



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado de Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

COMPETÊNCIAS DE GESTÃO NUM SERVIÇO DE MEDICINA
INTERNA: DA TEORIA AO PLANEAMENTO DE ESTRATÉGIAS
MANAGEMENT COMPETENCIES IN AN INTERNAL MEDICINE
SERVICE: FROM THEORY TO STRATEGY PLANNING

Relatório de Estágio orientado pela
Professora Doutora Maria José da Silva Lumini Landeiro
e coorientado pela Mestre Virgínia Pereira

Cristina Aurora Pereira Rodrigues

Porto, 2021

Enquanto houver vontade de lutar,
haverá esperança de vencer.

Santo Agostinho

Agradecimentos

No decurso deste estágio tive o privilégio de me relacionar com muitas pessoas, as quais contribuíram com o seu apoio, suporte e incentivo para a concretização deste projeto. Em especial:

A minha Professora orientadora, Maria José Lumini, pela sua orientação, disponibilidade demonstrada, colaboração, motivação e apoio nos momentos mais difíceis deste processo.

A minha orientadora do local de estágio, Enfermeira Virgínia Pereira, pela sua orientação com rigor, responsabilidade, compreensão, disponibilidade demonstrada, sentido crítico-reflexivo e conhecimento que me soube transmitir, bem como o apoio incondicional, encorajamento, os conselhos e estímulo nos momentos mais difíceis deste processo.

A minha família, que sempre me apoiou, apesar dos momentos difíceis, das angústias e desmotivações.

Aos meus colegas e amigos, que me apoiaram, acompanharam e partilharam esta fase da minha vida.

A todos os enfermeiros e equipa multidisciplinar do serviço de Medicina A Homens, os quais sempre me apoiaram, colaboram e aceitaram a minha presença, considerando como um elemento da equipa.

Sem o contributo de todas as pessoas anteriormente mencionadas, a conclusão desta etapa importante da minha vida, dificilmente se realizaria, a quem gostaria de deixar expresso o meu agradecimento.

Obrigada pela vossa compreensão.

RESUMO

Na saúde, as organizações evoluíram e desenvolveram-se, tornando-se empresas mais complexas, onde a gestão e o gestor têm um papel fulcral para a sua sustentabilidade, competitividade, sucesso e sobrevivência. Neste contexto, é importante realçar o papel do enfermeiro gestor, o qual para além de aliar as competências apreendidas academicamente, deve associar a sua experiência da prática clínica, adquirida ao longo dos anos; a sua proximidade e contato direto com o doente; os seus conhecimentos sobre o atual sistema de saúde e a organização em que está inserido; a promoção da qualidade e da segurança dos serviços e cuidados prestados; a satisfação dos clientes e dos profissionais; a obtenção dos melhores resultados, através do planeamento, organização, execução e avaliação; a participação mais ativa na gestão dos serviços e na tomada de decisão.

O presente documento é referente ao relatório de estágio inserido no plano de estudos do Mestrado de Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem (MDCSE), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Sendo uma unidade curricular designada como “estágio de natureza profissional”, este foi realizado no serviço de Medicina A-Homens, no Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ). Este tem por objetivos, descrever de forma sistematizada as experiências e as atividades realizadas e desenvolvidas, para a aquisição de competências na área da gestão de serviços de enfermagem; realizar uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas e passíveis de serem resolvidas no serviço de Medicina A-Homens tendo como finalidade adquirir e desenvolver competências nesta área. Neste documento foi utilizada a metodologia de projeto, a qual permita a ligação entre o conhecimento teórico e a prática.

Ao longo do relatório de estágio é apresentado detalhadamente todo o processo, desde a identificação, os diagnósticos das necessidades do serviço de Medicina A-Homens, determinação das prioridades dos problemas detetados, planeamento e análise das atividades a realizar de modo a dar resposta à sua resolução.

Considero que, para além das competências profissionais que o estágio proporcionou, as atividades desenvolvidas e as propostas realizadas no serviço, poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no serviço de Medicina A-Homens.

Palavras-chave: Gestão; Enfermagem; Competência; Gestor

ABSTRACT

In health, organizations have evolved and developed, becoming more complex companies and where management and the manager have a central role for their sustainability, competitiveness, success and survival. In this context, it is important to highlight the role of the nurse manager, who, in addition to combining the skills learned academically, must associate his experience of clinical practice, acquired over the years; their proximity and direct contact with the client/ patient; their knowledge of the current health system and the organization it is inserted in; promoting the quality and safety of services and care provided; customer and professional satisfaction; obtaining the best results, through planning, organization, execution and evaluation; the most active participation in service management and making decision.

The present document refers to the internship report included in the study plan of the Master of Management and Head of Nursing Services (MDCSE), from the Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Being a curricular unit designated as “internship of a professional nature”, that was performed at the Service Medicine A Men’s, at the University of the Hospital Centre of São João (CHUSJ). This aims to systematically describe the experiences and activities performed and developed, for the acquisition of skills in the area of management of nursing services; perform a critical-reflexive analysis of the activities developed and likely to be solved in the Service Medicine A-Men’s, with the purpose of acquiring and developing skills in this area and serves as an assessment tool. In this document was used the project methodology which allows the connection between theoretical knowledge and the practice. Throughout the internship report, the entire process is presented in detail, from identifying, the diagnoses of the needs of the Medicine A-Men service, determining the priorities of the problems detected, planning and analyzing the activities to be carried out in order to answer your resolution.

I believe that, in addition to the professional skills that the internship provided the activities developed and the proposals made in the service, may contribute to the improvement of the quality of care provided in the Service Medicine A-Men’s.

Keywords: Management; Nursing; Competence; Manager

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
APEGEL- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança
AVC- Acidente Vascular Cerebral
art.º- Artigo
CHUSJ- Centro Hospitalar Universitário de S. João, EPE
CIT- Contrato Individual de Trabalho
CTFS- Contrato de Trabalho em Funções Públicas
DL- Decreto-Lei
DR- Diário da República
DSE- Dotação Segura em Enfermagem
DPE- Departamento de Educação Permanente
EPE-Entidade Pública Empresarial
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
Glintt- Global Intelligent Technologies
GLOBE- Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness
HCN - Horas de cuidados necessários
ICN- International Council of Nurses
LP- Lotação praticada
MDCSE- Mestrado de Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem
MS - Ministério da Saúde
nº- Número
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
p.- página
REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RPCEG- Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor
SAM- Sistema de Apoio ao Médico
SAPE-Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SCD/E - Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem
SGIM - Sistema Integrado do Circuito do Medicamento
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SPMS- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
UAG- Unidade Autónoma de Gestão
UDF- Unidade de formação

Índice

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. Competências em gestão	14
1.1.1. Liderança em enfermagem	21
1.2. O Centro Hospitalar Universitário de São João	25
1.2.1. Missão, visão e valores do CHUSJ	25
1.2.2 Unidade Autónoma de Gestão da Medicina	26
1.2.3. Serviço de Medicina A Homens	27
1.3. Contextualização do Estágio.....	28
2. EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE MEDICINA A-HOMENS	41
2.1. Diagnóstico de situação	41
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIO	52
3.1. Diagnóstico “Formação“	52
3.2. Diagnóstico de “Stock”	59
3.3. Diagnóstico de “Necessidade de horas de cuidados ao doente”	68
CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	80
ANEXOS.....	88
ANEXO 1- Organograma do Centro Hospitalar Universitário de São João.....	89
ANEXO 2- Linhas gerais da Formação de Cuidados Paliativos	91
ANEXO 3 -Documento stock	94
ANEXO 4-Documento necessidade de horas de cuidados.....	97

INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1-Referencial de Competências para os Enfermeiros da área da Gestão	17
Figura 2- Competências acrescidas do Enfermeiro Gestor	21
Figura 3 -Diagrama de causa efeito da necessidade de horas de cuidados ao doente	43
Figura 4 -Diagrama de causa-efeito de necessidade de formação	45
Figura 5 - Diagrama de causa efeito de informação relativa a admissão do doente.....	46
Figura 6 - Diagrama de causa-efeito de stock de material	47
Figura 7- Diagrama de causa-efeito de sala de tratamentos.....	48
Figura 8- Grelha de análise para a determinação de prioridades	50
Figura 9 - Exemplo de código de barras num sistema de duplo lote	64
Figura 10 - Figura do armazenamento num sistema de duplo lote	64
Figura 11 - Exemplo de um armário num sistema de duplo lote	68
Figura 12 - Valor indicador de HDN/DI por especialidade/serviços de especialidade	74
Figura 13 - Tempos de referência para o cálculo de números de horas de trabalho	75

INDÍCE DE QUADROS

Quadro 1- Classificação dos problemas identificados	50
Quadro 2- Resultado da grelha de análise dos problemas	51
Quadro 3- Áreas referidas pelos enfermeiros para realizar formações.....	56
Quadro 4- Quatro fases do sistema de duplo lote.....	65
Quadro 5- Análise Swot do sistema de duplo lote.....	66

INTRODUÇÃO

Ao longo dos tempos, as organizações de saúde, foram evoluindo e transformaram-se em organizações mais complexas, onde a gestão é considerada uma área fundamental para o seu sucesso, a sua sustentabilidade, para a prestação de serviços de qualidade, bem como para a satisfação dos profissionais, dos clientes, representando assim, atualmente, um constante desafio para os gestores na área da saúde.

Neste contexto, é importante realçar o papel fulcral do enfermeiro gestor, o qual para além de aliar as competências apreendidas academicamente, associa várias outras vertentes tais como: a experiência da prática clínica, adquirida ao longo dos anos; a proximidade e contato direto com o cliente; os conhecimentos sobre o atual sistema de saúde, o funcionamento, bem como da sociedade onde está inserido; a missão, visão e objetivos da organização a que pertence; a promoção da qualidade dos cuidados prestados; a obtenção dos melhores resultados, através do planeamento, organização, execução e avaliação, de modo a ter uma gestão mais eficaz e mais eficiente.

No âmbito do Mestrado de Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem (MDCSE), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo de 2019/2020, a opção escolhida foi a Unidade Curricular “Estágio de Natureza Profissional”, com a duração de quinhentas horas, que iniciou a 2 de Novembro de 2019, cujo propósito foi desenvolver competências genéricas e específicas na área da gestão de serviços de enfermagem, considerando os contextos de gestão de unidades/serviços, com as competências consolidadas.

O estágio desenvolveu-se no Centro Hospitalar Universitário de São João EPE (CHUSJ), na Unidade Autónoma de Gestão (UAG) de Medicina, no “Serviço de Medicina A-Homens”, sob a orientação da Professora Doutora Maria José Lumini e coorientação da Mestre Virgínia Pereira, enfermeira gestora do Serviço de Medicina A-Homens da Unidade de AVC desta instituição.

Este estágio de natureza profissional, teve como objetivo geral a aquisição de competências para o exercício da prática de gestão em enfermagem, definidas no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Regulamento nº 101/2015), tendo por base os domínios das competências acrescidas do Enfermeiro Gestor, que são a gestão e a assessoria de gestão, as quais têm um descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

Para a elaboração do presente relatório de estágio, definiu-se os seguintes objetivos específicos: aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos durante o MDCSE, na área da gestão em Enfermagem, tendo em conta a prática profissional, ética e legal; contactar com a realidade profissional adquirindo, desenvolvendo e aperfeiçoando as capacidades e os conhecimentos práticos; demonstrar a capacidade de compreensão dos problemas

existentes e a resolução dos mesmos, no contexto de um serviço de Medicina Interna; analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias sobre os problemas identificados na área da gestão em Enfermagem; desenvolver competências fundamentadas, as quais vão proporcionar uma aprendizagem no decorrer da vida; operacionalizar competências de análise e síntese inerentes à elaboração do relatório final.

A metodologia utilizada neste trabalho foi a metodologia de projeto, a qual proporciona e promove a ligação entre o conhecimento teórico e a prática. Ruivo e colaboradores (2010), mencionam que esta metodologia, permite a resolução de problemas, através da aquisição de capacidades e competências pessoais, de modo a elaborar e concretizar projetos numa situação real. Os passos necessários para a sua realização compreendem a contextualização da metodologia do projeto, o efetuar o diagnóstico de situação, a definição dos objetivos, o planeamento e execução das atividades, permitindo uma intervenção dinâmica no local de estágio.

O presente documento está estruturado em quatro capítulos principais e vários subcapítulos. No primeiro capítulo, foi realizado um breve enquadramento teórico, sobre as competências em gestão e liderança em enfermagem; a caracterização da instituição/serviço onde decorreu o estágio e a contextualização do estágio, onde se faz a explanação das atividades observadas e desenvolvidas.

No segundo capítulo, foram identificados os diagnósticos das necessidades do serviço na experiência do estágio no serviço de Medicina A-Homens. No terceiro capítulo foi realizada a análise e a discussão das competências adquiridas no desenvolvimento do estágio e no último capítulo foi feita uma reflexão sobre o percurso efetuado.

Neste relatório, evidencio a necessidade de mencionar a opção da utilização de dois termos que permite a uniformização da linguagem. O primeiro termo/conceito de opção foi “doente”, tendo em consideração o local onde decorreu o estágio (Medicina A-Homens) e a população que se encontra internada no serviço que são todos doentes, apesar de ter conhecimento que a legislação mais recente no nosso país, sobre os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde (Lei n.º 15/2014), dá preferência à utilização do termo “utente”, no sentido de uma linguagem neutra, em detrimento dos termos “paciente” e “doente”.

Outro conceito/termo, no presente relatório a salientar é o “enfermeiro gestor”, fundamentado no regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor (Regulamento nº 101/2015), como sendo, aquele enfermeiro que detém um conhecimento concreto, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro; do domínio específico da gestão em enfermagem. O enfermeiro gestor é aquele que defende a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente, facilita a obtenção de ganhos em saúde, promove o desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) dos enfermeiros e da sua equipa, desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, assume uma atitude ética e de responsabilidade. Tem visão da

organização que integra como um todo, onde identifica e analisa os fatores contingenciais, que direta ou indiretamente, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação.

Na elaboração deste relatório, tentou-se de uma forma sucinta e explícita descrever a experiência desenvolvida durante o estágio.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O hospital, tal como qualquer empresa é uma organização complexa, sendo definido como um estabelecimento/unidade prestadora de serviços e cuidados de saúde diferenciados. Tem como objetivo prestar assistência médica curativa e de reabilitação à população, bem como colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica (Administração Central dos Sistema de Saúde (ACSS),2010). Este, tem as suas particularidades e especificidades, por isso necessita de ter uma gestão que lhe permita realizar e atingir o propósito a que se destina.

A gestão é uma área das ciências humanas e sociais, definida como uma atividade ou um processo de administração de uma empresa/instituição, que implica a coordenação dos recursos (materiais, financeiros, humanos, tecnológicos ou de informação) disponíveis na organização, de modo eficaz e eficiente, para que a organização alcance os objetivos definidos (Carvalho et al., 2017).

De realçar que, os termos, “eficaz” e “eficiência” são muito utilizados em gestão e pelos gestores, por vezes de modo intuitivo, mas estes “ (...) *pressupõem conhecimento e capacidade para articular os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros na procura de obter resultados efetivos.*” (Brandão,2016, p.19). Para Santos e Miranda (2007), ser eficaz, assenta na capacidade dos sistemas de saúde atingirem os seus objetivos, enquanto a eficiência é confirmada pela relação entre os resultados obtidos e os recursos designados.

Na área da saúde, a gestão representa um desafio para os gestores, que devem adotar determinadas estratégias, como por exemplo a competitividade, tendo em consideração a diferenciação; a promoção da sustentabilidade da organização/instituição, de modo a garantir a sua sobrevivência económica e financeira; o incentivo da qualidade e segurança dos serviços prestados e ainda a satisfação dos profissionais e dos doentes (Carvalho et al., 2017).

Na saúde, a gestão pode ser abordada nas várias áreas e nos diferentes formatos, mas neste relatório, a abordagem realizada é especificamente na gestão em enfermagem, considerando as várias reformas e mudanças efetuadas nas organizações de saúde e na própria profissão.

Os enfermeiros, sendo o grupo profissional mais representativo no setor da saúde, têm desempenhado um papel cada vez mais ativo, participativo e relevante, além da prestação direta de cuidados. Estes defendem e assumem o compromisso da qualidade e a segurança dos cuidados e serviços prestados à população e na prática, têm um contato direto com a dinâmica e o funcionamento da organização, bem como o envolvimento e a participação na

gestão dos serviços e na tomada de decisão. Deste modo, é necessário que o exercício de funções de gestão seja realizado pelo enfermeiro gestor.

O enfermeiro gestor tem que ser um profissional técnico e cientificamente habilitado, com conhecimentos e competências na área da gestão, que atue com rigor, dê resposta aos desafios diários que surjam na instituição/serviço, promove uma gestão eficiente e eficaz dos recursos humanos e materiais disponíveis, garante a excelência e a qualidade dos cuidados prestados ao doente e família e ainda promove a satisfação e as expectativas da equipa de saúde.

1.1. Competências em gestão

A competência tem um conceito muito amplo, pode ser definida nos diversos campos do saber e das profissões, desde a área académica até à área laboral, sendo necessário explicar a definição e a sua influência no âmbito da gestão.

Le Deist e Winterton (2005) referem que a competência é *“impossível identificar ou aplicar uma teoria ou chegar a uma definição capaz de acomodar e reconciliar todos os diferentes modos em que o termo é utilizado”* (Le Deist & Winterton, 2005, p.29).

O termo competência foi introduzido por McClelland, em 1973, na formação e no mercado de trabalho, onde a competência era uma característica inerente ao indivíduo, associada a um desempenho de excelência, na realização de uma atividade ou problema (Fuentes et al., 2014).

Para Le Boterf (2003), a competência é uma *“disposição”* para atuar perante uma relação ou uma situação específica, a qual envolve o saber coordenar as operações, que na prática vai influenciar o desempenho profissional do indivíduo. Este autor, refere que a competência está entre três eixos que são formados pela pessoa (a sua história e a socialização), pela sua formação académica e pela sua experiência profissional.

Cunha e Neto (2006) mencionam a competência, como um *“saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo”* (Cunha & Neto, 2006, p. 480). Os mesmos autores referem que as competências de gestão estão fundamentadas num conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que os gerentes desenvolvem, para assegurar a competência empresarial, uma vez que o desenvolvimento das competências está relacionado com o desenvolvimento das pessoas no interior da organização.

Fuentes et al. (2014), referem que para se desenvolver um trabalho com sucesso é fundamental a competência, a qual envolve um conjunto de comportamentos, onde estão incluídos o conhecimento, as habilidades e os atributos pessoais.

Para Ceartil (2016), o conceito de competência, é alicerçado num “agir com inteligência emocional”, onde os comportamentos das pessoas se refletem física e socialmente e estes estão fundamentados nas *“modalidades estruturadas da ação, requeridas, exercidas e validadas num determinado contexto.”* (Ceartil, 2016, p. 41).

Nestas últimas décadas, com a globalização, Ruthes e Cunha (2008), alertam para o facto do conceito de competência estar a ser utilizado pelas organizações, para o seu crescimento como estrutura e para fomentar o desenvolvimento e a capacitação dos seus colaboradores e conseqüentemente da organização, permitindo assim uma maior competitividade e fortalecimento da própria organização.

No âmbito da saúde, este conceito encontra-se fundamentado numa conceção construtivista, onde a *“construção de metodologias participativas de intervenção, (...) permitem uma interação fecunda e recíproca entre ação e conhecimento, entre os intervenientes exteriores e os atores a nível local”* (Canário, 2000, p.64).

