

4º Congresso Internacional da APEGEL

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

Segurança do doente

Qualidade no exercício da gestão em enfermagem

vencendo desafios

traçando novos rumos

7 e 8 NOV 2014

Edifício ANF - Centro Empresarial do Porto

Livro de Resumos



em parceria com

com o patrocínio científico da

COMISSÃO ORGANIZADORA

- Ana Luísa Bastos - Presidente
- Carla Rego
- João Quintela
- Paula Lourenço
- Telma Silva

COMISSÃO CIENTIFICA

- Maria Manuela Martins (ESE Porto) - Presidente
- Carme Ferré Grau (Universidade Rovira i Virgili - Espanha)
- Élvio Henriques Jesus (Universidade Católica Portuguesa)
- Heloísa Peres (Universidade de S. Paulo - Brasil)
- Manuela Frederico (ESE Coimbra)
- Margarida Reis Santos (ESE Porto)
- Nuno Araújo (CESPU)



em parceria com

com o patrocínio científico da

Programa Científico

7 Novembro – Manhã

08:30 - Abertura do Secretariado

09:00 - 11:00 Comunicações livres e apresentação de pósteres

Moderadora - Enf^a Carla Rego

11:00 - 11:30 Café

11:30 - 12:30 Workshops

Workshop 1- Sistemas de Informação em Saúde e a Gestão em Enfermagem - Prof Paulino Sousa (ESEP)

Workshop 2 - A Tomada de Decisão em Enfermagem e a Gestão - Prof^a Antónia Paiva (ESEP)

Workshop 3 - Avaliação do Desempenho – Dr^a Pilar Brea (ACSA- Espanha)

12:30 Sessão Solene de Abertura

13:15 - 15:00 Almoço livre

7 Novembro – Tarde

15:00 - 16:00 Mesa Redonda - Poder nas Organizações de Saúde- O Enfermeiro Gestor na Tomada de Decisão Política e Estratégica

Enf^o José Ribeiro (CHTS)- Situação em Portugal

Enf^a Paulina Kurcgant (USP)- Situação no Brasil

Enf^a Pilar Brea (ACSA)- Situação em Espanha

Moderador - Enf^o Élvio Jesus

16:00 - 17:30 Mesa Redonda - Segurança do Doente e Qualidade no Exercício

Prof^a M^a Céu Barbiéri (ESEP) - Conhecimentos para Suportar Práticas Seguras

Enf^a Amélia Gracias (CHA) - Organizações Seguras Enf^a Ana Isabel Sá (ACES BV) - Práticas Seguras no ACES

Enf^a Isabel Ribeiro (HSJ) - Práticas Seguras no Hospital

Enf^o Nelson Guerra (DGS) - Dotações Seguras e Eventos Adversos

Moderador - Enf^o Eduardo Alves



em parceria com

com o patrocínio científico da

8 Novembro – Manhã

09:00 - 11:00 Mesa Redonda - A Qualidade no Exercício da Gestão em Enfermagem
Enf^ª Irene Cerejeira (CHPVVC) - Os Sistemas de Informação e Indicadores de Gestão Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem
Enf^º José Carlos Gomes (OE) - Regulação das Competências específicas do Enfermeiro Gestor
Enf^º Arsénio Gregório (CHA) - Avaliação do Desempenho como Ferramenta de Gestão
Enf^ª Dulce Silva Pinto (ACES Porto Oriental) - A Gestão em Enfermagem no ACES
Enf^ª Cristina Paulino (ACSS) - Reflexo do Sistema de Classificação de Doentes na Dotação das Equipas
Moderadora - Enf^ª Margarida Filipe

11:00 - 11:30 Café

11:30 - 12:30 Conferência - Vencer os Desafios Atuais - Traçar novos Rumos para A Gestão em Enfermagem - Conferencista - Enf^º Sérgio Gomes - (CNO)
Moderadora - Prof^ª M^ª Manuela Martins

12:30 - 13:00 Entrega dos prémios das Comunicações Livres e Pósteres

13:00 Sessão de Encerramento
Presidente da APEGEL
Presidente da ESEP
Presidente da APER
Presidente da Comissão Organizadora
Presidente da Comissão Científica



em parceria com



CESPU
COOPERATIVA DE ENSENO
SUPERIOR POLITÉCNICO
P. UNIVERSITÁRIO 700

com o patrocínio científico da



DGS
desde 1899
Direção-Geral da Saúde

Nota de abertura

Colegas

Chegou o tempo de mais um congresso da nossa associação. Este ano demos o passo da internacionalização, muito pela colaboração da ESEP, e também, porque queremos expandir as nossas opiniões e ouvir as dos nossos colegas de além-fronteiras.

A parceria com a nossa “irmã” APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação trouxe-nos um apoio e uma dimensão que sem ela não teria sido possível. À APER, na pessoa do sua presidente, obrigado pelo apoio Isabel.

O tema deste ano “Segurança do doente. Qualidade no exercício da Gestão em Enfermagem” deixa desde logo um desafio, ao relacionar, como não podia deixar de ser, a segurança dos cuidados com a qualidade das práticas. É precisamente na busca dessa qualidade que foi desenhado o programa deste congresso. É necessário quebrar os mitos, vencer os desafios e traçar os novos rumos sem medos e sem complexos, conscientes de que somos capazes de aproveitar os tempos de mudança para melhor afirmarmos a necessidade de existirmos.

Sendo este congresso o primeiro que conta com a participação de colegas estrangeiros é também importante realçar que é, também, o primeiro que conta com o alto patrocínio científico da Direção-geral da Saúde.

Esta edição especial do nosso boletim conta com os resumos de todas as intervenções ocorridas no congresso, bem como das comunicações livres e pósteres considerados a concurso e as suas conclusões.

Esperamos que seja uma forma interessante de guardar a memória do nosso congresso de 2014.

Votos de bom e profícuo trabalho nesta importante jornada para a gestão em enfermagem

Grande abraço

Nelson Guerra



em parceria com



com o patrocínio científico da



WORKSHOP 2 - A Tomada de Decisão em Enfermagem e a Gestão - Profª Antónia Paiva (ESEP)



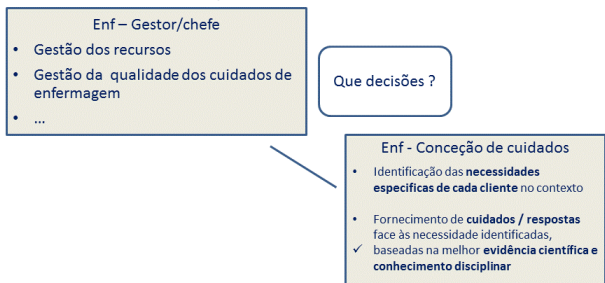
Segurança do doente / Qualidade no exercício da gestão

Workshop - Tomada de decisão em enfermagem e a Gestão

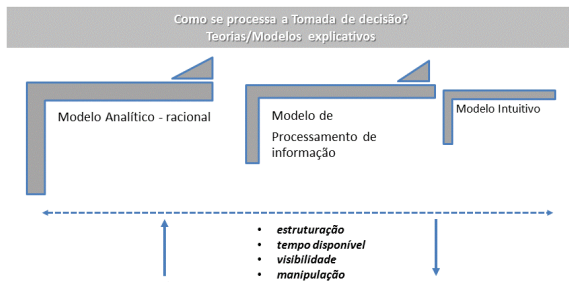
Maria Antónia Paiva
PhD | MNSc | RN
antonia@esenf.pt



Boas decisões = Cuidados seguros



“Só se aperfeiçoa ou consegue corrigir e desenvolver, aquilo que é domínio do conhecimento”
(Silva M. A., 2000)



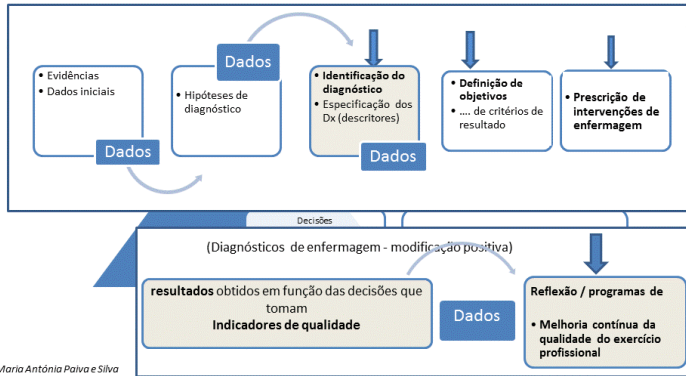
Maria Antónia Paiva e Silva

2014

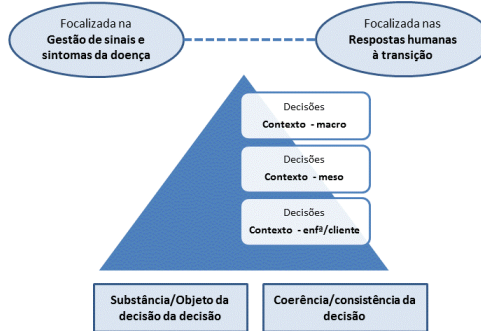
em parceria com

com o patrocínio científico da



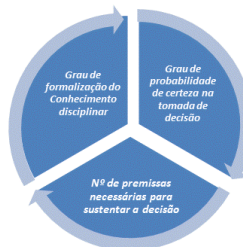


Maria Antónia Paiva e Silva



“O objeto da tomada de decisão profissional dos enfermeiros nos contextos da ação deverá estar relacionado com o objeto de estudo da própria disciplina”
(Silva A. 2002)

“Os enfermeiros, têm o potencial de melhorar de forma contínua as práticas de enfermagem se tiverem conhecimento sobre os processos de pensamento...”
Lunney, M. (2004)



Pensamento crítico - Ferramenta cognitiva e de atitude para a avaliação da coerência e consistência das tomadas de decisão”
Lunney M. 2004

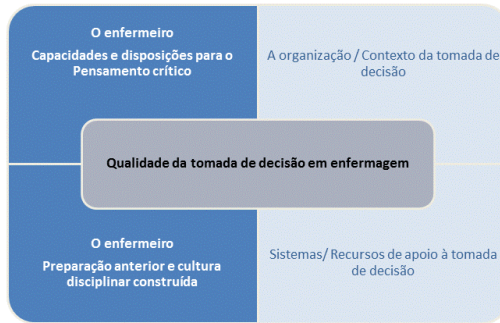
Maria Antónia Paiva e Silva

2014

em parceria com

com o patrocínio científico da

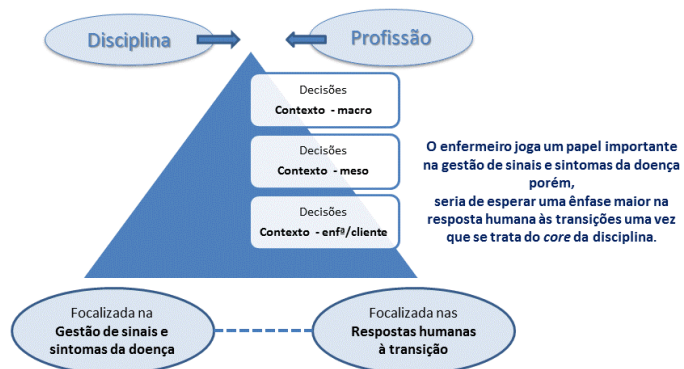




Maria Antónia Paiva e Silva

2014

Novos desafios Novos rumos



Maria Antónia Paiva e Silva

2014



em parceria com



com o patrocínio científico da





Muito obrigada!

4º Congresso da APECEL
Porto - Novembro 2014

WORKSHOP 3 - Avaliação do Desempenho – Dr^a Pilar Brea (ACSA- Espanha)

PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

A cerca de ACSA

La Dirección General de Organización de Procesos y Formación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, mediante Resolución de 25 de julio de 2003, designa a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) como Entidad Certificadora del Sistema de Acreditación para el Sistema Sanitario Público de Andalucía, con el objetivo de asegurar la calidad de centros sanitarios, servicios y profesionales a los ciudadanos, a través del desarrollo de un modelo de acreditación que evalúa y garantiza el cumplimiento de estándares y requisitos exigibles en la prestación de atención sanitaria. A partir de entonces, ACSA ha asumido el compromiso social de asegurar la calidad de centros sanitarios, servicios y profesionales a los ciudadanos, a través del desarrollo de un Modelo de Certificación propio y singular que evalúa y garantiza, desde el rigor y la independencia, el cumplimiento de estándares y requisitos exigibles en la prestación de servicios. ACSA, como entidad certificadora externa, entiende la certificación como un proceso de comparación entre la situación real de un centro sanitario, una unidad sanitaria, un servicio social y de dependencia, un profesional, un centro de formación, una actividad formativa, o una página web, con unos determinados estándares de referencia establecidos, con la finalidad de detectar áreas de mejora y desarrollo.

