mais 6,2 anos do que um homem, ela vive menos tempo sem incapacidade (menos 3,1 anos de vida saudável). Por outro lado, em 2017, quando um português atinge a idade de reforma (65/66 anos), pode ainda esperar viver 18,3 anos, sendo apenas 7,9 desses anos com bom estado de saúde, se for homem. No caso de ser mulher, só 6,7 dos 22,1 anos que poderá esperar viver serão passados com boa saúde. A idade apresenta, portanto, uma correlação negativa com a saúde, com as mulheres (incluindo aquelas com 65 ou mais anos) a serem mais pobres em saúde do que os homens em qualquer ano do período de 1995 a 2017.

Contudo, a saúde é determinada por um conjunto variado de fatores, de natureza biológica, comportamental e socioeconómica, interligados de forma intrincada. Um

possível agrupamento dos mesmos compreende as seguintes categorias: (i) biológicos (sexo, idade, fatores genéticos,...); (ii) comportamento e estilos de vida (dieta alimentar, hábitos tabágicos, atividade física,...); (iii) ambiente físico e condições de vida (alojamento, redes de água e esgoto, condições de trabalho,...); (iv) condições sociais (emprego, posição socioeconómica, apoio e coesão sociais,...); (v) sistema de saúde (políticas de saúde, recursos e serviços de saúde, acesso e modo como os cuidados são prestados,...). Em Portugal, segundo Simões et al. (2016), os fatores biológicos em discussão na presente comunicação revelaram-se determinantes para o estado de saúde dos indivíduos, com as mulheres a terem mais probabilidade de ser pobres em saúde do que os homens e a idade (sobretudo as mais avançadas, i.e. entre os 75 e os 84 anos e com mais de 84 anos de idade) a ter fortes implicações na probabilidade de pobreza em saúde. Porém, outros resultados igualmente interessantes se obtiveram no estudo referido, designadamente os seguintes: (i) a probabilidade de ser rico em saúde aumenta com o nível de escolaridade, sendo maior para indivíduos com o nível de escolaridade mais elevado (ensino superior); (ii) diferenças regionais em termos de saúde, com a probabilidade de riqueza em saúde aumentar para indivíduos que residem na Madeira, Algarve, Açores ou Alentejo; (iii) os hábitos alimentares, no sentido de uma dieta alimentar diversificada, exercem uma influência decisiva no estado de saúde dos indivíduos. Assim, políticas públicas direcionadas a determinantes que elevem a probabilidade de riqueza em saúde (e reduzam a de pobreza) poderão atenuar as tendências registadas de feminização da longevidade / envelhecimento não saudável.

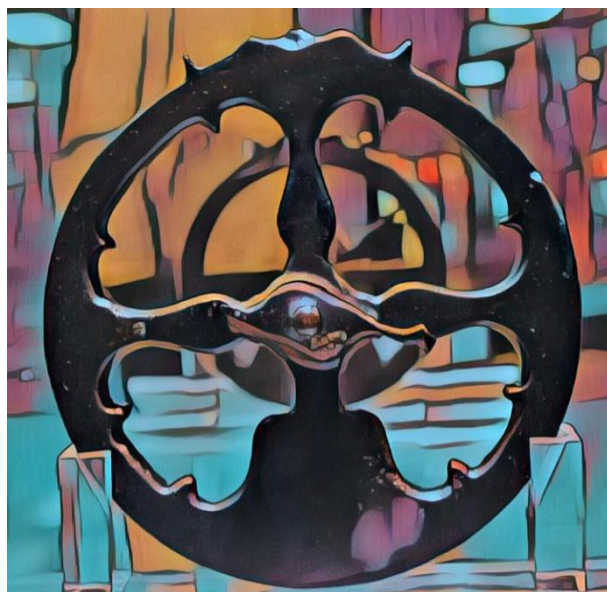
Palavras-chave: Qualidade de vida, Saúde, Medição, Fatores determinantes, Anos de vida saudável, Portugal

Bibliografia

Simões, N., Crespo, N., Moreira, S. B., Varum, C. A. (2016). Measurement and determinants of health poverty and richness: evidence from Portugal. *Empirical Economics* 50, 4, pp. 1331 - 1358. doi: 10.1007/s00181-015-0967-2.

FÓRUM II

Gestão em Saúde e Enfermagem



Fórum II - Projetos

- ❖ **O enfermeiro gestor como facilitador do reconhecimento da idoneidade formativa nos contextos da prática clínica - um contributo para a qualidade profissional tutelada** - João Paulo de Melo Barros; Filipa Daniela Carneiro Alves; Judite Maria Terlica Belchior Henriques; Maria Teresa Beja Pereira Ferreira Guerra; Hugo Franco. Apresentado por João Barros.

- ❖ **Satisfação profissional dos enfermeiros num serviço de urgência** - Mónica Sofia de Oliveira Veríssimo; Carla Isabel Fernandes Costa; Maria Manuela da Silva Valente Abreu; Sandra Isabel Ramos Contreiras Lobato; Teresa Paula da Silva Louro Hilário; Mariana Pereira. Apresentado por Mónica Veríssimo.

- ❖ **O enfermeiro gestor na prevenção do erro terapêutico em ambiente hospitalar** - Ana Filipa Costa Lança; Cláudia Isabel dos Santos Alfarrobinha; Fernanda Cristina Ferreira Monteiro; Liliana Isabel Ribeiro Alcobia Mendes; Raquel Alexandra Campos Costa; Mariana Pereira. Apresentado por Ana Lança.

- ❖ **Comunicação eficaz para a segurança do doente: implementação da técnica ISBAR na transição de cuidados** - Marisa Alexandra de Jesus Biscaia; Filomena Maria da Conceição Nascimento Ferreira; Lina Paula da Conceição Borges Araújo; Maria Filomena Rodrigues D'Oliveira Martins; Susana Isabel Dias Ribeiro; Hugo Franco. Apresentado por Marisa Biscaia.

- ❖ **Dotações seguras e qualidade dos cuidados de enfermagem: estudo em contexto hospitalar** - Teresa Margarida Almeida Neves, João Graveto, Vítor Rodrigues, Pedro Parreira. Apresentado por Teresa Neves.

O enfermeiro gestor como facilitador do reconhecimento da idoneidade formativa nos contextos da prática clínica - um contributo para a qualidade profissional tutelada

Filipa Alves, João Barros, Judite Belchior Henriques, Maria Teresa Guerra

Hugo Franco. Apresentado por João Barros.

Introdução

A nível nacional, a OE tem introduzido medidas na tentativa de garantir qualidade no processo de supervisão clínica, nomeadamente a criação do Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP), em que um dos requisitos seria a Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos Prática Clínica de Enfermagem (IFCPC). Em Outubro de 2017, surgiu a recuperação do Regulamento da IFCPC, publicado no Diário da República, 2ª série de 17 de Outubro de 2017 n.º558/2017, que determina os requisitos mínimos necessários para um ambiente favorável ao desenvolvimento de processos formativos em Enfermagem, em condições adequadas de qualidade e segurança (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Em 2019 surgem as primeiras candidaturas ao processo de Acreditação. Desta forma, a OE desenvolveu um extenso trabalho, visando a certificação de Enfermeiros Supervisores, em que propõe que os Licenciados em Enfermagem, realizem um período de Exercício Profissional Tutelado (EPT), acompanhados por esse mesmo Enfermeiro Supervisor. Estudos destacam a importância da experiência e desenvolvimento de recursos para apoiar os enfermeiros que supervisionam os estudantes de enfermagem (Chigavazira et al., 2018).

Para que exista a prática tutelada e supervisão clínica, é necessário que existam dois fatores, um é a existência de um Enfermeiro Supervisor certificado pela OE, outro é a certificação do serviço onde esse exercício profissional tutelado decorra, com Acreditação da Idoneidade Formativa certificada pela OE. Para que tal aconteça é necessário que o supervisor e o serviço cumpram os critérios preconizados pela OE. É da responsabilidade dos serviços de saúde proporcionar um ambiente facilitador para o desenvolvimento de competências.

O Regulamento da IFPCPC estabelece os princípios, a estrutura e os processos de acreditação da Idoneidade Formativa dos contextos de prática clínica e da certificação de competências do Supervisor Clínico em PTE. O Referencial de Reconhecimento da IFPCPC está agrupado em 7 Dimensões, estas em diferentes critérios e estes por sua vez estão materializados em indicadores (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Para reconhecimento da IFPCPC, existem 3 modalidades diferentes, pelo que optamos pela modalidade Formativa Padrão, a qual identifica os contextos com os requisitos mínimos obrigatórios para os processos formativos. A aplicação do Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa (RAIF) pretende-se que seja progressiva, de acordo com três etapas, correspondentes a triénios. É definido um conjunto obrigatório de requisitos, para o ano 0, e o cumprimento da totalidade dos critérios para a modalidade padrão até final do ano 4.

O serviço selecionado para a aplicação deste projeto, foi um Centro de Saúde do Alentejo, constituído por duas unidades funcionais, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Fazendo uma análise dos requisitos mínimos definidos pela OE com a realidade do nosso contexto de trabalho, deparamo-nos com lacunas significativas em diversas dimensões, o que nos motivou à construção e desenvolvimento deste projeto.

Esta inquietação, levou-nos a formular a questão de investigação: *Quais os contributos do enfermeiro gestor, para a promoção da idoneidade formativa no nosso contexto da prática clínica?*

Os contextos de prática clínica necessitam de possuir características favoráveis à qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, assim como à Supervisão Clínica na PTE. Este processo deve ser potenciador da dignificação da profissão, conducente a uma cultura de desenvolvimento profissional.

Definimos como principais objetivos do projeto de âmbito académico:

- Demonstrar a importância da intervenção do enfermeiro gestor nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação para o alcance dos objetivos organizacionais.

- Apresentar a relevância do enfermeiro gestor no domínio da supervisão clínica e prática profissional tutelada.

Método

Face à problemática identificada e com o propósito de aprofundar o conhecimento relativo à Supervisão Clínica em Enfermagem, realizámos uma *Scoping Review* com o intuito de reunir e sintetizar a melhor evidência disponível, mediante diferentes metodologias, com base nas etapas preconizadas pelo Joanna Briggs Institute (JBI, 2017). A questão orientadora do nosso trabalho é: *Quais os contributos do enfermeiro gestor para a promoção da idoneidade formativa no nosso contexto da prática clínica.*

Na definição desta questão, recorremos à estratégia população, conceito e contexto (PCC), incluindo literatura que: a) quanto ao tipo de participantes, abordem a intervenção dos enfermeiros gestores; b) quanto ao conceito, abordem a supervisão clínica e idoneidade formativa; c) quanto ao contexto, se reflitam na prática clínica.

Estratégia de pesquisa e extração dos dados

A colheita de dados foi desenvolvida durante o mês de dezembro de 2019. A estratégia de pesquisa incluiu os seguintes passos: 1) literatura publicada incluída nas bases de dados CINAHL Plus *with full text*, Cochrane Data base of Systematic Reviews e MEDLINE *with full text*, através da plataforma EBSCOhost.

Na pesquisa utilizámos os descritores: “Clinical supervision in nursing” OR “Nursing professional practice model” AND “evaluation”; 2) literatura cinzenta resultante da pesquisa do tema “supervisão clínica em enfermagem” no site dos repositórios científicos de acesso aberto de Portugal; 3) seguindo-se de uma análise dos resumos dos artigos quanto à sua relevância para o trabalho.

Foram considerados para inclusão nesta revisão estudos publicados no espaço temporal de Janeiro de 2016 a Dezembro de 2019, descritores presentes no resumo, artigos apresentados em texto integral e analisados pelos pares.

A evidência resultante da pesquisa foi analisada quanto à sua relevância pelos autores do trabalho com base nas informações fornecidas no título e resumo.

Quadro 1 – Estratégia e limitadores da pesquisa aplicados por base de dados e os respectivos resultados da pesquisa

AB clinical supervision in nursing OR AB nursing professional practice model AND evaluation

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&db=chh&db=mnh&bquery=AB+clinical+supervision+in+nursing+OR+AB+nursing+professional+practice+model+AND+evaluation&cli0=FT&clv0=Y&cli1=DT1&clv1=201601-201912&cli2=RV&clv2=Y&lang=pt-pt&type=1&searchMode=Standard&site=ehost-live&scope=site>

Base de dados	Limitadores Aplicados
CINAHL Plus with Full Text	Texto Integral; Data de Publicação: 20160101-20191231; Analisado pelos Pares
Cochrane Database of Systematic Reviews	Texto Integral; Data de Publicação: 20160101-20191231; Analisado pelos Pares
MEDLINE with Full Text	Texto Integral; Data de Publicação: 20160101-20191231; Analisado pelos Pares

Apresentação e síntese dos resultados

De seguida, apresentamos a tabela com síntese de evidência.

Autores/Ano publicação	Título do artigo	Tipo de Estudo	Resultados
Cutcliffe, Sloan e Bashaw (2018)	A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing	Revisão sistemática da literatura	Há necessidade de desenvolver uma estrutura relevante que funcione como uma base sólida para o processo de supervisão clínica com base em competências. Posteriormente, a profissão de enfermagem poderá aplicar metodologias para evidenciar o seu impacto na prática de enfermagem e seus outcomes.
Chigavazira <i>et al.</i> (2018)	Adaptation and validation of the clinical supervision self-assessment tool among registered nurses	Prospetivo	A supervisão eficaz durante os ensinamentos clínicos é essencial para garantir que os estudantes de enfermagem possam prestar cuidados eficazes e seguros.
Driscoll <i>et al.</i> (2019)	Enhancing the quality of clinical supervision in nursing practice	Estudo de caso	O potencial da supervisão clínica ainda não foi totalmente alcançado. É cada vez mais importante que os enfermeiros participem na supervisão clínica como forma de desenvolvimento profissional, bem como uma estratégia para fazer melhorias na prática clínica.
Sundler <i>et al.</i> (2019)	Experiences of supervision during clinical education among specialised nursing students in Sweden: A cross-sectional study	Estudo observacional	Faltam pesquisas sobre o ambiente de aprendizagem e significado na formação de enfermeiros especializados. Os estudantes ficaram satisfeitos preferem ter um único orientador. O aumento da formação, aumenta a confiança profissional e melhor pensamento crítico dos enfermeiros.
Ribeiro, Martins e Tronchin (2016)	Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura	Revisão integrativa da literatura	O desenvolvimento e a implementação de modelos da prática profissional fornecem bases para uma prática de enfermagem de excelência.
Ekstedt, Lindblad e	Nursing students perception of the	Estudo comparativo	Um ambiente positivo de aprendizagem para estudantes em ensinamentos clínicos depende de uma

Löfmark (2019)	clinical learning environment and supervision in relation to two different supervision models – a comparative cross-sectional study.	observacional	estrutura explícita para a receção dos estudantes, um ambiente pedagógico no qual os enfermeiros supervisores estejam motivados e envolvidos e colaboração entre supervisores e os professores de enfermagem.
Papastavrou <i>et al.</i> (2016)	Nursing students satisfaction of the clinical learning environment: A research study	Estudo Quantitativo	A satisfação dos estudantes está relacionada com os seguintes fatores: a relação de supervisão - avaliada como o fator mais influente; a aceitação do estudante na equipe de enfermagem; supervisor único; processo de supervisão bem documentado.
Fonseca <i>et al.</i> (2016)	O processo de supervisão em ensino clínico. Perspetiva dos estudantes e enfermeiros	Estudo qualitativo, descritivo-exploratório	A supervisão é percebida como processo de acompanhamento sistemático e orientação, potenciador do desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, recorrendo a estratégias favorecedoras de reflexão.
Pinto, Santos e Pires (2017)	Relevance of indicators of clinical supervision strategies in nursing	Estudo quantitativo, descritivo-exploratório	Os processos de supervisão clínica em enfermagem devem basear-se em métodos de observação, demonstração de práticas e reflexão sobre os cuidados prestados. O supervisor deve ser responsável por suportar dificuldades e fornecer feedback adequado ao supervisionado, através de um relacionamento de supervisão baseado em confiança e apoiado por pares. O uso de feedback deve ser contínuo de forma a promover o desenvolvimento e acompanhamento efetivo do supervisionado.
Husebø <i>et al.</i> (2018)	Status of knowledge on student-learning environments in nursing homes: A mixed-method systematic review	Revisão sistemática da literatura	Os ambientes de aprendizagem podem ser otimizados por uma parceria entre a academia e a prática clínica bem preparada. Experiências positivas de aprendizagem podem aumentar o desenvolvimento profissional dos estudantes por meio da aquisição de habilidades e competências básicas de enfermagem.
Diogo <i>et al.</i> (2016)	Supervisão De Estudantes Em Ensino Clínico: Correlação Entre Desenvolvimento De Competências Emocionais E Função De Suporte	Estudo exploratório, descritivo e correlacional, de abordagem mista	A função de suporte do enfermeiro supervisor é potenciadora do desenvolvimento de competências para o desempenho do trabalho emocional no estudante de enfermagem em ensino clínico.
Russell, Allix e Gluyas (2017)	The Influence of the Art of Clinical Supervision Program on Nurses' Knowledge and Attitude about Working with Students	Estudo quantitativo e qualitativo	O apoio contínuo das unidades de saúde e da docência é essencial para alcançar mudanças culturais nas organizações e consolidar o papel dos supervisores clínicos. O modelo de desenvolvimento profissional de enfermagem deverá rever e implementar estratégias para apoiar a educação em supervisão clínica e os supervisores clínicos para melhorar os resultados dos estudantes.
(Cachão, 2016)	Certificação de Idoneidade Formativa do Serviço de Medicina Interna do	Tese de Mestrado	A implementação do MDP no que respeita ao EPT fomenta um período de amadurecimento profissional indutor de prática profissional segura e responsável e uma tomada de decisão autónoma

	Hospital de São Bernardo		valorizando a segurança dos cuidados de enfermagem. No entanto poderá levar a atrasos no ingresso na profissão e um número insuficiente de Unidades de Saúde com certificação formativa, tal como um número de Enfermeiros Supervisores insuficientes.
(França, 2016)	Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: Adversidades e estratégias	Tese de Mestrado – Investigação qualitativa na vertente de estudo de caso com entrevista semiestruturada	Objetivos do estudo: Identificar as adversidades encaradas pelos enfermeiros na experiência de supervisão na integração e acompanhamento de novos profissionais; Identificar as estratégias que se demonstram mais eficazes na superação dessas adversidades. Verificou-se a existência de falhas a nível da gestão do tempo, a sobrecarga de trabalho e o processo de integração não-consolidado. A supervisão deve ser voluntária e devidamente reconhecida, deve existir formação interna para partilha de conhecimento, a existência de uniformização dos cuidados e o estabelecimento de um processo de integração devidamente planeado e estruturado.
(Oliveira, 2019)	Inteligência Emocional dos Enfermeiros: Contributos da Supervisão Clínica	Tese Mestrado - Estudo quantitativo, de carácter descritivo correlacional e transversal	Objetivo: Identificar contributos da Supervisão Clínica para Inteligência Emocional dos enfermeiros após a implementação do Modelo de Supervisão Clínica (MDP). A Inteligência Emocional dos enfermeiros mostrou melhorar após implementação do MDP. Apesar das dificuldades sentidas na atualidade ao nível das práticas clínicas a supervisão clínica apresenta-se como sendo uma estratégia a adotar pelos enfermeiros chefes na gestão dos serviços de saúde.