Na Enfermagem, vários são os autores que correlacionam os saberes com a competência, por exemplo, Lopes (2006) menciona que a totalidade dos saberes se transformam e desenvolvem por processos próprios, assumindo assim um conhecimento em enfermagem.

Para Martins (2009), a competência implica a mobilização, integração e aplicação de conhecimentos, de modo a atuar com responsabilidade. Também, Serrano (2008), realça que apesar do conceito de competência evoluir, este assenta numa *“combinação de conhecimentos, saber-fazer e comportamentos profissionais necessários para responder às situações profissionais evolutivas, estruturadas na ação e, quando em interação com outro, numa dimensão social e simbólica”* (Serrano, 2008, p.78).

No âmbito das competências, Jardim (2007) refere a existência de três tipos de competências: as básicas (adquiridas na formação educacional e na aquisição de princípios e valores); as técnicas ou qualificações (adquiridas na formação e experiência profissional) e as transversais (adquiridas através das experiências vividas e vivenciadas). Estas competências são pertinentes, *“... se falarmos concretamente na gestão de recursos humanos e na gestão de pessoas”* (Ceartil, 2016, p. 127).

Ceartil (2016) salienta que as competências podem ser transversais (se estas são comuns a vários contextos) ou específicas (quando estão relacionadas com o desempenho profissional). Estas devem ser abordadas como atribuições, qualificações, traços ou características pessoais, comportamentos ou ações.

O mesmo autor, refere que as competências estão associadas ao saber, o qual foi definido em cinco componentes: *saber, saber-fazer, saber-estar, querer-fazer e poder-fazer*. Estes podem ser explicados como, o *saber* (conhecimentos e comportamentos que tem e que associa às competências); o *saber-fazer* (um conjunto de habilidades adquiridas e conhecimentos que possui e aplica-os no contexto de trabalho); o *saber-estar* (*assente* no adequar do comportamento da pessoa às normas e regras da organização e do meio

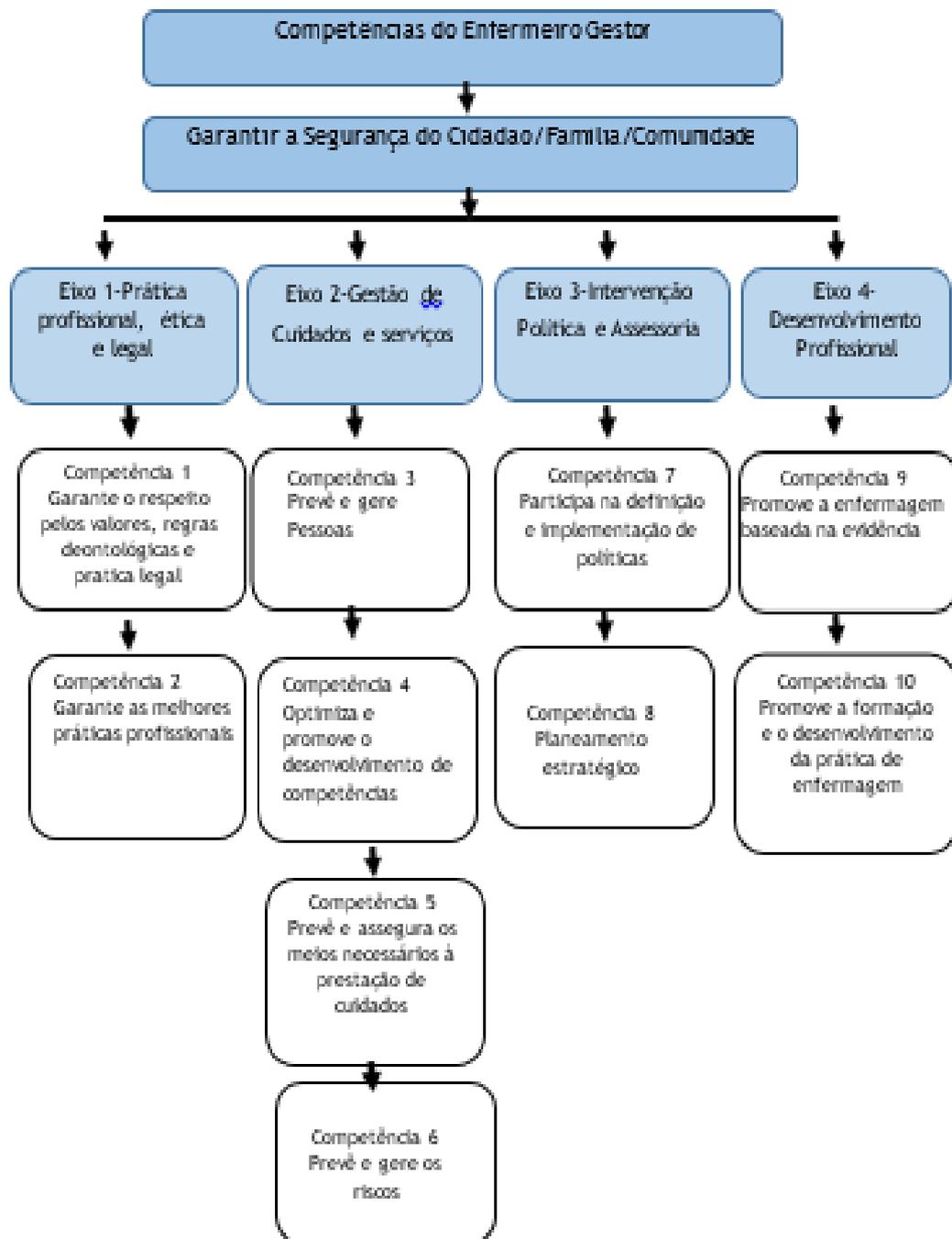
envolvente); o *querer-fazer* (abrange os comportamentos e o desenvolvimento de aptidões para obter as competências desejadas) e o *poder-fazer* (implica por parte da organização ter os meios e recursos para que o indivíduo desenvolva as suas competências e comportamentos) (Ceitil,2016).

Em Portugal, a formulação do perfil de competências do enfermeiro, nomeadamente, o enfermeiro de cuidados gerais surge inicialmente dos consensos do “*ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse*”, que foram reformulados e certificados através do Regulamento n.º 190/2015 (Cantante, 2019).

Nos processos de gestão, as competências são fundamentais. Nesta área é importante referenciar o papel da Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL), para o reconhecimento e a definição das funções do enfermeiro gestor.

Esta associação (APEGEL), elaborou um documento designado de Referencial de Competências para Enfermeiros da área da Gestão, fundamentado no enunciado descritivo dos padrões de qualidade, “3.6- *A organização dos cuidados de enfermagem*”, que permitiu aos enfermeiros gestores atuarem com rigor, eficiência e eficácia perante os desafios das organizações e das pessoas, de modo a garantir a qualidade dos cuidados prestados, nos diferentes níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação.

Este referencial está fundamentado em quatro eixos primordiais de intervenção. O primeiro eixo designado como a prática profissional, ética e legal indica que o enfermeiro gestor contribui para o desenvolvimento de boas práticas; gere os serviços tendo em conta o código deontológico e as práticas ético-legais; utiliza *guidelines* de boas práticas de gestão nos serviços que lidera, para aumentar a qualidade dos serviços. No segundo eixo a gestão dos cuidados e serviços, o enfermeiro gestor deverá ser capaz de gerir, promover o desenvolvimento de competências das pessoas, num ambiente seguro, identificando riscos e introduzindo medidas corretivas, através da utilização de planos de gestão de risco. No terceiro eixo incide na intervenção política e assessoria, devendo o enfermeiro gestor participar na definição e implementação de políticas na instituição que garantam as boas práticas, uniformização de procedimentos, segurança nos cuidados e participar num planeamento estratégico da instituição. O desenvolvimento profissional, surge no quarto eixo, onde o enfermeiro gestor promove o desenvolvimento e a formação dos seus colaboradores. Todos estes eixos são subdivididos em diferentes competências, sendo um total de dez (figura 1).



Fonte: <http://www.apegel.org/Paginas/pagina14>

Figura 1-Referencial de Competências para os Enfermeiros da área da Gestão

Este documento reforça, a importância do enfermeiro gestor, *“compreender a reforma do sistema de saúde e seu impacto nos cuidados prestados, sendo visionário, pensando estrategicamente de forma a planear adequadamente as respostas que lhe são solicitadas, enquanto promove o trabalho em equipa de forma eficaz, gerindo a mudança, dando valor à produção de cuidados de enfermagem e preparando-se adequadamente para as novas necessidades e competências”* como refere na sua página online (APEGEL, 2019).

Para as organizações de saúde, o enfermeiro gestor deve ser *“ágil, inovador, criativo e com a capacidade de interligar a sua função de gestor, no que se refere a todas as questões económicas e financeiras da organização de saúde à gestão da prestação de cuidados de enfermagem com qualidade da equipa que coordena”* (Assis,2010, p.38). O mesmo autor, salienta que estas competências podem estar condicionadas, se existirem condições de trabalho desfavoráveis, como falta de recursos materiais e humanos ou ainda a ausência de política de desenvolvimento da própria instituição.

Também no Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, a competência do enfermeiro *“assenta num corpo de conhecimentos, aptidões e atitudes no âmbito dos princípios da qualidade. Esta constitui o modelo de excelência e referência para estruturar, avaliar e melhorar continuamente a qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações, evidenciando responsabilidade social e transparência”* (Regulamento nº 76/2018, p.3481).

Deste modo, o enfermeiro gestor, deve deter competências a nível pessoal, eficácia interpessoal, gestão financeira, gestão de recursos humanos, materiais e de cuidados (aos utentes, aos familiares, aos profissionais e a si próprio) e ter um pensamento sistematizado.

A nível legislativo, em Portugal e no âmbito da carreira de enfermagem, a gestão de enfermagem e o papel do enfermeiro como gestor tem sido referenciada. Neste sentido, realizando um levantamento dos documentos existentes, podemos destacar as alterações da Carreira de Enfermagem em 1981, pelo Decreto-Lei (DL) nº 305/81 de 12 de novembro, onde os enfermeiros viram consagradas as funções de gestão, através da criação de graus de carreira e do seu conteúdo funcional.

No ano 1991, com a integração do ensino de enfermagem, a nível superior e a correspondente atribuição dos graus académicos, surge a publicação do DL nº 437/91 de 8 de novembro, onde explana o direito ao exercício de atividades de gestão pelo enfermeiro e regulamenta as competências do enfermeiro-chefe, do enfermeiro supervisor e do enfermeiro diretor.

Em 2003, com a publicação do DL 188/2003 de 20 de agosto, a nível da gestão intermédia, houve um acréscimo nas competências do enfermeiro chefe, anteriormente conferidas no DL nº437/91 de 8 de novembro. Durante este período, houve várias alterações na função pública, a nível das carreiras gerais. Mateus e Serra (2017), mencionaram que a carreira de

enfermagem devido à sua especificidade, o seu conteúdo funcional e a sua independência técnica, não pode ser considerada como carreira geral. Para colmatar esta lacuna, foi publicado o DL n.º 247/2009 e o DL n.º 248/2009 de 22 de setembro, onde foram efetuadas alterações na carreira, ficando esta limitada a duas categorias, enfermeiro e enfermeiro principal. No conteúdo funcional do enfermeiro principal, para além das funções inerentes à categoria de enfermeiro, inclui-se a gestão do processo de prestação de cuidados de saúde, mas neste decreto verificou-se uma desvalorização do papel do enfermeiro gestor.

No ano de 2019, ocorre a última reestruturação da carreira de enfermagem, através do DL n.º 71/2019 publicado a 27 de maio de 2019, introduzindo algumas alterações relevantes, tais como no artigo (art.º) 10º-B do conteúdo funcional da categoria de enfermeiro gestor, onde menciona que este “... *integra, na generalidade, as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança*” (DL n.º71/2019, p.2628).

Na sequência das sucessivas reestruturações da carreira de enfermagem e da necessidade de definir as suas funções e competências no funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), torna-se importante a regulamentação das competências do enfermeiro gestor com base na legislação e nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2015 aprovou o regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Este foi publicado em diário da república, denominado como regulamento n.º 101/2015 de 10 de março de 2015, onde no artº 3, alínea b), define o enfermeiro gestor como aquele:

“... que detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros...”(Regulamento n.º 101/2015, p.5949).

Neste regulamento encontram-se descritos os domínios de competências do enfermeiro gestor que são a gestão e assessoria de gestão. O domínio da gestão assenta no garantir duma prática profissional e ética na equipa que lidera, através da implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; no desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera; na prática profissional baseada na evidência e ainda gerir serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades

dos clientes em cuidados de saúde. O domínio da assessoria estabelece o desempenho de um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde.

Em 2018, o perfil de competências do enfermeiro gestor foi alterado e os termos da sua certificação como competência acrescida avançada em Gestão, foi regulamentado com n.º 76/2018 de 30 de janeiro, no âmbito do exercício profissional de Enfermagem, onde o conceito de enfermeiro gestor é referenciado como sendo, aquele que:

“... detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da Organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à Organização e valor social aos enfermeiros; é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde.” (Regulamento n.º 76/2018, p.3478).

Analisando este regulamento, os domínios da competência acrescida avançada assentam nos domínios da gestão e da assessoria e consultadoria. O enfermeiro gestor, no exercício das suas funções assume uma prática profissional e ética perante a equipa que lidera; garante de forma ativa, um sistema de gestão de qualidade e de referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações; adota estratégias de liderança que promovam o desenvolvimento organizacional e das competências dos profissionais da equipa, bem como promove os processos de mudança, que permite acrescentar valor à profissão e à organização; realiza no âmbito da gestão o planeamento, organização, direção e controlo e incentiva a prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde (Regulamento n.º 76/2018, p. 3479).



Fonte: Adaptado do DR, 2.ª Série – N.º 21 – 30 de janeiro de 2018

Figura 2- Competências acrescidas do Enfermeiro Gestor

O domínio de competência é considerado uma esfera de ação, que compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados. (figura 2).

Podemos considerar que no âmbito da gestão, outro ponto relevante a considerar é a liderança.

1.1.1. LIDERANÇA EM ENFERMAGEM

A liderança é mencionada desde o início das civilizações e é considerada importante e imprescindível nas diferentes áreas, porém o seu conceito é complexo e de difícil consenso, pois está associado a diferentes dimensões.

Na bibliografia sobre esta temática, podemos encontrar várias definições sobre liderança, mas em quase todas encontramos a palavra capacidade, por exemplo, Cunha et al. (2007) mencionam a liderança como a *“capacidade de um indivíduo para influenciar, motivar e habilitar outros a contribuírem para a eficácia e sucesso das organizações de que são membros”* (Cunha et al., 2007, p. 332).

Esta capacidade corresponde a uma competência, a qual poderá ser do próprio indivíduo (patrimônio genético), aprendida e adquirida ao longo da vida com a experiência ou desenvolvida e melhorada pela formação (Hunter, 2006; Ceitil 2006). Rego e Cunha (2016), advertem também para o fato da liderança ser *“um processo de influência através do qual alguém, individual ou coletivamente, conduz outras pessoas ou entidades a atuarem em prol de objetivos comuns”* (Rego & Cunha, 2016, p. 21).

Na área da saúde, a liderança está presente em todas as atividades do enfermeiro, quer no desempenho de atividades de assistência direta ao doente ou assumindo a função coordenativa, a qual envolve a interação com os seus pares. Esta envolve o *“saber conduzir, organizando o trabalho de equipa, visando um atendimento eficiente, pois o líder é o ponto de apoio da equipa, quer na educação ou na coordenação do serviço, estimulando a equipa para desenvolver plenamente o seu potencial, o que interferirá diretamente na qualidade da assistência.”* (Gelbcke et al., 2009, p. 137).

Para existir uma liderança, esta deve assentar em quatro pilares fundamentais: ser carismática, onde os líderes são admirados e respeitados pelos liderados; ter uma motivação inspiradora, onde os líderes influenciam os profissionais através do trabalho em equipa; fomentar a estimulação intelectual, através da promoção da criatividade, do desenvolvimento das habilidades e capacidades, que possa ser aplicado na prática e resolver os problemas e ter em consideração as pretensões pessoais dos profissionais no âmbito profissional (Curtis & O’Connell, 2011).

Numa breve retrospectiva histórica, considerando a evolução das teorias sobre a liderança, estas podem ser classificadas em três grandes grupos: as teorias dos traços físicos e de personalidade; as teorias dos estilos de liderança e as teorias situacionais ou de contingência da liderança.

Nas teorias dos traços físicos e de personalidade, os líderes nasciam e tinham características ou traços de personalidade específicos que os distinguem dos outros elementos do grupo/ pessoas, as quais determinavam como sendo o líder. As características ou traços referidos e identificados eram físicos (aparência física, peso e energia); intelectuais (adaptabilidade, autoconfiança, entusiasmo e agressividade); sociais (cooperação, habilidades interpessoais e administrativas) e os relacionados com a tarefa (impulso de realização, persistência e iniciativa) (Carvalho et al., 2014). De acordo com o *Global Nursing Leadership Institute* (2010), existem dezassete características que um líder deveria ter, nomeadamente: visão estratégica, consciencialização externa, orientação para o cliente, aptidão política, compreender o processo político, motivação, transmitir e inspirar confiança, influência e negociação, pensamento criativo, relações interpessoais, formação de equipas, saber estabelecer uma rede de parcerias e alianças, saber comunicar, ter auto-orientação, poder de decisão, resolução de problemas e capacidade de análise e mudança (Canastra & Ferreira, 2012).

No entanto, existe a convicção que a falha destas teorias dos traços físicos e de personalidade surge, porque é ignorado o contexto situacional da liderança, não é considerado a reação dos subordinados e ainda defende que uma pessoa dotada de traços é sempre líder independentemente da situação.

Por outro lado, as teorias dos estilos de liderança, têm uma nova perspectiva, onde a liderança está centrada numa abordagem no comportamento do líder, na qual era passível haver aprendizagem. Destaca-se três estilos de liderança: “*laissez-faire*” ou liberal, transacional ou autoritária e a transformacional ou democrática.

A liderança “*Laissez-faire*” ou liberal, assenta na falta de envolvimento no processo e tomada de decisão, pelo líder. Este dá completa liberdade aos liderados na tomada de decisões, sendo a sua participação mínima, demonstrando assim a falta de capacidade para liderar e orientar o grupo e a própria organização.

Na liderança autoritária ou transacional, o líder baseia a sua ação na legitimidade e autoridade que lhe é conferida em termos formais para o exercício do poder na organização. Este enfatiza os padrões de trabalho, as atribuições e as tarefas orientadas para atingir os objetivos, as metas e os resultados estabelecidos, mantendo um clima de concordância e apoio a ideias propostas. Para isso, utiliza um modelo de recompensas e/ou punições para influenciar o desempenho dos liderados, como estratégia para conseguir o seu comprometimento e para ter o controlo dos comportamentos indesejáveis (Curtis & O’Connell,2011; Morsiani, Bagnasco & Sasso,2016).

A liderança transformacional ou democrática, baseia-se em quatro componentes fundamentais: a motivação, a influência idealizada, a estimulação intelectual e a consideração individual dos liderados. O líder promove um clima de equidade, respeito e confiança, consciencializam os liderados para a importância em atingir os resultados, incentiva a participação dos liderados nas tomadas de decisão, motivam-nos, encoraja-os para aumentar a sua satisfação e o desenvolvimento de autonomia profissional, de modo a manter os comportamentos nas equipas compatíveis com o seu bom funcionamento (Curtis & O’Connell,2011; Morsiani, Bagnasco & Sasso,2016).