En la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, a lo largo de los años se ha desarrollado un sistema de gestión de la calidad que recoge todos los documentos, procesos y procedimientos

em parceria com

com o patrocínio científico da



CESPU
COOPERATIVA DE ENSINO
SUPERIOR POLITÉCNICO
PROMOVIDORA DE INICIAÇÃO DE INVESTIGACÃO



DGS
desde 1899
Direção-Geral da Saúde

de la organización, así como la sistemática de seguimiento, evaluación y mejora continua de los mismos. Este sistema único de gestión ha permitido dar respuesta a los requerimientos exigidos por las diferentes normas o estándares para el reconocimiento externo por los que ACSA ha apostado. El reconocimiento externo por terceros constituye para ACSA un factor clave de éxito ya que, a través del mismo, la organización trata de reforzar la calidad de la prestación de sus servicios, como eje y propósito fundamental de su actividad, orientada a satisfacer las necesidades y expectativas de todos sus grupos de interés. En este sentido, la Agencia de Calidad apuesta continuamente por la calidad, tanto de su organización como de sus productos:

Acreditación por ENAC: En 2009, la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) otorgó a ACSA la acreditación para los programas de certificación de Centros Hospitalarios y de Unidades de Gestión Clínica, según la norma específica para la certificación de servicios UNE EN-45011:1998. Posteriormente, en el año 2010 se amplió el alcance de la acreditación de ENAC para los programas de certificación de Hemodiálisis y Oficinas de Farmacia. En 2012, se incorpora la acreditación del programa de certificación de Laboratorios Clínicos. A lo largo de 2014, se ha solicitado la ampliación del alcance de la acreditación por ENAC para el resto de los programas vigentes de centros y unidades sanitarias (Centros de Salud Bucodental, Centros de Transfusión Sanguínea, Centros Sin Internamiento, Centros de Diagnóstico por la Imagen, Establecimientos de Ortopedia, Unidades de Nutrición y Dietética) y para los de servicios sociales (Centros de Atención Infantil Temprana, Servicios Residenciales, Servicios de Información y Asesoramiento y Servicios de Día), según la norma específica para la certificación de servicios UNE EN ISO/IEC 17065:2012. En este momento, ACSA se encuentra pendiente de recibir el informe favorable.

Acreditación por ISQUA: En 2012 ACSA obtuvo la Acreditación del Programa de Cualificación de Evaluadores de Centros y Unidades (PROCEV) por la Sociedad Internacional de Calidad Asistencial ISQUA (International Society for Quality in Health Care), siendo la primera organización de habla hispana que tiene acreditado su programa formativo de evaluadores a nivel mundial. Recientemente, en octubre de 2014, ISQUA ha otorgado a ACSA la acreditación de los estándares del Manual de Unidades de Gestión Clínica.

Reconocimiento de EFQM: En 2012 ACSA obtuvo el reconocimiento a la excelencia +400 de EFQM por parte del Club de Excelencia en la Gestión. Actualmente, se continúa trabajando para obtener y mantener el reconocimiento externo como elemento fundamental para



em parceria com

com o patrocínio científico da

asegurar la credibilidad y confianza que los ciudadanos, las instituciones y los profesionales depositan en ACSA.

El Modelo de Acreditación de Competencias Profesionales de ACSA.

Los Programas de Acreditación de Competencias Profesionales diseñados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, están orientados a reconocer los logros del profesional en su día a día, a ayudar a los profesionales a hacer más visibles sus méritos, sus resultados más brillantes. Al igual que el resto de Programas de Acreditación de ACSA, busca contribuir a la mejora continua de la atención que prestamos a los ciudadanos y se configura como un instrumento al servicio del desarrollo profesional continuo.

En términos generales, las competencias son etiquetas que se refieren a un conjunto de comportamientos observables y medibles y, por tanto, susceptibles de mejora, que están relacionados con un desempeño bueno o excelente en un trabajo y organización determinados. En nuestro ámbito, se definen también como la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes, asociados a las buenas prácticas de su profesión, para resolver las situaciones que se le plantean. (Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, España). Se trata de un enfoque que se centra en lo que el profesional hace.

Esos comportamientos observables, en los que se mezclan conocimientos, habilidades y actitudes, se denominan Buenas prácticas. Para que el profesional desarrolle las Buenas Prácticas, es decir, los comportamientos observables asociados a una competencia (hacer), es necesaria la presencia conjunta de lo que sabe (sus conocimientos); lo que sabe hacer (su habilidad para poner en práctica esos conocimientos), de su repertorio de actitudes, su motivación (querer hacer) y del poder hacer (la aptitud, y la favorabilidad de los medios disponibles).

En este marco, se ha establecido la metodología para el diseño de los diferentes Programas de Acreditación de Competencias Profesionales. Así, para cada categoría profesional o especialidad, se han definido los Mapas de Competencias, las Buenas Prácticas asociadas a estas competencias y las Evidencias y Pruebas que nos van a permitir medirlas. Todo ello con la participación de más de 600 profesionales del SSPA y más de 60 Sociedades Científicas, que han constituido los Comités Técnicos Asesores correspondientes. Fruto del trabajo de los diferentes Comités Técnicos Asesores, para cada una de las especialidades o colectivos profesionales se han definido las Buenas Prácticas (los comportamientos observables) y se han identificado las Evidencias o criterios de verificación para determinar la presencia de las



em parceria com



com o patrocínio científico da



Buenas prácticas, y las Pruebas (instrumentos de medición para observar el cumplimiento de dichas evidencias).

Los 78 Manuales de Competencias Profesionales, creados hasta la actualidad, permiten ofertar la acreditación de sus competencias al 98% del total de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

En todos los casos, el Manual de Competencias Profesionales resultante para cada especialidad y categoría profesional, está estructurado en 5 bloques y 10 Criterios en torno a las cuales se agrupan las Competencias, Buenas Prácticas y Evidencias especificadas por los Comités Técnicos Asesores. Las Buenas prácticas y Evidencias asociadas a las competencias, recogidas en los Manuales de Competencias, no agotan todas las presentes en un desempeño profesional bueno o excelente, sino que están las que son clave, acordes con los planteamientos estratégicos del sistema sanitario.

Bloque I: el Ciudadano.

1. Orientación al ciudadano: satisfacción, participación y derechos.

Bloque II: la Atención sanitaria integral.

2. Promoción de la salud, prevención y atención comunitaria.
3. Atención al individuo y a la familia.
4. Gestión por procesos asistenciales integrados.

Bloque III: el profesional.

5. Trabajo en equipo y relaciones interprofesionales.
6. Actitud de progreso y desarrollo profesional.
7. Compromiso con la docencia
8. Compromiso con la investigación.

Bloque IV: la Eficiencia.

9. Uso eficiente de los recursos.

Bloque V: los Resultados.

10. Orientación a resultados en el desempeño profesional.

Las evidencias contenidas en los Manuales de Competencias se clasifican en tres grupos:

- Al Grupo I pertenecen aquellas evidencias que contemplan aspectos de la atención del profesional relacionados con los derechos de los ciudadanos, la personalización de los cuidados, los elementos estratégicos del SSPA y del rol asistencial, docente, investigador y gestor de una actuación profesional que progresa hacia la madurez. Un pequeño porcentaje



em parceria com



com o patrocínio científico da



de estas evidencias tienen la consideración de esenciales, por lo que han de cumplirse necesariamente.

- Las evidencias del Grupo II contemplan, con mayor grado de exigencia, los aspectos anteriores y están en relación con una actuación profesional madura y consolidada.
- En el grupo III se incluyen evidencias que convertirían al profesional en un referente para el resto del Sistema.

El Proceso de acreditación consta tres fases:

- Solicitud: La acreditación de competencias profesionales es un proceso voluntario, que se inicia con una solicitud formal que contiene la información mínima necesaria para la identificación del profesional y su lugar de trabajo.
- Autoevaluación: en esta fase, el profesional recopila y aporta una serie de pruebas (revisión de historias de salud, informes de reflexión, informes de práctica clínica y certificados) que le permiten evidenciar un determinado nivel de competencia, que tenía previamente o que ha alcanzado durante el propio proceso de acreditación.
- Reconocimiento y Certificación: una vez concluida la autoevaluación, y según las pruebas aportadas por el profesional, los equipos de evaluadores de la Agencia (expertos en cada disciplina) realizan una evaluación de las mismas. En función de los porcentajes de evidencias evaluadas positivamente, obtenidas de los grupos I, II y III, el resultado podrá ser la Acreditación en Nivel Avanzado, Experto o Excelente. Finalmente, la Agencia emite el Informe de Certificación de Competencias Profesionales correspondiente.

El proceso de acreditación se soporta sobre una aplicación informática en entorno web, ME_jora P, que facilita especialmente la realización de la autoevaluación en cualquier momento, permitiendo la aportación de las pruebas necesarias para alcanzar la acreditación y facilitando la gestión del proceso con total autonomía por parte del profesional. La metodología seleccionada para configurar todo el proceso de acreditación permite a los profesionales conocer con todo detalle las evidencias y pruebas definidas en su Manual de Competencias, elegir aquellas que ya cumplen o que pueden alcanzar durante el propio proceso (hasta alcanzar el porcentaje requerido), decidir la duración, el orden o el ritmo de su autoevaluación, y comunicarse permanentemente con la Agencia.

Durante todo el proceso, el profesional cuenta con diversas herramientas de apoyo, entre la que destaca la figura del Tutor-guía: un profesional de la Agencia que le acompaña durante todo su proceso de acreditación.



em parceria com



com o patrocínio científico da



Mesa Redonda - Poder nas Organizações de Saúde- O Enfermeiro Gestor na Tomada de Decisão Política e Estratégica

Enfº José Ribeiro (CHTS)- Situação em Portugal

Portugal nos últimos anos tem vivido o efeito da crise económica e social de forma severa, tendo fortes repercussões na saúde e no seu / nosso sistema de saúde.

Esta crise que, para além dos constrangimentos financeiros e centralidade financeira, tem associado outros factores que nos obrigam agir, a falta de crescimento do Produto Interno Bruto, a evolução demográfica, as alterações nos dados epidemiológicos, os direitos dos utentes, a situação das profissões e a saúde na Europa e a necessidade de regulação.

A política de saúde, o financiamento do sistema, a gestão de recurso e a prestação / consumo em saúde são hoje os principais pilares de análise porque, sem dúvida, são os principais problemas do sector da saúde. Tal situação, obriga-nos a discutir com mais intensidade e a procurar urgentemente respostas, nomeadamente para a incipiente gestão de recursos em saúde e a incorrecta prestação e consumo de saúde.

Nessa procura de respostas, os enfermeiros gestores são hoje desafiados, dado a necessidade de cumprir a Lei (nomeadamente a relativa à Administração Pública, Estatutos das Instituições e das Carreiras), e do seu “poder” / papel nas organizações de saúde, a assumir adequadamente papéis de acordo com o nível de gestão e competências.

Sendo Gerir “a capacidade de fazer coisas através dos outros”, tem associado o saber liderar, motivar e tomar decisões. Estes atributos são determinantes para o sucesso de um enfermeiro gestor. Os desafios, os problemas e as oportunidades exigem os referidos atributos.