Análise de dados e principais conclusões

Dos 15 artigos analisados, sete são publicados nos últimos dois anos. O achado mais relevante e mencionado nos artigos analisados refere que a supervisão clínica é essencial para cuidados de enfermagem mais eficazes e seguros com vista à melhoria da prática clínica (Chigavazira et al., 2018; Diogo et al., 2016; Driscoll et al., 2019; Husebø et al., 2018; Sundler et al., 2019).

Ribeiro, Martins e Tronchin (2016) afirmam que o processo de supervisão clínica determina uma enfermagem de excelência.

No entanto, o potencial da supervisão clínica ainda não foi totalmente alcançado (Cutcliffe, Sloan e Bashaw, 2018; Driscoll et al., 2019; Sundler et al., 2019). Para tal, é fundamental integrar a supervisão clínica num modelo de desenvolvimento profissional da enfermagem com base em competências (Cutcliffe, Sloan e Bashaw, 2018; Diogo et al., 2016; ;Fonseca et al., 2016; Husebø et al., 2018; Russell, Allix e Gluyas, 2017).

Vários autores focam a importância de um ambiente positivo de aprendizagem relacionado com as condições do contexto, suporte do supervisor e

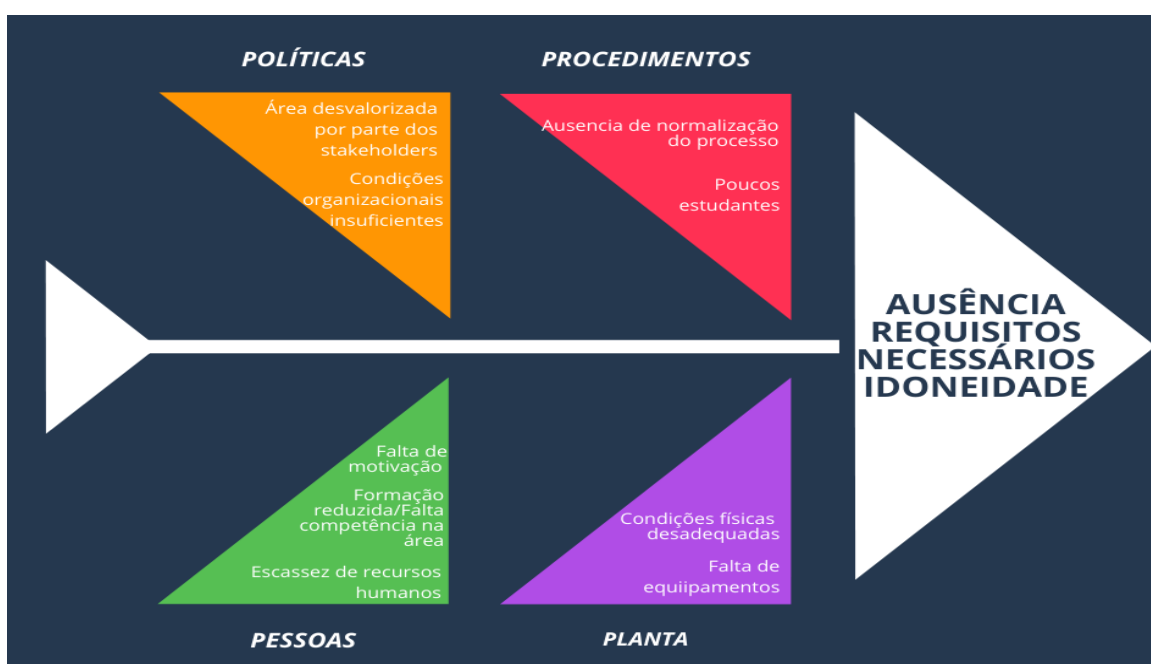
relação entre a academia e a prática clínica (Ekstedt, Lindblad e Löfmark, 2019; Husebø et al., 2018; Papastavrou et al., 2016; Pinto, Santos e Pires, 2017; Russell, Alliex e Gluyas, 2017).

Alguns artigos referem também existirem vantagens para a aprendizagem dos estudantes em ter um único supervisor (Papastavrou et al., 2016; Sundler et al., 2019). Por outro lado, Ekstedt, Lindblad e Löfmark (2019) referem ser mais satisfatório para os estudantes aprendizagem entre colegas, em salas dedicadas e com vários supervisores.

No processo de supervisão, a reflexão crítica e feedback são aspectos fundamentais (Pinto, Santos e Pires, 2017). Existe ainda a referência que o aumento da formação, aumenta a confiança profissional e melhora o pensamento crítico dos enfermeiros (Sundler et al., 2019).

Diagnóstico de Situação

Em 2010, a OE desafia para a necessidade de reconhecimento da idoneidade Formativa nos CPC. No entanto, na nossa organização, em 2020, apesar de se ter iniciado o processo em alguns serviços, ainda não temos reconhecida a idoneidade pela OE. Esta realidade é a existente no serviço onde nos propomos implementar o projeto: ausência do cumprimento dos requisitos mínimos para o processo de acreditação. Para identificar as principais causas que contribuem para a situação/problema em questão, utilizámos o Diagrama de Ishikawa. De forma a



identificar, organizar e documentar as causas potenciais que contribuem para a situação/problema em causa, utilizámos esta ferramenta de gestão, como auxílio ao diagnóstico da situação. Os 4p's são as causas primárias mais indicadas para efeitos de gestão (Políticas, Procedimentos, Pessoas e Planta). A partir destas definimos as sub questões do problema. A identificação destas, impele-nos a traçar objetivos e a investir no planeamento de estratégias de intervenção.

Face ao problema identificado sobre a inexistência dos requisitos necessários no serviço para a obtenção da idoneidade formativa, a análise da realidade evidenciou as seguintes principais possíveis causas: Área pouco relevante ou não prioritária por parte dos stakeholders (Conselho de Administração); Falta de motivação e de conhecimento estruturado na área da supervisão clínica por parte dos enfermeiros gestores; Falta de recursos humanos e de condições estruturais; Ausência de normalização interna para o processo de supervisão clínica. Cruzando os requisitos mínimos definidos pela OE com a realidade do nosso contexto de trabalho deparamo-nos com lacunas significativas nestas dimensões.

Planeamento e avaliação do Projeto de Intervenção

Considerando a problemática escolhida e o conhecimento do contexto, apresentamos a estrutura do projeto (WBS), os objetivos, as atividades e a avaliação.

Conclusão

Elaborar um projeto académico, perspetivando a sua implementação no terreno, é uma tarefa complexa. Contudo, é uma oportunidade para rentabilizar aprendizagens do domínio da gestão nos contextos da prática clínica.

De forma a sustentar a fundamentação teórica do trabalho de projeto, realizamos uma pesquisa teórica exaustiva, desenvolvendo competências de prática com base na evidência.

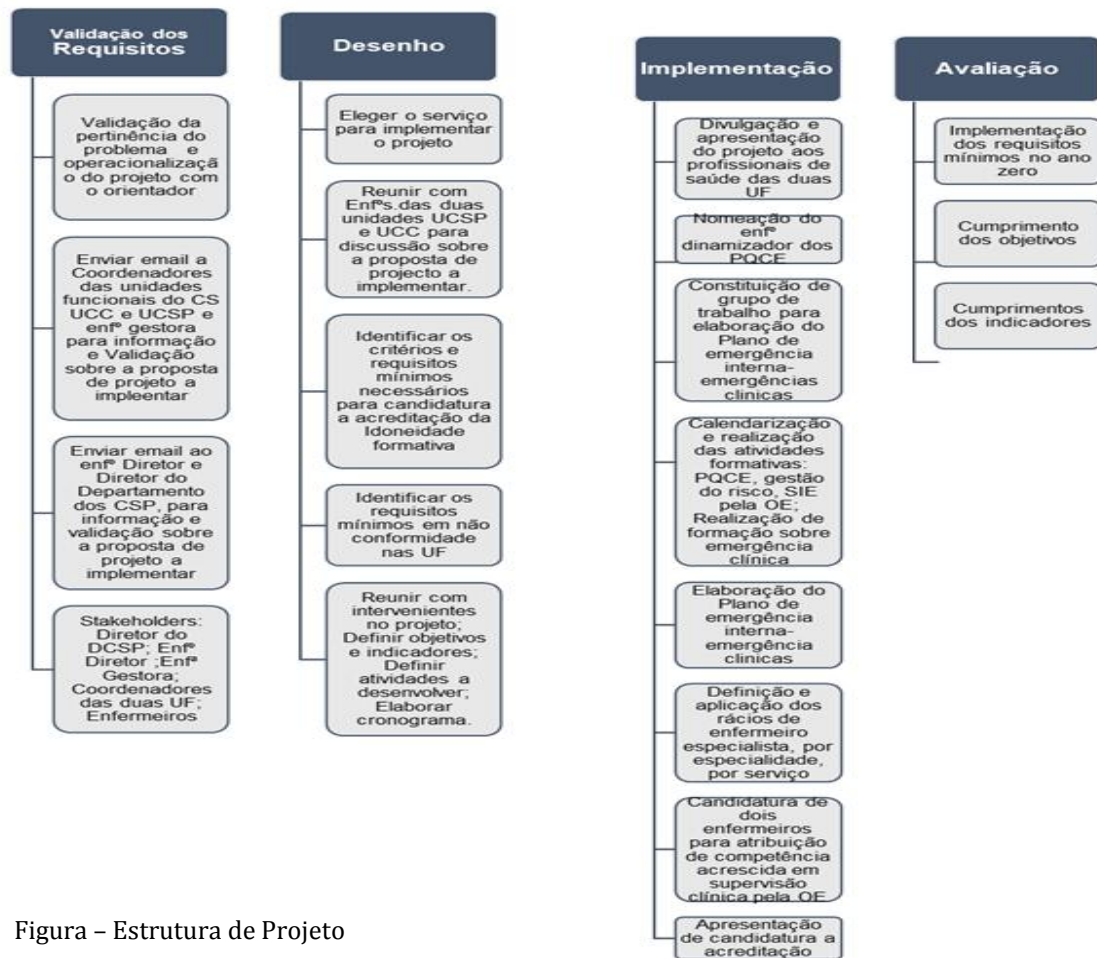


Figura – Estrutura de Projeto

Houve necessidade de mobilizar conhecimentos sobre a metodologia de projetos, pois esta serviu de base à elaboração do mesmo, necessitando da adaptação a novos formatos.

A certificação da qualidade aumenta a satisfação e a confiança dos utentes, reduz custos internos, aumenta a produtividade e melhora a imagem do serviço. De facto, é necessário investir na qualidade das unidades de saúde, permitindo o desenvolvimento sustentado de uma nova cultura que, de forma coerente e integrada, contribua para enriquecer os cuidados de saúde de níveis de excelência e segurança.

Os cuidados de saúde primários, através dos quais se prestam cuidados de proximidade a indivíduos, famílias e comunidades, exigem uma prestação de cuidados com um elevado grau de interdisciplinaridade, continuidade e qualidade. A acreditação no âmbito de unidades de saúde constitui, então, uma metodologia possível para avaliação da qualidade no seu objetivo último: a prestação de

cuidados de saúde. A acreditação propicia também a formação permanente dos profissionais, pois constitui um programa de melhoria contínua dos cuidados.

O presente trabalho de projeto, contribuiu para disseminar uma inquietação, passando pelo levantamento de necessidades e prioridades, envolvendo e motivando toda a equipa de saúde, para a implementação dos requisitos obrigatórios na acreditação da IFPCP, assumindo-se assim como um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

É essencial que toda a equipa esteja motivada e envolvida no processo de acreditação para que esta se concretize e este seja um projeto com continuidade. Motivar a equipa é também competência do enfermeiro gestor. Uma das competências do enfermeiro gestor prende-se com a promoção do desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Neste projeto, a sua intervenção é fundamental e transversal a todo o trabalho, uma vez que do enfermeiro gestor parte e depende a organização do serviço e recursos com vista ao cumprimento dos critérios definidos pela OE para a acreditação.

BIBLIOGRAFIA

- ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José - **Supervisão da Prática Pedagógica - Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem**. 2ª ed. Coimbra : [s.n.]
- ALMEIDA, Álvaro; PEREIRA, Nuno De Sousa; OLIVEIRA, Susana - **Estudo de avaliação económica do Modelo de desenvolvimento profissional** [Em linha]. Matosinhos : [s.n.] Disponível em WWW:<URL:http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a5355786c5a793944543030764f554e544c305276593356745a57353062334e4a626d6c6a6157463061585a685132397461584e7a595738764d32566d4d6d4d314e6a6b744f575531597>.
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. . ANEXO II
- CACHÃO, Ana Rita Dos Santos - **Certificação de Idoneidade formativa do serviço de Medicina Interna do Hospital de São Bernardo**. [S.l.] : Instituto Politécnico de Portalegre, 2016
- CHIGAVAZIRA, Jesina *et al.* - Adaptation and validation of the clinical supervision self-assessment tool among registered nurses. **Nurse Education Today**. . ISSN 15322793. 70:August (2018) 28–33. doi: 10.1016/j.nedt.2018.08.008.
- CUTCLIFFE, John R.; SLOAN, Graham; BASHAW, Marie - A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. **International Journal of Mental Health Nursing**. . ISSN 14470349. 27:5 (2018) 1344–1363. doi: 10.1111/inm.12443.
- DIOGO, Paula *et al.* - Supervisão De Estudantes Em Ensino Clínico: Correlação Entre Desenvolvimento De Competências Emocionais E Função De Suporte. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. 4:spe4 (2016) 115–122. doi: 10.19131/rpesm.0150.
- DRISCOLL, John *et al.* - Enhancing the quality of clinical supervision in nursing practice. **Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)**. . ISSN 20479018. 34:5 (2019) 43–50. doi: 10.7748/ns.2019.e11228.
- EKSTEDT, Mirjam; LINDBLAD, Marlène; LÖFMARK, Anna - Nursing students perception of the clinical learning environment and supervision in relation to two different supervision models – a comparative cross-sectional study. **BMC Nursing**. . ISSN 1472-6955. 18:1 (2019) N.PAG-N.PAG. doi: 10.1186/s12912-019-0375-6.
- FONSECA, Maria José *et al.* - O processo de supervisão em ensino clínico. Perspectiva dos estudantes e

- enfermeiros. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**. . ISSN 0124-2059. 18:2 (2016) 77. doi: 10.11144/javeriana.ie18-2.opse.
- FRANÇA, Maria Inês Rodrigues - **Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: Adversidades e estratégias** [Em linha]. [S.l.] : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013 Disponível em WWW:<URL:file:///C:/Users/User/Downloads/D2012_10003621013_21136017_1 (2).pdf>.
- HUSEBØ, Anne Marie Lunde *et al.* - Status of knowledge on student-learning environments in nursing homes: A mixed-method systematic review. **Journal of Clinical Nursing**. . ISSN 13652702. 27:7-8 (2018) e1344-e1359. doi: 10.1111/jocn.14299.
- JBI - Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual (2015)**
- Portaria 799-D/99: Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. [Em linha] (99- 2-3. Disponível em WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnsinoSuperior/Portaria_n_799-D_99_Reg_Geral_Curso_Licenciatura_Enfermagem.pdf>.
- Decreto-Lei n.º 320/87. (87-
 Despacho n.º 10143/2009 - Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. **Diário da República, 2.ª série — N.º 74** [Em linha] (09- 15438-15440. Disponível em WWW:<URL:http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/16463/Desp101432009ACESUCCReg.pdf>.
- OLIVEIRA, Karine Sobral De - **Inteligência emocional dos enfermeiros: contributos da supervisão clínica** [Em linha]. [S.l.] : Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2019 Disponível em WWW:<URL:http://hdl.handle.net/10400.26/28831>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica**
 Regulamento n.º 558/2017 - Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica. **Diário da República** (17- 23295-23298.
 Regulamento n.º 76/2018 - Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. **Diário da República, 2ª Série (Nº 21 de 30 de janeiro de 2018)** [Em linha] (18- 3478-3487. Disponível em WWW:<URL:https://dre.pt/application/file/a/114591764>.
- PAPASTAVROU, Evridiki *et al.* - Nursing students satisfaction of the clinical learning environment: A research study. **BMC Nursing**. . ISSN 14726955. 15:1 (2016) 1-11. doi: 10.1186/s12912-016-0164-4.
- PINTO, Duarte José Esteves; SANTOS, Margarida Reis; PIRES, Regina Maria - Relevance of indicators of clinical supervision strategies in nursing. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. . ISSN 1517-3852. 18:1 (2017) 19. doi: 10.15253/2175-6783.2017000100004.
- RIBEIRO, Olga; MARTINS, Maria; TRONCHIN, Daisy - Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**. IV Série:10 (2016) 125-134. doi: 10.12707/RIV16008.
- RUSSELL, Kylie; ALLIEX, Selma; GLUYAS, Heather - The Influence of the Art of Clinical Supervision Program on Nurses' Knowledge and Attitude about Working with Students. **Journal for Nurses in Professional Development**. . ISSN 2169981X. 33:6 (2017) 307-315. doi: 10.1097/NND.0000000000000400.
- SUNDLER, Annelie J. *et al.* - Experiences of supervision during clinical education among specialised nursing students in Sweden: A cross-sectional study. **Nurse Education Today**. . ISSN 15322793. 79:July 2018 (2019) 20-24. doi: 10.1016/j.nedt.2019.05.009.

Satisfação profissional dos enfermeiros num serviço de urgência

Mónica Veríssimo; Carla Costa; Maria Manuela Abreu; Sandra Contreiras Lobato; Teresa Louro Hilário; Mariana Pereira. Apresentado por Mónica Veríssimo.

Resumo

Os estudos sobre satisfação profissional têm na última década despertado o interesse de profissionais de saúde e de investigadores das mais diversas áreas. Entre as várias razões para esse interesse destacam-se essencialmente dois aspetos preponderantes, a satisfação que é um fator importante para quem trabalha e por outro lado, a satisfação está associada ao desempenho, isto é, espera-se que profissionais mais satisfeitos sejam profissionais mais produtivos e que desempenhem cuidados de qualidade.

É referido ainda por alguns autores que os enfermeiros por estarem em constante contacto com a dor, sofrimento e morte, sobrecarga e condições precárias de trabalho, associadas a remuneração inadequada, falta de reconhecimento profissional e desvalorização no trabalho, leva a que os enfermeiros fiquem expostos a fatores de stress, sofrimento e conflito que podem interferir negativamente na saúde e satisfação profissional.

Sendo os serviços de Urgência apontados como ambientes de trabalho únicos, onde o número de doentes é cada vez mais elevado, existindo uma maior possibilidade de estarem sobrelotados, com longos tempos de espera e ainda com doentes que abandonam o serviço sem serem consultados pelo médico, optámos pelo desenvolvimento de um Projeto intitulado **Satisfação Profissional dos Enfermeiros num Serviço de Urgência**.

Este trabalho seguiu a metodologia de projeto, sendo que a sua elaboração ocorreu entre novembro de 2019 e janeiro de 2020.