As teorias situacionais ou da contingência da liderança além dos contextos anteriores, têm em consideração os tipos de pessoas com que o líder interage (grupo), a situação e o contexto em que o líder está inserido e o líder. Chiavenato (2000) menciona três dimensões situacionais que influenciam a liderança: a relação líder-membros (sentimento de aceitação do líder pelos restantes membros da organização e vice-versa); a estrutura da tarefa (se rotineiro e programado ou vago e indefinível) e o poder da posição do líder (dimensão de autoridade formal atribuída ao líder independentemente do seu poder pessoal). Segundo Cardoso (1997), a abordagem da contingência da liderança realça a importância no desenvolvimento das pessoas, considerando que estas têm potencial e a sua evolução surge com

a ajuda do líder. O papel dos líderes será *“concentrar a sua atenção na forma como as pessoas atuam dentro da organização, e no alinhamento da sua forma de atuar com a visão”* (Cardoso, 1997, p.176).

Tendo em consideração as abordagens teóricas sobre liderança, Carvalho et al. (2016), referem que as organizações valorizam mais a liderança transformacional, pois é aquela que surge com base na influência do líder sobre os liderados, de forma a obter maiores níveis de desempenho, estimulando o pensamento crítico e reflexivo, incentivando o investimento profissional, mas também promovendo uma transformação de ambos, promovendo deste modo ganhos para a própria organização.

A liderança na gestão em enfermagem e para o enfermeiro gestor é importante e considerada como um papel chave na organização (Fradique & Mendes, 2013). Mas, Canastra e Ferreira (2012) alertam para que *“os líderes de Enfermagem precisam de desenvolver o seu Ser (valores, motivação, personalidade e carácter), o Conhecer (habilidades e capacidades) e o Fazer (comportamentos, hábitos e estilos) para melhorar os níveis de desempenho da equipa que lideram”* (Canastra & Ferreira, 2012, p.79-80).

Num estudo realizado sobre o impacto do estilo de liderança dos enfermeiros gestores em termos de satisfação no trabalho dos enfermeiros, é referido que a liderança na enfermagem influencia a satisfação no trabalho pelos enfermeiros, sugerindo aos gestores de enfermagem, a exploração e adoção de práticas participativas de liderança, para que a equipa se sinta *“empoderada”* e incluída no processo de tomada de decisão (Morsiani, Bagnasco & Sasso, 2016).

Os enfermeiros gestores devem adequar o estilo de liderança que lhes permita desenvolver o processo de gestão dos seus serviços, proporcionando assim obter uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Este deve ser feito através da gestão dos diferentes recursos disponíveis, tais como: realizar um planeamento das diferentes atividades no interior da organização; fomentar e promover a interação das diversas áreas funcionais da organização. Por outro lado, deve assegurar a satisfação dos enfermeiros, considerando as suas necessidades, as suas competências e capacidades, dar o apoio, incentivar a comunicação nos momentos necessários e promover um clima motivacional.

Carvalho e colaboradores (2017) referem que os líderes devem ter capacidades de gestão e os gestores capacidades de liderança, pois estas capacidades são essenciais no sucesso e no desenvolvimento das organizações. Deste modo, um líder deve ser um modelo de identificação, um mentor, que tem *“capacidade de visão, perspicácia no diagnóstico e na implementação de medidas nos processos de mudança, na sustentação da confiança e determinação pela conquista das metas e objetivos dos profissionais e da organização”* (Morais, 2019, p.46).

Nesta ótica, é importante salientar estes dois conceitos, gestão e liderança, dado serem diferentes não devendo ser confundidos. A gestão está relacionada com aspetos de planeamento, de organização e de controlo, para conseguir atingir os resultados necessários. A liderança permite trabalhar com as pessoas, está mais relacionada com o estabelecimento de direções através da visão do futuro, de motivar e inspirar as pessoas, de definir as estratégias necessárias para alcançar os objetivos comuns e onde o líder é considerado um agente de mudança (Maxwell, 2008). Em suma, ambos são necessários e devem estar presentes no percurso de uma organização, mas as funções são diferentes.

1.2. O Centro Hospitalar Universitário de São João

O Centro Hospitalar São João é um hospital central com o estatuto de entidade pública empresarial (EPE) (DL n°558/99 de 17 de dezembro atualmente revogado pelo DL n° 133/2013, de 03 de outubro). Este surge da fusão de duas unidades hospitalares: o Hospital de São João e o Hospital de Nossa Senhora da Conceição. Atualmente, tem a designação de Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE (CHUSJ), pelo artº 29º do DL n° 61/2018, de 3 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos centros académicos clínicos, com condições para desenvolver atividades de âmbito assistencial, de ensino e de investigação clínica e de translação.

Localizado na cidade do Porto, presta assistência direta à população do concelho do Porto, mais especificamente às freguesias de Bonfim, Paranhos e Campanhã e dos concelhos Maia e Valongo; de forma indireta, toda a Região Norte.

O CHUSJ é reconhecido e designado, como um centro de referência e obedece aos seguintes princípios: acesso referenciado; custo-eficiência; atuação centrada nos resultados clínicos; utilização de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados; diminuição do risco clínico e melhoria da segurança dos cuidados; elevada qualidade; transparência de procedimentos e de resultados e atividade assistencial integrada com investigação clínica, formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas (Portaria n° 194/2014).

1.2.1. MISSÃO, VISÃO E VALORES DO CHUSJ

O CHUSJ é uma referência a nível nacional e internacional, tem como missão, prestar cuidados de saúde de excelência, com elevados níveis de competência, qualidade e rigor, respeitando os princípios da ética e da humanização, promovendo a formação pré e pós-graduada e a investigação, assim como a diferenciação e a realização profissional dos seus colaboradores (MS, Regulamento Interno do CHUSJ, 2019).

Tem como visão, ser considerado um exemplo de referência, na prestação de cuidados de saúde, através de um compromisso de mudança, assente num crescimento sustentável, na diferenciação e na criação de valor de todos os seus públicos (MS, Regulamento Interno do CHUSJ, 2019).

O CHUSJ e os seus colaboradores orientam-se pelos seguintes valores: a competência, o humanismo, a paixão, o rigor, a transparência, a união, a solidariedade e a ambição (MS, portal CHSJ, 2019).

É uma instituição que, ao longo da sua existência, passou por algumas remodelações e adaptações sendo atualmente provida de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Está estruturada em níveis intermédios de gestão que agregam áreas distintas, as quais são organizadas unidades funcionais, unidades orgânicas e centros de referência, promovendo deste modo, a procura do desenvolvimento e qualidade que de forma articulada, contribuem para alcançar os objetivos estabelecidos (ANEXO 1).

1.2.2 UNIDADE AUTÓNOMA DE GESTÃO DA MEDICINA

A Unidade Autónoma de Gestão (UAG) da Medicina, criada em março de 2006, através de Regulamento Interno do Hospital de São João, EPE, está inserida na Área de Produção Clínica. Considerada uma estrutura intermédia de gestão, agrega dezoito serviços: Cardiologia; Cuidados Paliativos; Dermatologia e Venereologia; Doenças Infecciosas; Endocrinologia; Gastrenterologia; Genética Humana; Hematologia Clínica; Imunoalergologia; Medicina Física e de Reabilitação; Medicina Interna; Nefrologia; Neurologia; Oncologia; Pneumologia; Reumatologia Imunohemoterapia; Gestão Integrada da Doença Renal Crónica, que de forma articulada contribuem para a prossecução dos objetivos estabelecidos. Têm uma dimensão descentralizada de autoridade e de responsabilidade.

A UAG Medicina é considerada uma referência nacional, aliando a qualidade técnico-científica da formação (pré e pós-graduada), investigação clínica e docência, centrada no utente. A equipa de profissionais, garante uma oferta da máxima complexidade, diferenciação e qualidade, visando a humanização, a acessibilidade, a equidade, a segurança e o conforto assistencial.

Estruturalmente, o internamento de Medicina Interna, é constituído por dois polos. No Polo São João é composto por dois pisos, Unidade A (piso 3), Unidade B (piso 4), Unidade de AVC (piso 3) e Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (piso 4). Estas unidades ainda se subdividem por género (Homens e Mulheres) e por alas nascente e poente. A Unidade no Polo de Valongo é designada de Medicina Interna.

1.2.3. SERVIÇO DE MEDICINA A HOMENS

O Serviço de Medicina A-Homens, situa-se no piso três, constituída por duas alas denominadas como Ala Nascente (anteriormente designada como Medicina A3) e Ala Poente (anteriormente designada como Medicina A4), sendo estas duas alas distintas, tendo uma lotação total de sessenta e uma camas (cinquenta e oito camas efetivas e mais três camas suplementares).

A Ala Nascente apresenta uma construção recente, composta por nove enfermarias de três camas com WC, duas enfermarias de uma cama com WC, copa, refeitório, gabinetes médicos, sala de trabalho, sala de reuniões, secretariado e áreas de armazenamento de materiais e áreas técnicas.

A outra ala designada como Ala Poente, na parte central do hospital está incluída na estrutura primitiva, é composta por duas enfermarias de três camas, duas enfermarias de quatro camas, uma enfermaria de sete camas, uma enfermaria de seis camas, um WC com três sanitas, uma divisão com três chuveiros, um WC completo, sala de tratamentos, sala de apoio à família, sala de reabilitação, refeitório, gabinetes médicos, sala de trabalho, sala de reuniões, secretariado, áreas de armazenamento de materiais e áreas técnicas. Nesta ala, existem algumas particularidades, a referenciar como as barreiras arquitetónicas e a existência de camas suplementares, que normalmente ficam alocadas nas enfermarias de três camas, implicando muitas vezes dificuldade de mobilização e o incumprimento do espaço recomendado entre as unidades dos doentes.

Este serviço possui uma equipa multidisciplinar, composta por um diretor de serviço, responsável por todo o serviço Medicina Interna (Medicina A; Medicina B; Unidade de AVC, Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina e Unidade de Medicina Interna do Polo de Valongo). De referir, em cada um destes sectores existe um médico coordenador. Na Medicina A-Homens, em específico, esta é composta ainda por seis equipas que inclui um médico especialista e vários médicos, que se encontram a realizar os seus processos de formação (internatos, especialização e outras formações).

A equipa de enfermagem é constituída por cinquenta e seis enfermeiros, sendo estes, uma enfermeira gestora (Mestre e Especialista em Enfermagem de Reabilitação), seis enfermeiros com especialidade em Enfermagem de Reabilitação, no entanto só três a exercer especialidade no serviço, um enfermeiro com especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, um enfermeiro com especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e quarenta e oito enfermeiros.

Ainda, compõe esta equipa, vinte e cinco assistentes operacionais, distribuídos pelos diferentes sectores (auxílio na prestação de cuidados/enfermarias, recados e copa) três

assistentes técnicos. Também existe a interligação com outros elementos importantes na equipa como a assistente social e a nutricionista.

Neste serviço os cuidados prestados são direcionados a doentes com patologias do foro médico, porém também recebe doentes designados como hospedeiros das mais diferentes áreas das especialidades médicas e cirúrgicas, devido à política de “cama neutra”, instituída no hospital. A população alvo neste serviço, são na sua maioria, doentes com uma média de idades superior aos sessenta e cinco anos, com várias comorbidades e uma elevada prevalência de dependência nos autocuidados.

1.3. Contextualização do Estágio

O MDCSE enquadra-se num paradigma de ensino centrado num modelo ativo, alicerçado na aquisição de conhecimentos, que suportam o desenvolvimento de competências, valorizando a componente experimental e de projeto. Para adquirir o desenvolvimento de competências na área implica ter um nível de julgamento e tomada de decisão, que traduza as competências relativas ao campo de intervenção (Nunes, 2011).

O perfil de competências do enfermeiro gestor, tem por base a legislação, através do regulamento n.º 101/2015 de 10 de março e dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, destaca-se o enunciado descritivo relativo à organização dos cuidados de enfermagem, este refere que *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”* (OE, 2001, p.18). Assim, o enfermeiro gestor deve garantir e avaliar a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos doentes; promover ações que visem a melhoria contínua da qualidade; incentivar a formação contínua e o desenvolvimento profissional dos elementos que constituem a sua equipa; garantir a satisfação dos enfermeiros; adequar os recursos necessários para a prestação de cuidados e colaborar na criação de indicadores de gestão.

Tendo em consideração o tempo para a realização do estágio, bem como o local onde este decorreu, o serviço de Medicina A-Homens, foram definidos objetivos gerais e objetivos específicos. Do mesmo modo, foram várias as atividades realizadas ao longo deste período, como a observação da experiência ativa, participativa e dinâmica da enfermeira gestora na gestão das unidades de cuidados e as atividades planeadas que ocorreram, no âmbito dos vários domínios, que de uma forma sucinta passo a referenciar:

Objetivo Geral:	Adquirir conhecimentos sobre a gestão de Serviços de Enfermagem, nomeadamente num Serviço de Medicina.
Objetivo específico:	Observar os estilos de liderança utilizados pela enfermeira gestora no Serviço de Medicina.

Durante o estágio, foi importante, através da observação e contacto diário, perceber e compreender que a enfermeira gestora não tem um estilo de liderança específico, mas sim uma conjugação de diferentes estilos de liderança, os quais são adotados de acordo com a situação, os intervenientes e o local.

Mas, se eventualmente tivesse que privilegiar um dos estilos, diria que se enquadra mais no estilo de liderança transformacional, uma vez que a enfermeira gestora tem em consideração e compreende a individualidade de cada membro da equipa, motiva os diferentes elementos da sua equipa e conseqüentemente proporciona um aumento do seu desempenho. Simultaneamente garante aos elementos da sua equipa um sentimento de equilíbrio, de respeito, de colaboração, de poder e de comprometimento, onde estes sentem que são cuidados. Deste modo, contribui para a construção e comprometimento de um ambiente organizacional favorável e facilitador das práticas, promovendo assim a qualidade e a segurança assistencial.

Uma das estratégias, da enfermeira gestora assenta na comunicação, a qual é uma ferramenta primordial no processo de trabalho, na gestão das situações imprevistas e/ ou problemáticas e conflituosas no domínio dos cuidados, dos recursos humanos e materiais.

Objetivo Geral:	Promover a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados no âmbito da gestão.
Objetivo específico:	Observar a promoção das melhores práticas profissionais pelo enfermeiro gestor.

Na observação diária, saliento a importância da orientação, do apoio, da colaboração e do acompanhamento efetuado presencialmente pela enfermeira gestora, aos enfermeiros da sua equipa, na prestação e na realização de cuidados de enfermagem aos doentes internados no serviço de Medicina A-Homens. Deste modo, proporciona aos seus enfermeiros, uma participação ativa nos cuidados que prestam, fomenta uma análise crítica-reflexiva das atividades desenvolvidas, das situações de melhoria observadas e passíveis de serem resolvidas e das respetivas estratégias de resolução, com vista à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados.

Segundo Fradique (2013), a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados prestados num serviço é do enfermeiro gestor e este deve motivar e incentivar a sua equipa para a realização e a procura de boas práticas de enfermagem. Sendo estas consideradas um desafio central e multidimensional. A definição de boas práticas assenta em duas dimensões: a dimensão prática, através de um conjunto das melhores técnicas, processos e atividades disponíveis para realizar uma determinada tarefa, considerando o ambiente no qual estão a ser desenvolvidas e a dimensão teórica que permite descrever, explicar, compreender as realidades contextuais. Estas devem ser sempre fundamentadas na evidência científica.

O Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Regulamento nº 101/2015), menciona que as competências do domínio da gestão, deve garantir a implementação da melhoria continua na qualidade dos cuidados de enfermagem. Para que isso se desenvolva, a enfermeira gestora através desta intervenção, assegura o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, no sentido de enaltecer a qualidade em todas as suas vertentes (satisfação dos clientes, promoção de saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem) (OE, 2001). Além disso, também contribui para a implementação e o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência, com vista à melhoria constante da qualidade; promove o planeamento da qualidade, tendo em consideração as normas, os protocolos da instituição; assegura a coordenação e avaliação dos cuidados realizados e ainda avalia os seus colaboradores. Todas estas atividades possibilitam à enfermeira gestora efetuar uma análise das necessidades de cada unidade de cuidados, promovendo e proporcionando a relação entre os profissionais e os cuidados prestados.

Objetivo Geral:	Adquirir conhecimentos sobre a gestão de Serviços de Enfermagem, nomeadamente num Serviço de Medicina.
Objetivo específico:	Adquirir um corpo de conhecimento no domínio dos recursos materiais incluindo os equipamentos.

Neste âmbito, as atividades realizadas abrangeram: a observação dos recursos materiais mais utilizados no serviço de Medicina A-Homens, nas duas alas e averiguar e compreender a metodologia da enfermeira gestora para o cálculo das necessidades em termos materiais e medicação semanal.

Na prática, para adquirir um corpo de conhecimento no domínio dos recursos materiais, foi importante a disponibilidade da enfermeira gestora, para explicar e demonstrar como efetua o cálculo das necessidades em termos materiais (clínicos e não clínicos) e da medicação semanal. Foi também importante ter a perceção da logística necessária para realizar esses pedidos.

Do mesmo modo, considero relevante e imprescindível a necessidade de conhecer, entender e utilizar os sistemas informáticos disponíveis no hospital, que permitem a realização dos pedidos dos materiais e medicamentos, a sua gestão e o seu supervisionamento, de modo a obter uma gestão eficiente de recursos materiais.

No CHUJS, estes programas informáticos pertencem à Global Intelligent Technologies (Glintt), uma multinacional de consultoria e serviços tecnológicos na Saúde. A sua utilização têm como vantagem, um maior controlo de todos os pedidos, custos e organização dos mesmos. Porém existem algumas lacunas, como por exemplo: algumas dificuldades na interligação entre diferentes programas, o que implica a duplicação de funções e um aumento de trabalho burocrático.

Uma particularidade, em relação aos pedidos de materiais, mencionada pela enfermeira gestora, que considero importante e interessante, é a reunião anual com o serviço de aprovisionamento. Esta tem como objetivo realizar um acordo entre as duas partes das quantidades dos materiais necessários, tendo por base os consumos do ano anterior. Apesar destas estarem acordadas, pode ser necessário ajustes pontuais, devida a situações anómalas no serviço, para isso é necessário solicitar e justificar a necessidade destes pedidos ao serviço de aprovisionamento.

O pedido, a distribuição e entrega dos materiais nos serviços têm dias predefinidos e fixos pelo serviço de aprovisionamento. A enfermeira gestora, estrategicamente realiza, normalmente os pedidos dos materiais para o serviço de Medicina A-Homens (duas alas), no primeiro dia útil da semana e a sua reposição no serviço é feita posteriormente, utilizando o método tradicional.

Outra observação relevante, consiste na reposição dos medicamentos para os doentes internados. Esta é feita pelo método de unidose, mas existe uma particularidade, nos dias úteis é realizada diariamente, nos fins-de-semana esta reposição é enviada no sábado, em duplicado para cada doente e aos feriados é enviado em duplicado no dia útil anterior a este. Esta situação ocorre, devido à inexistência de recursos humanos no serviço de aprovisionamento para realizar esse trabalho, nesses dias.

De modo a se tornar exequível e ter um bom funcionamento/assistência nos cuidados aos doentes, existe relativamente aos medicamentos, no serviço de Medicina A-Homens, um armário designado como armário de urgência que contempla grande parte dos medicamentos mais utilizados no serviço.