Dos vários desafios que os enfermeiros gestores de topo têm que assumir e tomar decisões, podemos sintetizar e referir os seguintes:

- Tornarem o Planeamento estratégico de Enfermagem visível e articulado com o Institucional;
- Diminuir a distância entre os Enfermeiros que comandam, planeiam e dirigem, e a sua maioria os Enfermeiros prestadores de cuidados;
- Contribuir para reduzir a burocracia da Instituição e a sua lentidão para tomar decisões, que passará por uma estratégia redução na força do trabalho, redesenho organizacional e sistémica: com redução de tarefas, funções que não produzem o valor esperado, simplificar a estrutura organizacional, Criar uma estrutura ágil, produtiva e inovadora e Transferir recursos para a prestação de cuidados;
- Um novo papel na liderança que inclua: Visão de Processos; Adaptabilidade; Negociação; Empreendedorismo; A remuneração do trabalho; O local de trabalho; Trabalho e aprendizagem;
- Assumir inovação e contribuir para a sustentabilidade financeira;



em parceria com



com o patrocínio científico da



- Ser o pilar da organização dos cuidados de enfermagem;
- Envolverem-se mais nas tomadas de decisão;
- Dominar os sistemas de informação e metodologias de gestão;
- Desenvolver formas de gerir todos os que interferem na cadeia de valor;
- Combinação eficiente de profissões;
- Assumir a utilização do processo de gestão de risco e os Padrões de qualidade em enfermagem;
- Gerir em modelos organizativos e de gestão que tenham o cidadão no centro do sistema;
- Gerir numa situação em que o cidadão tem uma atitude pro-ativa face às possibilidades de diagnóstico e tratamento;
- Desenvolvimento de capacidade de resposta à mudança;
- Ser visionário, líder e com domínio de metodologias de gestão (Planeamento estratégico, planear adequadamente as respostas, promover o trabalho em equipa, gerir mudanças, atribuir valor à produção de cuidados de enfermagem e preparar-se para as novas necessidades e competências);
- Saber gerir as imensas variáveis na “teia” em que está envolvido;
- A aceleração das mudanças observadas nos diferentes domínios do mundo organizacional exigem flexibilidade e elasticidade permanentes dos enfermeiros;
- Sendo a vantagem competitiva obtida através dos recursos humanos (entenda-se em particular, com os enfermeiros) convém sublinhar nestes desafios a definição adequada da política de recursos humanos, onde se inclui a avaliação de desempenho e as remunerações fixas e variáveis.
- É necessário re-formar os colaboradores em novas competências;
- Promover e liderar recursos humanos capacitados e combinação de competências no mercado do trabalho da saúde;
- ☐ Devem alinhar os objetivos individuais com os organizacionais, manter os colaboradores motivados para o trabalho para alcançar os objetivos traçados e desta forma tornar a empresa competitiva.
- ☐ A avaliação de desempenho deve ser sustentada em objetivos e indicadores de qualidade. Deve ser sistemática, Periódica e qualificada. Permite ao enf.º gestor conhecer o potencial da equipa, melhorar a comunicação, motivar os colaboradores, fazer levantamento de necessidades de formação,...
- ☐ Devem ser projetados sistemas de recompensa capazes de aumentar o comprometimento das pessoas nos negócios da organização;
- ☐ Recompensas intrínsecas (não monetárias) e recompensas extrínsecas (monetárias);



em parceria com



com o patrocínio científico da



No Brasil, nas décadas de 60 e 70 o contexto organizacional em saúde focava as necessidades institucionais e o enfermeiro as competências técnico científicas; na década de 80 a instituição objetivava os resultados institucionais e o enfermeiro passava a considerar as competências sócio-educativas; na década de 90 as instituições consideravam o capital humano e o enfermeiro passava a avaliar as necessidades do líder e liderados. No 3º milênio as instituições buscam inovações e ajustes de tecnologias e os enfermeiros o desenvolvimento de competências ético-políticas. Assim, trabalhar o poder disciplinar no cotidiano organizacional obriga o enfermeiro a refletir sobre:

- A regulamentação como um instrumento eficaz de poder, visto que define a “normalidade” em termos de comportamento. Dessa forma, homogeneiza a todos permitindo o julgamento, a classificação, comparação e hierarquização dos comportamentos individuais e coletivos.
- O poder como um instrumento gerencial que se expressa por políticas, leis e regras aparentemente impessoais que referendam e garantem o poder do grupo dominante.
- As decisões das organizações que sofrem as pressões dos jogos políticos que são articulados com interesses externos à organização.
- As formas manifestas de poder e dos mecanismos que o legitimam que desvelam a relação entre o poder e a cultura, pois o caráter do poder passa a ser “relacional” concretizado nas práticas assistenciais.
- O poder que está embutido nos padrões culturais vigentes; que atinge todas as dimensões da organização; todos os níveis da estrutura formal, chegando até aos agentes organizacionais que usam e manipulam o poder nas disputas de interesses e influências.
- O fato que é por meio das práticas disciplinares que se dá a manifestação do poder.

Nessa perspectiva o Trabalho em Grupo como dinâmica de trabalho do enfermeiro passa, obrigatoriamente, a avançar para o Trabalho em Equipe de Enfermagem e Equipe multiprofissional. Para este avanço o enfermeiro tem que refletir sobre os elementos que compõem as duas possibilidades.

Esquema de trabalho em grupo



em parceria com



com o patrocínio científico da



- Relações de poder desiguais; Somatória do trabalho individual; Integração tênue devido á distância entre os projetos grupais; Existência de vácuos relacionais; Articulação frágil uma vez que não há propósito comum e metas consensuais; Coordenação perene; Avaliação de desempenho individual.

Esquema de trabalho em equipe Relações de poder igualitárias

- Sinergia positiva no resultado do trabalho; Integração fortalecida pela interdependência entre os agentes; Complementariedade dos processos de trabalho; Articulação entre os projetos individuais e coletivo; Articulação e integração no relacionamento inter-pessoal; Coordenação alternada entre os membros da equipe; Avaliação de desempenho coletivo.

Outro aspecto importante a ser considerado nas transformações organizacionais diz respeito ás necessidades de mudanças que ocorrerão na instituição de saúde para a adaptação à nova realidade. Assim o enfermeiro deve refletir sobre as mudanças na estrutura forma e informal das organizações:

Na estrutura formal

- O organograma mostra achatamento da pirâmide hierárquica; O agrupamento das atividades se dá por projetos e não mais por departamentalização; Há a implementação do trabalho em equipe multiprofissional; O papel de coordenador de projeto é intercambiado entre os diferentes membros da equipe; As propostas de trabalho, o monitoramento das atividade e a avaliação de resultados são implementados pela equipe; A equipe encaminha relatório das atividades desenvolvidas; A capacitação profissional se dá de forma permanente.

Na estrutura informal

- As relações de poder são simétricas entre os diferentes membros da equipe; As relações são de ajuda mútua e de compartilhamento entre membros da equipe e entre equipe e usuário(s); As relações pessoais e profissionais são perpassadas por princípios éticos; As decisões são consensuais e resultantes de reflexão conjunta.

Estas reflexões é que permitem ao enfermeiro rever o seu cotidiano de trabalho, a se perceber como importante agente de mudança, e a se relacionar na mesma sintonia de poder com os demais profissionais.



em parceria com

com o patrocínio científico da

En España, han tenido que pasar más de 20 años para que se actualice la regulación de la actividad de las enfermeras, a través de la promulgación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesion Sanitarias. La nueva Ley de 2003, regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Esta Ley, junto a otros eventos de carácter normativo a nivel nacional y europeo, ha trazado nuevos rumbos para el desarrollo de la profesión enfermera en España, que se sintetizan en este documento.

1. La definición del campo de trabajo de la profesión.

A partir de la Ley de Ordenación de las Profesion Sanitarias, se define el campo de trabajo de la Enfermera: Corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

2. El nuevo Título de Grado.

Con el objetivo de desarrollar el Título de Grado adaptado al Espacio Europeo de Educación Superior surgido de la Declaración de Bolonia, en España en 2004 se elaboró el llamado Libro Blanco, en el que participaron prácticamente todas las universidades españolas y 2.200 enfermeras clínicas, gestoras y docentes. En la actualidad, la Formación de Pregrado proporciona el Título Oficial de Enfermera. A partir de esta titulación, la enfermera puede progresar a través de la vía de la Formación Especializada (logrando un título de Enfermera Especialista), o a través de la vía de la Formación de Postgrado (realizando un Máster que le permite acceder al Doctorado en Ciencias de la Salud).

3. El reconocimiento de un sistema de desarrollo profesional

A partir de la nueva legislación, en España el desarrollo profesional de las enfermeras puede alcanzarse por varias vías, entre ellas la Especialización y la Práctica Avanzada.

3.1. La Especialización.

En 2005, el nuevo Decreto sobre Especialidades de Enfermería en España reconoce las siguientes Especialidades:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Enfermería de Salud Mental.
- Enfermería Geriátrica.



em parceria com



com o patrocínio científico da



- Enfermería del Trabajo.
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.
- Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Enfermería Pediátrica.

3.2. La Práctica Avanzada.

El Modelo de Enfermería de Práctica Avanzada hace referencia a un profesional con un nivel avanzado de práctica, que maximiza la utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero, a fin de responder a las necesidades de los clientes en el dominio de la salud. La enfermera que realiza Práctica Avanzada demuestra un alto nivel de experiencia en la evaluación de situaciones complejas que afecten a individuos, familias, grupos y comunidades, así como en el diagnóstico de problemas de salud reales o potenciales, realizando una amplia gama de actividades prácticas y teóricas basadas en la evidencia científica, que ponen de manifiesto su competencia avanzada. En España y, más concretamente en Andalucía, se han desarrollado 2 Prácticas Avanzadas de gran trascendencia: La Gestión de Casos y la Prescripción Enfermera.

La Gestión de Casos

La Gestión de Casos surge en el año 2002 con el objetivo de mejorar los cuidados domiciliarios de personas mayores, personas con discapacidad y sus cuidadores, ofreciendo atención sanitaria a las personas con elevada complejidad de cuidados, sus familias y cuidadores, con criterios de proximidad y personalización de la atención.

La Prescripción

En 2009 se publica en Andalucía el Decreto 307 de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público. Su objetivo fundamental es la seguridad y el beneficio de los pacientes, desde el reconocimiento de que el ejercicio de la práctica profesional de las enfermeras implica necesariamente la utilización de medicamentos y productos sanitarios. Por lo tanto, las enfermeras pueden:

- Indicar y prescribir los productos sanitarios a los pacientes a los que presten sus cuidados.
- Colaborar con los profesionales médicos y odontólogos en programas de seguimiento protocolizado.

En la actualidad, existen 4 programas en los que la enfermera ha sido autorizada a prescribir, siempre dentro del marco normativo establecido:

- Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes



em parceria com



com o patrocínio científico da



- Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico en pacientes con Anticoagulación Oral
- Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico en pacientes con Riesgo Cardiovascular (antihipertensivos e hipolipemiantes)
- Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico en pacientes con Sedación Paliativa

4. El impulso de la Investigación.

Hasta 1986, en España no había existido una política coherente de investigación. Es a partir de esta fecha cuando aparece la Ley de Fomento y Coordinación Científica y Técnica, conocida como "Ley de la Ciencia", que pretende establecer un marco común para la investigación. Esta nueva Ley abre la investigación al conjunto de profesionales de la salud, dando cabida legal por primera vez a las enfermeras y creándose el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS): la primera institución pública en España dedicada al desarrollo de programas de investigación con financiación pública.

Tras estas 2 últimas décadas, la situación actual de la investigación enfermera en España es alentadora debido al progresivo incremento de las publicaciones en revistas científicas, aumento de la participación en proyectos de investigación financiados y proliferación de Revistas Científicas especializadas en el campo de la Enfermería.

5. La Acreditación de las Competencias Profesionales.

Los grandes cambios que se vienen produciendo en el ámbito sanitario y académico, unidos al desarrollo de las ciencias sociales y las ciencias de la salud, han impactado con fuerza en la esfera laboral, originando cambios importantes en la gestión de recursos humanos, tanto en lo que se refiere a selección y contratación, como al reconocimiento y evaluación del desempeño profesional. La definición de las competencias que deben poseer los distintos profesionales, así como la evaluación de la presencia de éstas en cada puesto de trabajo, han dado lugar al desarrollo de modelos que permitan acreditar o certificar que, efectivamente, un profesional es poseedor de las competencias que requiere para realizar su trabajo, o para realizarlo con determinados niveles de calidad y excelencia.

En España y más concretamente en Andalucía, se crea en 2002 la Agencia de Calidad Sanitaria como entidad certificadora del sistema de acreditación de competencias de los profesionales sanitarios. La Agencia ha creado un Modelo de Acreditación través del cual el profesional revisa de forma sistemática su propia práctica, poniendo de manifiesto un determinado nivel



em parceria com



CESPU
COOPERATIVA DE ENSEÑO
SUPERIOR POLITÉCNICO

com o patrocínio científico da



DGS
desde 1999
Direção-Geral da Saúde

de competencia. La acreditación es un proceso progresivo, con tres niveles posibles de acreditación: Avanzado, Experto y Excelente.

Hasta la actualidad, se han elaborado un total de 78 Manuales para la Acreditación de Competencias, específicos para cada disciplina, especialidad y ámbito de actuación. En estos momentos, son más de 22.000 los profesionales que se encuentran en proceso de acreditación y más del 40% de ellos son enfermeras.

6. La Enfermera Gestora

En España, el modelo actual de dirección de los hospitales y centros de atención primaria parte de las reformas que se produjeron en la década de los 80. Desde entonces, los centros sanitarios públicos tienen 3 direcciones: gestión económica, gestión médica y gestión de enfermería. De este modo, la enfermería asume las responsabilidades al mismo nivel de dirección que otros responsables organizativos. Pero además, en Andalucía, numerosos Centros de Salud, Hospitales, Direcciones Generales, Direcciones de Planes Integrales, etc. están dirigidos por enfermeras.