De forma a promover a satisfação profissional dos enfermeiros num Serviço de Urgência definimos como **objetivos específicos**, identificar os fatores que influenciam o nível de satisfação dos enfermeiros, avaliar o nível de satisfação

profissional e identificar estratégias promotoras de satisfação profissional dos enfermeiros num Serviço de Urgência.

Os **indicadores** delineados são respetivamente, a taxa de adesão de resposta aos questionários, o nível de satisfação dos enfermeiros do Serviço de Urgência e Número de estratégias promotoras da satisfação profissional identificadas. Por sua vez, as **metas** que pretendemos alcançar são designadamente: 80% dos enfermeiros da equipa do SU responda ao questionário, aumentar em 10% a satisfação profissional dos enfermeiros no SU e cinco estratégias promotoras de satisfação profissional identificadas.

O **instrumento de colheita de dados** escolhido para atingir os objetivos foi desenvolvido pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e denomina-se Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional (IASP). Este possibilita a avaliação da qualidade do local de trabalho, da qualidade da prestação de cuidado, da forma como a unidade de saúde está a caminhar na melhoria contínua da qualidade e da satisfação global.

Face ao exposto, consideramos a importância da aplicabilidade deste projeto numa fase inicial num serviço de urgência, e, no futuro, a toda a instituição pois só com o conhecimento de quais os fatores que influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros do Centro Hospitalar, E.P.E. será possível a implementação de medidas na Organização que permitam a criação de ambientes favoráveis à prática profissional dos enfermeiros, passando estas necessariamente pela atuação sobre os fatores organizacionais que conduzem à insatisfação.

Neste mesmo sentido, considera-se essencial que as organizações de saúde procedam à monitorização periódica do nível de satisfação profissional dos seus colaboradores.

Palavras-Chaves: Enfermeiros; Satisfação Profissional; Hospital; Serviço de Urgência

O enfermeiro gestor na prevenção do erro terapêutico em ambiente hospitalar

Ana Lança; Cláudia Alfarrobinha; Fernanda Monteiro; Liliana Mendes; Raquel Costa; Mariana Pereira. Apresentado por Ana Lança.

Resumo

A segurança do doente tem vindo a ser uma preocupação crescente na prestação de cuidados de saúde.

Em 2015 foi publicado o PNSD 2015-2020, um dos seus objetivos é aumentar a segurança na utilização da medicação.

No processo de gestão de risco onde se integra o erro terapêutico, a implementação de medidas preventivas são fundamentais na engrenagem de uma organização sustentando a prática diária dos enfermeiros nessa área específica.

O Enfermeiro gestor é determinante na segurança do doente, influenciando os seus liderados e conseqüentemente o seu compromisso com a organização no domínio da segurança, nos comportamentos e na ocorrência de erros.

Em 2015 em ambiente hospitalar foi constituído o grupo institucional “Uso Seguro do Medicamento” que desenvolve atividades nesta área, (a que) este projeto pretende dar continuidade, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade, cimentando uma cultura de segurança.

Objetivos Geral: Identificar práticas de gestão seguras que visem a promoção da segurança do doente e a prevenção do erro terapêutico.

Metodologia: Neste trabalho foi utilizado a metodologia de trabalho projeto. O Estado da arte foi descrito através de uma revisão integrativa.

Resultados: No projeto foram delineados indicadores, metas e estratégias para dar resposta aos objetivos formulados, foram identificadas medidas preventivas na

gestão do erro, estruturado um plano de formação na área em estudo, programadas auditorias externas ao “uso seguro do medicamento”, e planificada a aplicação da norma da DGS referente à reconciliação terapêutica. Realizada a análise do impacto económico na organização da saúde e planeada a avaliação do projeto.

Conclusões: A preocupação com a segurança do doente tem sido crescente em todo o Mundo. Reconhecer o erro, é o ponto de partida para a sua prevenção e correção.

Cabe aos enfermeiros gestores, garantir a implementação e supervisão do conjunto de intervenções, integradas em programas de melhoria contínua da qualidade.

A implementação deste projeto conta com estratégias que pretendem divulgar e implementar medidas para o uso seguro do medicamento tendo em conta os referenciais e circulares normativas da DGS.

Palavras-chave: Enfermeiro gestor, Erro terapêutico, Segurança do doente

Comunicação eficaz para a segurança do doente: implementação da técnica ISBAR na transição de cuidados

Filomena Ferreira; Lina Araújo; Maria Martins; Marisa Biscaia; Susana Ribeiro; Hugo Franco. Apresentado por Marisa Biscaia.

Introdução

Entendemos Projeto como “...a ideia de uma possível transformação do real, a realização da ação pode ser definida como o processo de transformação do próprio real”²² que consolidado numa metodologia científica, será uma ação de desenvolvimento para a melhoria contínua da segurança e qualidade focada em processos de trabalho e auditorias.

Tendo em conta que “o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde”²³ e o Enfermeiro Gestor “é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade”²³ elegemos um projeto que visa aumentar a segurança do doente através da implementação da metodologia ISBAR na transição de cuidados em três serviços do Departamento de Medicina.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020²⁴ enuncia para sua concretização nove objetivos estratégicos, sendo o segundo: aumentar a segurança da comunicação. Assume ainda a importância da acessibilidade dos profissionais de saúde e utentes a todo o conhecimento que os capacite para intervirem na segurança e qualidade dos processos de saúde. Argumentando que a comunicação eficaz é fundamental quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, esta terá um papel determinante na continuidade de cuidados seguros e de qualidade.

²² BARBIER, Jean-Marie – Elaboração de Projetos de Ação e Planificação. Porto: Porto Editora, Lda., 1996. ISBN 972-0-34106-8

²³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Regulamento nº 76/2018 [em linha], Diário da República, 2.ª série, N.º 21, 30 de janeiro de 2018, disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/114599547>

²⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Despacho nº 1400-A/2015 [em linha] de 10 de fevereiro de 2015, Diário da República, 2.ª série — N.º 28 disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>

Considera-se que nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, “as tecnologias de informação e comunicação desempenham, neste contexto, uma função estruturante fundamental, não apenas entre diferentes instituições prestadoras de cuidados, nacionais, europeias ou internacionais, mas, também, entre serviços da mesma instituição ou profissionais do mesmo serviço”²⁵ e que “os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde devem assegurar o diálogo seguro entre sistemas eletrónicos de informação e a integração de múltiplos desses sistemas, tanto na instituição, como entre instituições... veiculando a informação necessária e desenvolvendo atividades conjuntas que promovam a melhoria contínua da qualidade e a sua monitorização”²⁵.

Assume-se aqui a importância da acessibilidade dos profissionais de saúde e utentes a todo o conhecimento que “permita a comparação entre produtos, técnicas, práticas profissionais, estruturas ou modelos de organização”²⁵ e ainda, aos segundos, todas as alternativas de tratamento que lhes permita responsabilizarem-se pela sua saúde ou evolução da doença, nos limites legais e morais da beneficência associada aos cuidados. A informação assume assim carácter formativo, capacitando profissionais e utentes para intervirem na segurança e qualidade do processo de saúde.

Considerando também que a informação é “um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde”²⁵e, ainda que não seja totalmente conhecida a extensão da problemática, sabemos que a sua eficácia tem um papel determinante na continuidade de cuidados seguros e de qualidade. Assume-se a sua relevância na segurança do doente.

Quando recorre a cuidados de saúde, uma mesma pessoa poderá ser assistida por diferentes profissionais. Poderá circunscrever-se a elementos distintos de um mesmo serviço, ou de vários serviços dentro da organização e também de diferentes instituições. Isto porque é frequente surgir a necessidade de procedimentos de diagnóstico ou tratamento especializados e, ainda, no caso particular do atendimento de enfermagem, em cada 24h existem 3 equipas

²⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Despacho nº 1400-A/2015 [em linha] de 10 de fevereiro de 2015, Diário da República, 2.ª série — N.º 28 disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>

diferentes. Torna-se assim imprescindível transmitir a informação necessária à segurança dos cuidados clínicos a prestar a esta pessoa. A transmissão de informação na transferência entre equipas, dentro da mesma unidade ou entre unidades pode tornar-se ineficaz por várias razões: “...omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades...”²⁶ ou por falta de clareza levar a falhas na sua compreensão. A ocorrer esta é uma situação de risco na segurança e qualidade dos cuidados assistenciais.

Este tipo de ocorrência foi a mais relatada “...à Comissão Conjunta nos Estados Unidos da América entre 1995 e 2006 e o fator de causa raiz mais comum de uma agência de seguros de práticas ilegais dos EUA, levando a reclamações resultantes da transferência de pacientes. Dos 25.000 a 30.000 eventos adversos evitáveis que levaram à incapacidade permanente na Austrália, 11% foram devido a problemas de comunicação...”²⁷. Esta problemática é alvo de atenção a nível internacional e a Organização Mundial da Saúde orienta para uma abordagem padronizada na comunicação, com recurso à metodologia SBAR, aquando a transição dos cuidados.

Em Portugal o nº 1 do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro²⁸ e o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 – 2020²⁹ têm como objetivos estratégicos aumentar a segurança da comunicação a todos os níveis de cuidados. Fundamentando esta necessidade, a Direção Geral da Saúde³⁰ emana uma Norma sobre comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde onde determina a implementação da técnica ISBAR. No nosso contexto, a aplicação desta norma está prevista através da 3ª revisão do Procedimento ENF.02 “Passagem de Informação de Enfermagem: Comunicação eficaz na transição de cuidados”. Nesta conjuntura alicerçamos o presente projeto.

Limitámos assim a nossa questão de partida para a fundamentação do nosso Projeto: *Como se processa em segurança a passagem de informação em contexto*

²⁶ DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE [em linha], Norma 001/2017, 08/02/2017 - **Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde** disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf>.

²⁷ COMMUNICATION DURING PATIENT HAND-OVERS [em linha]. Switzerland: WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, volume 1, solution 3, May 2007. Disponível em <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>

²⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Despacho n.º 2783/2013 [em linha] de 20 de fevereiro de 2013, Diário da República, 2.ª série — N.º 36 disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/1675776>.

²⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Despacho nº 1400-A/2015 [em linha] de 10 de fevereiro de 2015, Diário da República, 2.ª série — N.º 28 disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>

³⁰ DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE [em linha], Norma 001/2017, 08/02/2017 - **Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde** disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf>.

clínico? Definimo-la com base no acrónimo PCC: P (população) = Enfermeiros em contexto clínico; C (contexto) = transmissão de informação; C (conceito) = segurança. Para analisar a eficácia da implementação do projeto nos referidos serviços, recorreremos à ferramenta diagnóstica SWOT. Através desta matriz percecionamos o atual interesse da organização pelo carácter normativo do projeto, enquadrado em diretrizes locais e nacionais.

De acordo com o definido estabelecemos como objetivo geral: *Garantir a segurança do doente através de uma comunicação eficaz na transição de cuidados*. Como Objetivos Específicos: Conhecer a técnica ISBAR; Compreender a técnica ISBAR em serviços onde já foi implementada; Aplicar a técnica ISBAR de acordo com a norma 001/2017 de 08/02/2017 da “Comunicação eficaz na transição de cuidados” nos serviços do Departamento de Medicina de um Hospital da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

MÉTODO

Na enfermagem, a implementação da prática baseada em evidências poderá contribuir para a mudança de uma prática baseada em tradições e tarefas para uma sustentada em conhecimento científico que promove e permite uma melhoria contínua dos cuidados. De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros, a prática baseada em evidência consiste num “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar”³¹. Podemos dizer que na prática constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos Cuidados de Enfermagem.

As revisões sistemáticas surgem como procedimentos de revisão da investigação já existente. Todos estes procedimentos associados à revisão da investigação e subjacentes à prática baseada em evidências são rigorosos e metódicos. Diferentes objetivos e questões, implicam o recurso a novas abordagens para sintetizar de forma efetiva e rigorosa a evidência existente, sendo as revisões scoping um destes tipos de abordagem.

³¹ ORDEM ENFERMEIROS: Conselho Internacional de Enfermeiros - Combater Desigualdade: Da evidência à ação. [em linha]. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros 2012, p10. ISBN 978-989-8444-09- 7.

Aspetos Éticos

Os trabalhos de investigação devem ser planeados e orientados tendo em conta questões e problemas de investigação que possibilitem acrescentar conhecimento relevante sobre um determinado tema. A pesquisa de informação deve-se fundamentar-se em princípios básicos como a responsabilidade, honestidade, fiabilidade, rigor e integridade³². Deste modo, estes aspetos foram garantidos através do rigor da metodologia de pesquisa efetuada, da integridade da informação, da referenciação correta e do rigor no tratamento e apresentação dos dados.

Tipo de Estudo

A opção pela realização de uma revisão scoping fundamenta-se por este ser um tipo de revisão que permite identificar e sintetizar a produção científica relevante numa determinada área de pesquisa, identificar lacunas na evidência existente e ainda constituir um meio que justifique a realização de uma revisão sistemática³³. Ainda segundo este autor a revisão scoping fornece informação ampla e aprofundada em vez de focada, sobre o todo da literatura existente, independentemente do tipo de estudo. Uma das particularidades desta metodologia é que esta não pretende analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos, ou seja, não pretende encontrar a melhor evidência, mas apenas identificar a evidência existente. O referencial teórico metodológico utilizado para esta scoping foi o “The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2015 – Methodology for JBI Scoping Reviews.”

Estratégia de Pesquisa e Fonte de Dados

Em relação à estratégia de pesquisa utilizada, o primeiro passo foi a realização de uma pesquisa genérica em bases de dados como a MedLine, B on e Scielo e ainda o Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP). Esta foi realizada nos meses de novembro a dezembro de 2019 e foram utilizados os 3 seguintes termos de pesquisa, ou seja, 3 palavras-chaves: security, nursing e communication. Estes 3 termos integram o grupo de descritores em saúde dos Descritores da Ciência em Saúde (DeCS). Realizaram-se pesquisas entre as palavras-chave/termos

³² NUNES, Lucília - Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: Departamento Enfermagem ESS, 2013. ISBN: 978-989-98206-1-6 . [consult. 8 jan.2020].

³³ RIBEIRO, J.L.P. – Investigação e Avaliação em Psicologia e saúde. 2ª Edição. Lisboa Placebo Lda.,2010. ISBN : 978-989-8463-01-2

de pesquisa utilizando o operador booleano “and”, obtendo-se as seguintes combinações: safety and nursing, safety and communication, nursing and communication e ainda safety and nursing and communication. Foram definidos como critérios de inclusão todos os estudos publicados em revistas, revistas académicas, documentos de fontes primárias, normas, dissertações e teses disponíveis em texto integral.

Apesar de ser uma revisão scoping e deste método permitir mapear toda a evidência existente, foi definido para o nosso estudo, o horizonte temporal de pesquisa compreendido entre janeiro de 2014 e dezembro de 2019. Para esta seleção tivemos em conta a utilização de referenciais recentes (5/6 anos no máximo) e por outro lado esta é uma técnica utilizada num contexto recente, sendo que apenas em 2017 surgem orientações no âmbito de uma norma da DGS.

Foram apenas selecionados os textos publicados em Portugal e escritos em português, os encontrados em outras línguas foram excluídos, uma vez que esta era língua dominada pela totalidade dos elementos que compõem o grupo de trabalho. Após a aplicação dos critérios de inclusão para a pesquisa obtiveram-se 202. Foram excluídos de seguida 9 estudos que se encontravam repetidos e obtiveram-se 193. O passo seguinte foi avaliar a sua pertinência pela informação dada pelo título e pelo resumo, obtiveram –se 3 estudos para leitura integral e foram todos incluídos nesta revisão.

Apresentação e Síntese dos Resultados

Após o processo de avaliação e seleção dos estudos foram incluídos na revisão scoping 3 artigos. Cada um deles foi identificado como uma letra e número (E1, E2 e E3). Os aspetos mais relevantes associados a cada um deles apresentam-se em forma de tabela, na qual se identificam algumas características de cada um deles, como o título, autor, ano, tipo de estudo, objetivo e principais resultados.

Tabela 1 – Síntese dos resultados dos estudos incluídos

Titulo/ano/autor	Tipo de estudo	Objectivo do estudo	Resultados
<p>Título E1: Segurança do doente crítico: Transição de cuidados, na passagem de turno de Enfermagem Autor: Luís Carlos Amaral Santos Leite Ano: 2018</p>	Estudo Descritivo Qualitativo	Introduzir uma abordagem padronizada e semi estruturada na transição de cuidados na passagem de turno dos enfermeiros da UCIP1 do SMI do CHUA, EPE	<ul style="list-style-type: none"> - A taxa de conformidade dos itens referentes à mnemónica <i>ISBAR</i> transmitidos durante a passagem de turno centrou-se nos 89,5%, ultrapassando a taxa definida previamente como indicador de processo e critério de avaliação (80%). - A taxa de conformidade relativa aos itens subjacentes à avaliação primária ABCDE inseridos no instrumento semiestruturado centrou-se nos 92,25%, verificando-se uma enumeração dos conteúdos a serem passados por prioridades clínicas em vez da tradicional passagem de turno por sistemas orgânicos e por dispositivos usados.
<p>Título E2: Comunicação eficaz em Enfermagem – Implementação da técnica <i>ISBAR</i> num serviço de Pediatria Autor: Ana R. Figueiredo Ano: 2018</p>	Revisão da literatura	Promover a segurança do doente durante a transição dos cuidados – Implementar a técnica <i>ISBAR</i> num Serviço de Urgência Pediátrica de um hospital central.	<ul style="list-style-type: none"> - Processo avaliado através de indicadores de estrutura, processo e resultado. - Na globalidade obteve-se uma taxa de conformidade de cerca de 85% após a realização da auditoria. - Salientamos a obtenção de 100% de conformidade em relação ao conhecimento da norma da DGS (2017), bem como, do procedimento interno sectorial relativamente a orientações para a transição de cuidados.
<p>Título E3: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: uma revisão scoping Autor: Ana Rita figueiredo Teresa santos potra Pedro Bernardes Lucas Ano: 2019</p>	Revisão da literatura	Examinar a evidência científica relacionada com a vantagem de utilizar a técnica com base <i>ISBAR</i> (Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendações)	A <i>ISBAR</i> melhora a transparência de informação, evita lacunas, salvaguarda a segurança, a transparência e torna-se atempada e eficiente

Implicações para a Prática, Investigação e Gestão

O presente estudo permitiu identificar alguns dos benefícios da aplicação da técnica *ISBAR* em contexto hospitalar. Assim sendo, é fundamental perante este facto generalizar a aplicação desta técnica em todas as instituições hospitalares, através da implementação da norma 001/2017 da DGS.

Temos assistido a uma constante evolução da carreira de enfermagem na qual foram progressivamente exigidas maiores responsabilidades e competências avançadas, nomeadamente ao nível da gestão. A este nível o enfermeiro gestor deve intervir, entre outras áreas, na gestão da qualidade e segurança garantindo a aplicabilidade de normas e procedimentos que promovam uma cultura de qualidade e segurança.

Face às vantagens encontradas nos resultados desta revisão e à escassa evidência científica publicada, no nosso país, é primordial continuar o desenvolvimento de estudos nesta área. Também aqui o enfermeiro gestor deve assumir um papel de

impulsionador no seio da equipa, na produção e divulgação do conhecimento produzido.