Durante este período, observei e constatei que a enfermeira gestora, zela pela adequada utilização dos equipamentos pelos profissionais, assim como verifica e monitoriza o cumprimento dos procedimentos orientadores para a sua utilização.

A manutenção e a calibração dos equipamentos são realizados pelo serviço de metrologia, o qual está incluído no serviço de instalações e equipamentos. Esta está definida e acordada

entre o serviço de metrologia e os diversos serviços do hospital através de um plano anual, o qual posteriormente é enviado para o seu conhecimento. Todos os aparelhos e equipamentos existentes nos serviços têm uma etiqueta, com o número de inventário, a data de verificação e a manutenção, bem como os procedimentos orientadores da utilização. Esta informação é relevante para realizar por exemplo um inventário, uma reparação e/ou substituição.

Durante o período de estágio, observei que a enfermeira gestora do serviço de Medicina A-Homens, tem um programa de inventário e um plano de intervenção mais pormenorizado de todos os equipamentos do serviço, onde consta o número de série dos equipamentos, as datas prováveis da manutenção e da calibração destes, as datas de entrega no serviço de metrologia, as datas de retorno destes e se ocorreu alguma intercorrência.

Durante o estágio foram feitos diversos pedidos de reparação e substituição de equipamentos informaticamente e posteriormente enviados os equipamentos ao serviço de instalação e equipamentos, os quais foram reparados e/ou substituídos.

Objetivo Geral:	Adquirir conhecimentos sobre a gestão de recursos humanos.
Objetivo específico:	Observar a conceção de escalas (horários) dos enfermeiros. Cooperar na conceção de escalas (horários) dos enfermeiros.

Para atingir estes objetivos, observei a elaboração e a realização das escalas mensais, através do programa informático utilizado no CHUSJ, designado por *Sisqual operations*⁷. Este permite à enfermeira gestora e ao departamento de recursos humanos ter uma visão sempre atualizada da gestão operacional dos enfermeiros, que constitui a equipa de enfermagem do serviço de Medicina A-Homens.

O programa informático *Sisqual operations*⁷ assenta em quatro importantes motores: o da qualidade do serviço (garante a presença de perfis específicos, assegura os mínimos definidos de qualidade e de serviços, evita o recurso excessivo à mão-de-obra desnecessária); o da conformidade laboral (assegura o cumprimento do quadro normativo, laboral e da política da organização); o da flexibilidade laboral (facilita a manutenção automática e controlo de bolsas/banco de horas) e de qualidade de vida dos colaboradores (proporciona o atender de necessidades ou preferências pessoais dos colaboradores, sempre que isso seja compatível com as exigências do serviço).

Este programa informático, tem inúmeras vantagens tais como: permitir responder às ocorrências do dia-a-dia de forma eficiente e eficaz, através da disponibilidade de informação atempada e oportuna; possibilitar e realizar um plano mais eficaz fundamentado

nas informações disponíveis; cumprir os requisitos administrativos de forma simples e integrada; obter indicadores e informação para a instituição e ainda reportar de forma automática estes dados.

Neste estágio, tive a oportunidade de conhecer o programa, explorar as suas funcionalidades para a elaboração das escalas. Também percebi a necessidade de adquirir e obter mais conhecimentos e aprofundá-los nas diferentes áreas como a informática, a legislação laboral, as normas hospitalares, as dinâmicas do serviço e as características dos doentes e da equipa.

Apesar da utilização deste programa informático ser uma mais-valia, por vezes pode ocorrer falhas ou indisponibilidades de sistema, sendo necessário recorrer aos métodos tradicionais para a elaboração de uma escala/horário mensal, realço o apoio e a disponibilidade dado pela enfermeira gestora para realizar uma escala manualmente.

Na elaboração das escalas/horários, para além do cumprimento das regras, normas e legislação laboral, a enfermeira gestora sendo uma pessoa dinâmica e proactiva, utiliza várias estratégias, tais como o diálogo e a comunicação franca e eficaz, o conhecimento das preferências dos elementos que constituem a equipa, o conciliar dos pedidos pessoais com a equidade na equipa. Estas estratégias permitem e proporcionam, diminuir o absentismo, aumentar a satisfação dos elementos da sua equipa, incentivar a formação e o desenvolvimento profissional dos seus elementos.

Objetivo Geral:	Adquirir conhecimentos sobre a gestão de recursos humanos.
Objetivo específico:	Observar os planos de trabalho dos enfermeiros e assistentes operacionais. Cooperar nos planos de trabalho dos enfermeiros e assistentes operacionais. Colaborar na conceção dos planos de trabalho dos enfermeiros e assistentes operacionais.

Durante o estágio, observei a enfermeira gestora a efetuar a conceção de planos de trabalho e a distribuição dos enfermeiros e assistentes operacionais.

O serviço de Medicina A-Homens, como mencionado anteriormente, é constituído por duas alas e a conceção dos planos de trabalho dos enfermeiros e assistentes operacionais, têm que ser realizados em separado para cada ala, diariamente, distribuídos pelos três turnos, tendo em conta a equipa escalada para o dia. Nos três turnos, esta distribuição é feita da seguinte forma: no turno da manhã, a equipa é constituída por seis enfermeiros (cinco na

prestação dos cuidados, mais um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação para realizar cuidados mais especializados nesta área) e ainda quatro assistentes operacionais (um na copa, um nos “recados”, isto é, pedidos, marcações urgentes, transporte de doentes para exames e outros e dois no auxílio dos cuidados que se realizam nas enfermarias). No turno da tarde, quatro enfermeiros na prestação dos cuidados, sempre que possível um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação; três assistentes operacionais distribuídos: um na copa e dois no auxílio dos cuidados que se realizam nas enfermarias. No turno da noite, quatro enfermeiros na prestação dos cuidados e um assistente operacional.

Na elaboração dos planos de trabalho, observei e constatei que a enfermeira gestora, tem em consideração vários parâmetros, tais como: a formação da equipa, isto é, sempre que possível, a equipa é constituída e formada por enfermeiros mais antigos no serviço e com mais experiência, com enfermeiros menos experientes e recém-chegados ao serviço, permitindo deste modo, um intercâmbio de experiências, aptidões e motivações dos elementos da equipa e o desenvolvimento de competências. Patrícia Benner (2000), através do seu modelo de aquisição de competências da prática clínica de enfermagem, evidencia a importância de constituir equipas de enfermeiros com experiência profissional diversificada, garantindo deste modo, a maturidade e perícia dos enfermeiros. Segundo este modelo, os enfermeiros no desenvolvimento de competências da prática clínica de enfermagem passam por cinco níveis/estádios de desenvolvimento: iniciado/principiante, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Outros parâmetros a ter em consideração são a existência de limitações físicas dos profissionais ou organizacionais, como por exemplo: os que se encontram com horários fixos; os que estão com isenção de noites ou horário noturno; os que se encontram com horários de amamentação; os que têm estatuto de trabalhador estudante e ainda os que apresentam situações de saúde que impeçam a realização de algumas atividades.

A elaboração dos planos de trabalho, exige por parte do enfermeiro gestor, uma liderança focada e um conhecimento profundo dos seus elementos, permitindo assim adaptar as situações e os elementos, de modo a obter sucesso na procura de um bem comum e contribuir para uma maior e melhor produtividade e satisfação na equipa. Este também deve ter em atenção a estrutura e a dinâmica da equipa e ter em consideração o perfil das pessoas.

Durante o estágio, sempre que possível colaborei e realizei, com a supervisão da enfermeira gestora, a qual tem uma maior perceção da dinâmica da sua equipa, nos planos de trabalho e na distribuição dos enfermeiros e assistentes operacionais, dado que o estágio decorreu num curto período existiu alguma dificuldade em conhecer todos os elementos da equipa.

No serviço de Medicina A-Homens, o método de trabalho utilizado pelos enfermeiros é o método individual de trabalho, também é conhecido como modelo de caso ou de cuidados totais ao doente. Este método consiste na atribuição da responsabilidade de todos os cuidados diretos e indiretos aos doentes que lhe foram distribuídos, de acordo com o plano de trabalho. No entanto, através da observação diária, existe uma colaboração ativa e uma ajuda dos elementos da equipa presente no turno, para prestar e proporcionar os melhores cuidados e de qualidade a todos os doentes.

Objetivo Geral:	Supervisionar as atividades desempenhadas pela equipa.
Objetivo específico:	Supervisionar os cuidados de enfermagem garantindo a continuidade dos cuidados.

Durante o estágio, tive a oportunidade de observar a prestação dos cuidados realizados pelos enfermeiros no serviço de Medicina A-Homens aos doentes que aí se encontravam internados. Estive presente em momentos, onde os enfermeiros do serviço analisavam, debatiam e refletiam entre eles em conjunto com a enfermeira gestora sobre os cuidados prestados, bem como os tratamentos realizados e a realizar.

Ao assistir à passagem de turno nas diferentes alas, permitiu-me ter uma visão global dos doentes que se encontravam internados no serviço, das patologias mais frequentes, da necessidade e da existência de cuidados mais específicos e especializados para a sua recuperação ser positiva. Por outro lado, através desta informação, foi proporcionada uma melhor compreensão das necessidades, dos recursos necessários e da dinâmica do internamento, isto é, saber o número de camas ocupadas durante o turno, as vagas, as altas, os encaminhamentos, as transferências, os processos de referência e o seu estágio, entre outros.

Uma das atividades realizadas pela enfermeira gestora no início do turno da manhã, consiste em tomar conhecimento das ocorrências do dia anterior. Na ausência do enfermeiro gestor, fica delegado um enfermeiro responsável por turno, que reporta e/ou resolve todas as situações anómalas ao normal funcionamento do serviço, como por exemplo a necessidade de pedir reparações urgentes, a interligação com outros serviços, a necessidade de coordenar as vagas. Esta dinâmica implica disponibilidade do enfermeiro gestor para escutar com frequência a opinião dos enfermeiros, de forma a compreender e promover melhores práticas no serviço, aumentando assim a satisfação dos profissionais e minorando os processos burocráticos.

Outra atividade pertinente consiste, em refletir periodicamente com a equipa de enfermagem sobre os registos de enfermagem. Estes são considerados como uma fonte de

informação escrita, quer para o enfermeiro, para a equipa, para o doente e para a própria instituição. Permitem demonstrar os cuidados de enfermagem realizados pelo enfermeiro na sua prática clínica e a necessidade de planear e reformular os cuidados a prestar. Também permite verificar a execução das intervenções interdependentes prescritas por outros profissionais.

No CHUJS, estes registos são realizados informaticamente no Sclinico, sistema informático desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) para as instituições do SNS. Criado em 2013, possibilita a agregação dos dois sistemas previamente existentes: o Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Este promove a articulação com vários programas, tais como *JOne*, um software inteiramente construído pelos profissionais do CHUSJ, que possibilita o registo, pedido de meios complementares de diagnóstico e consulta da informação clínica de todos os utentes; o programa *Simareq^a*, necessário para a requisição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica; o programa de Clinidatanet, que possibilita o pedido para a colheita de produtos biológicos para a realização de análises e ainda o programa *Oracle Fusion Middleware Services*, necessário para a requisição e gestão das dietas dos doentes. Esta articulação com os diferentes programas, permitem efetuar uma tomada de decisão mais eficiente.

Objetivo Geral:	Supervisionar as atividades desempenhadas pela equipa.
Objetivo específico:	Otimizar a gestão de recursos humanos num serviço de Medicina.

A gestão dos recursos humanos é considerada uma área fulcral dentro de uma instituição, atendendo que esta deve ser entendida como um investimento em potenciais ganhos em saúde e não como um custo a ser minimizado. No entanto, essa teoria quase nunca é aplicada na prática, quer por questões financeiras e organizacionais, entre outras.

Tendo em consideração os recursos existentes no serviço de Medicina A-Homens, durante o estágio, constatei a ação direta da enfermeira gestora para otimizar esses recursos humanos, de modo a serem integrados mais facilmente na equipa. Para isso, a enfermeira gestora, proporciona e promove a coesão e o espírito de equipa; fomenta um bom ambiente de trabalho; gere e minimiza os conflitos, através do diálogo, da ponderação; promove o empoderamento e a motivação dos elementos na equipa, no serviço/unidade e fomenta o relacionamento profissional de todos os elementos da equipa.

Outro parâmetro relevante foi a dinâmica, a organização e a gestão dos recursos existentes, no sentido de assegurar os turnos no caso de ausências. O absentismo laboral é a ausência do colaborador durante o período normal de trabalho de etiologia multifatorial (doença,

acidente ou outra situação imprevista de momento), tem reflexos diretos e indiretos no serviço e na instituição. No serviço, existe a necessidade de colmatar essa ausência, pois é imprescindível a existência de uma equipa que permita a prestação de cuidados aos doentes. Para isso, por vezes é necessário reorganizar horários e equipas.

Para a reorganização das equipas realço a necessidade de existirem dotações seguras, bem como a utilização de instrumentos de cálculo, que permitem verificar a correta necessidade de horas de cuidados de enfermagem a prestar aos doentes.

Objetivo Geral:	Supervisionar as atividades desempenhadas pela equipa.
Objetivo específico:	Colaborar na coordenação e organização dos cuidados de saúde.

Num serviço, a organização de cuidados deve ser centrada no doente para dar resposta às suas necessidades. Para que estes sejam realizados é necessária uma equipa multidisciplinar e multiprofissional composta por diferentes profissionais que interagem e cooperam entre si (como por exemplo, a cooperação entre os enfermeiros e os auxiliares); mantenha um bom relacionamento e que a transmissão de informação entre os diferentes profissionais seja funcional, permitindo a complementaridade das suas ações. Tendo em consideração este objetivo durante o estágio as atividades desenvolvidas consistiram na observação e na colaboração com os diferentes profissionais que integram a equipa, tendo a consciência que esta pode ser usada como uma estratégia para atingir os melhores cuidados ao doente.

Durante o estágio pude observar, verificar todo o processo de tomada de decisão em situações de transferência dos doentes. Estas transferências realizam-se para outras unidades, como unidades de apoio (ex. Polo de Valongo), enquanto aguardam decisão ou para unidades de cuidados continuados. Existe ainda, uma alternativa ao internamento convencional, designada como hospitalização domiciliária, que pode ser selecionada desde que os doentes cumpram um conjunto de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem a sua hospitalização no domicílio, sob a responsabilidade dos profissionais de saúde que constituem uma Unidade de Hospitalização Domiciliária, com a concordância do doente e da família.

Tendo o serviço duas alas, a enfermeira gestora, no sentido de manter a continuidade de cuidados e a qualidade dos mesmos evita, o mais possível, a mobilização de pessoal (enfermeiros e assistentes operacionais).

Objetivo Geral:	Promover o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera.
Objetivo específico:	Colaborar na promoção das políticas ou diretivas formativas do estabelecimento ou serviço.

A promoção das políticas formativas no serviço consiste em desencadear atividades que permitam aumentar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos doentes. Para isso, foi necessário identificar as necessidades de formação dos enfermeiros e assistentes operacionais, através de diálogo informal e contatos diretos. Este momento é importante, pois permite participar na definição de temas formativos que sejam considerados pertinentes para os profissionais e o próprio serviço.

No serviço de Medicina A-Homens, constatei que a enfermeira gestora tem um papel fulcral na dinamização e promoção da formação formal e informal da sua equipa. A participação na formação (informal ou formal) permite desenvolver competências, desenvolver as capacidades e comportamentos nos profissionais, favorecendo uma maior diferenciação dos elementos da equipa, estimulando uma maior coesão na equipa e fomentando o desenvolvimento de projetos em equipa.

Durante o estágio, observei a enfermeira gestora a promover e fomentar a divulgação de informação considerada relevante para os elementos da sua equipa. Para aumentar o acesso à informação e tendo em consideração, as diretrizes e as orientações superiores, utiliza as novas tecnologias e os sistemas de informação. Na sociedade atual, a informação é crucial, tendo inúmeras vantagens tais como promover uma melhor comunicação entre as pessoas e a própria instituição, aumentar e partilhar o conhecimento, aumentar a produtividade e a responsabilidade, proporcionar uma melhor tomada de decisão e permitir uma participação ativa de todos os elementos da equipa. Para o enfermeiro gestor, esta divulgação de informação, permite identificar potenciais problemas individuais e coletivos, analisar a situação e se possível solucioná-los.

Outro ponto relevante, por parte da enfermeira gestora, consiste na colaboração e elaboração do plano de formação, de acordo com as necessidades do serviço e da equipa. Este plano de formação visa o desenvolvimento, a aquisição de conhecimentos adequados a uma melhor prestação de cuidados, mudanças de comportamentos, para a melhoria contínua dos cuidados prestados, a satisfação e a motivação dos profissionais. A sua elaboração é feita anualmente, existe uma parceria e uma interligação com a Unidade de Formação (UDF) do CHUSJ.

Também observei que a enfermeira gestora, promove estratégias de gestão participativa, através do envolvimento dos elementos da sua equipa, escutando e valorizando as suas

ideias e opiniões. Sendo evidente que fomenta o seu envolvimento em todo o processo de trabalho e motiva-os para o trabalho em equipa, proporcionando espaços de reflexão sobre as práticas, no sentido da melhoria dos cuidados e aplicação de tratamentos inovadores, de modo a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências.

Objetivo Geral:	Garantir a prática profissional baseada na evidência
Objetivo específico:	Incentivar a investigação na enfermagem

Durante este período de estágio, observei e constatei o modo como a enfermeira gestora motiva, incentiva e fomenta uma participação ativa dos enfermeiros do serviço de Medicina A-Homens no desenvolvimento de vários projetos de investigação. No decorrer do estágio, na Medicina A-Homens, encontra-se a decorrer um projeto de investigação, que considero importante, designado de “Reabilitar quem cuida” o qual passo a descrever.

Este projeto, surgiu no serviço de Medicina A-Homens, após o contato informal dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e da enfermeira gestora do serviço, com os elementos da equipa multidisciplinar. Dado que, estes mencionavam múltiplas queixas de lesões musculoesqueléticas associadas à prática profissional. Estes ainda observaram e constataram a existência de posturas inadequadas de alguns elementos da equipa multidisciplinar. No serviço de Medicina A-Homens, tendo em consideração o espaço físico do serviço, observaram a existência de alguns défices, que impedem o cumprimento dos princípios ergonómicos.

A implementação deste projeto no serviço de Medicina A-Homens, teve em consideração os princípios éticos, autorização da Comissão de ética do CHUSJ e as parcerias do serviço de Saúde Ocupacional, a equipa de risco local e a Unidade de Prevenção e Controlo da Infecção. Para os investigadores, a finalidade deste projeto consistia em diminuir as queixas musculoesqueléticas dos profissionais; prevenir as lesões ocupacionais; promover práticas saudáveis; aumentar a motivação e satisfação no trabalho dos profissionais. Este projeto foi dirigido à equipa multidisciplinar do serviço, mas após a sua implementação constatou-se que a sua adesão incidiu mais entre os enfermeiros e os assistentes operacionais. Este projeto foi elaborado em várias fases:

Na primeira fase, foi realizada uma avaliação das necessidades de todos os profissionais de saúde do serviço de Medicina A-Homens, através de um questionário, construído para o efeito, onde constam alguns parâmetros como género, grupo/categoria profissional, queixas mais frequentes.

Na segunda fase, foi realizada uma formação em serviço sobre o tema “Ergonomia- reflexão sobre os cuidados”, tendo como objetivos: sensibilizar os profissionais de saúde para as

questões ergonômicas e as suas implicações; rever e atualizar conhecimentos gerais de mobilizações de cargas e posturas corporais; uniformização de procedimentos para realizar a mobilização e transferência de doentes, bem como o correto posicionamento dos profissionais. Nesta formação ainda foi feito uma apresentação de um exemplo de “ginástica laboral”.