La enfermera que realiza el papel de gestora debe guiar sus actividades a partir de los conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y la política. Las teorías y los principios relativos a estas disciplinas son necesarias para el adecuado desempeño de la gestión de cuidados en enfermería. Pero además, debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina, de manera que adquiera una visión distinta y específica: LA MIRADA ENFERMERA.



em parceria com



CESPU
COOPERATIVA DE ENSINO
SUPERIOR POLITÉCNICO
P/ UNIVERSIDADEZEM FCM

com o patrocínio científico da



A Prática Baseada na Evidência é um processo através do qual os enfermeiros tomam decisões clínicas usando a melhor evidência científica disponível, a sua experiência clínica e as preferências do cliente/família, num determinado contexto e com os recursos disponíveis (1). “Fazer bem as coisas certas” e não causar dano é uma preocupação que acompanha os enfermeiros desde os primórdios da Enfermagem Profissão, com Florence Nightingale, porém o movimento da Enfermagem Baseada na Evidência é relativamente recente, seguindo o movimento da Prática Baseada na Evidência iniciado na Medicina na década de 90 do século 20.

A Prática Baseada na Evidência envolve uma série de etapas, comuns a todas as áreas em que a mesma se desenvolve, e que passam pela a) definição de uma pergunta, que surja da prática clínica, b) planeamento e realização da revisão da literatura, utilizando estratégias de pesquisa sistemáticas e bases de dados relevantes, c) avaliação crítica da documentação obtida, com recurso a instrumentos de avaliação adequados ao tipo de material obtido, d) integração da evidência na prestação de cuidados e, finalmente, e) avaliação de todo o processo (1).

A evidência, nomeadamente a que emerge de estudos de investigação metodologicamente adequados, rigorosos e clinicamente relevantes para responder a questões prementes, vem demonstrando consistentemente que enfermeiros mais qualificados, e em número adequado, contribuem para melhores resultados no que concerne à qualidade em saúde e segurança do doente, menos infeções, menos erros de medicação, menos quedas, e conseqüentemente com hospitalizações mais curtas e com menor mortalidade (2, 3).

A formação dos enfermeiros, dotando-os de competências para aceder ao conhecimento produzido, utilizando o pensamento crítico para tomar as melhores decisões, com os recursos disponíveis, é um desafio contemporâneo dos Educadores de Enfermagem e um requisito ético dos Enfermeiros Clínicos, para assegurar que os clientes recebam cuidados de qualidade, garantidos pelas instituições reguladoras da profissão, como a Ordem dos Enfermeiros ou o Conselho Internacional de Enfermeiros (4).

Nesta comunicação percorreremos as diferentes etapas da Prática Baseada na Evidência, uma metodologia requerida para um desempenho das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, exigidas aos enfermeiros generalistas e especialistas.

Referências bibliográficas

- (1) CULLUM N, CILISKA D, HAYNES, R, MARKS S (Ed) - Enfermagem Baseada em Evidências. Uma introdução Porto Alegre: Artmed, 2010, 7, pp.32-41



em parceria com



CESPU
COOPERATIVA DE ENSENO
SUPERIOR POLITÉCNICO

com o patrocínio científico da



DGS
desde 1899
Direção Geral da Saúde

- (2) PEDREIRA, M. - Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. Acta Paulista de Enfermagem, 2009, 22, pp 880-881
- (3) AIKEN et al - Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. The Lancet, 2014, 383 (9931), pp 1824 - 1830,
- (4) CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – Combater a desigualdade: Da evidência à ação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012



em parceria com



CESPU
COOPERATIVA DE ENSEINO
SUPERIOR POLITÉCNICO
POLITÉCNICO DE PORTO

com o patrocínio científico da



DGS
desde 1899
Direção-Geral da Saúde

Ao assumirmos no 1º Congresso da APEGEL (2009), “a segurança do doente como o nosso objectivo fundamental, assumimos um compromisso com o cidadão respeitando a cidadania e o interesse público, na perspectiva do SNS enquanto estrutura organizacional de resposta às necessidades em saúde da sociedade portuguesa, garantindo que os enfermeiros que gerimos, responderão na excelência do cuidar, nas condições do exercício nas respostas competentes e eficazes às necessidades complexas de todos os contextos em que exercemos”.

O trabalho desenvolvido desde então, tem visado por um lado o aprofundamento e consensualização das competências do enfermeiro gestor e por outro, um contínuo laboral no sentido de uma verdadeira aceitação por parte do órgão regulador da profissão destas mesmas competências.

Tal como então consensualizamos, mantemos a convicção de que 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 que cuidamos, enquanto pivô que garante a efectividade na proximidade dos cuidados prestados, na liderança dos projectos e nas condições para uma prática adequada.

Assim, faz-nos todo o sentido, que Cuidados Seguros resultam de Organizações Seguras, Conhecimentos Seguros, Dotações Seguras e Práticas Seguras.

Que por sua vez contextualizam e explicitam as dimensões e respectivas competências.

Importa pois desenvolver o que entendemos e defendemos para estes quatro pilares que deram origem às quatro dimensões que explicitam as competências que a APEGEL apresentou, consensualizou com os enfermeiros e defende junto do órgão de regulação da profissão, a Ordem dos Enfermeiros.

Falar sobre organizações seguras na saúde obriga-nos a um exercício contextualizador, que percorre a evolução das sociedades, do conceito de saúde e doença, e que se repercute na organização dos serviços de saúde e na prática gestonária dos Enfermeiros.

Nas sucessivas tentativas de reforma do sistema de saúde, as organizações de saúde têm sido alvo de experimentação de mudanças, visando a melhoria da acessibilidade dos cidadãos a cuidados de saúde de qualidade, a contenção de custos e a rentabilização dos recursos existentes.



em parceria com



com o patrocínio científico da



No entanto, este percurso não tem sido dotado de continuidade, as oscilações das agendas políticas, de um ciclo político para outro, são compreensíveis e inevitáveis e são influenciadas pelo movimento de globalização que encerra em si mesmo, um contínuo desafio à mobilidade dos recursos produtivos (financeiros, humanos e tecnológicos).

A crise dos sistemas políticos, constatada pelo crescente desinteresse dos cidadãos pelos processos políticos, a capacidade da governabilidade na globalização lança desafios na procura de formas mais efectivas de governação (governance) da saúde.

Neste contexto, a falta de confiança impera, a percepção de falta de continuidade dos órgãos de decisão induz atitudes negativas face à mudança, adiando a sua concretização.

As organizações na sociedade moderna, são o palco privilegiado, representando um importante fenómeno, quer pela sua complexidade, impacto económico e social ou ainda pela influência que exercem na vida das pessoas.

Várias são as formas de as caracterizar, no entanto, na sua essência todas as definições apontam para um sistema de interdependências, o produto da integração dos membros que as compõem, o resultado das mais diversas personalidades que nelas interagem, com os seus valores e crenças, possibilitando ao grupo a construção de uma identidade própria.

As organizações de saúde concebidas quase exclusivamente em função das necessidades dos cidadãos, são um palco privilegiado, representando um importante contexto, quer pela sua complexidade, impacto económico e social e ainda pela influência que exerce na vida das pessoas (utentes, profissionais).

Entre a organização e os seus membros (profissionais e utentes), entre profissionais que nele interagem, entre membros de uma mesma profissão, e entre estes e os utentes, muitas vezes caracterizadas pela obtenção de poder pelo poder, em vez de, como um bem comum que é mandatório partilhar, com vista à obtenção da eficiência e eficácia do sistema.

Neste contexto, é necessário um ambiente que reforce o sentido de pertença que os profissionais da saúde e fundamentalmente os enfermeiros, têm em relação às suas organizações e a confiança do cidadão ao seu sistema de saúde.

Neste processo o poder, o poder organizacional assume-se como uma questão central.

Os estudos do poder nas organizações vão desde a análise baseada no indivíduo (poder diádico) até a uma abordagem macro (poder organizacional), passando por abordagens intermédias (poder social e grupal).

Diferentes análises e pontos de vista são sugeridos.

em parceria com

com o patrocínio científico da



Como é sabido nas organizações de saúde, a grande maioria dos serviços prestados tem a contribuição dos enfermeiros, que se constituem como o seu maior grupo profissional, embora o seu trabalho nem sempre seja visível e reconhecido. Esta situação, induz um sentimento de desvalorização do seu papel na cadeia de cuidados, e consequentemente a um afastamento destes profissionais no envolvimento e partilha dos objectivos organizacionais.

No contexto da enfermagem, se por um lado, o conceito de poder, está associado com a organização hierárquica e à autoridade da liderança, em que uma pessoa restringe a liberdade de acção da outra, por outro ter poder, no sentido de ter autonomia para executar o trabalho, faz parte da definição de profissão e da imagem profissional. A capacidade para determinar e executar os cuidados segundo a perspectiva profissional de enfermagem é importante e inquestionável no quotidiano dos enfermeiros. Um exercício profissional autónomo impõe para além dos conhecimentos científicos, a tomada de atitudes caracterizadoras da individualidade autónoma. Os conceitos de autonomia individual e profissional complementam-se e interpenetram-se. Um individuo só pode dispor de autonomia quando possui o poder de controlar o seu próprio trabalho e decorrente deste controlo é que pode ser responsável pelas acções que desencadeia.

Neste contexto a adopção do Modelo do Programa Magnet, defendido pela American Nurse Credentialing Center (ANCC), uma vez que um dos seus componentes é o Empowrment Estrutural.

Questão central e que em nosso entender enforma o conceito de Organização Segura é o conceito de poder, a forma como este é exercido e como se processa a atribuição de poder dentro da organização.

A nossa perspectiva apoia-se na teoria do poder estrutural das organizações (Roseth Kanter), em que o termo está associado à delegação de poder e o tema é a oportunidade para a acção. Assim sendo o poder é determinante estrutural, ou seja, a capacidade das organizações para aumentar/ atribuir o poder dos trabalhadores na organização.

Kanter defende que atribuição de poder é originada a partir de 3 fontes distintas: o poder formal, o poder informal e o acesso a certas estruturas organizacionais.

O poder formal, consiste nos requisitos inscritos na sua descrição de funções, que influencia o controlo sobre a direcção da energia e dos recursos: flexibilidade, visibilidade e relevância (centralidade).



em parceria com



com o patrocínio científico da



O poder informal é a soma dos relacionamentos que a pessoa tem dentro da organização. Tal como o poder formal, é uma forma de visibilidade que realça as actividades individuais relacionadas com o trabalho. Relacionamento com patrocinadores ou postos elevados dentro da organização, pode oferecer o suporte necessário para o desenvolvimento de actividades inovadoras, que não aconteceria se, se seguisse as linhas tradicionais.

As estruturas organizacionais, as quais Kanter afirma serem as mais importantes para o desenvolvimento da atribuição do poder, são: ter acesso à informação, receber suporte, ter acesso aos recursos necessários para executar o trabalho e ter oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento.

Kanter (1993) descreve três elementos essenciais do relacionamento individuo/organização - oportunidades, poder e proporção, mantendo que a atribuição de poder é o resultado do acesso a estas estruturas dentro da organização e que este acesso capacita o trabalhador para um melhor desempenho

Assim, em nosso entender a teoria do poder estrutural das organizações de Kanter é o modelo para a nossa definição de Organização Segura, ou seja, aquela que proporciona aos seus trabalhadores/profissionais informação, recursos, suporte e oportunidades, que os levem a melhor desempenhar as suas funções, garantindo a satisfação e segurança dos usuários, que no nosso caso serão os doentes.

A assunção deste modelo, é que a estrutura organizacional ou individual, localizada no sistema formal e informal, influencia o acesso às estruturas determinantes do comportamento nas organizações. Os determinantes do poder são operacionalizados como acesso aos recursos, informação, oportunidades e suporte.

O entendimento é que o relacionamento entre estas estruturas tem um efeito positivo nos profissionais, culminando em resultados igualmente positivos, tanto a nível pessoal como organizacional.

Estes resultados positivos serão traduzidos em acções ou atitudes concretas, pessoais - respeito e confiança, empenhamento organizacional, eficácia, autonomia/controlo sobre a prática, satisfação profissional - e organizacionais - aumento da produtividade e satisfação dos clientes/doentes.

Assim sendo e para terminar em nosso entender uma organização segura é aquela que é capaz de determinar segurança do sistema produtivo, dos profissionais, dos cuidados e fundamentalmente **SEGURANÇA DOS DOENTES**.



em parceria com



com o patrocínio científico da



Abordar a segurança do doente, apresenta-se atualmente como uma componente estruturante da Qualidade em Saúde, de grande relevância nas últimas décadas, tanto para os doentes e seus familiares que desejam sentir-se confiantes e seguros, como para os profissionais de saúde, cuja missão principal consiste na prestação de cuidados com elevado nível de excelência.