Planeamento e avaliação do projeto

Dando cumprimento ao planeamento (Quadro 1), podemos referir que foram concretizadas algumas atividades que corresponderam à concretização de dois objetivos específicos “Conhecer a metodologia ISBAR” e “Compreender a técnica ISBAR em serviços onde já foi implementada” – através do Estágio de Observação contemplado neste Curso, foi-nos possível assistir à passagem de turno utilizando a técnica ISBAR, num dos serviços do Departamento de Cirurgia onde já está a ser utilizada esta técnica.

Executámos parcialmente o terceiro objetivo, “Aplicar a técnica ISBAR de acordo com a Norma 001/2017 de 08/02/2017 da “Comunicação eficaz na transição de cuidados” nos serviços do Departamento de Medicina: Medicina Interna; Especialidades Médicas e Ambulatório de Nefrologia”, tendo sido executado apenas numa unidade funcional do serviço de medicina interna, onde foi criada uma pasta denominada ISBAR (com a norma da DGS e um instrumento de passagem de acordo com a técnica), no ambiente de trabalho de um dos computadores da sala de registos de enfermagem, tendo sido feita a sua divulgação e elaborado um instrumento de registo baseado na folha de passagem de informação que a equipa utiliza, mas com a técnica ISBAR. Contudo, pela ativação do plano de contingência no centro hospitalar, o que representou um acréscimo de trabalho e diminuiu a recetividade de alterações ao funcionamento da equipa, não foi possível prosseguir com todas as atividades para este objetivo.

Conclusão

A concretização deste projeto permitiu-nos a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências na área da Gestão de Unidades de Saúde e da Investigação, através dos temas abordados e metodologia e técnicas utilizadas. Como tema elegemos a “Comunicação eficaz na segurança do doente: implementação da técnica ISBAR na transição de cuidados”, enquadrando-o no domínio das competências do enfermeiro gestor, garantindo um exercício seguro, profissional e ético.

OBJETIVO GERAL: Garantir a segurança do doente através de uma comunicação eficaz na transição de cuidados.		
OBJETIVOS ESPECIFICOS	ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO/ OPERACIONALIZAÇÃO
1 - Conhecer a metodologia ISBAR.	1- Leitura da Norma da DGS nº 001/2017 de 08/02/2017 sobre "Comunicação Eficaz na transição de cuidados de saúde". 2- Pesquisa em bases de dados da evidência científica existente. 3- Assistir à passagem de informação em serviços que utilizam a técnica ISBAR.	<p>Estrutura:</p> <p>% de acesso à informação acerca da técnica ISBAR</p> <p>% de Enfermeiros com informação sobre a técnica ISBAR</p> <p>% de condições de acesso ao instrumento de passagem de informação com a técnica ISBAR</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>OPERACIONALIZAÇÃO: Colocar em pelo menos um computador, da sala de enfermagem, uma pasta no ambiente de trabalho denominada ISBAR, com a Norma da DGS Nº001/2017, com o instrumento de passagem de informação e uma folha de registo dos Enfermeiros que declararam tomar conhecimento da mesma.</p> </div> <p>Processo:</p> <p>% de utentes com passagem de informação através da técnica ISBAR</p> <div style="border: 1px solid orange; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">OPERACIONALIZAÇÃO:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com passagem de informação com a técnica ISBAR}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes internados no serviço}} \times 100$ </div> <p>Resultado:</p> <p>% de notificações de erros/ eventos adversos relacionados com a passagem de informação/ comunicação</p> <p>% de Enfermeiros que utilizam a técnica ISBAR</p> <p>% de conformidades nos resultados de auditoria</p> <div style="border: 1px solid orange; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">OPERACIONALIZAÇÃO:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros que utilizam a técnica ISBAR na transição dos cuidados}}{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros no turno}} \times 100$ </div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 10px; margin: 10px 0;"> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de notificações de erros relacionados com a informação / comunicação (dados do GIARC)}}{\text{N}^\circ \text{ de notificações no total (dados do GIARC)}} \times 100$ </div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 10px; margin: 10px 0;"> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas em conformidade (sim)}}{\text{N}^\circ \text{ de respostas totais (sim e não)}} \times 100$ </div>
2- Compreender a técnica do ISBAR em serviços onde já foi implementada.	4- Discutir com a Equipa de Enfermagem que utiliza a técnica ISBAR vantagens/ desvantagens e operacionalização.	
3 - Aplicar a técnica ISBAR de acordo com a Norma nº 001/2017 de 08/02/2017 da "Comunicação eficaz na transição de cuidados" nos Serviços do Departamento de Medicina: Medicina Interna; Especialidades Médicas e Ambulatório de Nefrologia.	5- Construir um instrumento em suporte informático, transversal para os serviços definidos, para a passagem de informação de acordo com a técnica ISBAR – Anexo III 6- Preparar a Equipa para a utilização da técnica ISBAR na passagem de informação, através de sessões de formação em serviço e criação de uma pasta com informação de apoio sobre o tema. 7- Elaborar uma mnemónica ISBAR para fixação nas salas de enfermagem.	
4 - Analisar a aplicação da técnica ISBAR na transição de cuidados, nos serviços visados neste projeto.	8- Questionar a Equipa de Enfermagem, de forma informal e formal com a aplicação de um questionário, acerca da utilização da técnica ISBAR. 9- Interpretar os resultados da opinião da Equipa sobre a técnica ISBAR.	
5 - Uniformizar a passagem de informação através da técnica ISBAR.	10- Reelaborar, instruir e treinar a aplicação do instrumento em suporte informático, para a passagem de informação com a técnica ISBAR, de acordo com as opiniões/ sugestões das Equipas de Enfermagem.	
6 - Avaliar o cumprimento de execução da Norma "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde".	11- Aplicar o instrumento de auditoria da Norma da DGS. 12- Realizar o relatório da auditoria e divulgar os resultados, de acordo com os indicadores definidos, às Equipas de Enfermagem	

Quadro 1 - Planeamento e avaliação do projeto

Possibilitou-nos também responder a uma necessidade organizacional, operacionalizando uma diretriz da Direção-Geral da Saúde, o que se tornou razão de satisfação pessoal e profissional através da conceção de um projeto de melhoria da prática.

Conclusão

A concretização deste projeto permitiu-nos a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências na área da Gestão de Unidades de Saúde e da Investigação, através dos temas abordados e metodologia e técnicas utilizadas. Como tema elegemos a “Comunicação eficaz na segurança do doente: implementação da técnica ISBAR na transição de cuidados”, enquadrando-o no domínio das competências do enfermeiro gestor, garantindo um exercício seguro, profissional e ético. Possibilitou-nos também responder a uma necessidade organizacional, operacionalizando uma diretriz da Direção-Geral da Saúde, o que se tornou razão de satisfação pessoal e profissional através da conceção de um projeto de melhoria da prática.

Partimos da questão “Como se processa em segurança a passagem de informação em contexto clínico?” e definimo-la com base no acrónimo PCC: enfermeiros dos serviços de Medicina Interna, Especialidades Médicas e Ambulatório de Nefrologia, transmissão de informação e segurança. Para analisar a eficácia da implementação do projeto nos referidos serviços, recorreremos à ferramenta diagnóstica SWOT onde reforçamos o interesse normativo do projeto, enquadrado em diretrizes locais e nacionais.

Como suporte para a fundamentação teórica optámos por realizar uma revisão scoping que nos permitiu identificar e mapear evidência científica sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde em Portugal. Os resultados obtidos possibilitaram evidenciar vantagens no uso da técnica ISBAR: garantir que a informação vital não é perdida; permitir a realização da transferência junto ao utente de forma atempada e eficiente; melhorar a comunicação entre os diferentes profissionais por ser multidisciplinar e nivelar a hierarquia das informações transmitidas num tempo reduzido, entre outras. Também demonstraram a

importância dos profissionais estarem treinados e familiarizados na aplicação correta da técnica ISBAR.

Estabelecemos como objetivo geral do projeto “Garantir a segurança do doente através de uma comunicação eficaz na transição de cuidados” e seis Objetivos Específicos delineados de acordo com a metodologia de Bloom, através dos quais pretendíamos a operacionalização deste projeto. Apesar de se realizar em contexto académico e a sua operacionalização ocorrer após o término desta pós graduação, foi-nos possível atingir alguns dos objetivos definidos.

A implementação deste projeto permitirá obter ganhos em 3 eixos fundamentais: Enfermeiro, Organização e Cidadão. Na Enfermagem o uso desta metodologia facilita o planeamento e a tomada de decisão na prática clínica, além de facilitar a organização e sistematização da passagem de turno, melhorando a eficiência de toda a equipa, influenciando positivamente o desempenho da organização. Finalmente para o cidadão permite priorizar a sua informação e evitar que informação vital se perca, reduzindo o risco de ocorrência de erros/eventos adversos, promovendo a segurança e a sua satisfação face aos cuidados que recebe.

Referências Bibliográficas

- BARBIER, Jean-Marie – Elaboração de Projetos de Ação e Planificação. Porto: Porto Editora, Lda., 1996. ISBN 972-0-34106-8.
- COMMUNICATION DURING PATIENT HAND-OVERS [em linha]. Switzerland: WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, volume 1, solution 3, May 2007. [Consultado em 10 Dezembro 2019] Disponível em <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>
- COSTA, M.A.M – Refletindo sobre o ensino de Enfermagem. Sinais Vitais. nº 27 [em linha] (1999) ISSN 0872-8844. [consultado 13 Dez 2019]. Disponível em <http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/revista/RSV27.pdf>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE [em linha]- Norma no 001/2017 de 08 de fevereiro. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde (08/02/2017)1-8. [consultado 12 Dezembro 2019]. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE [em linha]- Norma no 005/2018 de 02 de fevereiro. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde (02/02/2018) 1-5. [consultado 12 Dezembro 2019]. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE [em linha] – Plano Nacional da Segurança do Doente 2015-2020. Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde (08/02/2017)1-8. [consultado 12 Dezembro 2019]. Disponível em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE [em linha], Norma 001/2017, 08/02/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde [consultado 12 Dezembro 2019] disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf>.

- FIGUEIREDO, Ana – Comunicação eficaz em enfermagem: Implementação da Técnica ISBAR num serviço de urgência pediátrica [em linha]. Lisboa:2018. Dissertação de Mestrado. [consultado 20 dezembro 2019]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/29486>
- FIGUEIREDO, Ana; POTRA, Teresa; LUCAS, Pedro - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: uma Revisão scoping. Investigação Qualitativa em Saúde. Vol.2 [em linha].(2019) [consultado 15 Dezembro 2019]. Disponível em <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CAIQ2019/article/view/2029/1965>
- FORTIN, M.F. - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidática, 2006. ISBN 978-989-8075-18-5
- LEITE, Luís - Segurança do doente crítico: Transição de cuidados, na passagem de turno de enfermagem. [em linha] Évora: 2018. Dissertação de Mestrado. [consultado 22 dezembro 2019]. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29194/1/Relatorio%20final%20disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- MENDES,K.S. ; SILVEIRA, R. C. P. and GALVAO, C.M. - Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - Enfermagem. [em linha]. Volume 17, Nº4 (2008), pp.758-764. - ISSN 0104-0707. [consultado 1 Dezembro 2019]. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Despacho n.º 2783/2013 [em linha] de 20 de fevereiro de 2013, Diário da República, 2.ª série — N.º 36. [em linha] [consultado 1 Dezembro 2019].Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/1675776>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Despacho n.º 1400-A/2015 [em linha] de 10 de fevereiro de 2015, Diário da República, 2.ª série — N.º 28 . [em linha] [consultado 1 Dezembro 2019] Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Regulamento n.º 556/2017 [em linha], Diário da República, 2.ª série, n.º 200, de 17 de outubro de 2017 [em linha] [consultado 6 Dezembro 2019] disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/108317775>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. REGULAMENTO n.º 76/2018 [em linha], Diário da República, 2.ª série, N.º 21, 30 de janeiro de 2018, [em linha] [consultado 6 Dezembro 2019] disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/114599547>
- ORDEM ENFERMEIROS: Conselho Internacional de Enfermeiros - Combater Desigualdade: Da evidência à ação [em linha]. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros 2012. ISBN 978-989-8444-09- 7. [consultado 7 Dezembro 2019]. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. - New JBI Levels of Evidence. The University Adelaide Cochrane handbook of systematic reviews of interventions [em linha]. Austrália: The Joanna Briggs Institute, 2011.[consultado 5 Dezembro 2019]. Disponível em https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. - The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews. [em linha]:Austrália: The Joanna Briggs Institute,2015. [consultado 10 Dezembro 2019]. Disponível em <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>

Dotações Seguras e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: estudo em contexto hospitalar

Teresa Neves, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
João Graveto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Vítor Rodrigues, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra
Pedro Parreira, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ENQUADRAMENTO: A evidência científica tem imputado à dotação segura de enfermeiros um papel central na qualidade dos cuidados de saúde, sobretudo em ambiente de hospitalar. Com base no modelo proposto por Donabedian, a dotação e outros elementos de estrutura, nomeadamente o ambiente de trabalho e o *commitment* organizacional, tendem a influenciar o processo de cuidados, com impacto nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Em contexto hospitalar, diferentes estudos reconhecem a subdotação de enfermeiros e o ambiente de trabalho desfavorável à prática como potencialmente preditores de práticas de cuidados menos seguras, do aumento de eventos adversos (EA) e da taxa de mortalidade hospitalar. Porém, em Portugal pouco se conhece acerca desta associação, pese embora os dados estatísticos apontem a escassez de enfermeiros ao nível nacional.

OBJETIVOS: Caracterizar as dotações de enfermagem, no contexto hospitalar do centro e norte de Portugal; avaliar o impacto da dotação segura na qualidade e segurança dos cuidados, considerando o efeito mediador do processo de cuidados, no contexto hospitalar do centro e norte de Portugal.

MÉTODO: Realizou-se um estudo transversal, com enfermeiros de 12 unidades hospitalares públicas, do centro e norte de Portugal. Os dados (objetivos e percetivos, de estrutura, processo e resultado) foram recolhidos entre janeiro e setembro de 2015. O estudo desenvolveu-se em duas etapas: (a) estudo do impacto das dotações seguras na qualidade dos cuidados, com uma amostra de 850

enfermeiros; (b) estudo do impacto das dotações seguras na qualidade dos cuidados, com uma amostra de 55 enfermeiros gestores.

RESULTADOS: Na **ETAPA a)**, com base na proposta da Ordem dos Enfermeiros, identifica-se **dotação insegura** em 90% dos serviços (desvio: $\bar{x}=-38,30\%$ de enfermeiros), sobretudo em medicina interna e hospitais centrais. A subdotação é percebida por 82,19% dos enfermeiros.

Foram propostos dois modelos de equações estruturais. O primeiro apresenta ajustamento global aceitável ($\chi^2/df=2,94$; CFI=0,86, PCFI=.81; PGFI=0,76, RMSEA=0,05), identificando-se o efeito da adequação da **dotação percecionada** pelos enfermeiros nos **EA** ($\beta_{\text{efeito_total}}=-0,18$; variância explicada (VE): 53%), sendo a relação mediada pelo **ambiente de trabalho** e pelas **PE** (efeito direto das PE nos EA: $\beta=-0,64$).

O segundo modelo apresenta bom ajustamento ($\chi^2/df=2,36$; CFI=0,89, PCFI=0,83; PGFI=0,77, RMSEA=0,04), evidenciando o efeito direto da **dotação segura** (em número e competência) na **taxa de mortalidade** ($\beta_{\text{efeito_total}}=-0,90$; VE: 85%) e indireto nos **EA** ($\beta_{\text{efeito_indireto}}=-0,15$; VE: 61%). O **ambiente de trabalho** e o **commitment** afetivo e normativo são também preditores dos resultados, considerando-se o papel mediador das **PE**.

A **ETAPA b)** sustentou-se em dois modelos. No primeiro, a *Path analysis* destaca o efeito positivo da **dotação percebida** pelos enfermeiros gestores na **qualidade dos cuidados** (número enfermeiros: $\beta_{\text{efeito_total}}=0,23$; competências: $\beta_{\text{efeito_total}}=0,12$; VE: 64%), mediado pela **capacidade de resposta**, do **uso de novas técnicas e métodos** de trabalho, da **capacidade de vigilância** do utente e dos **EA** (efeito direto na qualidade: $\beta=-0,23$). O **trabalho em equipa** ($\beta=-0,33$) e a **capacidade de resposta** ($\beta=-0,26$) apresentam efeito direto nos **EA**. O modelo apresenta bom ajustamento ($\chi^2/df=1,25$; CFI=0,96, GFI=0,92, RMSEA=0,07).

Da *Path analysis*, o segundo modelo apresenta bom ajustamento ($\chi^2/df=0,49$; CFI=1,00, GFI=0,97, RMSEA=0,00), revelando o efeito da **dotação percebida** na **qualidade** (número enfermeiros: $\beta_{\text{efeito_total}}=0,06$; competências: $\beta_{\text{efeito_total}}=0,30$;

VE: 53%), mediado pela **capacidade de resposta**, envolvimento em **projetos de melhoria contínua e cuidados centrados na pessoa**.

Todas as trajetórias dos diferentes modelos são estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$).

CONCLUSÕES: O estudo assinala a escassez de enfermeiros, condicionando a dotação segura em 90% dos serviços analisados. Sublinha-se o efeito significativo das dotações seguras na qualidade e segurança, em todos os modelos testados. Destaca-se o efeito de outros fatores estruturais (ambiente de trabalho, *commitment*, trabalho em equipa, capacidade de resposta) e do processo de cuidados na segurança e qualidade. Os achados suportam-se em indicadores objetivos e na perceção de enfermeiros da prestação direta de cuidados e gestores.

Revela-se premente a intervenção estratégica na melhoria da dotação segura, de outros fatores estruturais e do processo de cuidados, de modo a mitigar EA e a reduzir a taxa de mortalidade. Os resultados permitem sustentar a tomada de decisão, visando a melhoria da qualidade dos cuidados e a sustentabilidade do sistema de saúde.

Comentário aos Projetos

Armandina Antunes

Enfermeira gestora no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; ESS-IPS.

Dos desafios colocados à **Gestão em Enfermagem** – tema deste congresso – com subtema: **Percursos e Desafios** alargam-se os Fóruns para **Gestão em Saúde e Enfermagem**.

A complexidade dos cuidados de saúde, que é conferida pelas diversas necessidades e desafios que as pessoas nos colocam, a par do desenvolvimento científico das diversas profissões em torno da saúde, impõem uma atenção particular na gestão em enfermagem. Mas, para além desta, a necessidade de articulação e integração com a gestão em saúde, tal como é proposto neste fórum – **Gestão em Saúde e Enfermagem**, coloca-nos claramente em ambiente multidisciplinar, num caminho de construção para o fortalecimento de uma prática de gestão interdisciplinar.

Numa primeira abordagem, importa que cada uma das profissões envolvidas na gestão conheça e reconheça o seu escopo de intervenção, as metas que podem ser almejadas, a visão para a profissão, mas acima de tudo e, enquanto gestores, o que esta visão pode acrescentar para o incremento da saúde das populações e para o desenvolvimento das organizações.