Na terceira fase, foi implementado um programa de ginástica laboral, realizado por um dos enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e pertencente ao núcleo de investigadores. Nesta sessão de ginástica laboral, os profissionais durante aproximadamente 10 minutos, com o apoio da música de relaxamento, realizavam exercícios articulados com a respiração para o alongamento/ fortalecimento dos grandes grupos musculares mais utilizados durante o turno de trabalho. Por último, foi realizada a avaliação da intervenção com o recurso ao questionário.

Durante o meu estágio, o projeto já se encontrava na terceira fase, onde tive a oportunidade de realizar várias sessões de ginástica laboral, que considero serem muito eficazes. Este projeto foi sendo monitorizado ao longo do tempo e a sua divulgação está prevista ser feita através de comunicações livres, posters, artigos e a apresentação deste estudo num capítulo de um livro sobre esta temática. No serviço ainda tive conhecimento que estão a ser equacionados outros temas, mas que ainda não foram desenvolvidos.

2. EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE MEDICINA A-HOMENS

2.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico da situação é a primeira etapa no processo de planeamento, constituído por quatro etapas, onde se identificam os potenciais problemas existentes, o conhecimento das causas e os fatores de risco que determinam os problemas, isto é, realizar a rede de causalidade dos problemas e determinar as necessidades, análise da sua evolução e perspectivas (Tavares, 1992).

Durante o período de estágio, após a observação do serviço e as reuniões informais com a enfermeira gestora, foram elaborados alguns diagnósticos de situação, nos quais foram identificados os potenciais problemas da população em estudo e as suas potenciais necessidades.

Para uma melhor perceção dos diagnósticos foi utilizado para cada um destes, o diagrama de Ishikawa também conhecido como o diagrama de Espinha-de-peixe ou diagrama de Causa-Efeito ou metodologia dos 6M (método, matéria-prima, mão de obra, máquinas, medição e meio ambiente). Este nome que é justificado devido ao objetivo, formato e características do próprio método, sendo uma representação gráfica simples, com inúmeras vantagens tais como: melhorar a visibilidade do problema, identificação de potenciais causas ou razões que levam a ocorrer um determinado problema, hierarquização das causas encontradas, organização das ideias, aperfeiçoamento dos processos, sendo uma ferramenta gráfica utilizada pela gestão do controlo da qualidade.

Nesse sentido, durante o estágio no serviço de Medicina A-Homens, os diagnósticos que considerei pertinentes foram catalogados com um nome, de forma a facilitar a organização dos capítulos, e que exponho de seguida:

- Necessidade de horas de cuidados ao doente

No serviço de Medicina A-Homens, observei e constatei, que a maioria dos doentes internados têm idades superiores a sessenta e cinco anos, são parcial ou totalmente

dependentes nas suas atividades de vida diária, com limitações e/ou défices que necessitam de apoio total ou parcial nas diferentes áreas dos autocuidados.

Assistindo às passagens de turno, observando os diagnósticos identificados e realizando a consulta dos processos, através do Sclinico, pude constatar, que os doentes internados neste serviço, têm uma maior incidência para os diagnósticos/patologias de insuficiência cardíaca e respiratória com comorbilidades, apresentam alteração do estado de consciência, défice de percepção e encontram-se emocional e psiquicamente debilitados. Durante este período, surgiram ainda, algumas patologias da área da gastroenterologia, dermatologia e por vezes outras áreas médico-cirúrgicas, resultantes da política de “cama vaga”, onde o serviço aceita os doentes como serviço hospedeiro, tais como a oncologia e cuidados paliativos.

A complexidade dos diagnósticos e das patologias, implica muitas vezes, a necessidade de um número de horas de cuidados de enfermagem elevados, mais tempo e mais recursos para implementar e executar as intervenções, os cuidados e os tratamentos adequados ao doente. Salientando ainda, que estes tratamentos muitos deles são complexos, implicando a necessidade destes doentes, terem cuidados especializados e diferenciados, o que acarreta a necessidade da existência de profissionais mais especializados e qualificados para os executar.

Para a prestação destes cuidados, existe uma equipa de cinquenta e seis enfermeiros, onde se incluiu o enfermeiro gestor (enfermeiro chefe), enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e enfermeiros.

Sendo uma equipa jovem e dinâmica, verifiquei, através do contacto direto com os enfermeiros, a existência de novos elementos nas equipas, sendo necessário mais tempo para realizar os cuidados aos doentes.

Na elaboração destes eixos tive em consideração a forma como foram ponderados, isto é, as causas/razões da necessidade de horas de cuidados. Através do diagrama Espinha-de-peixe, observou-se (figura 3):

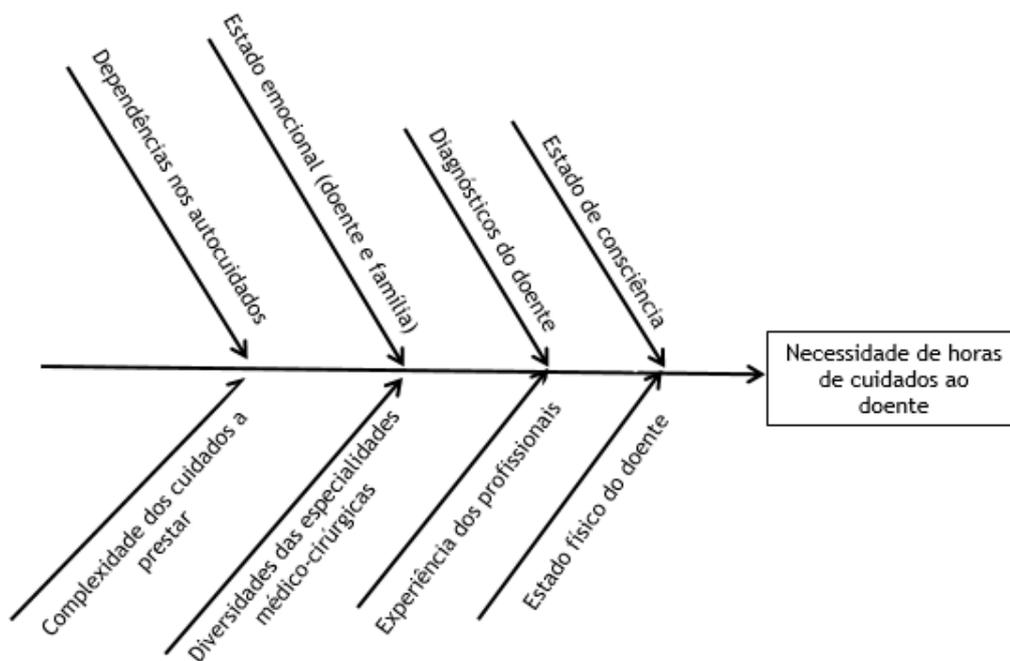


Figura 3 -Diagrama de causa efeito da necessidade de horas de cuidados ao doente

➤ Necessidade de Formação

No serviço de Medicina A-Homens, através de uma reunião com a enfermeira gestora, constatei que a formação é uma das áreas relevantes para o serviço, organização e para os profissionais que aí exercem funções. Através da auscultação dos enfermeiros e consultando os documentos realizados pelos enfermeiros do serviço de Medicina A-Homens, estes expressam as temáticas que consideram mais relevantes para a prestação de cuidados aos doentes ficando também espelhado o seu interesse pessoal. Assim, foram elaboradas as potenciais causas para a necessidade de formação.

Sendo a Enfermagem, uma profissão e uma área que está em constante evolução, requer por parte dos enfermeiros a necessidade de realizar, aumentar e atualizar os seus conhecimentos. Além disso, estes necessitam de introduzir as novas tecnologias no seu dia-a-dia, realizar procedimentos e técnicas inovadoras que permitam a melhoria dos cuidados prestados ao doente.

Para manter os conhecimentos atualizados é necessária uma formação constante e contínua por parte dos enfermeiros. Esta pode ser realizada por duas vertentes, isto é, pelo próprio, nas áreas que considera mais pertinentes para a prestação de melhores cuidados ao doente

ou de seu interesse próprio ou realizada em serviço. No caso dos enfermeiros do serviço de Medicina A-Homens é importante realçar a disponibilidade do serviço para a realizar. De salientar, o incentivo, a motivação e a participação da enfermeira gestora, para que estas formações ocorram e se desenvolvam, apesar da existência de algumas dificuldades e indisponibilidades dos profissionais. Como por exemplo: horário de trabalho (roulement) do enfermeiro, cansaço, falta de tempo e articulação da dinâmica familiar com o trabalho.

Sendo o CHUSJ, um hospital universitário, uma das áreas essenciais para a instituição é a formação dos vários profissionais. Assim, esta instituição disponibiliza formação através da Unidade de Formação (UDF), anteriormente designada de Departamento de Educação Permanente (DEP), divulgada através da intranet. Realço ainda o interesse da enfermeira gestora na divulgação das formações que considera importantes para o serviço, enviando um mail para todos os enfermeiros.

Através do diálogo com alguns enfermeiros, pude constatar que a formação é considerada uma área importante para os profissionais, pois permite a realização pessoal e profissional e o aumento de conhecimentos através da realização da formação contínua, permite obter satisfação no trabalho realizado, levando a uma maior motivação pelo enfermeiro na sua execução.

A experiência profissional, vai sendo adquirida ao longo dos anos de trabalho na prática clínica. No entanto, esta necessita ser fundamentada na prática baseada na evidência. Deste modo, a formação é fulcral para os enfermeiros já integrados no serviço, mas também para os enfermeiros que se encontram em integração no seu novo local de trabalho, neste caso a Medicina A-Homens.

Também é importante referenciar que a realização da formação pelos enfermeiros, assenta na necessidade de cumprir os objetivos traçados pela instituição, de modo a aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Além disso, esta contribui para a evolução a nível da carreira, o que é considerado pelos enfermeiros como um cumprimento de uma obrigação.

Podemos observar pelo diagrama Espinha-de-peixe, algumas das causas da necessidade de formação (figura 4):

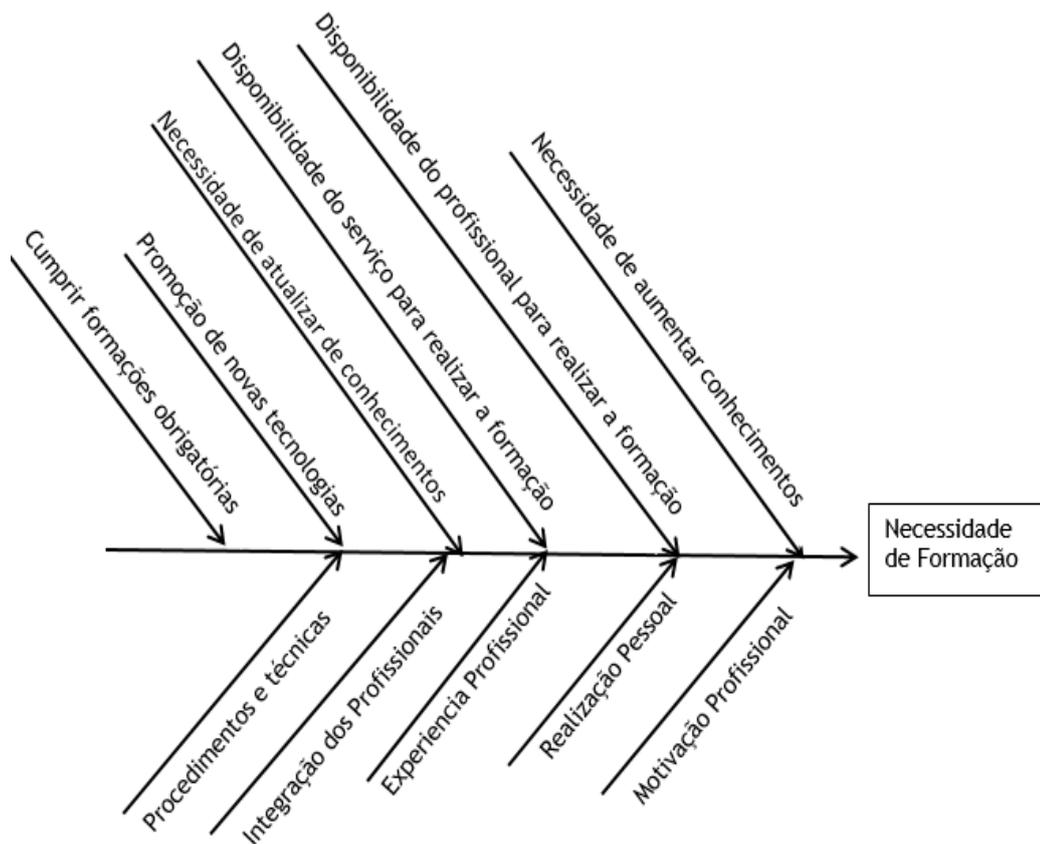


Figura 4 -Diagrama de causa-efeito de necessidade de formação

➤ Informação relativa à Admissão do doente

No serviço de Medicina A-Homens, a admissão e o acolhimento do doente é realizada pelo enfermeiro o qual transmite um conjunto de informações que considera pertinentes para o doente e família, nomeadamente o local/enfermaria onde vai ficar, o serviço onde está, o médico responsável pelo doente no internamento, algumas normas do serviço como horários de visita, refeições, entre outras. Nesta altura, o enfermeiro demonstra a sua disponibilidade no caso de dúvidas que possam ser esclarecidas. Ocorre frequentemente, devido ao estado geral e por vezes de ansiedade do doente e dos familiares e/ou acompanhantes, esta informação não ser apreendida e percebida, sendo muitas vezes necessário ser reforçada durante o internamento.

Na instituição existe um Guia do acolhimento geral ao doente internado no CHUSJ, que a nível profissional os enfermeiros utilizam. No entanto, em contacto com os doentes e familiares, estes referem não terem conhecimento da sua existência e da sua disponibilidade em formato digital. O guia encontra-se disponível na página oficial, contém informações que

podem ser relevantes durante o internamento do doente, apesar de não ser específico para o serviço de Medicina A-Homens.

Algumas das dificuldades referidas pelos familiares e alguns doentes são: a falta de conhecimento, aptidões das novas tecnologias e do seu funcionamento, a baixa competência digital, dificuldades na interpretação da informação do guia.

Observando o diagrama Espinha-de-peixe (figura 5):

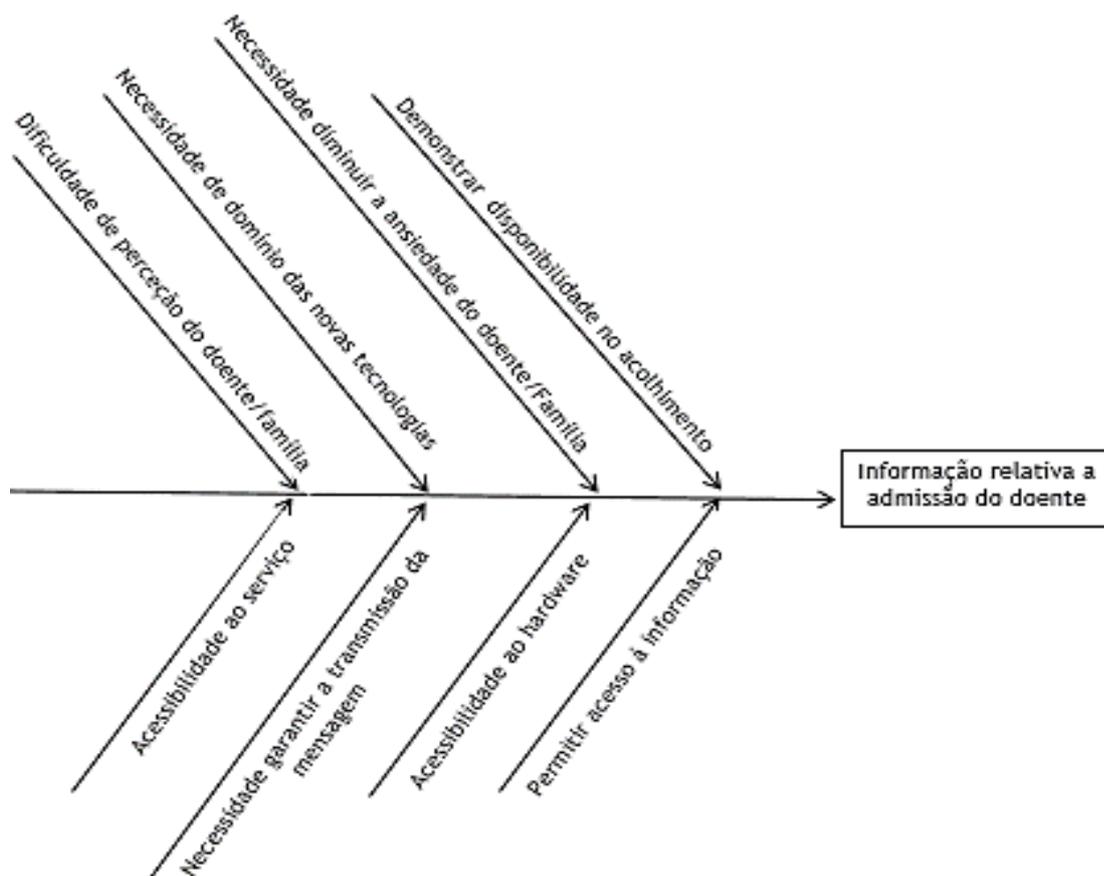


Figura 5 - Diagrama de causa efeito de informação relativa a admissão do doente

➤ Stock material

No serviço de Medicina A-Homens, verifiquei nas duas alas nascente e poente, a existência de local, onde se faz o armazenamento dos materiais/stocks, que são necessários para a prestação dos cuidados aos doentes. Estes materiais são necessários estarem disponíveis em tempo útil. Para que isso suceda, pude constatar através da observação, a necessidade da enfermeira gestora e por vezes outro enfermeiro delegado por ela, que se encontre apto

para realizar esta função, todas as semanas, normalmente na segunda-feira, terem que verificar os materiais que se encontram disponíveis no serviço (nas duas alas).

Para além da verificação dos materiais existentes, é ainda necessário visualizar a validade, a necessidade de reposição e proceder a anotações em papel destas alterações, tornando-se por vezes este procedimento numa atividade demorada e penosa.

Posteriormente, por via informática, tendo em consideração a lista de material que foi previamente acordada entre o serviço de Medicina A-Homens e o serviço de aprovisionamento, é feito e efetivado o pedido dos materiais necessários. Quando estes materiais que foram pedidos chegam ao serviço é necessário, presencialmente, verificar se os materiais entregues correspondem aos pedidos realizados, acondicioná-los nessas áreas/locais o melhor possível, para permitir aos profissionais modo rápido, terem uma melhor visualização e acesso aos materiais.