Hoje, as iniciativas em torno desta temática consistem mais em iniciativas organizacionais e uma abordagem de sistemas enquadradas numa cultura local de segurança, do que em esforços centrados nos agentes diretos da prestação.

A “segurança é considerada uma dimensão chave da prestação de cuidados, e resulta de um conjunto de atitudes, valores, competências e nas boas práticas dos profissionais de saúde e na implementação de medidas do próprio sistema em si”, Aranaz e Kelley (2007)

É crucial implementar mudanças que promovam uma cultura de segurança e tornem todas as atividades de cuidados aos doentes, desde a sua entrada, até à saída do sistema seguras e redutoras de risco. Todo este processo é fundamental dado que todas as intervenções se centram no indivíduo/ família / comunidade.

A prestação de cuidados de saúde envolve riscos para os doentes/utentes, riscos para os profissionais e riscos também mesmo para os gestores. Todos estes riscos são de natureza e montante diversos, mas nenhum deles deverá ser negligenciável.

É indubitável que sempre que ocorra um incidente na prestação de cuidados, crie uma preocupação constante para os profissionais pois a sua atuação deverá incidir numa filosofia de boas práticas, com o objetivo de proteger a saúde e vida dos utentes, que se encontram numa fase mais vulnerável das suas vidas.

Reportando aos ACeS, (Agrupamentos de Centros de Saúde) tema fulcral desta apresentação, a política da adoção de Boas Práticas torna-se cada vez mais um imperativo na prática clínica diária.

A nível dos CSP, a temática, segurança dos doentes, não tem sido incluída nas prioridades de quem organiza e presta cuidados, mas é imperioso nos dias de hoje envolver todos numa dinâmica de ações no sentido de propor mudanças e adotar medidas que contribuam para a segurança dos utentes e favoreçam a melhoria da qualidade dos cuidados, através das boas práticas.

Para isso são desenvolvidas determinadas atividades que evidenciam o conceito de boas práticas e práticas seguras. Nos CSP, a prestação de cuidados tem que se orientar por uma conceção integral da saúde e prevenção da doença, que implicam a prestação de cuidados baseados na melhoria contínua e evidência científica. Melhorar a segurança do doente requer



em parceria com



com o patrocínio científico da



inevitavelmente mudança, vontade, esforço, persistência, com implicações concretas na prática clínica.

Os ACeS através das diversas Unidades Funcionais, prestam diariamente cuidados ao utente família e comunidade sendo para isso importante a uniformização de boas práticas por todos os elementos necessitando de manuais, normas instituídas, diretrizes a serem aplicadas, NOC's a serem implementados de modo a tornarem-se em instituições promotoras de boas práticas. Com a reorganização dos CSP foram introduzidos alguns conceitos que fomentam de forma direta a aplicação de práticas seguras. São eles:

- A Governação Clínica, conceito atual da nova Reforma dos CSP é defendida por Campos (2009) “um quadro através do qual as organizações prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis pela melhoria contínua dos seus serviços e pela garantia de elevados padrões de qualidade, criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados”.

O papel da governação clínica num ACeS é fomentar a adoção de medidas adequadas, se possível a um menor custo. Consiste num sistema através do qual as organizações são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e a garantia de elevados padrões de atendimento, criando um ambiente de excelência de cuidados clínicos.

- Outro conceito importante é a Contratualização. O aperfeiçoamento deste processo e o desenvolvimento de ferramentas adequadas ao bom desempenho em todas as unidades de saúde prestadoras de cuidados constitui também um exemplo para a adoção de boas práticas. A contratualização consubstancia-se, numa primeira fase, na negociação de um conjunto de objetivos associados ao desempenho das unidades funcionais resultando daí um compromisso entre ambas as partes - administração em saúde e prestadores de cuidados de saúde, (Beja 2010).

- O processo de Acreditação baseia-se num processo de certificação através do qual se verifica e analisa de que forma os cuidados de saúde são prestados ao cidadão, estão de acordo com os padrões da qualidade definidos, tendo como objetivo identificar e impulsionar a melhoria contínua ajudando as unidades prestadoras de cuidados a aproximar-se de níveis de excelência organizacional.

Destaca-se a necessidade de ao nível dos CSP de dinamizar uma cultura de qualidade que permita a prestação de cuidados de saúde com e de melhor qualidade, através da aplicação de medidas de boas práticas. Promover a reflexão em torno desta temática, torna-se numa preocupação atual. Através das diversas comissões constituintes no ACeS dá-se cumprimento às estratégias necessárias para a implementação das práticas seguras.

1. Precauções básicas do controlo da infeção:

- a. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis;
- b. Higienização das mãos;
- c. Recolha segura de resíduos;



em parceria com



com o patrocínio científico da



- d. Descontaminação do equipamento clínico;
- e. Higienização de instalações e equipamentos: Manual de procedimentos;
- 2. Processos de certificação das Unidades de Saúde familiar (USF).
- 3. Comissão da Qualidade e Segurança:
 - a. Aplicação de questionários de satisfação dos utentes;
 - b. Aplicação de questionários de satisfação dos profissionais (em fase de implementação);
- 4. Projetos no ACeS BV:
 - a. Padrões da Qualidade “Registos com linguagem CIPE na Consulta de Enfermagem de Saúde Materna”;
 - b. Projeto de Boas Práticas “ Juntos no Cuidar”;

A cultura de segurança define-se na prática como o “ modo como se fazem as coisas num dado local de atuação e é, verdadeiramente o coletivo de valores, perceções e atitudes de um grupo, no que respeita à segurança. Esta cultura reúne os valores, as crenças e os comportamentos partilhados por todo um grupo de pessoas que fazem com que o elemento mais importante para a segurança - o staff – se comporte adequadamente num sistema corretamente com o apoio organizacional, processual, informático adequado.

A cultura de segurança pressupõe uma boa comunicação entre a gestão e o pessoal, facto que elevará a moral e mesmo a produtividade. Além disso é um ótimo investimento e reduz os custos.

Seria primordial que as Instituições de Saúde, promovessem maiores níveis de segurança para os seus utentes e profissionais de saúde, favorecendo a comunicação, controlando e uniformizando procedimentos, e implementando protocolos de atuação e estratégias de atuação para um fim ultimo, - as práticas seguras -.



em parceria com

com o patrocínio científico da

Cuidados de qualidade implicam a aplicabilidade de elevados níveis de segurança do doente.

De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde a avaliação da segurança do doente é efetuada segundo duas óticas; avaliação de procedimentos de segurança e avaliação de eventos adversos.

Em relação aos procedimentos são categorias de avaliação; Cultura de segurança, Identificação dos doentes, Comunicação e informação, Medicação de alta vigilância, Cirurgias seguras e os Riscos.

Quanto aos eventos adversos, colhidos através dos registos e dados que, após análise, permitem identificar indicadores de qualidade do serviço prestado, tais como; Mortalidade em GDH de baixa mortalidade, Úlceras de pressão de estado III e IV, Infecção nosocomial, (associada a cateter central), Fractura da anca no pós-operatório, Deiscência da sutura, Perfuração ou laceração accidental (...).

As instituições de saúde tem pela frente um enorme desafio. A necessidade de formação e sensibilização dos profissionais, para esta problemática, implica mudanças estratégicas onde a motivação e a alteração de pensamento exigem esforço e criação de grupos multidisciplinares.

A segurança do doente tem implícita a prevenção, antecipação do problema e uma avaliação dos riscos.

O cidadão tem direito a cuidados de saúde de excelência e como é do conhecimento o “sector da saúde é uma área de alto risco decorrentes do tratamento e na da doença, podem levar á morte, a danos graves, a complicações e ao sofrimento do doente”(Ordem dos Enfermeiros,2005).

Os enfermeiros são os profissionais que se encontram vinte e quatro horas com o doente e os grande prestadores de cuidados nas diversas situações. Aderir de forma inequívoca as recomendações de segurança do doente emergem da pratica de enfermagem.

O enfermeiro gestor é um promotor da segurança do doente através da adopção de uma cultura de segurança e melhoria de qualidade continua.



em parceria com

com o patrocínio científico da

As convulsões socioeconómicas da sociedade moderna, nos últimos 10 – 15 anos, a que os políticos convencionaram chamar “crise”, quiçá uma forma politicamente conveniente para justificar as incongruências da condução estratégica dos estados, o que, para mal de todos nós, veio desembocar na situação actual, tem tido como “alvo privilegiado das soluções políticas”, o preço do trabalho, o que, articulado com o valor social atribuído às profissões, pode concorrer para a destruturação que se vai vivendo em algumas áreas.

Esta política de desvalorização das profissões tem, certamente um forte impacte naquelas que, pela sua natureza mais ou menos subjectiva, apresentam maior dificuldade em quantificar a sua importância no contexto da área de intervenção. É assim com a enfermagem, em que o impacte da sociedade moderna, aliado à exigente formação e elevada qualidade profissional impõem uma expressão mais objectiva e mensurável do contributo dos cuidados de enfermagem na saúde dos cidadãos.

Para responder às novas e exigentes estruturas organizacionais, e sobretudo às complexas necessidades das sociedades modernas, a profissão deve mudar o enfoque da sua estratégia, concentrando-se numa visão mais sistémica, de forma a promover a interdisciplinaridade e a complementaridade intrínsecas à eficácia nos cuidados de saúde.

Numa entrevista publicada no Nursing Economics (Março/Abril 2002) Linda Aikens afirmava que a adequação das equipas de enfermagem às necessidades dos doentes se faz reflectir nos resultados obtidos na saúde das pessoas. Essa adequação das equipas iria permitir aos enfermeiros “ter tempo” para os doentes, melhorando a relação com estes e com a equipa e “ter tempo” para discutir e planear os cuidados com outros enfermeiros, para assim melhor adequar as repostas às necessidades dos doentes.

Em 1978 o Department of Health , Education and Welfare, referido por GIOVANNETTI apresenta o conceito de dotação de enfermeiros (nurse staffing) envolvendo “ a provisão da quantidade e do tipo apropriado de pessoas capacitadas com os requisitos de competências necessários a cuidar o maior numero de doentes com o melhor custo-eficiência e humanidade, com vista aos resultados desejados nos doentes e á satisfação dos profissionais . É norteados por este conceito que procuramos fazer uma análise da literatura acessível, publicada nos últimos cinco anos e que reporte a relação entre a efectividade do conceito e os resultados esperados.

Em estudos recentes tem sido demonstrado o valor dos cuidados de enfermagem e o seu impacto na saúde das pessoas. AIKEN, L demonstrou existir uma relação directa entre a

em parceria com

com o patrocínio científico da



dotação de enfermeiros e a taxa de mortalidade. Também NEEDLEMAN, J evidenciou a relação existente entre as horas de cuidados de enfermagem disponibilizados e os melhores cuidados de enfermagem prestados através de um estudo em que identificou uma clara evidência desta relação entre as horas de cuidados e um conjunto de variáveis características do risco de eventos adversos nos hospitais.

A investigação tem demonstrado, na generalidade dos países desenvolvidos, que existe uma relação entre a dotação dos recursos de enfermagem e o resultado dos cuidados prestados aos utentes. A dotação de enfermeiros, tal como definido por GIOVANNETTI (1978) , é aqui entendida enquanto “a quantidade e tipo de pessoal necessário para a prestação de cuidados a doentes ou clientes”. Também a American Federation of Teachers (1995) define dotações seguras como “ a disponibilidade, em todas as alturas, de uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que vai ao encontro das necessidades de cuidados dos doentes, mantendo condições de trabalho isentas de risco”. Qualquer análise norteada por estas duas definições impele-nos na procura do entendimento da relação entre dotações de enfermagem e resultados obtidos na saúde dos utentes, tendo em consideração a segurança dos cuidados prestados.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) ao constatar a relevância das intervenções de enfermagem na quantificação dos ganhos em saúde, afirma a importância de uma gestão eficiente do grupo profissional da enfermagem, ao mesmo tempo que, em conjunto com a European Forum of National Nursing and Midwifery Associations (EFNMA), reconhece que a carência de recursos de enfermagem constitui um dos factores que mais interfere directamente na garantia da segurança das pessoas , evidenciando a associação directa e crescente entre a dotação de enfermeiros e a ocorrência de eventos adversos, como as quedas, erros de terapêutica, infecções nosocomiais e readmissões hospitalares.