Este Fórum propôs-nos 4 projetos de intervenção desenvolvidos em âmbito da 1ª Edição da Pós Graduação de Gestão em Saúde e Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e a exposição de um estudo desenvolvido em contexto de Doutoramento.

O reconhecimento da importância que os ambientes da prática imprimem no desenvolvimento de cada um dos enfermeiros, justifica uma parte importante do primeiro projeto: ***O enfermeiro gestor como facilitador do reconhecimento da***

idoneidade formativa nos contextos da prática clínica – um contributo para a qualidade profissional tutelada. Este é um projeto que parte da definição dos Padrões de Qualidade do Cuidados de Enfermagem definidos por parte do órgão regulador da profissão, a Ordem do Enfermeiros, realçando-se no entanto que este trabalho se apresenta mais ambicioso, estando suportado igualmente por uma Revisão Scooping. Importa realçar a necessidade constante de desenvolvimento de competências, mais marcante no início da profissão, mas que nos acompanha ao longo de toda a vida profissional e que será tanto mais consequente quanto mais intencionalidade houver neste processo. O planeamento e implementação das atividades definidas, implicam um cuidado na construção de um ambiente favorável ao desenvolvimento de competências, seja em contexto de prática tutelada, seja em ambiente de formação contínua e melhoria dos processos assistenciais. Gratificante também é o conhecimento de que este é já um projeto em desenvolvimento com atividades realizadas, o que ultrapassa o âmbito académico no qual foi iniciado.

Conhecer a ***Satisfação profissional dos enfermeiros num serviço de urgência***, suplanta a preocupação com os profissionais, podendo acrescentar conhecimento de como estes poderão sentir-se mais envolvidos, mais comprometidos com a profissão e com o seu desempenho. Mas para além disto, é sem dúvida uma oportunidade de identificar problemas e oportunidades de melhoria. A aplicação sistemática de um instrumento de avaliação desenvolvido em contexto nacional, viabiliza, para além do conhecimento do grau de avaliação da equipa, a demonstração do interesse no bem estar da mesma, mas também de poder intervir nos fatores que influenciam positiva ou negativamente os elementos de uma equipa específica. O cuidado impresso no desenvolvimento deste projeto implicou o cálculo de riscos para a sua implementação que foi planeada prudentemente em um serviço piloto – serviço de urgência – para depois ser alargado a toda a instituição.

O primeiro dever de qualquer profissional de saúde, antes mesmo de fazer bem é não provocar dano, o que fundamenta a temática desenvolvida pelo projeto: ***O enfermeiro gestor na prevenção do erro terapêutico em ambiente hospitalar.*** O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes identifica uma série de

oportunidades para o desenvolvimento do desígnio fundamental de proteção dos utentes, nomeadamente em relação à segurança relacionada com a terapêutica, no seu Objetivo Estratégico 4: Aumentar a segurança na utilização da medicação (PNSD 2015-2020). Apesar da estratégia definida a nível nacional, este projeto apresenta-se igualmente sustentado em uma Revisão Integrativa da Literatura. Uma atividade nova / diferente a implementar numa organização implica um consumo acrescido de recursos dos quais se espera naturalmente, obter ganhos. Este projeto apresenta-nos o cálculo financeiro dos recursos a serem envolvidos na sua implementação, antecipando e garantindo as condições de viabilidade do mesmo.

Grande parte dos processos desenvolvidos em contexto de cuidados de saúde, nomeadamente em ambiente hospitalar, implicam uma particular atenção na garantia da continuidade de cuidados. O desenvolvimento de um projeto cuja temática é a **Comunicação eficaz para a segurança do doente: implementação da técnica ISBAR na transição de cuidados**, exemplifica uma das áreas de cuidado na gestão em enfermagem, mas também na gestão em saúde, tendo em consideração que a transição de cuidados acontece em ambiente disciplinar, mas também multidisciplinar. Este projeto parte do dever de implementação de uma norma criada pela Direção Geral da Saúde (Norma nº 001/2017 – DGS), mas sustenta-se, para além disso, numa Revisão Scoping. A implementação deste projeto constitui um desafio pelo incremento na segurança na transmissão da informação que importa para o processo de cuidados de cada pessoa, mas também pela rotura com as diversas formas que cada equipa foi adotando, no tempo, para as suas “passagens de informação”.

A apresentação de uma parte de um trabalho desenvolvido em âmbito de Doutoramento: **Dotações seguras e qualidade dos cuidados de enfermagem: estudo em contexto hospitalar**, evidencia a relação entre as dotações de enfermeiros e a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, mas também nos foi deixando dados que constituem desafios à gestão em enfermagem, no que reporta ao efeito de outros fatores, nomeadamente os ambientes de trabalho, o envolvimento dos enfermeiros e a capacidade de resposta percebida, no incremento da qualidade dos cuidados e da segurança do doente.

A responsabilidade colocada nos processos de gestão em enfermagem ficou patente nos projetos apresentados, devidamente sustentados em evidência científica e com grande enfoque na qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Comentário aos Projetos

Ana Paula Gato

ESS-IPS, CIDEHUS- UÉ; NURSE'IN

No seguimento dos nossos trabalhos de hoje continuamos com as apresentações de comunicações livres sobre Gestão em Saúde e Enfermagem. Felicito os autores e destaco o trabalho de projetos de investigação que estão na génese destas comunicações. De facto, as dimensões técnicas e relacionais da gestão em Enfermagem, a articulação entre a dimensão da gestão e do cuidado, os cuidados que oferecemos e como os oferecemos, como nos organizamos para responder às solicitações das pessoas e das organizações, os projetos que desenvolvemos e os diagnósticos de situação que os sustentam, são questões que aqui se apresentam e discutem num processo de divulgação de projetos em cujos objetivos perpassa sempre a melhoria da qualidade dos cuidados.

Estes trabalhos tornam clara a necessidade de pensar como responder, por um lado, às questões e aos objetivos das instituições e, por outro, assegurar a personalização dos cuidados, ou seja, como conciliar produtividade e qualidade, como articular a dimensão tempo com cuidados de proximidade e individualizados.

Entre o que é idealizado e as práticas do cuidado, entre a teoria e a sua aplicação, como gere o enfermeiro gestor este frágil equilíbrio? Como se conciliam as diferentes dimensões do cuidar na gestão em Enfermagem? Gestão orientada para as necessidades de cuidados das pessoas ou uma gestão orientada para prover as necessidades de funcionamento da instituição, baseada apenas na gestão dos

recursos materiais e humanos? E que se poderia fazer com o tempo gasto nas atividades burocráticas, quando escasseia o tempo para refletir?³⁴

A relevância da cooperação e a articulação entre equipas, a transdisciplinaridade, o trabalho em rede e a construção de um leque alargado de redes de cuidado, permitem cuidados individualizados de qualidade, que consideram os múltiplos determinantes que afetam a situação de saúde. Parte-se assim para uma abordagem integral dos cuidados, para lá de uma visão biomédica espartilhada do cuidado, que se centra apenas na doença ou na sua probabilidade. Esta abordagem integral deve fazer parte das preocupações do enfermeiro gestor, como bem demonstram alguns dos trabalhos aqui apresentados.

A complexidade dos cuidados, as múltiplas problemáticas associadas à saúde e aos cuidados de saúde, exigem abordagens inovadoras, que apelam à criatividade, às parcerias, ao trabalho em equipa e transdisciplinar.

Estas comunicações evidenciam que é possível a aplicabilidade prática dos conhecimentos adquiridos em meio académico, articular conhecimentos, fundamentar as práticas, trazer para o centro da intervenção do enfermeiro gestor as necessidades das pessoas que cuidamos, reforçar laços entre equipa de enfermagem, os outros profissionais, famílias, indivíduos e grupos/comunidades de quem cuidamos.

A variedade de experiências e projetos de intervenção aqui apresentados evidenciam o quanto se pode fazer de positivo e transformador. Revelam a criatividade e a resiliência dos enfermeiros perante os condicionamentos colocados, por vezes pelas próprias instituições, aos projetos de melhoria dos cuidados de enfermagem. A liderança em enfermagem ganha com a investigação e com a sua aplicação nos locais de trabalho, permitindo aumentar a qualidade dos cuidados e a visibilidade do trabalho dos enfermeiros.

³⁴ Mororó DDS, Enders BC, Lira ALBC, Silva CMB, Menezes RMP. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(3):323-32.

É clara também a necessidade de utilizar os instrumentos de gestão, nomeadamente planear, avaliar os resultados das intervenções e apostar no desenvolvimento de competências na área.

Como avaliamos a qualidade dos cuidados prestados, a satisfação das pessoas com os nossos cuidados, o impacto de determinadas intervenções e como comunicamos resultados? A investigação e a divulgação dos seus resultados podem contribuir significativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados, para o bem-estar das equipas e do ambiente institucional e dar visibilidade ao trabalho do enfermeiro. Assume também um papel significativo na argumentação do enfermeiro gestor em relação à gestão quer dos recursos humanos quer materiais.

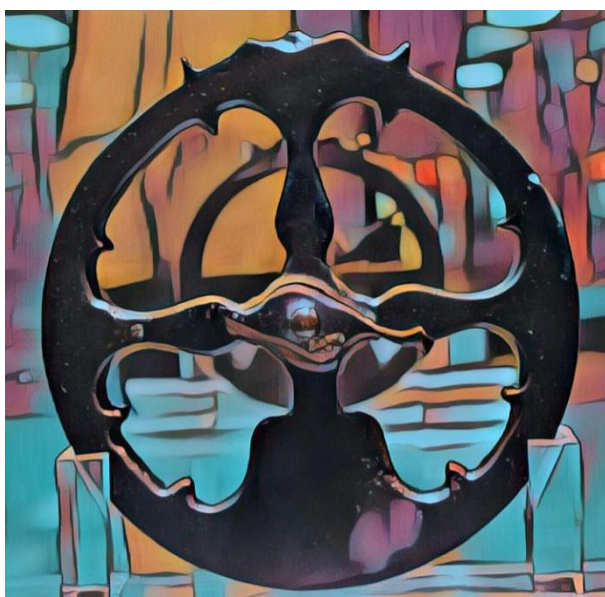
Um pensamento simplista em torno das organizações de saúde, das profissões, das políticas de saúde e dos cuidados de enfermagem, não nos ajuda a construir inovação, nem melhores cuidados. Precisamos de pensamento crítico e criativo, conhecimento baseado nas melhores evidências científicas.

Nesse sentido direi ainda que os vossos trabalhos colocam desafios ao ensino pós-graduado da gestão em saúde e enfermagem, até porque as organizações de saúde são complexas e a produção de cuidados tanto depende das solicitações dos que nos procuram, como da forma como nos organizamos e produzimos os cuidados com os saberes que detemos.³⁵

As nossas competências do saber-ser devem estar aliadas ao saber-fazer, de forma a construir relações positivas que permitam o desenvolvimento pessoal, da equipa e das organizações onde trabalhamos. Trata-se de potencializar competências e torná-las visíveis na prática dos cuidados. Os trabalhos aqui apresentados são bem a imagem de que existem enfermeiros gestores com capacidades de liderança, capazes de conduzirem processos de transformação positiva nas instituições de saúde e na profissão.

³⁵ Copelli FHS, Oliveira RJT, Oliveira CMS, Meirelles BHS, Mello ALSF, Magalhães ALP. O pensamento complexo e suas repercussões na gestão em enfermagem e saúde. *Aquichan*. 2016; 16 (4): 501-512.

POSTERES



Títulos e autores dos posterres

1. Racionamento dos cuidados de saúde – Uma medida para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde. *Sónia Gonçalves; Tânia Carmo.*
2. Satisfação dos profissionais de saúde do Serviço de Urgência Básica relativamente ao Sistema de Triagem de Manchester. *João Fonseca.*
3. Gestão da Qualidade - Estratégias educacionais do enfermeiro, para promoção da adesão ao tratamento, do doente crónico com doença respiratória – Revisão integrativa da literatura - *Sandra Saias.*
4. “Relação de Agência” (ADVOCACY) Enfermeiro/Cliente - Desafio para a Gestão. *Cátia Ganito; Raquel Bajanca; Sandra Calado; Sandra Silveira; Sónia Azeitona Bilro; Vilma Prior; Raul Cordeiro; António Calha.*
5. Otimização de práticas no âmbito do Controlo de Infecção Multirresistente. *Tânia Mendes; Ivânia Lopes.*
6. Aplicação de métodos de gestão em contexto hospitalar: determinação de stocks. *Tânia Mendes; Marta Costa; Vera Amorim; Nicolau Almeida.*
7. Professional satisfaction of nurses in magnet hospitals: systematic literature review. *Filipa Vale; Joana Oliveira; Manuel Vales; Ana Poeira.*
8. A Pessoa em Isolamento de Contacto – Desafios para o Enfermeiro Gestor. *Isabel Melgueira; Luísa Baleizão; Ana Paula Dias.*
9. A tecnologia aliada à gestão em Enfermagem. *Mónica Costa; Daniela Trindade; Patrícia Fernandes.*

10. Armazenamento e Conservação dos Medicamentos – o papel do Enfermeiro Gestor na implementação de um Projeto de Melhoria Continua da Qualidade. *Ana Callado; Deolinda Bernardo; Magda Santos.*
11. Instrumentos de Avaliação de Carga de Trabalho em Enfermagem em Contexto de Ambulatório: Scoping Review. *Elsa Monteiro; Paulo Seabra.*
12. Referenciação e Cuidados de Reabilitação na RNCCI: Estudo de Caso. *Rita Isabel Oliveira; Carla Piscarreta Damásio; Eduardo Mont'Alverne Brou.*
13. Processo de referenciação para a RNCCI – análise através da Reengenharia de Processos. *Rita Isabel Oliveira; Eduardo Mont'Alverne Brou; Carla Piscarreta Damásio.*
14. Telemonitorização em insuficiência cardíaca. *João Santos; Marcia Silva; Susana Devessa.*
15. Enfermeiro como gestor de recursos: projeto para a eficiência de recursos numa Urgência Pediátrica. *Mário A. Macedo.*

RACIONAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE: Uma medida para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde

SÓNIA GONÇALVES - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pós-Graduada em Gestão e Administração em Saúde (Chefe Equipa de Enfermagem no Serviço Urgência Geral do CH Sentidal, Mestrado de colação ao GICOPPA do CH Sentidal. sónia.goncalves@nhs.uk
 VÂNIA CARRO - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestre em Enfermagem, Pós-Graduada em Gestão e Administração em Saúde (Mestrado de colação ao GICOPPA do CH Sentidal, Mestrado responsável pela formação em serviço do Serviço Urgência Geral do CH Sentidal. vania.carro@nhs.uk

INTRODUÇÃO

O tema do racionamento associado aos cuidados de saúde emerge da atual discussão sobre a futura sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS)^{1,2,3,4} versus as atuais políticas do sistema de saúde Português. Para os Enfermeiros esta é uma realidade diária com implicações para a Gestão em Enfermagem, nomeadamente no contexto da prestação de cuidados diários num Serviço de Urgência (SU), onde a adotar esta medida é urgente definir estratégias concretas de racionamento².

PALAVRAS-CHAVE

Racionamento; Sustentabilidade; Serviço Nacional de Saúde; Gestão em Enfermagem.

OBJETIVOS

1. Compreender e descrever a problemática do racionamento de cuidados de saúde como uma medida de sustentabilidade do SNS.
2. Refletir sobre o impacto que o racionamento dos cuidados exerce na gestão diária dos Enfermeiros num SU do SNS.

METODOLOGIA

Reflexão crítica fundamentada em pesquisa bibliográfica:
 - artigos de revisão e opinião;
 - legislação do Estado Português;
 - relatórios de Entidades de Saúde.

DISCUSSÃO

O racionamento em saúde é sinónimo de estabelecimento de prioridades, que envolve "um processo de escolhas entre programas e serviços alternativos de cuidados de saúde e entre pacientes ou grupos de pacientes"^{3,4}



CONCLUSÃO

O racionamento dos cuidados é considerado como uma medida eficaz para a manutenção da sustentabilidade do SNS^{1,2,3}. É consensual que se deve abandonar o atual racionamento implícito e caminhar para um racionamento explícito, conhecido por todos os profissionais de saúde e aceite pela população como forma de construir estratégias que visem o sucesso da sua implementação⁴.

BIBLIOGRAFIA

1. Neves, P.A.F. (2002). Colapso hospitalar em Portugal: realidades e desafios. *Saúde Acta Acad Enfermagem*, 21, 664-684. Disponível em: <http://www.scielo.br/uaa/pdf/v21n3/uaa210304.pdf>
 2. Neves, P.A.F. & Martins, R. (2002). Racionamento em Saúde: sustentabilidade? Condição de despesas em tempos de recessão. *Saúde Acta Acad Enfermagem*. Disponível em: <http://www.scielo.br/uaa/pdf/v21n3/uaa210305.pdf>
 3. Wilson, M.M. (2008). Racionamento dos cuidados de saúde: problemática humana. *Colóquio de Saúde Pública*, São de Janeiro, 4(2), 180-185. Disponível em: <http://www.scielo.br/col/pdf/v4n2/col04n2a01.pdf>
 4. Wilson, M.M. & Lago, P. (2005). Racionamento dos cuidados de saúde e a participação da comunidade: revisão do debate. *Saúde Portuguesa de Saúde Pública*, 20(2), 120-126. Disponível em: <http://www.scielo.br/spsp/pdf/v20n2/spsp2002a0004.pdf>



I CONGRESSO DE GESTÃO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Percursos e Desafios

Satisfação dos profissionais de saúde do Serviço de Urgência Básica relativamente ao Sistema de Triagem de Manchester

João Fonseca¹ - CHBM
e-mail: jmfonseca@gmail.com

INTRODUÇÃO

Atualmente a implementação de um sistema de triagem de prioridades, nos serviços de urgência, é obrigatória, qualquer que seja o seu nível de atendimento. Neste caso particular, também no Serviço de Urgência Básica (SUB) do Centro Hospitalar Barreiro Montijo - EPE, como primeiro nível de atendimento a doentes dos serviços de urgência.

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) foi reconhecido pela sua importância, na boa gestão de cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar, enquanto instrumento de apoio à decisão clínica na triagem de prioridades no atendimento de doentes dos serviços de urgência.

A formação permite o desenvolvimento de competências e aptidão dos profissionais para utilização do STM e consequentemente, produz um determinado nível de satisfação nos profissionais. É desta forma que os profissionais têm uma opinião formada, que traduz um determinado nível de satisfação sobre o sistema de triagem, percebido através da prática clínica.



Figura 1 - Tempo alvo previsto de atendimento para os níveis de triagem de Manchester. Fonte: Manual do Formando - Grupo Português de Triagem, 2ª edição 2010.

OBJETIVO

Analisar a satisfação dos profissionais de saúde do Serviço de Urgência Básica em relação ao Sistema de Triagem de Manchester.



Figura 2 - Representação da população por grupo profissional.

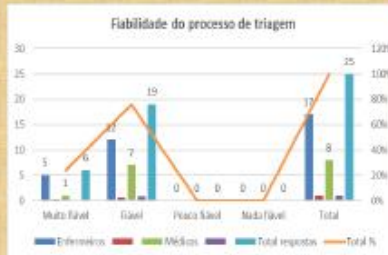


Figura 3 - Fiabilidade do processo de triagem.