Considerando as causas/razões explanadas, podemos observar o diagrama Espinha-de-peixe (figura 6):

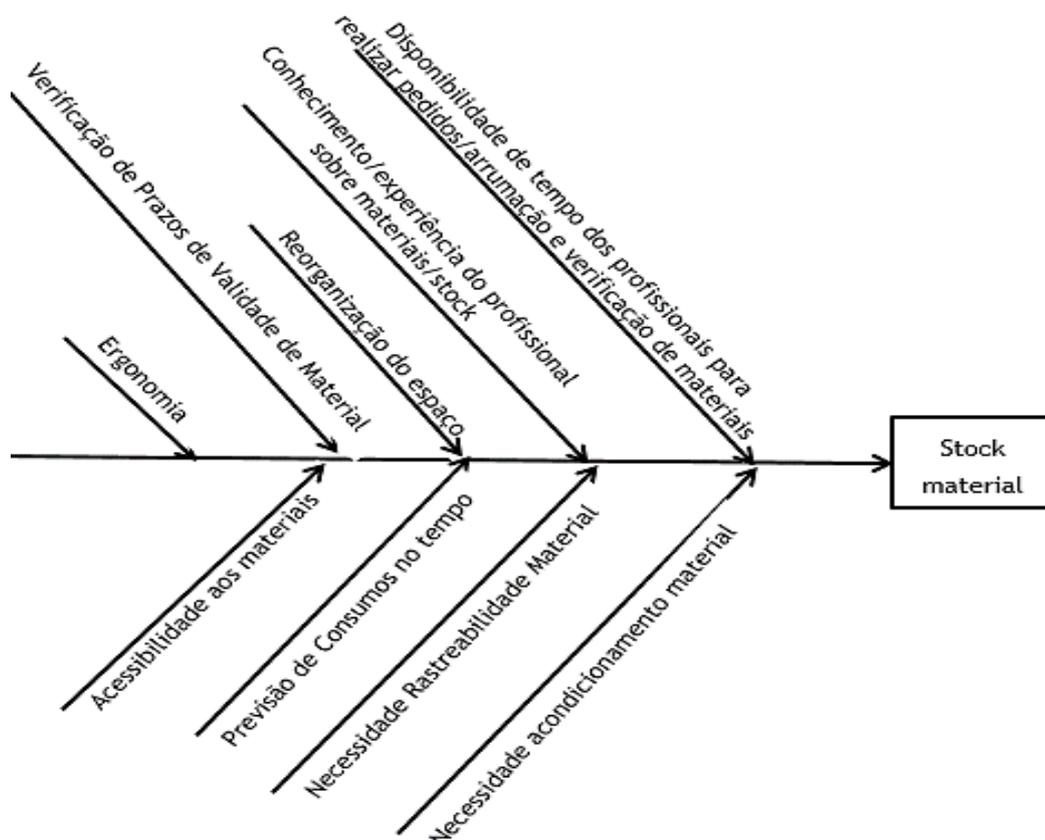


Figura 6 - Diagrama de causa-efeito de stock de material

➤ Sala de Tratamentos

No serviço de Medicina A-Homens, observei que os doentes internados, muitas vezes necessitam de realizar tratamentos e exames mais específicos. De forma a cumprir o controlo das infeções e a necessidade de privacidade para os executar, estes não devem ser realizados nas unidades dos doentes.

Constatou-se ainda, apesar da ala nascente ter sido construída de novo não existir um espaço para realizar estes tratamentos e técnicas. Além disso, na ala poente, ainda por remodelar, esta área existe, mas a sua finalidade assenta numa sala que funciona como sala multiusos. Por exemplo, serve de local onde se realiza tratamentos, técnicas e procedimentos invasivos aos doentes; também funciona como a área física, onde se encontra o aparelho para realizar as gasimetrias e ainda local onde está o material necessário para a realização de exercícios de reabilitação (figura 7).

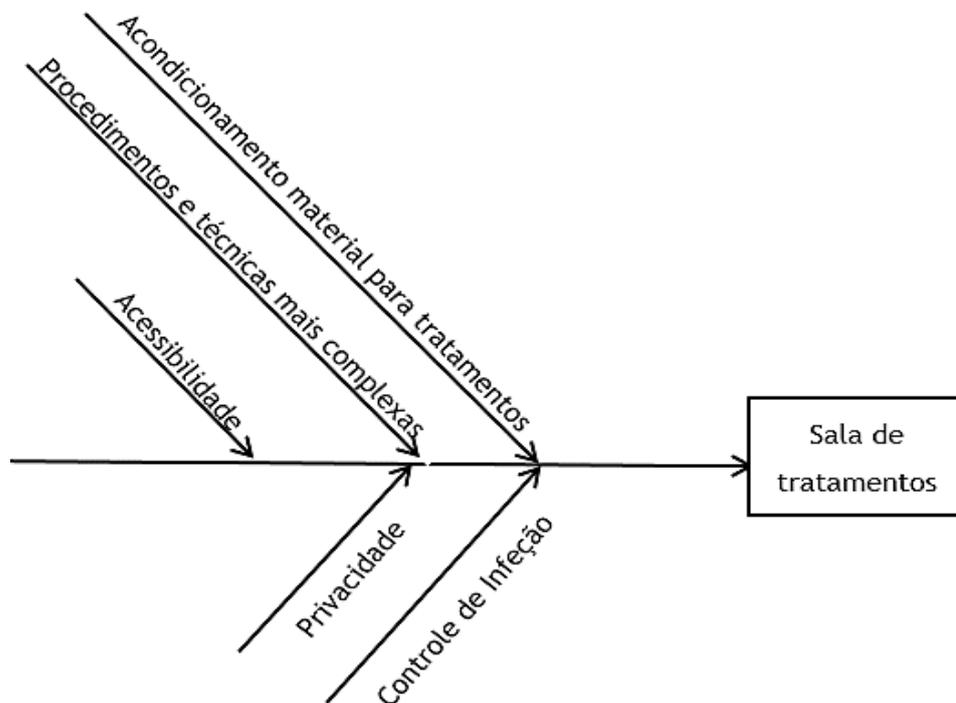


Figura 7- Diagrama de causa-efeito de sala de tratamentos

Em síntese, estes foram os cinco diagnósticos de situação que considerei relevantes, tendo em consideração as temáticas, foram definidos e denominados como:

➤ Necessidades de horas de cuidados ao doente

- Necessidade de Formação
- Informação relativa a admissão do doente
- Stock
- Sala de tratamentos

Depois da realização dos diagnósticos de situação, é necessário realizar a segunda etapa do planeamento na área da saúde, que consiste na determinação de prioridades. Esta etapa, assenta num processo de tomada de decisão que esclarece a direção a seguir, tendo em consideração *“a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e otimização dos resultados a atingir pela implementação de um projeto “* (Tavares,1992, p.83), para a resolução dos problemas.

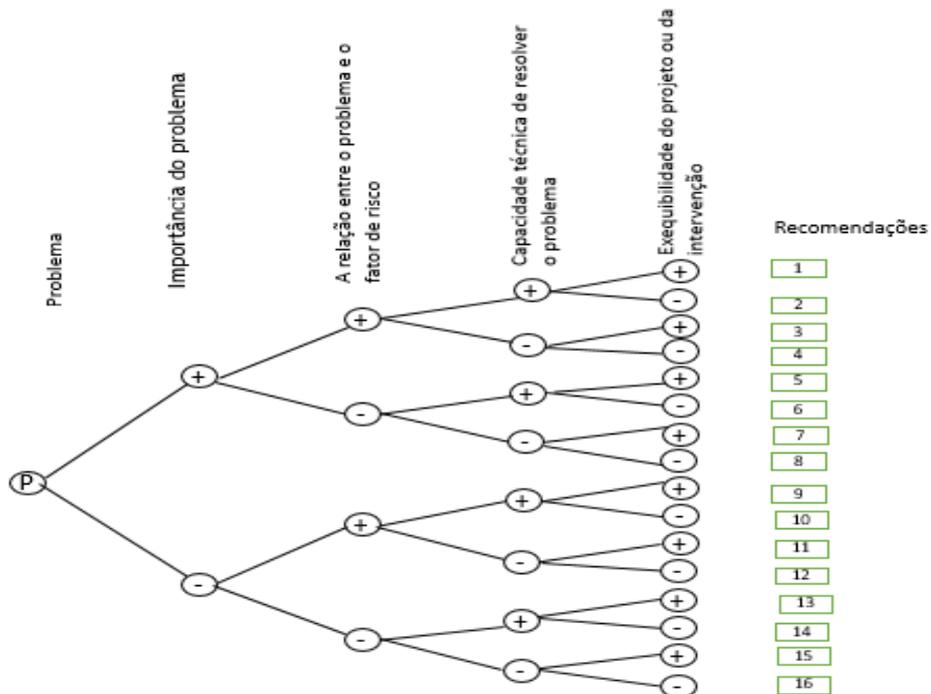
Nesta etapa, a principal dificuldade é a subjectividade (Imperatori & Giraldes, 1993), uma vez que a escolha e ponderação dos critérios dependem normalmente, de quem está a planear. Deste modo, tentei ser o mais objetiva, no sentido de definir os critérios utilizados na escolha, estabelecer a respetiva ponderação e no final desta etapa, obter uma lista ordenada de problemas detetados.

Para definir os critérios de determinação de prioridade, Pineault e Daveluy (1987), referem que estes são as características de referência que permitem realizar a diferenciação entre dois elementos comparáveis ou de características que possam ser medidas, às quais se atribuem valores normativos. Assim, para a definição de critérios, utilizei a técnica da grelha de análise, que consiste numa técnica semi-quantitativa, de fácil aplicação (Imperatori & Giraldes, 1993), que permite a classificação e a ordenação dos problemas identificados, pela aplicação sucessiva de critérios, tais como a importância do problema; a relação entre o problema e o (s) fator (es) de risco; a capacidade técnica de resolver o problema; a exequibilidade do projeto ou da intervenção. Para estes critérios foi se atribuindo sucessivamente uma classificação de mais (+) ou menos (-) para cada um dos problemas (Tavares,1992). Deste modo foi elaborado o quadro 1 seguinte:

Problemas \ Critérios	Importância do problema	A relação entre o problema e o (s) fator(es) de risco	Capacidade técnica de resolver o problema	Exequibilidade do projeto ou da intervenção
Necessidades de horas de cuidados ao doente	+	+	-	-
Necessidade de Formação	+	+	+	+
Informação relativa a Admissão do doente	+	-	+	+
Stock	+	+	+	-
Sala de tratamentos	+	-	-	-

Quadro 1- Classificação dos problemas identificados

Utilizando a grelha de análise para a determinação de prioridades (Tavares,1992) (figura 8):



Fonte: (Tavares,1992)

Figura 8- Grelha de análise para a determinação de prioridades

O percurso natural do problema dentro da grelha de análise, vai determinar a sua classificação final. Esta classificação permite estabelecer dezasseis possibilidades de recomendações, por ordem decrescente de prioridade, onde o valor um corresponde à prioridade máxima e o valor dezasseis corresponde à prioridade mínima (Tavares, 1992). De acordo com a sequência pré estabelecida verificou-se, os resultados expostos no quadro 2:

Problemas					
Necessidades de horas de cuidados ao doente	+	+	-	-	4 ^a
Necessidade de Formação	+	+	+	+	1 ^a
Informação relativa a Admissão do doente	+	-	+	+	5 ^a
Stock	+	+	+	-	2 ^a
Sala de tratamentos	+	-	-	-	8 ^a

Quadro 2 - Resultado da grelha de análise dos problemas

Assim, considerando a grelha de análise e as recomendações citada por Tavares (1992, p.81), os quais consideram que a importância/relevância, assenta no número inferior, podemos concluir que os problemas com maior prioridade são: a necessidade de formação, o stock e as necessidades de horas de cuidados aos doentes, que irão ser explanados nos capítulos seguintes.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIO

3.1. Diagnóstico “Necessidade de Formação”

Para uma prestação de cuidados de qualidade aos doentes, os enfermeiros manifestaram a importância e a relevância da necessidade de realizarem formação. Esta possibilita, o desenvolvimento profissional e pessoal, permite a atualização dos conhecimentos adquiridos e adquirir novas competências.

A formação é importante para os enfermeiros, mas também para a organização/instituição, pois permite que esta seja competitiva, eficiente e eficaz. Para que isso ocorra é necessário que os seus colaboradores, se sintam e mantenham motivados, que se desenvolvam tanto a nível profissional como pessoal, permitindo assim que esta obtenha ganhos em saúde. Para alcançar esse objetivo, é necessário conhecer as reais necessidades da formação dos enfermeiros que exercem funções na instituição e neste caso no serviço de Medicina A-Homens.

O conceito de formação é muito lato e foi evoluindo ao longo dos tempos. Este conceito foi definido por vários autores, tais como Canário (1991) o qual considera ser um processo “ (...) *impulsionador de competências integrado num percurso individual e autogerido, que se desenvolve segundo uma lógica de apropriação de saberes e não de acumulação de saberes*” (Canário, 1991, p.83). Abreu (2001), considera ser um “(...) *processo complexo de aprendizagens, que se reflete no desenvolvimento da estrutura do sujeito, designadamente aos níveis cognitivo, afetivo, motor, relacional e transformativo*” (Abreu, 2001, p. 105).

Dias (2004), alega que a formação é um conjunto de atividades, que implica mudanças internas no indivíduo, mas esta também determina a própria ação de se formar, tendo em consideração o tempo em que esta ocorre. Similarmente, Figueiredo (2004) evidencia que a formação, além de ser um processo dinâmico de mudança e transformação do sujeito, “ (...) *implica o envolvimento ativo do sujeito, utilizando todos os seus conhecimentos e disposições prévias, as suas capacidades, motivações e competências para a aquisição de novos conhecimentos*” (Figueiredo, 2004, p.79).

Nóvoa (1991) adverte para o facto que a formação não é só um acumular de certificados, diplomas e cursos para a progressão na carreira, mas deve ter em consideração os locais de

trabalho, onde “ (...) deve ser implementada a maior parte das ações de formação, pela interação entre os saberes e as práticas do dia-a-dia” (Nóvoa,1991,p.30).

Para Gomes e colaboradores (2008), a formação assenta num “ (...) conjunto de experiências de aprendizagem planeadas por uma organização, com o objetivo de introduzir uma mudança nas capacidades, conhecimentos, atitudes e comportamentos dos empregados no trabalho” (Gomes et al., 2008, p.376).

Esta tem como objetivo dotar o individuo de competências (profissionais e relacionais), para o exercício de uma ou mais atividades profissionais e uma melhor adaptação às alterações tecnológicas e organizacionais (DL nº 14/2017,p.514). Também visa corrigir as necessidades de formação dos elementos de uma equipa, no contexto de trabalho, de modo, a refletir a teoria, questionar as práticas, apresentar mudanças de qualidade, de modo dinâmico que envolva todos os intervenientes. Em suma, as competências dos profissionais desenvolvem-se de uma forma progressiva e temporal e a sua interiorização e reflexão, estão ligados às suas características individuais e aos contextos de trabalho.

Os enfermeiros após adquirirem a sua formação inicial (licenciatura), a qual determina a obtenção das qualificações necessárias para um desempenho profissional, têm a necessidade de desenvolver e aperfeiçoar um conjunto de competências científicas e técnicas, aprofundar e adquirir novos conhecimentos, que lhes permita o acompanhamento do progresso tecnológico e científico, de modo a proporcionar a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados. Veiga, Duarte e Gândara (1995), mencionam que após formação inicial básica, toda a aprendizagem desenvolvida permite desenvolver novas capacidades e ter uma melhor adaptação ao meio profissional.

Por outro lado, Dias (2004) evidencia que “ (...) a enfermagem como profissão exige a mobilização dos conhecimentos adquiridos durante a formação base e/ou especializada, que devem ser continuamente renovados através da formação permanente.” (Dias, 2004, p.17). Esta assenta num processo contínuo de aprendizagem, onde Abreu reforça a ideia, da importância da formação “ (...) na medida em que facilita a visibilidade dos saberes específicos da profissão e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a demarcação social e científica da profissão” (Abreu, 1997, p.149).

Também a OE (2010), referencia que “ (...) os percursos de formação e de desenvolvimento profissional dos Enfermeiros Portugueses são heterogéneos e a aprendizagem da “Formação” faz-se por múltiplas vias: de modo formal e informal; mais ou menos intensiva e aprofundada (...) ” (OE, 2010, p. 62).

De salientar que a formação tem um carácter de continuidade, tendo como objetivo uma constante atualização técnica e científica, permitindo o desenvolvimento pessoal e profissional com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, mas também constitui um dever para

com a profissão e segundo a alínea c) do art.º 88º do Estatuto da OE, procurando a excelência do exercício profissional, o enfermeiro assume o dever de “ (...) *manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...), sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*” (DL n.º 104/98, p.1755).

Fabião e colaboradores (2005), referem que “ (...) *formar pressupõe mudar, acrescentar valor no que respeita a competências, atitudes, para que essa mais-valia se faça sentir na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, visando a obtenção de ganhos em saúde*” (Fabião et al,2005, p.236). Mas é de realçar que esta formação deve ser “ (...) *planeada e programada, de modo a incluir informação interdisciplinar e desenvolver competências de organização e gestão de serviços*” (DL nº 248/2009, p. 6764).

Na instituição, a formação contínua também é considerada relevante, pois vai proporcionar uma melhor adaptação às inovações e novos tratamentos implementados pelos enfermeiros, logo vai proporcionar uma melhoria na qualidade dos serviços prestados.

Numa instituição, o papel do enfermeiro gestor é primordial e relevante. Este é definido como “ (...) *um ator que forneça congruência de ideias e interesses, de busca de recursos, que motive constantemente seus profissionais a uma atuação que dê conta das mudanças ocorridas nas últimas décadas*” (Santos & Miranda, 2007, p.61).

Na carreira de enfermagem no art.º 10º -B, na alínea h) do conteúdo funcional do enfermeiro gestor, este deve “ *responsabilizar-se pela valorização de competências da equipa que gere, facilitando e promovendo os processos formativos*” (DL n.º 71/2019,p.2628), no domínio da formação em serviço, para que a sua equipa preste cuidados de enfermagem de qualidade.

Para isso é importante a realização de formação em serviço, a qual, “ *deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objetivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo*” (DL nº 437/91,p.5738) e deve ser “ *adequada às diferentes exigências dos contextos de trabalho, valorizando as necessidades dos elementos, dos serviços, e não ser uma combinação de temas soltos que cumpram uma calendarização*” (Velez, 2009, p.46).

Dias (2004) refere que a formação em serviço consiste num meio de os enfermeiros refletirem sobre a prática dos cuidados prestados no seu local de trabalho, tendo como meta a melhoria da qualidade e do desempenho.

Para que esta se concretize é imprescindível ter um processo de planeamento adequado e adaptado às necessidades dos intervenientes neste processo, neste caso os enfermeiros de Medicina A-Homens.

Le Boterf (1991) refere que o plano de formação deve ser elaborado tendo em consideração “(...) *um conjunto coerente e ordenado de ações de formação finalizadas sobre objetivos*

pertinentes” (Le Boterf, 1991, p.9), o qual deve ser elaborado tendo em consideração as várias etapas:

- *Levantamento e análise das necessidades de formação*, permite conhecer as principais áreas temáticas passíveis de uma intervenção, determinar, assegurar e adaptar os planos de formação às necessidades da instituição, dos formandos e dos doentes. Para realizar o levantamento e análise das necessidades utilizam-se meios, como: a avaliação de desempenho, a observação, o incidente crítico, o questionário ou a entrevista informal, a informação fornecida pelos chefes;
- *Explicitação da contribuição esperada do plano de formação*, permitindo compreender, determinar os resultados esperados com a implementação do programa de formação;
- *Elaboração e estruturação do plano de formação*, onde inclui a identificação e ordenação das ações de formação que irão ser desenvolvidas, considerando, os seguintes parâmetros: as prioridades da instituição, do serviço e do enfermeiro; descrição da contribuição esperada de cada ação de formação; as características da população a formar; os objetivos de formação a alcançar; a avaliação a utilizar e por fim a previsão de custos e recursos;
- *Desenvolvimento do plano de formação*, que abrange a implementação do plano, sendo este flexível, adequado às circunstâncias, às necessidades e às prioridades;
- *Avaliação*, é da responsabilidade de todos os intervenientes.