De acordo com o Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN), em 2006, num amplo estudo efectuado por AIKENS, CLARKE, SLOANE, SOCHALSKI e SILBER , foram recolhidos e analisados dados de 10.184 enfermeiros e 232.342 doentes submetidos a cirurgia. Os resultados alcançados demonstram para que cada doente adicional, por enfermeiro, com uma carga de quatro doentes, está associado a um aumento de 7% na probabilidade de morte no intervalo de 30 dias após a admissão e a um aumento de 7% na probabilidade de insucesso na reanimação. Segundo a mesma fonte, uma análise sistemática conduzida num outro estudo confirmou que as dotações adequadas estão associadas a uma menor mortalidade dos doentes internados e a menor demora média no internamento hospitalar. LANG, HODGE, OLSON, ROMANO & KRAVITZ (2004) e PERSON et al (2004) avaliaram a associação entre as dotações de enfermeiros e a mortalidade hospitalar entre doentes com enfarte agudo do miocárdio, tendo sido verificado que os doentes tratados em ambientes com dotações mais

em parceria com

com o patrocínio científico da



elevadas de enfermeiros tinham uma menor probabilidade de morrer durante o internamento.

Também em Portugal, num estudo realizado em três hospitais de Lisboa, com uma amostra de 1.669 doentes, num total de 47.783 admissões, durante o ano de 2009 e dirigido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e publicado em 2011 refere como principal resultado que 21,9% dos processos analisados apresentavam pelo menos 1 dos 18 critérios de positividade (indicação de Evento Adverso (EA)), sendo que a taxa de incidência de EA foi de 11,1%, e desses 53,2% foram considerados eventos evitáveis.

Na sua tese de mestrado, CANDEIAS, A (2003) , com um estudo de caso, epidemiológico, realizado num hospital do médio Tejo, sugere a relação entre as horas de cuidados de enfermagem e os resultados observados nos doentes, concluindo que os piores resultados observados nos doentes estão associados com os maiores níveis de dependência em cuidados de enfermagem e com a maior disparidade entre horas de cuidados necessários (HCN) e horas de cuidados prestados(HCP).

Na realidade quando procuramos estudar as quedas, infecções tracto urinário ou respiratório, aumento da demora média no internamento, ou a taxa de reinternamento ou mesmo a morbilidade e mortalidade num dado contexto / serviço / unidade, temos de relacionar esses eventos com todas as probabilidades causais e, particularmente, com as potencialmente influenciadas pelas intervenções de enfermagem No relatório de Baker (2009) , sobre os eventos adversos nos hospitais do Canadá, apresenta-se uma taxa de incidência dos eventos adversos de 7,5%, muitos deles considerados evitáveis. Anne Page na sua edição do relatório do Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety do Institute of Medicine na national Academy Press assume que "o que os médicos, os doentes, outros prestadores de cuidados e os próprios enfermeiros sabem há muito tempo: o quão bem somos cuidados pelos enfermeiros e como isso afecta nossa saúde, e às vezes pode mesmo ser uma questão de vida ou morte. "

É exactamente por entendermos que a evidência dos estudos a que aludimos pode ser promotora de uma mudança urgente na organização do dispositivo de oferta de cuidados de enfermagem, recentrando-o nas respostas às necessidades das pessoas e na resolução dos problemas vivenciados que nos propomos a este estudo de revisão com o objectivo de clarificar o entendimento sobre as dotações de enfermeiros e a sua importância nos resultados de saúde dos doentes.

Mesa Redonda - A Qualidade no Exercício da Gestão em Enfermagem

Enf^a Irene Cerejeira (CHPVVC) - Os Sistemas de Informação e Indicadores de Gestão Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem

A governação em saúde tem que contar com os contributos da informação documentada pelos enfermeiros e por isso é imperioso que os sistemas de informação em saúde integrem todos os dados relativos aos cuidados de enfermagem.

A relevância dessa inclusão centra-se na importância da continuidade de cuidados, da qualidade dos cuidados numa perspetiva individual e de grupo, da investigação, da formação, dos processos de tomada de decisão e da gestão.

Neste contexto, o Centro Hospitalar Póvoa de Varzim e Vila do Conde (CHPVVC), implementou um sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, fundamentado nos Padrões Qualidade de Cuidados de Enfermagem (PQCE), tendo como instrumentos de avaliação dessa qualidade indicadores de estrutura, processo e resultados. Para tal, cumpriu os requisitos emanados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), nomeadamente, a apropriação dos enunciados descritivos dos PQCE, o recurso a linguagem classificada (CIPE Beta 2), a adoção do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem e as fórmulas de cálculo, previamente definidas no core de indicadores da OE (2007). Foi ainda possível agregar a estes aspetos fundamentais, uma ferramenta informática – *Business Intelligence* - que permitiu a obtenção de dados *on-line*, em tempo real.

Esta metodologia é dinâmica e complementa-se com um sistema de auditorias, para validação da informação documentada pelos enfermeiros, vinculando a fiabilidade dos dados para a produção de indicadores, tornando-a numa sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Permite também ser um instrumento que torne real a comparação de resultados entre serviços e instituições

A enfermagem como disciplina precisa de estar sustentada nos saberes e na evidência da prática. É fundamental que através de sistemas fiáveis, os enfermeiros possam demonstrar que a sua intervenção permite à pessoa tratada, usufruir de cuidados seguros, ultrapassar a doença, desenvolver processos adaptativos e ainda produzir ganhos em saúde para o utente, família e comunidade. Por outro lado, também é fundamental que a produção de indicadores de gestão sensíveis aos cuidados de enfermagem contribuam para uma metodologia de melhoria continua, funcionam como uma bússola, quer para a contratualização de objetivos de qualidade e eficiência, quer para nortearem o sistema de avaliação de desempenho dos enfermeiros, com a reflexão sistemática das práticas.



em parceria com



com o patrocínio científico da



As funções de gestão em enfermagem não devem ser encaradas de forma marginal, pois são um dos eixos estruturantes da profissão. A função gestão, está presente a vários níveis no desempenho da Enfermagem, desde a gestão direta do plano de cuidados, à gestão operacional na chefia, coordenação de serviços/unidades/equipas, até à gestão tática e estratégica, de cargos de direção de Serviços de Enfermagem e na Administração e ou Assessoria de Instituições, Institutos e Organizações de Saúde.

Defendemos que uma gestão de enfermagem de qualidade é imprescindível pelo seu efeito indireto nos cuidados. Estamos convictos que a regulação da qualidade dos cuidados de Enfermagem, não pode estar dissociada da qualidade do trabalho desenvolvido pelos seus gestores.

Sabemos que o desempenho da função de gestão é uma área muito específica, que não tem enquadramento clínico para se definir como uma especialidade. Apesar disso, implica um conjunto vasto e específico de conhecimento e de fundamentos de administração e gestão de processos (de liderança, de economia e outros) e de gestão de pessoas, que não pode nem deve ser menosprezado.

O desempenho da função de gestão transvasa a tomada de decisão relativa ao plano de cuidados, às suas prioridades, ou mesmo à chefia de uma equipa num turno. Assim, as competências de gestão de cuidados previstas no regulamento de competências para os cuidados gerais e nas competências comuns do enfermeiro especialista são manifestamente insuficientes para uma resposta de qualidade, justificando que a gestão em Enfermagem surja enquadrada, não numa especialidade, mas numa área acrescida, às competências comuns do enfermeiro especialista.

A definição das competências do enfermeiro gestor proposta é coerente com os domínios considerados na definição das competências, quer de cuidados gerais quer das competências comuns do enfermeiro especialista, anteriormente definidas, ou seja, o conjunto de competências de gestão, decorre do aprofundamento dos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista.

O enfermeiro gestor detém hoje, as competências que garantem a segurança e a qualidade dos cuidados prestados nas organizações, das práticas, das dotações e do conhecimento que consubstanciam a segurança do cliente, enquanto pivô que garante a efectividade, na proximidade dos cuidados prestados, na liderança dos projectos de saúde e na garantia de condições para um exercício profissional de excelência. Envolve também a dimensão



em parceria com



CESPU
COOPERATIVA DE ENSEINO
SUPERIOR POLITÉCNICO
PROMOVENDO O FUTURO

com o patrocínio científico da



DGS
desde 1899
Direção-Geral da Saúde

formativa e de desenvolvimento dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita promover qualitativamente a prática da enfermagem.

A clara definição das competências específicas do enfermeiro gestor aumentará, estamos convictos, a visibilidade e a credibilidade da atividade da gestão em enfermagem, contribuindo a edificação do perfil de competências para a clarificação do conteúdo funcional e para o processo de avaliação dos resultados da prática dos gestores. Ao promover a divulgação das boas práticas, através de um “clima de benchmarking” altamente eficaz, estará a concorrer para aumentar a credibilidade na consecução dos objetivos organizacionais e na qualidade dos cuidados prestados.

A responsabilidade do enfermeiro gestor para com o cidadão implica a explicitação e clarificação da sua atividade recorrendo-se a instrumentos estruturantes para a prática, nomeadamente a apresentação de indicadores de processo e resultado, pois estes são fundamentais para a melhoria das práticas baseadas na evidência e maior eficiência na gestão dos recursos disponíveis, aumentando a visibilidade dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Tendo em conta estes pressupostos, foi apreciada e analisada pelo Conselho de Enfermagem (CE) a proposta do grupo de trabalho Ordem dos Enfermeiros/Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança, tendo sido promovida pelo mesmo conselho uma validação da proposta com recurso a uma metodologia de painel DELPHI.

Foi solicitado a todos os enfermeiros com funções de gestão, a nível nacional, que se pronunciassem, sobre a concordância com cada uma das competências, unidades de competência e critérios de avaliação apresentados, utilizando para o efeito uma escala de likert modificada de 6 pontos (de discordo totalmente a concordo totalmente). Recorreu-se ao contato com os enfermeiros gestores de topo de todas as instituições de saúde do país para facilitar a divulgação por rede informática dos questionários em apreciação. Foi garantida a participação voluntária e as respostas foram tratadas informaticamente de forma a manter no anonimato cada respondente.

Numa primeira fase (Julho e agosto de 2014) foram validadas 538 respostas tendo sido eliminados 5 critérios de avaliação que apresentavam valores inferiores ao valor médio de resposta menos o desvio padrão. Numa segunda fase (agosto e Setembro de 2014) foram validadas 294 respostas tendo sido eliminados 2 critérios de avaliação que apresentavam valores inferiores ao valor médio de resposta menos o desvio padrão.



em parceria com



com o patrocínio científico da



Numa fase final cada competência, unidades de competência e critérios de avaliação foi reanalisada com o apoio do Sr. Presidente do Conselho Jurisdicional da OE, para garantir a sua adequação aos normativos legais, internos e externos.

O resultado deste longo processo de mais de 2 anos, o quadro de competências proposto, tem por base o 6º Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem “Organização dos cuidados de enfermagem” definido pela Ordem dos Enfermeiros e desenvolve-se preferencialmente por áreas da intervenção da prática gestonária dos enfermeiros.

A definição de competências do Enfermeiro gestor é coerente com os domínios considerados na definição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, ou seja, decorre do aprofundamento dos domínios das mesmas não sendo sobreponíveis, incorporando para além das mesmas e acrescentando um novo domínio.

O resultado final agora apresentado cumprirá os regulamentos estatutários para ser, esperamos, aprovado em Assembleia Geral da OE, e definir em documento legal as competências acrescidas do Enfermeiro Gestor.



em parceria com

com o patrocínio científico da

A avaliação do desempenho constitui parte imprescindível, mas apenas integrante, de um processo mais global que, procura obter uma visão geral da situação organizacional e que é a gestão do desempenho.

Estes sistemas apresentam múltiplas funções entre as quais permitir a alimentação de outros sistemas como o desenvolvimento e a gestão de carreiras, de planos de formação, a selecção de novos colaboradores, proporcionando, assim, o alinhamento dos objectivos individuais e organizacionais.

Nesta comunicação, após a apresentação da evolução dos Sistemas de Avaliação do Desempenho e das suas etapas será apresentada a experiência do ex-Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio neste âmbito.

O sucesso dos sistemas de gestão e avaliação do desempenho dependem de 5 factores:

- Apoio explícito da Direcção;
- Utilidade percebida do sistema;
- Grau de planeamento e análise do sistema;
- Divulgação do sistema;
- Percepção do ganho pessoal.