METODOLOGIA

O processo de investigação operacionalizou-se através do método quantitativo privilegiando o tipo de estudo exploratório-descritivo, que tem como referência a análise da satisfação dos profissionais de saúde do SUB em relação ao STM.

A população alvo caracterizou-se pela totalidade dos profissionais de saúde - 18 Enfermeiros e 7 Médicos (n=25) - independentemente de terem formação em triagem de Manchester. Este pressuposto, justifica-se pelo facto de: i) os enfermeiros são os profissionais que realizam a triagem de prioridades de Manchester; ii) os médicos realizam a prática assistencial atendendo à triagem de prioridade atribuída; iii) são prestadores diretos de cuidados de saúde aos doentes; e iv) são os profissionais de saúde que detêm mais conhecimento sobre o tema que se pretende estudar.

Para a realização do estudo, foi estruturada uma estratégia de pesquisa através da aplicação de um inquérito por questionário. Os questionários rececionados foram todos validados o que corresponde a 100 % da população em estudo.



Figura 4 - Nível de satisfação dos profissionais em relação ao processo de triagem.

RESULTADOS

Da análise global da Fiabilidade do processo de triagem, concluímos que 76% dos profissionais consideraram que o processo é Fiável e 24% Muito Fiável. Relativamente à satisfação com o sistema de triagem destacam-se a "Organização do serviço", onde 56% dos profissionais estão Muito Satisfeitos e a "Contribuição para o correto encaminhamento do utente no Serviço de Urgência", com 52% Muito Satisfeitos.

Os itens "Benefício para os utentes", "Benefício para os profissionais" e "Adequação ao espaço físico" são os que mais se destacam na satisfação dos profissionais, onde 60% referem estar Satisfeitos e 40% e 36%, respetivamente Muito Satisfeitos.

O "Trabalho de equipa" (52%), "Atendimento dos doentes segundo o grau de prioridade da sua situação clínica" (52%), "Adaptação à realidade do serviço de urgência do hospital" (53%), "Contribuição de uma melhor fluência do circuito do utente no serviço" (52%), "Contribuição para o correto encaminhamento do utente no serviço de urgência" (52%) e "Contribuição de uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados" (49%), são os itens que obtiveram o nível de Satisfeito por parte dos profissionais.

Manifestam-se em sentido contrário quanto aos "Conhecimentos dos utentes acerca da triagem", onde 68% está Insatisfeito e 27% Muito Insatisfeito.

CONCLUSÃO

Conduziu-se, assim, que os profissionais de saúde do SUB estão Satisfeitos com o STM (64%).

Considera-se necessário avaliar a satisfação dos doentes para verificar se os resultados corroboram a insatisfação dos profissionais em relação ao nível de "Conhecimentos dos utentes acerca da triagem" de prioridades de Manchester, visando avaliar a necessidade de introdução de medidas que promovam o melhor esclarecimento dos doentes.

REFERÊNCIAS

Amaral, P. M. (2017). Qualidade da triagem de Manchester e fatores que a influenciam. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Freitas, M. M. (2014). Dificuldades percebidas e grau de satisfação dos Enfermeiros que fazem Triagem de Manchester nos Serviços de Urgência. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Leiria, Leiria.

Grupo Português de Triagem (1997). Triagem no Serviço de Urgência: Manual do Formando. Amadora: BMJ Publishing Group.

Grupo Português de Triagem (1997). Triagem no Serviço de Urgência: Como Implementar o Sistema de Triagem de Manchester no Seu Hospital. Amadora: BMJ Publishing Group.

¹ Enfermeiro com Título Especialista EHC, Mestre em Gestão Unidades Saúde - Área de Especialização em Administração e Gestão de Unidades de Saúde

I CONGRESSO DE GESTÃO EM SAÚDE E ENFERMAGEM
 – Percursos e Desafios

GESTÃO DA QUALIDADE

ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS DO ENFERMEIRO, PARA PROMOÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO, DO DOENTE CRÓNICO COM DOENÇA RESPIRATÓRIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA (RIL)

Sandra Salas – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em Centro Hospitalar;
 Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Gestão em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

1 INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias são a terceira principal causa de morte, nos países da união europeia. Mais de 440.000 pessoas morreram de doenças respiratórias em 2015, um aumento de 15% em relação ao ano anterior (OECD Health Division, 2018). O cidadão, centro do sistema de saúde, é um importante agente de participação e de mudança. Este deve ser capacitado para assumir a responsabilidade de zelar pela defesa da sua saúde. Para que isso aconteça o cidadão tem que estar informado, interiorizar tal informação e traduzi-la na gestão da sua doença (Direção Geral da Saúde, 2015). As estratégias da Organização Mundial de Saúde visam o envolvimento do doente nas decisões médicas, a capacitação sobre a sua doença, promovendo através da educação a autogestão da doença e para que isto aconteça é necessário, incentivar e dar formação, promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Bousquet et al., 2016) que em primeira linha se encontram próximos do doente.

2 OBJETIVO

Mapear a evidência científica disponível na literatura, sobre Gestão da Qualidade e estratégias educacionais do enfermeiro, para promover a adesão ao tratamento do doente crónico com doença respiratória.

3 MÉTODO

Seleção dos artigos em Junho-Julho de 2019. Pesquisa, com recurso aos termos: Nurs*, Quality Management, Education, Pulmonary Disease (Identificados nos Descritores em Ciências da Saúde e no Medical Subject Headings). O operador utilizado foi AND.

Pesquisa/Bases de Dados
(CINAHL)
Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
(MEDLINE)
Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
Scopus
MedicLatina
Cochrane Database of Systematic Reviews
Pesquisa nas referências bibliográficas dos artigos examinados

Critérios de inclusão: artigos em texto integral ou acesso aberto, qualquer idioma, publicados entre 2010 e 2019. Extraídos os dados com recurso a um instrumento padronizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*Bousquet, J., Farrell, J., Coates, G., Hellings, P., Sal, E. H., Bewick, M., ... Wenzler, J. (2016). Scaling up strategies of the chronic respiratory disease programme of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging (Acton Plan 83; Area 5). *Clinical and Translational Allergy*, 6(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s13601-016-0116-9>

*Choi, J. Y., Chang, H. I. C., & Han, G. (2013). Patient outcomes according to COPD action plan adherence. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5-6), 883-891. <https://doi.org/10.1111/jocs.12293>

*Direção Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde, estado e extensão a 2020*. Direção Geral da Saúde, 38.

*Jolly, K., Sidhu, M. S., Hewitt, C. A., Conway, P. A., Daley, A., Jordan, R., ... Fitzmaurice, D. (2018). Self management of patients with mild COPD in primary care: Randomised controlled trial. *BMJ (Online)*, 361. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2241>

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 artigos em Inglês, desenvolvidos em:

1- Ano 2010 – Holanda
 2 - Ano 2013 – Países Baixos e Coreia do Sul
 2 - Ano 2018 – Reino Unido e Inglaterra

Inclui 1 pesquisa quase-experimental, 2 estudos randomizados controlados, 1 artigo de revisão e 1 estudo descritivo transversal. Descrevem intervenções de formação na equipa de enfermagem e relatam a aplicação de sessões educativas/estratégias educacionais para os doentes respiratórios. Apenas um dos estudos faz referência ao convite ao cuidador para estar presente nessas sessões.

Estratégias Educacionais descreitas:

- *Sessões Educação Individuais e em Grupo, com uso de técnica demonstrativa (Lemmens et al., 2010) (Choi, Chung & Han, 2013) (Lenferink et al., 2013)
- *Entrega de Folhetos (Lemmens et al., 2010)
- *Telefonemas para reforço de informação e Coaching (Jolly et al., 2018)
- *Entrega de Livro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (Jolly et al., 2018)
- *Uso de Diário do doente (Lenferink et al., 2013)
- *Internet – acesso a Vídeos Demonstrativos (Lenferink et al., 2013)

5 CONCLUSÕES

Poucos são os estudos divulgados, mas neles se retrata a melhor evidência disponível sobre melhoria, do conhecimento, na adesão à terapêutica e da qualidade de vida, dos doentes durante programa educacional. Este promove a mudança de comportamentos e leva a mudanças nas atividades de autogestão. Também é realizada o contributo da formação dos enfermeiros. Pouco relevo foi dado ao papel do cuidador.

6 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Esta RIL foi o primeiro passo para a elaboração de um projeto de intervenção, no serviço onde exerce funções, que visa garantir a implementação de um processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Realço a importância do desenvolvimento da investigação sobre intervenções de enfermagem, envolvendo a equipa na utilização dos resultados, promovendo uma prestação de cuidados com a melhor Gestão da Qualidade. Termine com a noção que este projecto é só uma gota de água, mas deixa aqui a proposta de que mais gotas se juntem e se transformem em lago, rio ou quem sabe, oceano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*Lemmens, K. M., Nibber, A. P., Rutten-Van Molken, M. P., Van Schayck, C. P., Aal, I. D., Dirven, I. A., & Huisman, R. (2010). Application of a theoretical model to evaluate COPD disease management. *BMC Health Services Research*, 10. <https://doi.org/10.1186/1473-2963-10-81>

*Lenferink, A., Fijn, P., van der Valk, P., Bockman, J., Sladek, R., Cafarella, R., ... Effing, T. (2013). A self-management approach using self-initiated action plans for symptoms with ongoing nurse support in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and comorbidities: The COPE-II study protocol. *Contemporary Clinical Trials*, 36(1), 81-89. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2013.06.003>

*OECD Health Division. (2018). *Health of a Glance Europe 2018*. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

*Scullion, J. (2018). The Nurse Practitioner's Perspective on Inhaled Education in Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Canadian Respiratory Journal*, 9. <https://doi.org/10.1111/jocn.12293>

Otimização De Práticas No Âmbito Do Controlo De Infeção Multirresistente

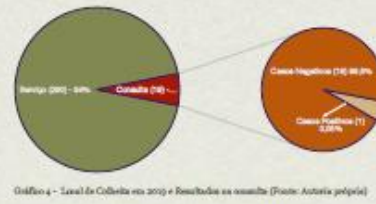
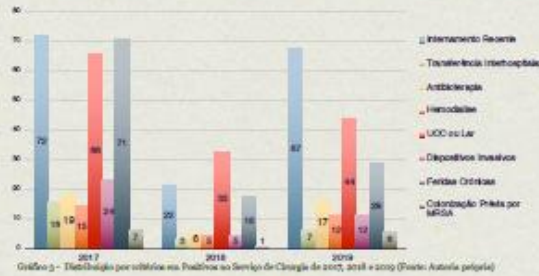
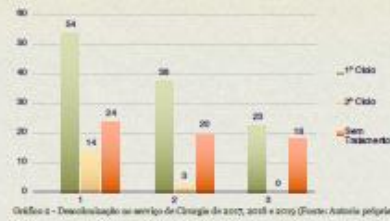
MENDES, Tânia*; LOPES, Ivânia**;

Introdução: Segundo o "Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos 2019-2023" da DGS a resistência aos antimicrobianos resulta numa ameaça à saúde pública, reduzindo as opções de tratamento e condicionando o aumento de morbilidade, mortalidade e de custos dos cuidados de saúde.

Metodologia: Estudo transversal descritivo sobre implementação do protocolo de vigilância ativa de MRSA num serviço de Cirurgia em 2017, 2018 e 2019.

Objetivo: Apresentar dados da vigilância ativa e divulgar estratégias adotadas pelo serviço e GCLCIPRA para otimizar os recursos disponíveis.

Resultados:



	POSITIVO	NEGATIVO
INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> Melhoria contínua da qualidade e segurança do doente Boas práticas em Controlo de Infeção Reconhecimento do protocolo como uma mais valia pela equipa e chefia Existência de material no serviço 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos materiais e humanos gastos Dificuldade de otimização de processos e recursos Demora na disponibilização dos resultados por parte da Patologia Clínica Isolamentos de contacto face à estrutura física do serviço VS segurança do doente em quarto múltiplo
EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> Assegurar a vigilância ativa do MRSA Manter adesão às Precauções Básicas e Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão Cumprimento de diretrizes internacionais e nacionais 	<ul style="list-style-type: none"> Elevada rotatividade associada ao doente cirúrgico Aceitação da população da necessidade da colheita e do isolamento preventivo

Tabela 1 - Análise SWOT à implementação do protocolo (Fonte: Autoria própria)

Discussão: Verifica-se diminuição da taxa de colonização no serviço ao longo dos 3 anos (2017, 2018 e 2019), resultado indissociável do deapiste e posterior descolonização. No último ano, não houve nenhuma situação de necessidade de 2º ciclo de descolonização. Verificaram-se, contudo, algumas dificuldades na implementação do protocolo, nomeadamente pelo tempo de resposta da pesquisa de MRSA que condiciona a permanência dos doentes em isolamento preventivo. Neste sentido, foi adotada como estratégia a realização da colheita na consulta de anestesiologia, prévia ao internamento. Das 19 colheitas realizadas, apenas 1 estava positiva, o que permitiu a supressão em 18 casos de isolamento preventivo, permitindo melhor gestão dos recursos (e dos planos operatórios) bem como mais conforto para a pessoa internada.

Conclusões: A vigilância ativa do MRSA é claramente uma mais valia associada aos cuidados de saúde, permitindo diminuir taxas de colonização. A divulgação de estratégias que permitam otimizar recursos, garantindo a qualidade dos cuidados bem como o cumprimento das normas é essencial.

Referências Bibliográficas

- * Direcção Geral de Saúde. (20 de novembro de 2019). Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos 2019-2023. Obtido de Direcção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/documents-e-publicacoes/plano-nacional-de-combate-a-resistencia-aos-antimicrobianos-2019-2023-pdf.aspx>
- ** GCLCIPRA. (20 de novembro de 2019). CIP-20 - Prevenção e Controlo de Microorganismos Multirresistentes, incluindo MRSA. Obtido na Intranet do CHS.

APLICAÇÃO DE MÉTODOS DE GESTÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR: DETERMINAÇÃO DE STOCKS

MEMPE, Tiele GOSTA, Maria AMORIM, Yara ALMEIDA, Rêder*

Introdução: Nos dias de hoje, verifica-se uma crescente preocupação com a gestão dos recursos e de forma como podemos otimizá-los, existindo diferentes métodos ao nosso dispor com aplicabilidade na área de saúde.

Objetivo: Demonstrar a aplicação de métodos de gestão econômica dos stocks em contexto hospitalar no serviço de cirurgia para otimizar recursos.

Metodologia: Através de um estudo de caso, procedemos à análise do histórico de consumos (2016, 2017 e 2018) para determinar o artigo crítico e analisar (Método ABC). Os artigos foram codificados de X1 a X197 e após a identificação, procedemos à análise estatística através do Excel® para verificar a previsão de consumo para os próximos 12 meses utilizando o modelo com base no Método dos Mínimos Quadrados bem como para determinar os meses com maior sazonalidade (Método do Rácio de Tendência).

Principais Resultados:

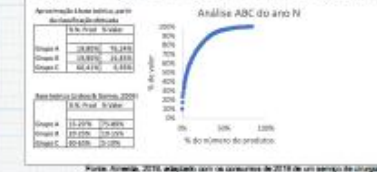
Exatidão do Método

Aplicação dos métodos com Serviço de Cirurgia

A importância que cada artigo tem para a empresa é diferente, sendo por isso importante e necessário identificar quais os mais relevantes. O método ABC classifica os artigos em três grupos pela seguinte ordem de relevância: classe A, os mais relevantes, classe B, de relevância intermédia e classe C, os menos relevantes (Carvalho, et al., 2017). É um método utilizado para, por exemplo, minimizar os custos de aprovisionamento para o nível de serviço pre-estabelecido. Assim, o critério utilizado é o valor consumido (quantidade consumida e preço de aquisição (Carvalho, et al., 2017). É ainda de referir que no grupo A devem ser integrados artigos de elevado valor estratégico em que a sua rotura ou perda leve a consequências nefastas para a unidade de prestação de cuidados, mesmo que o seu valor financeiro não corresponda ao grupo A. Estes artigos, é ainda recomendado o método de revisão contínua pelo permite um controlo mais apertado do mesmo (Carvalho & Ramos, 2013). De um modo geral, a análise ABC estabelece que o número de artigos aumenta de classe para classe, o valor financeiro diminui, ou seja, o grupo A terá mais valor financeiro em menos artigos identificados e o grupo C terá mais artigos e menor valor financeiro (Reis, 2005).

Artigo de maior consumo em 2018: X73 (Sistema de administração de soro com filtro injetador incorporado)
Valor económico anual: 5254,04€ (9,83% do consumo do serviço)
Valor unitário de 0,16€
Unidades Consumidas 33.500

Ilustração 1 – Comparação entre a classificação ABC dos consumos do serviço e a base tétrica



Fonte: Almeida, 2018, adaptado com os consumos de 2019 de um serviço de cirurgia

A previsão é baseada no levantamento dos dados de consumo num determinado período de tempo e verificada a tendência dos mesmos. Será através desta tendência que se obtêm os consumos previstos para o período seguinte (Reis, 2005).

O método dos mínimos quadrados é um método quantitativo cuja vantagem é não necessitar de conhecimento prévio nem valores iniciais para os variáveis e desvantagem é não fazer correção automática para o índice de sazonalidade. Assim, terá de ser aplicado posteriormente o Método do Rácio de Tendência para depois calcular os índices de sazonalidade e corrigir os valores da previsão (Lisboa & Gomes, 2006). Para verificarmos a fiabilidade dos dados, devemos verificar o Coeficiente de correlação, ou seja, o grau de relação entre os variáveis. Quando o r é 1 ou -1, a correlação é perfeita. Sendo 0, não há correlação (Almeida, 2019).

O cálculo dos índices de sazonalidade resulta dos consumos e dos valores obtidos pela reta de regressão (Almeida, 2019). Com o índice de sazonalidade calculado para cada mês, aplica-se a cada mês da previsão para obter um valor de consumo previsto corrigido pela sazonalidade (Almeida, 2019).

Para Carvalho & Ramos (2013), um indicador para determinar o erro das previsões é o Erro Quadrático Médio. Segundo Lisboa & Gomes (2006) cit in Almeida (2019), "o modelo será aceitável se Y-Y' se situar no intervalo [-2*erro quadrático do EDM, +2*erro quadrático do EDM]".

Fórmulas:

- Reta de Tendência: $Y_i = a + bX_i$
- Coefficiente de correlação: $r = \frac{\sum(X_i - \bar{X})(Y_i - \bar{Y})}{\sqrt{\sum(X_i - \bar{X})^2} \sqrt{\sum(Y_i - \bar{Y})^2}}$
- Reta de regressão: $b = \frac{\sum X_i Y_i - n \bar{X} \bar{Y}}{\sum X_i^2 - n \bar{X}^2}$
- Erro Quadrático Médio: $EQM = \frac{\sum(Y_i - Y_i')^2}{n}$

Legenda:
Y_i - consumos
X_i - tempo
a = $\bar{Y} - b\bar{X}$
b = $\frac{\sum X_i Y_i - n \bar{X} \bar{Y}}{\sum X_i^2 - n \bar{X}^2}$

Encontrado o material crítico, foi determinada a previsão de consumo, para os próximos doze meses através do Modelo com base no Método dos Mínimos Quadrados. Assim, para os consumos de ano de 2019 foram tidos em consideração os consumos de 2016, 2017 e 2018 e aplicado com os cálculos com recurso ao Excel®.