Durante a realização do estágio, foi realizado o diagnóstico da situação e identificada a necessidade de formação. O diagnóstico da situação é a fase onde o enfermeiro gestor identifica as necessidades de formação que a sua equipa refere e/ou tem, analisa a necessidade de formação e da transformação dessas necessidades de formação em objetivos, de modo a obter uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Em seguida, foi ponderado a planificação e organização de uma formação em serviço.

Numa primeira etapa, para a elaboração do plano de formação, foi realizada uma conversa/entrevista informal com a enfermeira gestora, no sentido de entender e compreender as necessidades de formação da equipa de enfermagem do serviço de Medicina A-Homens. Tendo em consideração a constituição e as características da equipa, pois esta é composta por enfermeiros muito jovens e a maioria deles a exercer funções há pouco tempo neste serviço e ainda proporcionar um maior conhecimento sobre os enfermeiros que constituem a sua equipa.

Em seguida, foi realizado o levantamento e análise das necessidades de formação através dos documentos disponibilizados pela enfermeira chefe. Estes foram solicitados, no início

do biénio 2019-2020, no período de contratualização dos objetivos para a avaliação do desempenho através do processo de SIADAP. Foi pedido aos cinquenta e cinco enfermeiros do serviço de Medicina A-Homens que exprimissem a sua área de interesse, permitindo deste modo realizar o diagnóstico da situação.

A colheita de dados foi efetuada, atendendo às temáticas mais referenciadas e relevantes para os enfermeiros. Os enfermeiros demonstraram interesse nas seguintes temáticas de formação, conforme exposto no quadro 3:

Temáticas	
Cuidados paliativos (comunicação de más notícias, administração de fármacos, controlo da dor, medidas de conforto)	19
Tratamento de feridas	9
Úlceras por pressão	6
Gestão de conflitos	5
Emergência hospitalar	5
Doente crítico	4
Comunicação e Relacionamento em Equipa	4
Prevenção e Controlo de Infeção	4
Cateter Venoso Central (manuseamento e manutenção)	3
Protocolos e procedimentos pós exames	3
Enfermagem de reabilitação (parametrização dos registos, projetos a decorrer e integração de equipa)	3
Sistemas de Informação	2
Doente oncológico (cuidados à família)	2
Dor	2
Quedas	2
Ergonomia	2
Administração de fármacos oncológicos	2
Parametrização dos registos <i>Sclinico</i> (reabilitação)	1
Orientação de alunos	1
Reabilitação cardíaca	1
Integração de novos elementos	1
Instrumentação cirúrgica	1
Saúde Mental	1
Posicionamentos e transferências	1
Total	84

Quadro 3 - Áreas referidas pelos enfermeiros para realizar formações

Após observar o documento de levantamento das necessidades formativas e o projeto profissional de cada elemento da equipa de enfermagem do serviço de Medicina A-Homens e conjugando com os objetivos definidos pela organização foi possível delinear as temáticas prioritárias. Para Imperatori e Giraldes (1993) “ (...) realizado o diagnóstico e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à fixação dos objetivos a atingir em relação a

cada um desses problemas num determinado período de tempo.” (Imperatori & Giraldes,1993, p.77).

Neste estágio, depois de analisar os dados obtidos por esta amostra, podemos concluir que as temáticas mais relevantes para os enfermeiros são em primeiro os cuidados paliativos, em segundo o tratamento de feridas e de seguida as úlceras por pressão.

A temática, *cuidados paliativos*, foi considerada a mais relevante e importante em termos de necessidades de formação, para os enfermeiros de Medicina A-Homens. De referenciar que, apesar da formação em cuidados paliativos ser uma das formações disponíveis no plano de formação da UDF do CHUSJ, conforme se pode verificar através da consulta na intranet, a procura é imensa e mostra-se insuficiente para dar resposta às necessidades sentidas pelos profissionais. Assim, foi proposto realizar uma formação em serviço, para colmatar essa necessidade e proporcionar um momento de reflexão da equipa sobre o tema e sobre as suas estratégias para lidar com as necessidades destes doentes /famílias.

Tendo como base uma perspetiva de gestão de cuidados de enfermagem, ao intervir no domínio da formação em serviço, pretendemos como objetivo geral, organizar uma formação em serviço, inserida na temática dos cuidados paliativos, tendo como finalidade contribuir para o desenvolvimento profissional, a atualização de conhecimentos dos enfermeiros da Medicina A-Homens e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Como objetivos específicos:

- Dar resposta às necessidades de formação da equipa de enfermagem do serviço de Medicina A-Homens;
- Desenvolver estratégias com vista à implementação da formação em serviço;
- Sensibilizar os profissionais, através da formação em serviço, para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes da Medicina A-Homens e seus familiares que necessitam de cuidados paliativos;
- Incentivar trocas de experiências que permitam um melhor desempenho dos enfermeiros na prática profissional;
- Concretizar a formação em serviço no decurso do ano de 2020.

Como objetivos do plano, pretende-se, além de conciliar as necessidades do serviço com as expectativas e motivações dos enfermeiros, promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros para a aquisição e atualização de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes).

Em conjunto com a enfermeira gestora do serviço de Medicina A-Homens, foi decidido calendarizar uma formação em serviço acerca desta temática, no serviço de Medicina A Homens. Assim, foi feita a articulação com os diferentes intervenientes, nomeadamente o UDF/CHUSJ e o enfermeiro gestor do serviço de Cuidados Paliativos.

De realçar que a UDF está integrada no Centro de Epidemiologia Hospitalar do CHUSJ, é considerada como “ *um instrumento estratégico do conselho de administração, para a implementação das políticas de desenvolvimento dos recursos humanos do CHUSJ* ” (Portal do CHUSJ,2019), a qual promove a interligação com as estruturas intermédias de gestão, tendo como finalidade atualizar as aptidões dos profissionais da instituição, contribuir para a mudança de comportamentos, satisfazer as necessidades dos serviços e departamentos e assegurar a realização de ações de formação dos profissionais.

Posteriormente foi feito o planeamento da formação certificada e realizada por um enfermeiro perito na área, da unidade de cuidados paliativos. Esta formação será organizada e desenvolvida segundo todos os critérios obrigatórios de certificação UDF, no que diz respeito a suporte documental.

Para esta formação, foi necessário realizar toda a logística prática. Esta foi assegurada pelo serviço de Medicina A-Homens, na pessoa da enfermeira gestora do serviço, com o meu apoio. De salientar que o facto de a formação ser certificada pela UDF, incentiva os enfermeiros que exercem as suas funções no serviço a participarem na formação.

No planeamento da formação foram elaboradas as linhas gerais (ANEXO 2). No dia em que se realiza a formação vai ser disponibilizado aos formandos, material de apoio, a folha de registo de presença dos profissionais, para posteriormente ser enviada à UDF e o inquérito de avaliação da sessão de formação, onde será solicitado aos participantes o seu preenchimento no final da apresentação da mesma.

As formações foram agendadas para os dias 10 e 17 de março de 2020, no sentido de proporcionar ao maior número de profissionais poder participar na formação. No entanto, sendo 2020 um ano atípico, devido a pandemia por COVID-19, por imposição governamental foram aplicadas medidas de contenção e confinamento, a partir de 9 de março e foram suspensas todas as atividades presenciais que implicassem ajuntamento, deste modo ainda não foi possível realizar estas formações presenciais, aguardando a realização das mesmas.

Uma das hipóteses levantadas para realizar esta formação seria o recurso a um ambiente Web (e-learning), no entanto existem muitos condicionalismos que são difíceis de ultrapassar, tais como: a formação em serviço dever ser realizada presencialmente, em contexto de trabalho e na instituição; a dificuldade da existência de recursos informáticos e de rede

para ser utilizado por todos os participantes; a necessidade de tempo dos participantes para se manterem conectados e no próprio serviço.

Outra das hipóteses seria, a realização destas formações presencialmente, mas limitando o número de participantes, no entanto esta hipótese não teve o aval da administração, visto ir contra as orientações governamentais e decretadas por lei.

3.2. Diagnóstico de “Stock”

O “stock” é o termo normalmente utilizado na bibliografia, ao pesquisar sobre a gestão de materiais. Na organização, esta é um dos sectores mais importantes e relevantes, pois requer um elevado investimento por parte da organização, mas também pode ser encarada como um indicador de desempenho, no sentido de realizar um equilíbrio entre os custos e a redução dos mesmos com os serviços prestados.

Deste modo, é importante realçar perante uma instituição como o CHUSJ, a necessidade de maximizar o lucro sobre o capital investido. Como em qualquer empresa, a gestão de materiais, mais concretamente o stock é considerada uma prioridade no seu plano estratégico. Para que esta aconteça, é necessário ter uma logística que vise abastecer o hospital de recursos materiais para desempenhar as suas atividades, de forma a assegurar todas as necessidades em tempo útil, evitando colocar em risco as vidas humanas e a assistência ao doente.

Ao falar de logística é importante ter em consideração o seu conceito e a sua definição. A palavra é de origem grega e significa contabilidade e organização, mas este termo também é referido como sendo, proveniente do francês “*logistique*”, com o significado de ser uma arte de planeamento e realização de vários projetos e utilizado normalmente como um termo militar.

Na sua conceção inicial, a logística consistia no simples ato de entregar o produto solicitado, no lugar solicitado, num determinado tempo. Com o decorrer dos anos, este conceito foi evoluindo, adquiriu novas vertentes, de modo a adaptar-se às necessidades específicas de cada década.

O termo “logística” foi utilizado na segunda guerra mundial, relacionado com a movimentação de tropas, pessoas, bens, materiais, armamentos e ainda na manutenção e operação de instalações, permitindo a realização de um planeamento eficaz e da apresentação de projetos táticos (Gonçalves, 2013; Almeida & Filho 2013).

Nos anos cinquenta, após a segunda guerra mundial e até aos anos setenta, com o aumento do desenvolvimento económico, o aparecimento e o desenvolvimento tecnológico, de alguns países, a teoria e a prática da logística começa a ser utilizada nas empresas, na distribuição física de materiais, com ênfase em custos logísticos. Esta foi evoluindo e os seus princípios básicos começaram a surtir efeitos positivos para as organizações (Ching, 2010).

Mas foi na década de oitenta que a logística se destacou, devido às tecnologias de informação, às mudanças na economia dos países em desenvolvimento, ao aparecimento de blocos económicos e à globalização (Araújo & Musseti, 2012; Ching 2010).

Nos anos noventa, a logística passa a ser uma parte especializada de um novo conceito designado como Supply Chain Management, isto é a cadeia de suprimentos. Tendo o seu foco na distribuição e armazenamento de materiais, no sentido de satisfazer o cliente, enquanto a cadeia de suprimentos abrange todos os aspetos de aquisição e o fornecimento de bens. Com o início dos anos 90 até aos dias de hoje, o aparecimento e o desenvolvimento das novas tecnologias permitiu às organizações gerar as condições para a realização das práticas de Marketing (Novaes, 2015).

A definição deste conceito é um pouco ampla, segundo Barbieri e Machline (2009), a logística compreende o atuar em todo o fluxo, desde os fornecedores de materiais até a entrega do produto aos clientes neste caso, os serviços.

Para o Council of Supply Chain Management Professionals, a logística “ (...) é responsável por planear, implementar e controlar o eficiente e eficaz fluxo direto e inverso e as operações de armazenagem de bens, serviços e informação relacionada entre o ponto de origem e o ponto de consumo de forma a ir ao encontro dos requisitos/necessidades dos clientes” (Crespo de Carvalho, 2010, p.24).

Carvalho e Ramos (2016) definem logística ou gestão logística como a gestão de fluxos físicos e de informação, ou seja, o planeamento, a implementação e o controlo dos fluxos de matérias-primas, de produtos, de serviços e de soluções. Também Pozo (2017), refere que a logística é um processo estratégico de gestão, dividida em três atividades: a aquisição, a movimentação/ transporte e a armazenagem de materiais.

Estes conceitos referidos anteriormente, têm por base uma logística mais convencional, mas também se aplicam à logística na área da saúde. Carvalho e Ramos (2016) mencionam que numa unidade de prestação de cuidados de saúde, a logística desenvolve-se em todo o processo, desde o fornecimento e armazenamento dos materiais de consumo clínico e não clínico, até aos serviços de lavandaria, de catering, de limpeza, entre outros. Estes implicam sempre a realização de atividades de natureza logística e de intervenções de gestão logística.

Os autores supracitados mencionam, que a logística no âmbito da saúde pode ser dividida em duas áreas distintas: a gestão dos doentes e a gestão dos materiais/stocks, dos fornecimentos e serviços externos (Carvalho & Ramos, 2016). Através do nosso diagnóstico de situação a área que pretendo descrever consiste na área da gestão de materiais/stock.

No hospital, a logística é considerada primordial e um desafio para a administração hospitalar, pois necessita de assegurar que os recursos estejam em bom estado e disponíveis no tempo e momento certo. Caso esta seja ineficaz leva a inúmeros problemas, tais como: a falta de materiais significativos, a perda de tempo, altos níveis de stock armazenados, imobilização parte do capital investido ou mesmo altos custos de falta e de oportunidade (Nogueira, 2018), comprometendo assim as intervenções e as atividades a serem realizadas em prol do doente.

Paschoal e Castilho (2010) reforçam esta ideia, ao afirmar que numa organização um dos fatores forte e determinante, que influencia o seu orçamento e prestação de cuidados de qualidade é a gestão de materiais. Dado que, a maioria dos materiais, especialmente os materiais de consumo clínico e produtos farmacêuticos, são considerados materiais críticos. Devido às flutuações e graus de incerteza, ao facto de serem dispendiosos e conduzirem a um enorme gasto financeiro, é necessário mantê-los disponíveis, de acordo com a sua utilização (Simonetti, Novaes & Gonçalves, 2007).

A gestão de materiais é uma atividade dinâmica, com métodos, modelos e técnicas próprias e com objetivos devidamente definidos, não existindo uma uniformização desses métodos e modelos, compete às unidades hospitalares adotarem vários modelos de abastecimento internos, dependendo do local e do serviço a abastecer, de modo a resolver e ter uma gestão de material eficaz.

Para o enfermeiro gestor, é importante o conhecimento e a utilização destes métodos (tradicional, reposição por níveis, troca de carros, sistema de duplo lote ou dupla caixa ou de troca de vazio e armários controlados eletronicamente ou armazéns avançados) de abastecimento e distribuição. Estes métodos e modelos permitem a redução de stocks e dos consumos nos serviços; promove a eficácia da utilização dos materiais e a sua rastreabilidade, a redução de produtos inválidos para consumo por expiração de prazos de validade, a automatização das reposições e por fim aumenta a disponibilidade da informação dos consumos e da sua existência em tempo real, possibilitando deste modo, a rentabilidade e a eficácia tanto no serviço, como para a organização.

No serviço de Medicina A-Homens, os modelos utilizados na distribuição e armazenamento assentam em dois métodos, o método tradicional (material clínico e não clínico) e o método de unidade ou Sistema de Distribuição Individual Diária em Dose Unitária (medicação).

No CHUSJ, a distribuição e a reposição do medicamento é feito através do Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento (SGICM). Este circuito possibilita a requisição e o registo de medicamentos de forma informatizada, diariamente a partir da prescrição médica eletrónica. A distribuição faz-se pelo Sistema de Distribuição Individual Diária em Dose Unitária, que durante os dias úteis é realizado diariamente, exceto ao fim de semana e feriados. É importante mencionar duas exceções na distribuição que são relevantes: a primeira consiste no envio em forma duplicada da medicação do doente, para o fim-de-semana (entregue no sábado) e feriado (dia útil anterior) e a segunda surge na admissão do doente, quando esta decorre no turno da tarde e/ou noite, fim-de-semana ou feriado, onde é necessário elaborar um pedido urgente da medicação do doente ou então retirar a medicação do “armazém” de stock do serviço. Este tem em consideração os medicamentos mais utilizados no serviço de Medicina A-Homens.

A distribuição e a reposição dos materiais, são feitas pelo método tradicional e o acondicionamento faz-se numa área designada como armazém no serviço. Neste método, a responsabilidade da gestão de stocks é inteiramente do serviço requisitante, normalmente do enfermeiro gestor. No serviço de Medicina A-Homens, o controlo, pedido, verificação, arrumo e a reposição de stocks é realizado pelo enfermeiro gestor ou a quem ele delega. Estes pedidos são efetuados, através do sistema informático, com a periodicidade e quantidade que consideram ser a mais adequada para o serviço, normalmente é feito semanalmente, à segunda-feira. Salientar que a periodicidade e quantidade foi acordado com o aprovisionamento, onde são fixados os intervalos de tempo e a quantidade dos abastecimentos, estando os serviços consumidores salvaguardados, caso haja ruturas ou quebras no fornecimento, através de pedidos urgentes. As reposições são realizadas a partir de um armazém central e geral da instituição.

Este método tem algumas desvantagens, tais como: desviar os enfermeiros das suas verdadeiras atividades; existência de uma maior tendência excesso ou ruturas de stocks nos serviços; necessidade de realizar uma maior quantidade de encomendas extras ao armazém central, suscitando assim um maior esforço da gestão do serviço. Este esforço implica, a necessidade de uma maior quantidade de recursos humanos para realizar as tarefas como: identificar as necessidades de material, elaborar os pedidos, conferir, arrumar o material, controlar as validades dos mesmos.

Tendo em consideração o local de estágio o serviço de Medicina A-Homens, é necessário elaborar os objetivos que se pretende atingir:

- Recolher os dados relevantes que permitam explicar o problema detetado;
- Preparar um plano de comunicação que influencie a tomada de decisão por parte do decisor;

- Utilizar o conjunto de instrumentos para fornecer dados de enquadramento para apoiar as iniciativas relativas à alteração do método.

O principal objetivo é a alteração do método tradicional, para o método que permitisse uma maior eficácia e eficiência.

Numa primeira abordagem, a sugestão seria a utilização do método que possibilitasse de modo automático, efetuar as encomendas para reposição de stock, consultar os stocks, verificar se estes estão atualizados, verificar e realizar a atualização do inventário.

Uma das sugestões seria um método que permita a utilização de sistemas automatizados. Neste sentido, o método pensado seria o dos “armazéns avançados”. Estes são pequenos armazéns localizados dentro dos serviços ou em locais/pontos estratégicos dentro da instituição, que permitem um armazenamento e acesso ao material. Funcionam por níveis, ou seja, possuem stocks mínimos e máximos pré-definidos, de forma a abastecerem o serviço onde se encontram. As principais vantagens são: o aumento do desempenho financeiro, o aumento do controlo, da coordenação e do planeamento, a satisfação dos profissionais e a melhoria da qualidade nos serviços prestados.

Realizado um contato telefónico com um dos elementos do departamento da gestão de stocks, referiu que este método tem custos muito elevados e não são comportáveis para a instituição aplicá-lo em todos os serviços. Mencionou ainda que este método, só é utilizado parcialmente no âmbito do medicamento, através da “Pyxis”, mas só em alguns serviços/unidades mais específicas como os blocos operatórios, Unidades de Cuidados Intensivos.

O segundo método sugerido e que pode ser aplicado com eficácia no serviço de Medicina A-Homens, seria o método por “sistema de duplo lote”, também designada na literatura como método da dupla caixa ou ainda a troca de vazio por cheio, sendo baseado no sistema *Kanban*.