Etapas do processo de sistemas de gestão e avaliação de desempenho:

- Diagnóstico - definir objectivos e planear o desempenho;
- Concepção - alinhar os objectivos e os planos e executar os planos;
- Implementação - avaliação do desempenho e análise dos dados recolhidos

A implementação deste sistema de Avaliação do Desempenho permite:

- ☐ O alinhamento do papel e do percurso dos Enfermeiros no âmbito da estratégia, objectivos, valores e missão da organização;
- ☐ O desenvolvimento de competências;
- ☐ Melhorar o desenvolvimento individual e da organização;
- ☐ Uma análise sistemática e estruturada do desempenho dos enfermeiros, de acordo com critérios de avaliação conhecidos e mensuráveis que permitam diferenciar os diferentes rendimentos;
- ☐ Harmonizar e potenciar a gestão de desempenho como ferramenta de gestão;
- ☐ Gerir expectativas individuais.

A prática da enfermagem constitui a essência fundamental dos Cuidados de Saúde Primários. A nossa formação, experiência e os ambientes onde trabalhamos fazem com assim seja.

Em praticamente todos os países, os enfermeiros constituem o maior grupo de prestadores de cuidados de proximidade e desempenham um papel importante no planeamento, organização, monitorização e avaliação dos serviços de CSP.

As mudanças epidemiológicas, sociais e económicas a que se assiste neste inaugurar do século 21, tornam ainda mais premente a necessidade de perceber as novas necessidades em saúde e as velhas necessidades que agora surgem com outras roupagens.

Gerir, neste contexto torna-se um desafio maior que exige permanente ajuste da capacidade de se motivar e de motivar os outros e de fazer escolha permanentemente.

Como fazemos tudo isto no terreno, para salvaguardar os valores fundamentais dos Cuidados de Saúde Primários?

Universalidade Acessibilidade Proximidade Equidade
Qualidade

Nenhum sistema de saúde será sustentável se não for alicerçado numa boa rede de Cuidados de Saúde Primários. Para isso, é decisivo que os enfermeiros – enquanto figuras centrais na prestação de cuidados de saúde primários, se envolvam, liderem e coordenem os cuidados, e que os seus papéis na determinação de políticas de saúde e de prestação de cuidados sejam encarados como legítimos e essenciais em todas as áreas.

A nível internacional o ICN cedo reconheceu a centralidade da enfermagem para os CSP. Os seus esforços para a mobilização de enfermeiros de todo o mundo para os cuidados de saúde primários foram consistentes ao longo das décadas e incluem a ratificação da Declaração de Alma Ata em 1978. Em parceria com as respectivas associações nacionais de enfermeiros membros, a OMS e outros, o ICN trabalhou para posicionar a enfermagem nos cuidados de saúde primários através do exercício de pressão para a inclusão dos princípios e programas de CSP na educação dos

prestadores de cuidados de saúde, no planeamento e prestação dos serviços, e na investigação.

“Dou enorme importância ao trabalho do ICN, e admiro a sua dedicação à enfermagem e aos cuidados de saúde de alta qualidade. Efectivamente, o direito aos cuidados de saúde está contido na Declaração Universal dos Direitos Humanos e, a este respeito, a enfermagem e o ICN estão a dar um contributo importante ao trabalho das Nações Unidas.”

Kofi Annan, ex-Secretário Geral das Nações Unidas



em parceria com



com o patrocínio científico da



A nível local o papel do enfermeiro gestor é vital na capacitação dos enfermeiros na prática, para os novos desafios:

- A adoção de novas tecnologias de informação, através da formação adequada e mecanismos de feedback.
- Facilitar a gestão e a adaptação á mudança
- Garantir a sustentabilidade dos recursos financeiros, físicos e tecnológicos para os CSP e exercer pressão no sentido da obtenção de mais recursos quando necessário.
- Facilitar/incentivar a formação contínua.
- Incentivar/facilitar a colaboração multidisciplinar e multissectorial.
- Desenvolver métodos e indicadores para avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem em equipas de CSP.

Nas instituições de ensino de enfermagem dado que os enfermeiros têm um papel central na prestação de CSP, a sua competência e liderança nos CSP são críticos. Os conceitos e princípios de CSP têm de constituir elementos básicos do currículo de enfermagem. Da mesma forma, as instituições de ensino devem passar de uma orientação “hospitalocentrica” para um foco mais alargado, baseado nos CSP.

Fazer corresponder o currículo com as necessidades da população e efetuar investigação que apoie o papel dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários.

Garantir que os conceitos e valores dos CSP são praticados nos estágios dos alunos, proporcionando-lhes experiências de cuidados de saúde primários de alta qualidade, nas quais os enfermeiros tenham acesso a um leque vasto de experiências e responsabilidades. acompanhados da melhor supervisão, que em CSP não é clinica, mas de mentoring e de coaching.

Gostaria que se desenvolvesse mais a liderança dos CSP nas escolas de enfermagem, mantendo assim uma massa crítica de docentes em CSP.

A prestação de serviços de qualidade às nossas comunidades não irá acontecer por acaso. Irá acontecer apenas através de uma escolha consciente, ação determinada e liderança forte e empoderada. Exige um planeamento a longo prazo, gestão estratégica e ação política que é preciso fazer.

Os enfermeiros possuem os conhecimentos, aptidões e dominância numérica no SNS e nos CSP. O público e os decisores políticos veem os enfermeiros como elementos que acrescentam valor á cadeia de serviços de saúde e como tendo uma conduta ética, solícita, competente e efetiva na racionalidade dos custos.

Os enfermeiros e as associações nacionais de enfermeiros podem liderar o caminho. Mas cabe –nos a nós fazer avançar a agenda da enfermagem para os próximos anos e criar um futuro preferencial para a profissão e para as nossas sociedades; um futuro que passa seguramente



em parceria com



CESPU
COOPERATIVA DE ENSEJO
SUPERIOR POLITÉCNICO
E UNIVERSITÁRIO DE PORTUGAL

com o patrocínio científico da



DGS
desde 1899
Direção Geral da Saúde

por serviços de CSP de qualidade, de proximidade e a um custo suportável para todas as comunidades.

Os Cuidados de saúde primários em Portugal, protagonizam a maior reforma desde a fundação do SNS há 35 anos. Não será estranho pois, que a gestão de enfermagem nos ACES enfrente os maiores desafios de que há memória.

Os cuidados de saúde primários reconfiguraram-se dando lugar a pequenas unidades de cuidados de saúde familiares autoconstituídas, com autonomia técnica e funcional, que assumem a vigilância de uma dada população mediante um compromisso assistencial celebrado com os órgãos gestonários do ACES.

Neste contexto muitos foram os que vaticinaram o esvaziamento das competências do Enfº Gestor – Chefes e Supervisores – havendo mesmo alguns, e com muitas responsabilidades na matéria, que aconselharam os Enfºs Gestores a “ arrumarem- se” na prestação direta de cuidados. Estavam , felizmente, equivocados – temos esta tendência natural para construir uma espécie de jaulas imaginárias e de nos encarcerar-mos nelas.

Felizmente outros perceberam da imprescindibilidade da capacidade gestonária e de liderança dos Enfºs Gestores. Onde alguns viram secura e terra queimada, outros, os verdadeiros líderes, procuraram oportunidades e alimentaram o projecto.

Com a criação dos ACES em 2008, a sua posição é reforçada no meu entender através da participação no órgão gestonário do ACES com mais relevância e impacto no desenvolvimento da reforma – o Conselho Clínico.

Não poderia no âmbito desta breve intervenção caracterizar, com o pormenor exigido, a abrangência das funções do Enfº Vogal do Conselho Clínico. Eu própria tive a honra de exercer essas funções e portanto poderia detalhar com rigor o amplo espectro de atuação do Enfº Gestor. No entanto vou aproveitar esta oportunidade para vos dar uma visão de um outro ângulo – o de Diretora Executiva.

È neste plano que centrarei a minha intervenção e sobre os principais desafios que este futuro, que é já hoje, coloca á gestão em geral e á gestão de enfermagem em particular.

Os enfermeiros participam num órgão de governação do ACES, que é colegial e a quem compete toda a governação clinica do ACES.

Mais recentemente integram a Direção de Enfermagem, que é o órgão da governação de enfermagem do ACES.

A partir destas duas posições estratégicas nos órgão de governação do ACES, os Enfºs Gestores participam em todo o processo de planeamento estratégico da organização, contratualização, monitorização e acompanhamento do desempenho das Unidades funcionais e avaliação da atividade desenvolvida, sendo que desta avaliação depende a atribuição ou não de incentivos ás equipas.



em parceria com



CESPU
COOPERATIVA DE ENSEINO
SUPERIOR POLITÉCNICO

com o patrocínio científico da



DGS
desde 1899
Direção-Geral da Saúde

Nunca como hoje o papel dos Enf^{os} Gestores nos CSP foi tão importante e valorizado; Nunca como hoje tivemos instrumentos previsionais e de compromisso, sensíveis á gestão e intervenção de enfermagem, como o Plano de Desempenho a carta de compromisso ou o Contrato Programa, negociados e subscritos com a tutela, monitorizados e avaliados rigorosamente, e que não são apenas meros documentos de embelezamento das bibliotecas dos centros de saúde.

Nunca como hoje se impõe a gestão de cuidados e a garantia da qualidade dos mesmos. Nunca como hoje tivemos instrumentos de medida , monitorização e acompanhamento, rigorosamente e com alta sensibilidade para a atuação de enfermagem.

Gerir é acrescentar valor :

para os acionistas no sector privado e para os contribuintes no sector publico! Se não for para acrescentar valor, não são precisos gestores.

Nunca como hoje foi tão necessário acrescentar valor a recursos cada vez mais escassos e com aplicações alternativas. Nunca como hoje, perante a falência das medidas terapêuticas farmacológicas isoladas nos CSP e perante a emergência da cronicidade prolongada, foi tão imprescindível garantir equipas de enfermagem de qualidade que gerem a doença crónica porque melhoram a literacia em saúde, prescrevem as medidas terapêuticas não farmacológicas fundamentais ao sucesso do tratamento e geram eficiência no sistema. E assim se acrescenta valor reconhecido amplamente por todos os stakeholders.

Os gestores de hoje protagonizam uma mudança sem precedentes e atuam em condições e contextos particularmente difíceis, dada a conjuntura nacional e internacional. Ficarão para sempre na história deste país.

Os Cuidados de Saúde Primários, pela sua própria natureza e características hão-de ser progressivamente da responsabilidade de profissionais da proximidade, com saberes ao nível da intervenção na comunidade e com uma visão positivista e de transdisciplinaridade.

Os profissionais Enfermeiros estão bem posicionados – mas o mundo continua a girar....



em parceria com



com o patrocínio científico da



Conferência - Vencer os Desafios Atuais - Traçar novos Rumos para A Gestão em Enfermagem - Conferencista - Enfº Sérgio Gomes - (CNO)

As mudanças que se verificam na sociedade tem confrontado os profissionais de saúde com a necessidade de reconceptualizar e legitimar as suas opções através de competência nas intervenções, com qualidade e segurança nos cuidados bem como nos resultados obtidos.

O presente Congresso ao centrar-se nos pilares da qualidade organizacional, segurança e governação clínica e na inovação na tomada de decisão em enfermagem e na gestão, aos níveis operacional, estratégico ou mesmo político, procura encontrar o caminho de uma estratégia nacional, sustentável no tempo e capaz de fazer convergir os enfermeiros da área da gestão para um desígnio ímpar e aglutinador.

O passado e a história da Enfermagem Portuguesa, apesar das vicissitudes do passado recente, demonstra os contributos e o papel relevante nos constructos e resultados no Sistema e na saúde da população.

Relembro tão-somente, e sem preocupação temporal ou de prioridade:

- o êxito da vacinação nos últimos 40 anos;
- o papel dos enfermeiros especialistas de Saúde Pública, de Reabilitação, Saúde Materna e Obstétrica;
- o papel dos enfermeiros nas Comissões de Controlo de Infeção;
- as intervenções nos cuidados paliativos, na saúde escolar e na saúde oral;
- a organização e respostas no âmbito do programa da saúde infantil e juvenil;
- a intervenção no atendimento telefónico reduzindo o medo e informando/orientando/encaminhando face a situações de saúde.

Os enfermeiros precisam estabelecer uma visão e, conseqüentemente, uma ação para identificar e desenvolver alianças-chave de apoio recíproco entre as organizações académicas e prestadoras de cuidados, o que se constitui num recurso para o progresso e valorização do profissional e da profissão nas dimensões do ensino, da investigação e da prestação de cuidados.

Muitos de nós concorda que a Enfermagem, nos contextos de mudança organizacional e de paradigma de saúde em que vivemos, deve fazer refletir nos contextos de intervenção uma mudança de atitude, de flexibilidade e visibilidade suportada numa adaptação desenvolvimentista face ao tempo presente e futuro, preferencialmente de carácter proactivo e antecipatório.



em parceria com



CESPU
COOPERATIVA DE ENSINO
SUPERIOR POLITÉCNICO
PROMOVENDO O FUTURO

com o patrocínio científico da



DGS
desde 1899
Direção-Geral da Saúde

Em síntese, espera-se que os enfermeiros assumam uma decisiva profissionalização da profissão sob pena de outros o fazerem por nós.