De seguida, procedeu-se ao cálculo dos índices de sazonalidade (sendo por base três anos 2016, 2017 e 2018) e estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Índice de Sazonalidade em 2016, 2017 e 2018

Mês	1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*	8*	9*	10*	11*	12*
Índice	1,012	0,897	1,091	0,825	1,021	1,076	0,927	1,125	0,902	1,106	0,856	1,059

Fonte: Análise própria com base no cálculo de previsão de Almeida, 2018

Assim, a previsão para o ano de 2019 (mês 37 ao 48) com a correção de sazonalidade está na Tabela 2.

Tabela 2 – Previsão do consumo para 2019 com a correção de sazonalidade

Mês	37*	38*	39*	40*	41*	42*	43*	44*	45*	46*	47*	48*
Previsão	2998	2959	3036	2756	3032	3199	2758	3353	2990	3302	2554	3107

Fonte: Análise própria com base no cálculo de previsão de Almeida, 2018

Na Ilustração 2, é apresentado o gráfico de tendência com os consumos reais de 2016, 2017 e 2018 e a previsão para 2019.

Ilustração 2 – Gráfico do cálculo de previsão para o artigo X73 com sazonalidade corrigida



Fonte: Almeida, 2018, adaptado com consumos do serviço de cirurgia

Discussão: O artigo de maior valor económico é imprescindível à prática de cuidados hospitalares. Se este artigo entrar em rotura, os cuidados aos clientes ficam comprometidos, uma vez que os enfermeiros ficam limitados na administração de medicação intravenosa, o que se torna imprescindível em situações de emergência.

Na nossa primeira análise ao método utilizado (método de mínimos quadrados), verificámos o EQM para validar se este modelo se adequava aos dados no nosso artigo X73 e verificámos que sim, uma vez Y-Y' fica, em todos os meses dentro do intervalo -581 a 681. Nos meses em que os valores ficam mais próximos dos limites do intervalo deste erro são aqueles em que se verifica maior ou menor consumo, nomeadamente mês 2 (menor consumo: 2300) e mês 8 (maior consumo: 3500). Assim, consideremos este modelo adaptado aos nossos dados.

Analisando a sazonalidade nos 3 anos em estudo, verificamos o mês de agosto e de novembro como os índices mais alterados nos extremos opostos, sendo o mês de agosto o que se verifica um consumo mais pronunciado (ou seja, maior consumo).

Conclusão: A aplicação de métodos de gestão de stocks em contexto hospitalar é uma mais valia que deve ser utilizada uma vez que a falta de um certo material coloca em causa de nossa atividade assistencial. A falta de um artigo com custo tão baixo, mas ao mesmo tempo tão importante pode significar a vida de alguém, algo que nós, enquanto enfermeiros, não podemos permitir.

Principais Referências Bibliográficas:

- Almeida, A. (2019). Determinação dos stocks de stock de saúde em Portugal. Tese de doutoramento em Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Saúde Pública, Instituto Português de Oncologia.
- Carvalho, J., Oliveira, A., Pereira, P., Mendes, A., Pinho, L., Lúis, C., Pereira, I. (2017). Logística de Saúde: Cálculo de Stock. Lisboa: Edições Sílabo.
- Carvalho, J., & Ramos, T. (2013). Logística de Saúde. Lisboa: Edições Sílabo.
- Lisboa, J., & Gomes, C. (2006). Gestão de Operações. Porto: Vida Universitária.
- Reis, L. (2005). Manual de Gestão de Stock. Teófilo Pires. Lisboa: Editorial Sílabo.

*Autora em nome próprio. O conteúdo é de responsabilidade do autor. Não se responsabiliza o conteúdo publicado neste livro. O conteúdo é de responsabilidade do autor. Não se responsabiliza o conteúdo publicado neste livro. O conteúdo é de responsabilidade do autor. Não se responsabiliza o conteúdo publicado neste livro.



NURSING SATISFACTION IN MAGNET HOSPITALS: SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

Autor Correspondente: Filipa Vale
Email: filipa.fav@outlook.com

Vale, F. C. ¹; Oliveira, J. ¹; Vales, M. ¹; Poeira, A. F. ^{1, 2}

¹ Nursing Department, School of Health, Polytechnic Institute of Setúbal, Portugal; ² Researcher in NURSE¹ IN Nursing Research Unit for South and Islands

Introduction

Magnet Hospitals are a group of hospitals known for providing positive work environments for nurses and providing quality care to clients. In 1983, during a national shortage of nurses in the USA, a reference study identified 14 characteristics that differentiated the hospitals best able to recruit and retain nurses. These characteristics have become the “Forces of Magnetism” that now form the conceptual framework of the Magnet Recognition Program® (2).

Objectives: To identify and synthesize evidence about the impact of magnet hospitals in nurses’ job satisfaction.

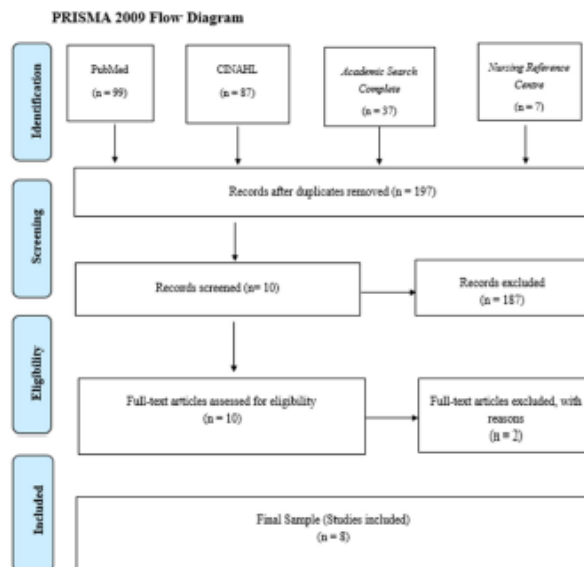
Review Methodology

A systematic review was carried out following the PICO strategy and the methodology of Joanna Briggs Institute.

Combination of keywords with boolean operators :

Magnet hospitals AND Nurse AND job satisfaction;

2 independent reviewers



References

American Psychological Association. (2019). *APA Style*. Retrieved from Publication Manual of the American Psychological Association, 6th Edition. <https://www.apastyle.org/manual>

(1) American Institute of Nursing Education. (2017). *Quality 101: What are the Forces of Magnetism and Why Should You Care About Them?* Retrieved January 27, 2018, from The Institute of Medicine. American Institute of Nursing Education. <https://www.aionet.edu/education/2017/01/17/what-are-the-forces-of-magnetism-and-why-should-you-care-about-them/>

AMCC. (2012). *Forces of Magnetism*. Retrieved January 24, 2018, from The American Nurses Credentialing Center (ANCC). <https://www.aancc.org/magnet/program/magnet/history/forces-of-magnetism/>

Colares Maria Santos, M. D. (2016). *Mobilização de Recursos Humanos: Recursos que propiciam a incorporação das universidades na prática*. *Rev. Latinoam. Enfermagem*, 24(5), Retrieved from <http://www.scielo.br/rlae/pdf/rlae.v24n5/201614>

Kilmer, B. L. (2017). *10/17/2017: The effectiveness of the strategies used to create positive work environments on nurse satisfaction*. *International Journal of Nursing Practice*, 23(1), 44-50. <https://doi.org/10.1111/inj.12357>

Porto, M. R. (2018). *Fundamentos e Métodos de Investigação*. Lisboa: Lusofona.

(2) Institute of Medicine (IOM). (2010). *Workforce Engagement and Magnet Hospital Characteristics*. JAMA, 303(16), 410-422.

Smith, R. (2006). *Benefícios da liderança: o que são e como podem ser utilizados*. In J. K. Craig, W. R. Smith, M. S. Edwards de ENFERMAGEM: Manual para Enfermeiros (1ª ed., pp. 164-166). Lisboa: Lusofona. Retrieved January 17, 2018

Sloan, R., Lewis, R. S. (2007). *Nursing Support, Motivation, and Intent to Stay in Magnet, Magnet-Aspiring, and Non-Magnet Hospitals*. *The Journal of Nursing Administration*, 17(6), 199-205.

The Joanna Briggs Institute. (2015). *Systematic Review Resource Package*. Australia: Queen's University.

PICO Question: “What are the characteristics of Magnet Hospitals that influence the professional satisfaction of nurses?”

P(opulation)	Nurses performing functions in Magnet Hospitals
I(ntervention)	Characteristics of Magnet Hospitals
C(omparison)	If nurses’ professional satisfaction differs between Magnet and non-Magnet Hospitals
O(utcome)	Nurses’ job satisfaction

Inclusion Criteria:
Applied inclusion criteria: studies that include nurses, the influence of magnet hospitals on the nurses’ job satisfaction; qualitative and quantitative studies, available in full-text, in Portuguese or English and between 2002 and 2018.

Findings

The results obtained point to lower levels of burnout and greater job satisfaction in nurses working in Magnet Hospital than professionals working in non-Magnet institutions. The characteristics that mostly contributed to this were positive work environment, quality care, good doctor-nurse relations, which ended up translating into superior care and greater satisfaction of the client to whom they are attending, thus contributing to the dignity of the profession.

CONCLUSIONS

Nurses who work at Magnet Hospitals have lower levels of burnout and greater job satisfaction than nurses who work at non-Magnet hospitals. So it is imperative that health organizations to develop strategies that promote professional satisfaction and increase the retention rates.

A Pessoa em Isolamento de Contato

Desafios para o Enfermeiro Gestor

Isabel Melgueira Martins*; Luísa Baleizão**; Ana Paula Dias**

*Enfermeira em Funções de Chefia no Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE; Estudante no ICS/Universidade Católica Portuguesa

**Enfermeira no Serviço de Gastroenterologia do CHS e Elemento Dinamizador da GCLCIPRA

Palavras-chave: Enfermeiro Gestor; Carga de Trabalho; Isolamento; Registos

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A promoção de boas práticas de prevenção e controlo da infeção permitem reduzir a transmissão e incidência da infeção, no entanto exigem mudanças do processo de trabalho (precauções e isolamento), determinando um aumento da carga de trabalho dos enfermeiros. Esse aumento decorre da necessidade de mais tempo para a execução das intervenções de enfermagem, derivado de ocorrerem em contexto de isolamento e ainda pelo acréscimo de intervenções (novos ensinos, mais registos, maior necessidade de supervisão de outros, entre outros). A frequência do isolamento tem vindo a aumentar em contexto de internamento hospitalar, derivado dos avanços tecnológicos e terapêuticos, e mais recentemente pela necessidade de implementar medidas de pesquisa ativa (rastreo) de portadores de *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA). O fomento de visibilidade da carga de trabalho associada às situações de isolamento em contexto hospitalar, torna-se assim num desafio para o enfermeiro gestor, de forma as dotações de enfermagem estarem de acordo com as necessidades de cuidados de enfermagem.

Objetivos

Valorizar a carga de trabalho de enfermagem, que deriva do cuidar da pessoa em isolamento de contacto num serviço de internamento hospitalar, identificando medidas que incrementem a sua visibilidade.

METODOLOGIA

Aplicação da metodologia de projeto, com o desenvolvimento de atividades, que permitam identificar áreas de melhoria

Identificação do Problema

Desconhecimento sobre o impacto do aumento do número de dias de isolamento no trabalho de enfermagem



Estratégias/Atividades

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2019 os microrganismos que determinaram mais situações de isolamento foram o *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina e o *Clostridium difficile*.

Em 2019 identificou-se uma média anual, de 350 dias de internamento de pessoas com medidas de isolamento;

No ano de 2019 foram realizadas 200 zangatos - nasais ou amostra de ferida cutânea- de forma autónoma pelos enfermeiros do serviço, com base na identificação de fatores de risco. Resultou na identificação de 22 casos de portador.

Auditoria à implementação de procedimentos nacionais e institucionais no âmbito da prevenção e controlo de infeção e Registos: Resultaram que são efetuados registos no SCICAP no que se refere às medidas de isolamento (95% de Conformidade de cumprimento dos critérios), sendo cumprida a identificação dos isolamentos, e respetiva referência em passagem de turno.

Os critérios de risco para portador de MRSA na Avaliação Inicial são sempre registados (Taxa de Conformidade de 100%), assim como a situação de portador na nota de alta/transfêrencia.

As medidas de melhoria que foram identificadas prendem-se com o facto dos ensinos à pessoa e família/visitas sobre as medidas a tomar e/ou a entrega de folheto informativo não serem sistematicamente registados no SCICAP.

Mostra-se necessário realizar auditorias ao nível de processo, com observação sistematizada das práticas, com uso de grelha de observação.

A inclusão de um objetivo na avaliação de desempenho relativo ao isolamento, trouxe contributos para a valorização dos registos relativos a esta problemática e para a importância de reflexão sobre os impactos.

Inúmeras atividades desenvolvidas pelos enfermeiros associadas aos isolamentos não são passíveis de registo, ficando invisíveis enquanto carga de trabalho de enfermagem.

CONCLUSÃO

O enfermeiro gestor deve investir:

- o Na procura de reconhecimento do papel determinante dos enfermeiros na otimização de boas práticas de prevenção e controlo da transmissão da infeção nos serviços de saúde;
- o Na dinamização e monitorização do registo sistemático das atividades dos enfermeiros neste âmbito, de forma a refletirem o aumento da carga de trabalho;
- o Colaborar e liderar processos que contribuam para a criação de indicadores sensíveis à prática de enfermagem, de forma a aumentar a visibilidade da Enfermagem nesta área.

Referências Bibliográficas

- Melgueira, I., Martins, A., Baleizão, L., Dias, A., Mendes, P., Gonçalves, P., ... & Almeida, B. (2019). Desconhecimento sobre o impacto do aumento do número de dias de isolamento no trabalho de enfermagem. *Revista de Enfermagem em Portugal*, 10(1), 1-10.
- Melgueira, I., Baleizão, L., Dias, A., Mendes, P., Gonçalves, P., ... & Almeida, B. (2019). Impacto do aumento do número de dias de isolamento no trabalho de enfermagem. *Revista de Enfermagem em Portugal*, 10(1), 1-10.
- Melgueira, I., Baleizão, L., Dias, A., Mendes, P., Gonçalves, P., ... & Almeida, B. (2019). Impacto do aumento do número de dias de isolamento no trabalho de enfermagem. *Revista de Enfermagem em Portugal*, 10(1), 1-10.

A TECNOLOGIA ALIADA À SEGURANÇA DO DOENTE PEDIÁTRICO NO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA

Mónica Costa¹, Daniela Trindade² & Patrícia Fernandes³

INTRODUÇÃO

Ocorrem 3 vezes mais eventos adversos associados à medicação na população pediátrica^{1,2}.

Os erros de medicação mais comuns ocorrem na deliberação da dose, na prescrição, na preparação, na via e técnica de administração e na troca de terapêutica e/ou de doente^{1,2}.

A literatura aponta a tecnologia como uma aliada à enfermagem permitindo uma prática mais efetiva, eficiente e segura³. Os líderes das organizações devem implementar medidas para promover a segurança do doente.

Em 2017, o Hospital de Cascais implementou um sistema apoiado na tecnologia, para validação de todo o processo associado à administração de terapêutica⁴.

VALIDAÇÃO DO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA

Objetivos

- Identificar a taxa de conformidade do ano de 2019 no serviço de Neonatologia, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Unidade de Cuidados Intermediários de Pediatria;
- Identificar os fatores que contribuem para a existência das não conformidades na administração de terapêutica;
- Identificar as vantagens associadas ao uso da tecnologia, na ótica do enfermeiro gestor.

Método

- Estudo descritivo baseado na análise da taxa de conformidade gerada pela aplicação, e nos alertas relativamente às não conformidades no processo de administração de terapêutica

RESULTADOS

TAXA DE CONFORMIDADE NO PROCESSO DE VALIDAÇÃO DO MEDICAMENTO NO UTENTE PEDIÁTRICO EM 2019 (%)

350 doentes de todo o hospital poderiam ter recebido doses desadequadas de medicação, caso não tivesse existido o alerta gerado pela aplicação.

PRINCIPAIS MOTIVOS PARA A AUSÊNCIA DA TAXA DE CONFORMIDADE NOS 100%, EM PEDIATRIA

- A maioria da medicação (não validada) correspondeu a terapêutica oral ou tópica com liberdade no horário de administração;
- Ausência de parametrização de fármacos;
- Ilegibilidade dos códigos QR do fármaco, devido a humidade ou erro na sua impressão.

CONCLUSÃO

Com o uso da tecnologia não há transcrição da prescrição, permitindo aumentar a segurança do doente e o tempo de contacto enfermeiro/doente devido ao processo ser realizado à cabeceira do doente.

O Enfermeiro gestor contribui para o desenvolvimento de softwares mais robustos, promovendo a otimização do sistema.

O Enfermeiro gestor tem acesso à informação gerada pelo sistema, podendo identificar necessidades nas suas equipas e promover a melhoria da qualidade dos cuidados.

Ainda, devido à utilização da tecnologia foram utilizadas 554 resmas de papel, correspondendo a uma poupança de 90% de papel (face a 2016) originando também, vantagens ambientais.

Referências

1. Trindade, D.T.A., & Costa, M. (2019). O erro de medicação na população pediátrica: uma revisão de literatura. *Revista de Enfermagem da Universidade Nova de Lisboa*, 1(1), 1-10.

2. Trindade, D.T.A., & Costa, M. (2019). O erro de medicação na população pediátrica: uma revisão de literatura. *Revista de Enfermagem da Universidade Nova de Lisboa*, 1(1), 1-10.

3. Wang, Y., & Wang, Y. (2017). Computerized medication management for preventing adverse drug events. *Drug Safety: Current and Future*, 20(2), 1-10.

4. Trindade, D.T.A., Costa, M., & Fernandes, P. (2019). Implementação de um sistema de validação de medicação em pediatria. *Revista de Enfermagem da Universidade Nova de Lisboa*, 1(1), 1-10.

Palavras-chave: Segurança do doente; Tecnologia; Administração de medicação; Pediatria.

Abstract: The use of technology in the medication administration process in pediatrics allows for a more effective, efficient and safe practice. The leaders of the organizations must implement measures to promote the safety of the patient. In 2017, Hospital de Cascais implemented a technology-supported system for validation of the entire process associated with drug administration. The objectives were to identify the compliance rate of 2019 in the Neonatology, Neonatal Intensive Care Unit and Intermediate Pediatric Care Unit; identify the factors that contribute to the existence of non-compliance in drug administration; and identify the advantages associated with the use of technology, from the perspective of the nurse manager. The method was a descriptive study based on the analysis of the compliance rate generated by the application, and on the alerts related to non-compliance in the drug administration process. Results: 350 patients from the entire hospital could have received inappropriate doses of medication, if the alert generated by the application had not existed. The main reasons for the absence of 100% compliance in pediatrics were: 1. Most of the medication (not validated) corresponded to oral or topical therapy with freedom of administration; 2. Absence of drug parametrization; 3. Illegibility of the QR codes of the drug, due to humidity or error in its printing. Conclusion: With the use of technology there is no transcription of the prescription, allowing to increase the safety of the patient and the contact time with the nurse due to the process being performed at the patient's head. The nurse manager contributes to the development of more robust software, promoting system optimization. The nurse manager has access to the information generated by the system, being able to identify needs in their teams and promote the improvement of the quality of care. **Keywords:** Patient safety; Technology; Medication administration; Pediatrics.

Referenciação e Cuidados de Reabilitação na RNCCI: Estudo de Caso

Rita Isabel Oliveira
Centro Hospitalário Médio Tejo
rita.oliveira@chmt.pt



Carla Piscarreta Damásio
Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde
carla.damasio@ipleiria.pt



Eduardo Mont'Alverne Brou
Instituto Politécnico de Tomar - Escola Superior de Saúde de Tomar
abrou@ipt.pt



Contextualização:

Em Portugal verificam-se alterações demográficas e de saúde. Houve um empenho no desenvolvimento de apoios sociais e de saúde à comunidade, constituindo-se a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criando uma novo contexto de cuidados que vão além do Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados. Pretendeu-se estudar o processo ao qual as pessoas doentes se submetem para ingressar na mesma e ainda os cuidados de saúde oferecidos/prestados por si, principalmente os de Reabilitação. Realizou-se um estudo empírico na área geográfica do ACES Médio-Tejo, com os objetivos específicos de: analisar a implementação prática do processo de referenciação; caracterizar o processo de referenciação de doentes para a RNCCI e a oferta de cuidados prestados na mesma, em especial os de reabilitação.

Interação entre os diferentes agentes no processo de referenciação de doentes para a RNCCI



Legenda:
 → Referenciam os utentes...; Os utentes são enviados para...; Os utentes recorrem a...
 ← Referencia os utentes...

Metodologia:

Abordagem Metodológica:

- Qualitativa
- Não experimental
- Descritiva

Considerações éticas:

- Princípios Enccs
- Código Deontológico do Enfermeiro
- Comissão da Ética (ARSLVT)
- Consentimento informado 000

Participantes do Estudo:

- Profissionais das ECCI do ACES do Médio-Tejo (7)
- Utentes/Cuidadores informais de utentes das ECCI + referenciados para a RNCCI - cuidados de Reabilitação (4)

Estudo de Caso

Método de Amostragem:
 - Não probabilístico
 - Intencional
 - Por Conveniência

Método de Recolha de dados:
 - Entrevistas

Método de Análise de Dados:
 - Análise de conteúdo (WebQDA®)

Resultados / Conclusões:

Recursos Humanos

A nível das equipas referenciadoras de doentes para a Rede

- Falta de formação dos profissionais referenciadores
- Abordagem menos cuidada por parte dos profissionais referenciadores, aos utentes e cuidadores informais na apresentação da RNCCI
- Dificuldade na articulação da equipa multidisciplinar referenciadora para avaliação do utente
- Dificuldade de utilização do aplicativo informático GestCareCCI
- Desigualdades no desenvolver do processo dependendo do contexto de origem da referenciação
- Extensa área de abrangência de cada instituição referenciadora → dificuldade avaliação do utente
- Tempo ↑ de demora para ingresso em algumas unidades → desmotiva referenciação

Caracterização da operacionalização dos cuidados na RNCCI

A nível das ECCI

- ↓ dos recursos humanos
- ↓ horas efetivas dos profissionais que integram as ECCI
- Falta de profissionais de reabilitação → Utentes ficam sem cuidados ou recorrem a privados
- Frequência de cuidados prestados inconsistente
Se ↓ → não comunicada
- ↓ Recursos Materiais
- ↓ Recursos Institucionais
- Incompatibilidade entre os aplicativos informáticos: SClínico e GestCareCCI

Bibliografia:

Almeida, I. (2011). A rede de cuidados continuados integrados: um percurso para os cuidados de saúde primários. (2011). www.chmt.pt

Almeida, I. (2012). A rede de cuidados continuados integrados: um percurso para os cuidados de saúde primários. (2012). www.chmt.pt

Almeida, I. (2013). A rede de cuidados continuados integrados: um percurso para os cuidados de saúde primários. (2013). www.chmt.pt

Almeida, I. (2014). A rede de cuidados continuados integrados: um percurso para os cuidados de saúde primários. (2014). www.chmt.pt

Almeida, I. (2015). A rede de cuidados continuados integrados: um percurso para os cuidados de saúde primários. (2015). www.chmt.pt

Almeida, I. (2016). A rede de cuidados continuados integrados: um percurso para os cuidados de saúde primários. (2016). www.chmt.pt

Almeida, I. (2017). A rede de cuidados continuados integrados: um percurso para os cuidados de saúde primários. (2017). www.chmt.pt

Almeida, I. (2018). A rede de cuidados continuados integrados: um percurso para os cuidados de saúde primários. (2018). www.chmt.pt

Almeida, I. (2019). A rede de cuidados continuados integrados: um percurso para os cuidados de saúde primários. (2019). www.chmt.pt

Almeida, I. (2020). A rede de cuidados continuados integrados: um percurso para os cuidados de saúde primários. (2020). www.chmt.pt

Almeida, I. (2021). A rede de cuidados continuados integrados: um percurso para os cuidados de saúde primários. (2021). www.chmt.pt

Almeida, I. (2022). A rede de cuidados continuados integrados: um percurso para os cuidados de saúde primários. (2022). www.chmt.pt

Almeida, I. (2023). A rede de cuidados continuados integrados: um percurso para os cuidados de saúde primários. (2023). www.chmt.pt

Almeida, I. (2024). A rede de cuidados continuados integrados: um percurso para os cuidados de saúde primários. (2024). www.chmt.pt

Almeida, I. (2025). A rede de cuidados continuados integrados: um percurso para os cuidados de saúde primários. (2025). www.chmt.pt

Processo de Referenciação para a RNCCI

Análise através da Reengenharia de Processos

Rita Isabel Oliveira
Coord. Hospitalar Médico Tejo



Carla Piscarreta Damásio
Psiquiatra da Larina - Escola Superior de Saúde



Eduardo Mont'Alverne Brou
Instituto Politécnico de Tomar - Escola Superior de Gestão de Tomar



Contextualização: A Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI) surge em

Portugal para responder às alterações demográficas e de saúde. Os utentes submetem-se a um processo de referenciação com diferentes origens possíveis e fins distintos. Realizou-se um estudo deste processo e dos diferentes aspetos respeitantes à operacionalização da RNCCI, com objetivos como: analisar teoricamente, sob a perspetiva processual, a congruência e lógica do percurso do doente desde as instituições referenciadoras, ingresso na RNCCI e a funcionalidade dentro desta, apelando às técnicas desenvolvidas pela ferramenta de Gestão - Reengenharia de Processos, com especial atenção ao enquadramento das atividades de Reabilitação; analisar o processo de operacionalização da referenciação e triagem dos doentes para a RNCCI.

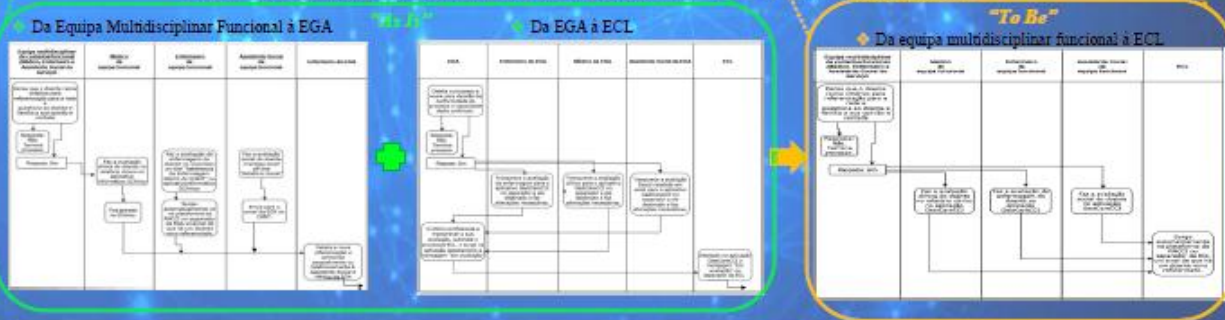
Metodologia:

- Revisão da literatura;
- Pesquisa documental e processual;
- Análise processual através da aplicação da Reengenharia de Processos;
- Investiu-se na análise da legislação emanada sobre os diferentes aspetos, passo-a-passo;
- Compreensão do modo como as entidades referenciadoras procediam à referenciação das pessoas doentes.

Resultados:



Diagramas swimlane - Processo de referenciação de doentes para a RNCCI com origem hospitalar CHMT até à ECCI.



Conclusão: Embora parecesse que o processo de referenciação e ingresso na RNCCI se encontra teoricamente em conformidade com as diretrizes existentes para esse fim e congruente, tomou-se possível identificar ainda oportunidades de melhoria a diversos níveis, tanto humanos, especificamente na constituição das equipas intervenientes no processo, bem como materiais, por exemplo a nível da utilização do aplicativo informático GestCareCCI. Esta análise do processo permitiu sustentar sugestões de melhoria desta realidade.

Bibliografia:

Almeida, A. & Breda, P. (2005). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2006). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2007). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2008). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2009). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2010). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2011). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2012). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2013). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2014). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2015). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2016). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2017). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2018). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2019). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2020). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2021). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2022). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2023). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2024). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.

Almeida, A. & Breda, P. (2025). Reengenharia de processos: uma abordagem ao caso de estudo. Portugal: Alameda, 160 p.



TELEMONITORIZAÇÃO EM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Autor: SANTOS, João
 Coautores: DEVEISA, Susana; SILVA, Mírcia
 Hospital Distrital de Santarém

IPS
 Instituto Português de Saúde
 I Congresso de Gestão em Enfermagem –
 Percursos e Desafios

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) é uma patologia crónica com influência significativa na qualidade de vida das pessoas e com elevados custos maioritariamente associados a internamentos recorrentes¹.

Como reduzir Custos ?

Reduzir internamentos

Telemonitorização em Insuficiência Cardíaca

A telemonitorização é definida como a utilização da tecnologia de informação para monitorizar doentes à distância. Este processo poderá implicar o uso de áudio, vídeo e outras comunicações ou tecnologias de processamento de informação eletrónica, para monitorizar o estado do doente².

Apresenta como vantagens a redução das taxas de internamento³, de reinternamento, da duração de cada internamento⁴ e da morbilidade e mortalidade⁵.

Será economicamente vantajoso?

Comparação económica de modelos

Modelo atual	Modelo telemonitorização
Baseado em Internamento:	Custos telemonitorização ano/doente:
Preço Base pago à Unidade Hospitalar por Internamento Médico: 2.285€ ajustado ao Índice case Mix 2015 (0,7585)= 1733€³	Preço base recebido pela Unidade Hospitalar por Doente no primeiro ano ⁶ : 1621€ + 1342€ = 2.963 €
Custo Médio Real por Internamento de Doente com IC: 3.466,06€²	Preço a pagar pela Unidade Hospitalar a empresa externa prestadora de serviços de telemonitorização ⁶ : 1449 € + 36 € = 1485 €
Diferença = - 1733,06 €	Diferença : + 1478 €

Simulação para um Hospital Distrital

(10 doentes)

Redução de 2 episódios de Internamento: 1733,06 € x 2 = + 3466,12 €	Custos telemonitorização ano/doente: Ganho : + 1478 €
Total Ganhos/1º Ano: 4.944,12 €	

Conclusão

Projeto de Telemonitorização

Ganhos Financeiros

Ganhos em Saúde



Referências Bibliográficas

- 1 – Cowie MR, et al. (2014). Improving care for patients with acute heart failure. Oxford PharmaGenetics. ISBN 978-1-903539-12-5
- 2 – Miranda, A. (2012). Poderá a telemonitorização domiciliar reduzir os custos da insuficiência cardíaca para o Sistema Nacional de Saúde português? (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, Portugal.
- 3 – Müller, A., et al. (2010). Telemedical Support in Patients with Chronic Heart Failure: Experience from Different Projects in Germany. International Journal of Telemedicine and Applications, vol. 2010
- 4 – Kiehlblock, B., et al.(2007). Impact of telemetric management on overall treatment costs and mortality rate among patients with chronic heart failure. Dtsch Med Wochenschr, vol. 132, 417-423.
- 5 – ACSIS (2018). Acordo modificativo ao contrato programa do Hospital Distrital de Santarém, EPE.
- 6 – Contrato CHLO e Linda Saúde, Lda, 2018. Obtido em 04 de 03 de 2019 de <http://www.radius.com/quitacao-de-servicos-de-telemedicina-equipamentos-e-servicospara-o-programa-de-telemonitorizacao-do-am-e-lzo-do-chlo/>

O Enfermeiro como gestor de recursos: projeto para a eficiência numa Urgência Pediátrica

Mário André Macedo, EESIP, MSP - Hospital Fernando Fonseca



Introdução

Os recursos são escassos e as necessidades infinitas. É esta a premissa que norteia a ação da avaliação económica em saúde. Aborda a questão da escassez de recursos e a necessidade implícita de efetuar escolhas para maximizar o benefício. O enfermeiro gestor deve instituir práticas que, mantendo o grau máximo de qualidade, sejam economicamente sustentáveis.

Objetivos: Propor novas práticas de enfermagem, tendo em vista a redução de custos associado à colocação de acessos venosos periféricos. Contribuir para a sustentabilidade do serviço e correcta alocação de recursos.

Procedimento habitual
 1 embalagem Cloreto Sódio 100 ml 1x dia
 1 ampola heparina 1x dia
 Grande maioria de punções venosas com Cateter ch24
 Prolongamento neonatal
 Toalhetes com álcool
 Compressas

Procedimento proposto
 Reduzir cateter ch24, aumentar ch22
 Introduzir obturador
 Apenas compressas
 Prolongamento neonatal apenas para <3anos

Metodologia

Seguindo a metodologia de análise de custos, com base nos dados recolhidos em 4 dias de atividade, foi calculado o custo do material utilizado na prática habitual e na prática proposta.

Foi realizado uma análise de sensibilidade assim como uma atualização dos preços a 3% e a 5%.

Resultados

4 dias observação	Procedimento Atual	Procedimento Proposto	Custo Incremental
Custo Total	147,883	108,33	-39,553
Custo por criança	2,421	1,778	-0,645

Resultados

Estimativa 1 ano	Procedimento Atual	Procedimento Proposto	Custo Incremental
Custo Total	13.478,07	9.885,11	-3.592,96
Custo por criança	2,421	1,778	-0,645

Aumento 33%	Procedimento Atual	Procedimento Proposto	Custo Incremental
Custo Total (4 dias)	195,489	148,533	-46,956
Custo total (anual)	17.838,36	13.371,13	-4.467,235
Custo por criança	2,41	1,808	-0,603

	Análise sem aumento		Análise com aumento 33%	
	Procedimento Atual	Procedimento Proposto	Procedimento Atual	Procedimento Proposto
Custo Anual	13.478,07	9.885,11	17.838,36	13.371,13
Número Cateter Colocados por 100 mil euros	41.504,59	56.309,42	41.501,09	55.366,41
Custo a 5 anos	67.380,37	49.425,56	89.191,78	66.855,64
Atualização de 3%	58.122,9	42.834,92	76.937,61	57.670,26
Atualização de 5%	52.794,28	38.726,22	69.884,09	52.383,14

- Estimativa de redução do custo por criança entre 0,60 a 0,65€
- Estimativa de redução do custo anual entre 3.591€ a 4.467€

Conclusão

Para se assumir como decisor político, a enfermagem deve efetuar o caminho que alie as melhores práticas da prestação de cuidados, às melhores decisões na utilização de recursos. A sustentabilidade do SNS e a consecução de políticas públicas de saúde, dependem da atuação e do papel relevante do enfermeiro gestor.

Bibliografia

1. Goddard B, McCabe C. An introduction to economic evaluation. *Emerging Medicine Journal* 2002; 19(3).
2. Palmer S, Hyford S, Raftery J. Types of economic evaluation. *BMJ* 1986; 316(7194).
3. McParland A. Economic evaluation of interventions in health care. *Nurs Stand* 2014; 29(13) p. 49-58.
4. Figueireda V, Patrão GP. Economic Evaluation in Geriatric Medicine. *Osaka* (second edition); 2015; 1009.
5. Shaha AA, Chiu HN. Economic Evaluation of Pharmacovigilance in Developing Countries. *Research in Social and Administrative Pharmacy Journal*; 2016; 12(2).
6. Padua MJ, Assunção L. Pharmacoeconomics of Pharmacovigilance within the Context of General Health Technology Assessments. *Pharmacoeconomics*; 2015; 14(20).

marioandremacedo@gmail.com



Notas finais

O I Congresso em Gestão em Enfermagem organizado pelo Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal realizou-se no dia 30 de janeiro de 2020 no Auditório Nobre do edifício da ESS/ESCE.

Este evento contou com a presença de mais de 200 participantes e o programa científico procurou criar um espaço de debate e reflexão dos percursos e desafios do Enfermeiro Gestor no âmbito do seu exercício profissional e consequente ação no desenvolvimento profissional e organizacional.

Desta forma, o presente *eBook* é reflexo do conhecimento produzido no âmbito da 1ª edição da Pós-Graduação em Gestão em Saúde e Enfermagem da ESS|IPS e, igualmente, do trabalho desenvolvido na docência, na investigação, na gestão e na práxis da disciplina de Enfermagem, contemplando: dois Painéis de Debate; 9 comunicações orais divididas em dois Fóruns de Discussão e 15 pósteres.

A organização dos fóruns com comentadores potenciou a análise dos projetos, apresentados em formato de comunicação, e, pelo seu foco nos trabalhos desenvolvidos pelos estudantes no curso, visibilizou o processo e parte dos resultados desta pós-graduação.

Em relação às temáticas colocadas a debate no congresso, organizaram-se predominantemente nas seguintes áreas:

- Gestão pela Qualidade e Segurança (exemplo: dotações seguras; erro terapêutico; satisfação com os cuidados de enfermagem; satisfação profissional...);

- Gestão de Processos e Operações (exemplo: idoneidade formativa...);
- Políticas e Sistemas de Saúde (exemplo: valor da vida; indicadores e determinantes de saúde...);
- Governação Clínica na medida em que se disseminou e partilhou conhecimento em prol dos ganhos em saúde;
- Ética Organizacional e Direito em Saúde, pelos fundamentos na visão, missão, valores e código das organizações. Importa salientar a participação dos docentes, quer nas sessões letivas, quer na orientação dos projetos assim como o envolvimento dos discentes e o comprometimento de todos com a qualidade científica, técnica e humana da formação.

É nossa convicção que o I Congresso de Gestão em Enfermagem – Percursos e Desafios evidenciou o valor da intervenção do enfermeiro gestor nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação para o alcance dos objetivos organizacionais e obtenção de resultados em saúde, pelo que a sua divulgação em formato de *eBook* permitirá aumentar a visibilidade da Gestão em Enfermagem como pilar para a excelência dos cuidados de Enfermagem.

Ana Filipa Poeira, Edgar Canais, Lucília Nunes