Está aberta uma janela de oportunidade. Importa despoletar um sentido profissional envolvente, de colaboração e uma determinação proactiva que estimule iniciativas e processos inovadores que co-responsabilizem os enfermeiros na prossecução de mais ganhos em saúde. Consubstancia-se, assim, o nosso desiderato: ajudar o cidadão em matéria de saúde, com qualidade e segurança.

Este imperativo faz reconhecer a necessidade de um novo paradigma que seja mais efetivo:

- na consecução da melhoria da acessibilidade dos utentes reduzindo as desigualdades;
- na promoção da informação e do conhecimento relativo aos cuidados de saúde mais adequados à respetiva situação de saúde;
- na adequada gestão e monitorização das situações de emergência de saúde pública;
- nos processos de melhoria contínua de qualidade e do desempenho do sistema de saúde;
- na segurança dos doentes;
- na melhoria e realização de boas práticas profissionais centradas na evidência;
- na melhoria da organização funcional e no desenvolvimento dos recursos humanos;
- na definição de políticas de formação estratégicas;
- nos ganhos em saúde obtidos pelo envolvimento e participação nos programas do PNS;
- na definição de indicadores expressivos do desempenho profissional em conjugação com os resultados da equipa de saúde;
- na participação, implementação e avaliação de políticas de saúde globalizantes.

Sem descuidar que a organização dos cuidados de enfermagem deve centrar-se no trabalho de equipa e/ou em metodologias de referência que assegurem a proximidade. É também fundamental a intervenção dos enfermeiros na gestão e coordenação de serviços e de cuidados fazendo jus às competências que lhe são adstritas, nomeadamente de liderança.

Contribuir para a boa gestão do Sistema de Saúde e, em particular, do SNS é a nossa obrigação. Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos utentes e uniformizar a equidade no acesso a tratamento com qualidade para todos os portugueses é fundamental.

Sabemos, no entanto, que há muito trabalho a desenvolver e não ignoramos a existência de dificuldades no funcionamento do Sistema de Saúde, como por exemplo, dotações seguras, falta de perfis de enfermagem para os serviços de saúde, não assunção do escalamento na articulação entre os níveis de cuidados, entre outras.



em parceria com



CESPU
COOPERATIVA DE ENSINO
SUPERIOR POLITÉCNICO

com o patrocínio científico da



DGS
desde 1899
Direção Geral da Saúde

Também não devemos esquecer a importância e as implicações do desenvolvimento profissional adaptado às necessidades dos cidadãos ou mesmo às orientações sobre política de saúde nacionais porque não tem de ser uma mera fatalidade como parece estar a acontecer. É necessário tornar os enfermeiros mais aptos nas respostas adaptadas às necessidades de cada cidadão e família tendo em conta os objetivos do plano nacional de saúde.

Este novo paradigma foca-nos na preocupação em atender não só ao que o enfermeiro tem de saber, mas também ao que é capaz de fazer e aos valores que assume na sua prática profissional, fator chave da competência profissional. Ou seja, demonstra a sua capacidade em equacionar e resolver, em tempo oportuno, problemas da prática profissional contribuindo para a melhoria das organizações, realizando-se pessoal e profissionalmente.

Diria mesmo que este paradigma, centrado na evolução e na produção de valor, deve privilegiar a inovação e a aprendizagem, contribuindo decisivamente para melhorar a qualificação dos enfermeiros.

Com as reflexões já realizadas penso poder afirmar que vencer os desafios atuais passa por encontrar uma linha orientadora de “receita” para traçar novos rumos para a gestão em enfermagem, mobilizadora dos seus atores para que exista uma contribuição objetiva e qualificada nas decisões sobre a valorização da ENFERMAGEM.

Creio estarem criadas condições para que, numa estratégia global e integrada, façam expandir para todo o sistema de saúde a valorização de competências mistas que facilmente lidem com a complexidade da saúde do século XXI.

E porque vale a pena ser enfermeiro, irão ser encontradas as ferramentas e os instrumentos que permitem a adaptação mais eficiente da gestão em enfermagem e a sistematização de procedimentos para que a qualidade na prestação dos cuidados de saúde seja mais elevada, mesmo considerando que vivemos uma época de enormes desafios para os gestores do Sistema de Saúde e para os profissionais que nele trabalham.

Os enfermeiros darão o seu contributo ... e também serão um garante das mesmas.



em parceria com



CESPU
COOPERATIVA DE ENSINO
SUPERIOR POLITÉCNICO
P. UNIVERSITÁRIO 701

com o patrocínio científico da



DGS
desde 1899
Direção Geral da Saúde

Comunicações Livres

Dias de Sousa, Teófilo; José de Mello Saúde - **COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA NAS CHEFIAS DE ENFERMAGEM**

As competências de liderança são consideradas ferramentas essenciais para o sucesso das organizações em geral e dos seus colaboradores em particular, sobretudo em períodos de crise económica como o que atravessamos atualmente. São objetivos principais deste estudo: descrever a perceção dos enfermeiros subordinados e enfermeiros chefe, face às competências de liderança destes últimos; verificar se existem diferenças entre as perceções dos dois grupos estudados; verificar se existem diferenças entre a perceção das competências de liderança e as variáveis sociodemográficas (género, idade, categoria profissional, tempo de exercício profissional e tempo de exercício no atual serviço). Metodologicamente seguiu-se uma abordagem quantitativa, optando por um tipo de estudo descritivo, correlacional e transversal. Constituem a amostra 248 enfermeiros, dos quais 26 são enfermeiros chefe e 222 enfermeiros subordinados. O instrumento de recolha de dados utilizado é o questionário, composto por questões referentes a variáveis sociodemográficas e pela Escala de Liderança de Quinn, relativamente à qual foi efetuado um estudo psicométrico. O estudo de adaptação e validação da escala de liderança revelou propriedades psicométricas adequadas para a realização da investigação empírica. Os resultados da perceção do desempenho das competências de liderança revelam diferenças estatisticamente significativas, entre as perspetivas dos enfermeiros subordinados e enfermeiros chefe, sendo os valores médios inferiores no caso da perceção dos enfermeiros subordinados. Relativamente à relação entre as variáveis sociodemográficas e a perceção das competências de liderança, os resultados verificam a existência de diferenças estatisticamente significativas nas variáveis idade, categoria profissional, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional no atual serviço.

Rita Fernandes - Estudos sobre Liderança na Enfermagem em Portugal

Introdução: Face à evolução constante no campo da saúde e da profissão, o papel do enfermeiro-gestor é decisivo na prática de cuidados com qualidade, porque é ele que lidera no caminho da actualização e evolução constante dos seus colaboradores e consequentemente da qualidade dos cuidados prestados.

Objetivos: Enfatizar a necessidade do estudo da liderança em enfermagem e descortinar o que foi realizado neste âmbito no Ensino Superior Português.



em parceria com

com o patrocínio científico da

Metodologia: Estudo bibliométrico, descritivo exploratório, realizado por meio de revisão sistemática, que consistiu no levantamento e análise dos trabalhos realizados até 2011, no ensino superior público e privado, Politécnico e Universitário, com os critérios de “liderança” e “enfermagem” ou “liderança” e “enfermeiro(s)”.

Análise dos Resultados: Das 118 instituições do ensino superior, pode-se verificar que em 111 instituições (94%), existem 23 teses com os critérios definidos.

Discussão dos Resultados: Nas 118 instituições nacionais pesquisadas, houve uma resposta via e-mail de 77%, mas conclui-se que se obteve a confirmação em 111 instituições (94%). A maioria da produção científica não se encontra publicada (87%), foi efectuada em meio académico e actualmente não se encontra na totalidade acessível nos repositórios científicos. As possibilidades de estudos de liderança são diversas, foram estudadas algumas facetas ao nível nacional no ensino superior, nomeadamente: teorias da liderança, estilos de liderança, a liderança e a motivação/satisfação, a liderança e a comunicação, a liderança e as relações interpessoais, a liderança e os conflitos, a liderança e a inteligência social e emocional.

Conclusões: Constatou-se que existem áreas da liderança mais investigadas em Portugal e verificam-se áreas com necessidade de um maior aprofundamento por se encontrarem poucos trabalhos e outras temáticas estão ausentes no panorama nacional.

Palavras-chave: Liderança; Ensino; Enfermagem; Portugal

Teresa de Jesus Vaz Cabral - A Qualidade dos Serviços de Enfermagem em Timor Leste

Introdução – Para saber específica em Enfermagem é umas ciências humanas, de pessoas ou experiencias com campo de conhecimento, fundamentação e pratica de cuidar de seres humanos, que abrange o estudo da saúde aos estados de doença, profissionais, científicos, estéticas, éticas e politicas. O enfermeiro de Timor responsável inicialmente pela promoção, prevenção e na recuperação da saúde dos indivíduos, grupos dentro de sua comunidade, e também estando preparado para atuar nas áreas assistencial, administração /gestão e na formação. Objetivos – Compreender as cargas de trabalho do Enfermeiro em Timor Leste; Descrever as atividades mais frequentemente desenvolvidas pelo Enfermeiro de Timor; Metodologia - Pesquisa Quantitativa Descritivo, de carater exploratório, com orientação aleatória, intencional. A população é constituída por 292 Enfermeiros, a amostra com total de 169 Enfermeiros que trabalham no Hospital Nacional Guido Valadares Díli-TL, o que com responde a uma representação de 57,8% do universo. Foi pedido ao chefe da unidade para fazer a distribuição de cerca de metade dos enfermeiros da sua unidade. Para obtenção dos dados optou-se pelo uso de questionário de auto preenchimento com perguntas (95) fechadas. Resultados – Os entrevistados feminino 53,3%, masculino 46,7% O apoio de educação; ensino sobre estilos de vida; raramente 41,4%, nunca 17,4%. Os funcionamentos

em parceria com

com o patrocínio científico da



dos cuidados; quando tem dúvidas perguntar aos médicos 22,5%, perguntar aos Enfermeiros Chefes 19,5%. Quando há falta de material perguntar aos Enfermeiros Chefes 75,7%. Trabalharam com equipa 39,1%. Frequências de cuidados; Banho na cama; raramente 39,1%, nunca 30,8%. Banho no chuveiro; nunca 54,4%, Vestir e despir; nunca e raramente 29,6%, em todos os turnos 24,9%. Alimentação nas refeições raramente 33,1%, nunca 28,4%. Movimentação; posicionamento na cama; raramente 30,2%. Posicionamento na cadeira; nunca 61,5%. Mobilização na cama; nunca 32%. Eliminação; ajuda ida ao sanitário; raramente 59,8%. Algaliação; raramente 52,1%. Terapêutica; via oral, em todos os turnos 52,7%. Intramuscular, em todos os turnos 52,7%. Endovenosa; em todos os turnos 52,1%. Sinais vitais; avaliação da temperatura, em todos os turnos 84%, Avaliação da TA 73,3%, Pulso, em todos os turnos 81,1%. Respiração; em todos os turnos 80,5%. Avaliação e planeamentos dos cuidados; colheita de dados-anamnese, em todos os turnos 59,8%. Plano de cuidados; nunca 59,2%. Notas de enfermagem; nunca 66,9%, Carta na alta; nunca 66,3%. Os Enfermeiros que declararam que os cuidados de enfermagem ainda bem organizado porque mais falta equipamentos nas unidades dos serviços.

Conclusões – O cuidado na ligada em todos os turnos na opinião dos enfermeiros da amostra é medicação e vigilância de sinais vitais. O cuidado no ligado nunca sempre com maior frequência é higiene e cuidados de pessoas, movimentação, e avaliação e planeamento de cuidados. A implementação cuidados de enfermagem em Timor, não foi cumprida, porque está no processo de socialização formatos cuidados de enfermagem.

Palavras-Chaves: Enfermagem, Qualidade; Enfermeiro; Cuidados,

Leila Sales - Segurança do doente: O erro de medicação na perspetiva dos enfermeiros

Carina Marlene Ferreira da Silva Ribeiro - Gestão de Conflitos e o Trabalho por Turnos

Miguel Santos; M^a Teresa Silva; Mónica Macedo; Goreti Oliveira; Mavíldia Morais - Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais na Enfermagem

Posters

Antónia Manuela Santos Duarte - Competências dos Enfermeiros gestores num Hospital Universitário.

Ricardo Miguel de Castro Fernandes - Projeto de Estágio de Gestão em Enfermagem



em parceria com

com o patrocínio científico da