O sistema Kanban original, foi inicialmente desenvolvido e utilizado por Taiichi Ohno, diretor e engenheiro da Toyota, mais especificamente, na indústria e no interior das instalações de produção da Toyota. Este tinha como objetivos: auxiliar na gestão de materiais, promover uma produção mais eficiente, otimizar as movimentações e as tarefas e proporcionar uma maior assertividade. Em suma, satisfazer a procura dos consumidores, no menor tempo de espera e com o menor custo possível (Júnior & Filho, 2009).

A *palavra* Kanban, de origem japonesa, traduzida literalmente, significa (Kan) “cartão” e (Ban) “sinal”, isto é, uma anotação visível ou um sinal que pode tomar várias formas, desde um cartão, uma caixa vazia, entre outro.

O sistema Kanban foi adaptado e implementado, no final dos anos oitenta na saúde, pelas empresas Danish and Dutch, quando desenvolveu o sistema two-bin (distribuição uniforme em dois compartimentos), para o abastecimento de material médico (Aguilar-Escobar, Bourque & Godino-Gallego, 2015).

Este sistema é considerado um subsistema do Just In Time (JIT), filosofia de gestão empresarial para o planeamento e controle das operações com foco na máxima qualidade e na redução de desperdícios. Tem como objetivo a eliminação total do desperdício e assenta na entrega de materiais, componentes ou matérias-primas nas zonas de produção nas quantidades e no momento em que são necessárias (Carvalho, 2016).

O seu funcionamento é muito simples, consiste em que cada item está distribuído em dois lotes, ou compartimentos. Inicialmente encontram-se os dois compartimentos cheios, que contém uma etiqueta com a designação, o código de barras que identifica o produto, o nível de stock por caixa e localização dos artigos (figura 9).



Figura 9 - Exemplo de código de barras num sistema de duplo lote

O material é retirado do compartimento que se considera como o lote “ativo”. Quando o material do primeiro compartimento esgota, começa a retirar-se material de outro compartimento (figura 10).



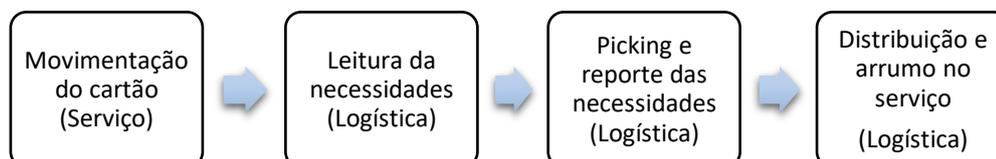
Figura 10 - Figura do armazenamento num sistema de duplo lote

A reposição do material no lote vazio é realizada por um funcionário do aprovisionamento, que faz a passagem pelos serviços do hospital para os abastecer, acordo com o horário e os dias pré-estabelecidos. Este utiliza o método de “picking”, isto é, a leitura ótica de códigos

de barras dos compartimentos vazios. Posteriormente, quando o funcionário chega ao serviço de aprovisionamento, esta informação/dados é descarregada no sistema informático, para depois serem repostos os materiais necessários no serviço.

Na teoria, esta informação é transmitida automaticamente, mas na maioria dos hospitais isto não é possível, pois estes não estão conectados em modo “online” ao sistema informático, o que diminui a rápida perceção das necessidades de reposição.

O sistema de duplo lote decorre essencialmente em quatro fases (quadro 4).



Quadro 4 - Quatro fases do sistema de duplo lote

Este método tem benefícios relevantes e no sentido de ser mais perceptível, a sua aplicação, optámos por fazer uma análise SWOT, que consiste numa ferramenta de gestão utilizada pelos gestores das organizações para o planeamento estratégico.

O acrónimo SWOT advém do inglês e representa as iniciais das palavras Strengths (forças), Weaknesses (fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças). Esta análise, interna e externa, permite detetar os pontos fortes e fracos (no interior) e as oportunidades e ameaças (do exterior) (quadro 5).

Análise SWOT	
Pontos fortes	Pontos fracos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reduz drasticamente a necessidade de intervenção do enfermeiro gestor, na requisição, verificação, arrumação e controle de material; ▪ Liberta recursos especializados; ▪ Redução de stocks no serviço; ▪ Reduz consumos nos serviços; ▪ Reduz o tempo de verificação das quantidades requisitadas, distribuídas e armazenadas; ▪ Fornecimento de informação rápida e precisa; ▪ Sistema simples de funcionamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Custo inicial elevado para a compra de estantes e caixas; ▪ Disponibilidade de profissionais por parte do aprovisionamento para a realizar.
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhoria na qualidade da informação dos consumos; ▪ Melhor organização do espaço de armazenamento; ▪ Melhor acessibilidade aos materiais; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espaço físico no serviço não ser adaptável; ▪ Demora para a sua implementação.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poupanças de custos com artigos obsoletos e fora do prazo de validade; ▪ Aumenta o desempenho financeiro; ▪ Satisfação dos profissionais; ▪ Melhoria da qualidade nos serviços prestados. 	
--	--

Quadro 5 - Análise SWOT do sistema de duplo lote

Para realizar a implementação deste método no serviço de Medicina A-Homens foram realizados os seguintes passos/etapas:

Numa primeira abordagem foi necessário pesquisar e obter informações sobre o funcionamento da cadeia de abastecimento do CHUSJ. Através dessa pesquisa, foi possível identificar a área e a sua localização na organização. Trata-se de uma área de suporte da instituição, que engloba o serviço do aprovisionamento, o qual está subdividido em várias áreas/departamentos. A área responsável pela distribuição e armazenamento é denominada de gestão de stocks.

Foi realizado um contacto telefónico, de modo a conhecer a localização do serviço, as pessoas responsáveis do departamento, explicar o objetivo deste pedido e solicitar uma reunião e orientação.

Numa primeira reunião, com um dos responsáveis por esta área, através de uma entrevista informal, foi apresentado, explanado e referido o objetivo, no sentido de aplicação deste método. Foram fornecidas pelo responsável da gestão, algumas informações relevantes no sentido positivo da sua implementação, tais como: o método de duplo lote, iniciou a sua implementação na urgência de pediatria do CHUSJ, através de um projeto piloto em 2005. Foi referido, que atualmente, este método existe em vários serviços mais pequenos do hospital e que havia outros serviços, que já solicitaram a sua implementação, os quais se encontram em processo de avaliação.

Realizada a reunião, foi elaborado um documento dirigido ao presidente do conselho de administração e diretor do aprovisionamento e da gestão de sector, no sentido de comunicar e demonstrar interesse para aplicação e implementação deste método no serviço de Medicina A-Homens. Este documento foi entregue no *front-office* e aguardar a resposta dos destinatários 0 (ANEXO 3).

Nessa reunião, um dos aspetos referenciados, foi a falta de recursos humanos, que poderia levar ao atraso na sua implementação, no entanto foi demonstrado total empenho e interesse por parte da pessoa responsável. Foi ainda comunicado, que após obter o parecer positivo e autorização a nível superior, segue-se para uma nova etapa. Esta subdivide-se em duas fases, as quais se desenvolvem quase em simultâneo, a primeira consiste na verificação

da existência de um local ou área de armazenamento no interior do serviço e a segunda na verificação da viabilidade da alteração do método de distribuição.

A verificação da existência de um local ou área de armazenamento no interior do serviço, consiste num processo praticamente realizado pelo serviço de aprovisionamento, onde os elementos deste departamento vêm ao serviço, fazem a verificação presencial da existência deste local. Este deve possuir algumas condições arquitetónicas, consideradas relevantes como ser um espaço físico cuja localização permita boa acessibilidade e visualização do material armazenado, boa luminosidade, ter condições ajustadas à conservação dos artigos armazenados, como a temperatura, humidade, arejamento, entre outros. Depois fazem a verificação da área disponível e do espaço físico, utilizam uma planilha arquitetónica do departamento que permite verificar a possibilidade da execução e implementação dos diferentes armários/estantes.

A verificação da viabilidade da alteração do método de distribuição, é realizada através de um estudo económico, tendo em consideração o mapa de consumo anual do ano anterior do serviço, onde conste uma lista de todos os materiais que o serviço utiliza, se existe alguns condicionantes, tal como o custo destes.

Posteriormente, caso tenha autorização a nível superior é feita a implementação deste método, na área/sala do serviço. Para isso é necessário a colocação de armários normalizados no serviço, que funcionam como armazéns periféricos, e dos recipientes para o depósito dos materiais, permitindo aos profissionais de saúde um rápido e fácil acesso a esses materiais para a prestação de cuidados, como exemplifica a figura 11.



Figura 11 - Exemplo de um armário num sistema de duplo lote

3.3. Diagnóstico de “Necessidade de horas de cuidados ao doente”

No serviço de Medicina A-Homens, constatei que a maioria dos doentes internados têm idades superiores a sessenta e cinco anos, com doenças crónicas, dependentes total ou parcialmente nas suas atividades de vida diária. Apresentam múltiplas morbilidades e co morbilidades, as quais por vezes são complexas, gerando uma maior necessidade de cuidados de enfermagem. Esta condição de saúde, implica um aumento de número de horas de cuidados, bem como a necessidade da existência recursos humanos, nomeadamente, enfermeiros diferenciados.

Na organização existe uma preocupação com os recursos humanos, dado que é considerado no orçamento como uma despesa e um custo muito elevado. No entanto é importante não esquecer que os recursos humanos estão diretamente relacionados com o nível de segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes. A segurança e qualidade dos cuidados são conceitos indissociáveis e constituem foco de atenção quer por parte de

instâncias internacionais como a OMS e o ICN, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade.

A qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes, para além da relevância que detêm na organização de saúde, são também determinadas pelo agir do enfermeiro gestor, já que ao identificar as reais necessidades dos doentes que estão internados no seu serviço, este pode adequar a sua intervenção e gerir recursos de maneira a satisfazer as necessidades dos doentes.

De referenciar, a nível nacional a sua importância, com a existência do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, o qual está inserido na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, que segue as recomendações do Conselho da União Europeia de 9 de junho de 2009, publicado em Diário da República, através do Despacho nº. 1400-A/2015, onde é proposto *“apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão de riscos associados à prestação de cuidados de saúde”* (Despacho nº 1400-A/2015, p.3882), para obter um aumento da cultura de segurança do ambiente interno. Esta é considerada uma das dimensões com maior potencial de melhoria, sendo por isso necessário uma dotação de profissionais de enfermagem adequada.

Macaia (2005) menciona que os rácios reduzidos de enfermeiros, implica a deterioração da qualidade dos cuidados, colocando em causa a realização de diversos procedimentos. Na perspetiva da mesma autora, a segurança do utente está diretamente relacionada com a dotação de pessoal de enfermagem. Deste modo, para assegurar a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos mesmos, em termos de tempo e disponibilidade, é fundamental o uso de sistemas que permitam mensurar as dotações adequadas de enfermeiros, conforme a evidência científica aponta as *“dotações seguras salvam vidas”* (ICN, 2006).

Assim, considera-se dotação, *“ a quantidade e tipo de pessoal necessário para a prestação de cuidados a clientes”* (Hall, 2005, p.2). Além disso, Frederico e Leitão (1999), reforçam ainda a importância de *“estabelecer de forma quantitativa e qualitativa, as necessidades de pessoal de enfermagem, para prestar cuidados a um determinado grupo de clientes”* (Frederico & Leitão, 1999, p.113), sendo o cliente, a pessoa o alvo dos cuidados de enfermagem.

A OE realça a importância da necessidade de um modelo de organização de recursos humanos que assegure a qualidade e a segurança desses mesmos cuidados, sendo importante ter um *“número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem.”* (OE, 2001, p.18), tendo procurado criar sistemas de qualidade e definir padrões de qualidade para o exercício da profissão.

Organizações como a American Federation of Teachers (AFT) (1995), a Canadian Nurses Association (CNA) (2005) e a American Nurses Association (ANA) (2015) consideram necessária uma adequada dotação de enfermagem. Esta assenta em fatores tais como: as condições de trabalho, as quais deverão estar isentas de risco; a quantidade de horas de enfermagem disponíveis; o número de enfermeiros com experiência; a formação e a combinação de competências adequadas, que proporcione satisfazer as necessidades em cuidados de enfermagem dos utentes, ao nível dos cuidados de saúde (primários e secundários).

Aiken (2015), no estudo denominado *rn4cast*, considerado um dos mais importantes estudos internacionais efetuados neste âmbito e que está a ser aplicado em vários países incluindo Portugal, concluiu que uma combinação adequada de competências com um número adequado de enfermeiros, permite o retorno no investimento por parte das organizações de saúde. Neste estudo, existe ainda referência, se as dotações são inadequadas, os enfermeiros que prestam cuidados deixam de os prestar, tendo necessidade de estabelecer prioridades, como a administração de terapêutica e a realização de procedimentos mais relevantes, em detrimento de outras intervenções, de que são exemplo a educação para a saúde, o apoio emocional e o conforto aos utentes e familiares cuidadores.

De acordo com o ICN (2007) citado por Nunes (2011), as dotações seguras implicam ter enfermeiros em “ *número apropriado, com a combinação adequada de conhecimento, aptidões e experiência, que está disponível em qualquer altura para garantir respostas efetivas às necessidades de cuidados dos doentes e a manutenção de um ambiente de trabalho livre de perigos*” (Nunes, 2011,p.3). Reforçando ainda que este número adequado de enfermeiros deve “*ir de encontro à complexidade das necessidades dos clientes num determinado espectro de ambientes*” (ICN,2006, p. 3). Isto é, a dotação segura é considerada relevante, pois permite dar resposta às necessidades do utente, num determinado contexto, assegurando segurança e qualidade.

Na literatura não existe uma definição única, mas esta pode ser definida como sendo a correta dotação de enfermeiros em quantidade (o número de enfermeiros); em qualidade (a experiência, a formação dos enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências), de acordo com as necessidades e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes e que permita ser considerada como uma ferramenta de apoio à decisão no planeamento dos recursos por parte do gestor (Freitas & Parreira, 2013).

Neste sentido, foram desenvolvidos vários sistemas de apoio ao cálculo de rácios de enfermeiros que foram implementados de acordo com as instituições. Em Portugal, a maioria das instituições, utiliza como método o “*número médio de enfermeiros por cama ocupada*”, também designado como o sistema de apoio ao cálculo de rácios enfermeiro/cama. Este

método simples, baseia-se num modelo matemático que estabelece o rácio de enfermeiros necessário em cada turno em função do número de camas, considerando para isso o histórico da taxa de ocupação, área de cuidados por valência e por nível de competências da equipa de enfermagem. Este método inclui ainda, a contabilização dos cuidados indiretos e taxa de absentismo e fundamenta-se na existência de um banco de horas, que permite realizar as compensações necessárias pelas ausências inesperadas.

Assim, Gonçalves (2015) e Duffield et al (2011), mencionam que o rácio de uma distribuição de enfermeiros por camas hospitalares não é razoável e nem sensível, pois os enfermeiros não cuidam de camas, mas de doentes. Este método é alvo de inúmeras críticas, tais como: este sistema não ter acompanhado a evolução tecnológica; não considerar as diferentes necessidades, grau de dependência dos doentes, nem as condições do contexto e complexidade dos cuidados enfermagem a realizar; não valorizar a formação, a experiência profissional e as competências dos enfermeiros. Portanto, estes rácios, enfermeiro/doente/cama não são considerados os mais adequados e por vezes são definidos como ineficazes.

No sentido de identificar as reais necessidades de cuidados de enfermagem dos doentes, surgiu o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E).

Este sistema foi adotado pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde, da Direção Geral dos Hospitais e Departamento de Gestão Financeira, em 1983, com base no modelo Grace Reynold Application and Study of Peto (GRASP), que foi desenvolvido e aplicado nos EUA e posteriormente adaptado à realidade do nosso país.

Trata-se de uma metodologia onde as atividades e intervenções de enfermagem pré-definidas foram cronometradas e atribuídos tempos médios, considerando o grau de dependência, a necessidade de cuidados de enfermagem e especificidade das patologias dos doentes para a satisfação das suas atividades de vida. Assim este método (SCD/E), permite classificar os utentes, enquadrando-os em categorias, de modo a calcular o número de horas de cuidados necessárias por doente num período de 24 horas, elaboração do cálculo real de dotações de enfermeiros necessários, efetuar uma distribuição equitativa da carga de trabalho pelos enfermeiros escalados em cada turno (Parreira, 2005). Existem outros fatores que influenciam este cálculo, nomeadamente o serviço e os diagnósticos mais frequentes, as competências profissionais dos elementos que constituem a equipa, a arquitetura e/ou a estrutura física da instituição/serviço e das próprias enfermarias, a separação de serviços, a formação e a investigação a realizar.

Na sua aplicabilidade, existem algumas dificuldades, como a necessidade de uma bolsa de enfermeiros para colmatar o *défice* das necessidades dos serviços, a alteração e a programação de uma escala de trabalho, a necessidade de uma equipa de prevenção, entre outras.

Harper e McCully (2007), referem que os sistemas de classificação de doentes auxiliam os gestores de enfermagem a realizarem um orçamento, onde tem em consideração o controlo de custos e recursos financeiros disponíveis, para uma melhor assistência dos cuidados prestados aos doentes e obter dotações adequadas de recursos humanos.

Em Portugal, o cálculo para saber as necessidades de enfermeiros sempre foi uma questão relevante a nível do SNS, dando como exemplo, a Circular Normativa nº1 de 12 de janeiro de 2006, da Secretaria Geral do Ministério da Saúde (MS, 2006). Esta circular, além da referência à regulamentação do regime de trabalho de horário acrescido, apresenta várias fórmulas de cálculo, no que diz respeito às necessidades de enfermeiros para os diferentes ambientes (cuidados primários, hospitais com serviços de internamento, bloco operatório, consulta externa e hospital de dia).

Em 2011, foi constituído um grupo de trabalho (membros da OE e do MS), que produziu um Guia de Recomendações para o cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde (OE, 2011). Este documento propõe fórmulas de cálculo e valores de referência para dotações de enfermeiros. Prevê três contextos de atuação: os cuidados hospitalares, os cuidados de saúde primários e os cuidados continuados integrados.

No ano de 2014, a OE converteu as recomendações propostas no Guia em norma, sendo esta posteriormente publicada em Diário da República a “Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem” (OE, 2014).

A publicação do Diário da República de 25 de setembro de 2019, nº 743/2019, designado como Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, é uma norma técnica para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, define-a como:

“A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população.”

Tendo em consideração o local de estágio o serviço de Medicina A-Homens, foram propostos os seguintes os objetivos, que se pretende atingir:

- Determinar a extensão do problema, considerando como referenciado anteriormente a necessidade de horas de cuidados aos doentes;
- Definir o que são as dotações seguras no contexto das necessidades dos doentes do serviço de Medicina A-Homens;
- Recolher os dados relevantes que permitam explicar o problema detetado;

- Preparar um plano de comunicação que influencie a tomada de decisão por parte do decisor;
- Utilizar o conjunto de instrumentos para fornecer dados de enquadramento para apoiar as iniciativas relativas às dotações seguras.

Como referido anteriormente, para a prestação desses cuidados aos doentes internados no do serviço de Medicina A-Homens é preciso elaborar o cálculo dos enfermeiros necessários. Esses cálculos, foram fundamentados na norma e no recurso ao SCD/E, da ACSS, onde consta valores (média) dos dois últimos anos disponíveis das necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem traduzido no número de horas de cuidados, utiliza-se a seguinte fórmula que consta da norma:

$$\frac{LP \times HCN \times NDF/A}{T}$$

Fonte: Regulamento interno nº 743/2019 de 25 de setembro p.140

Tendo em consideração estas siglas, é importante fazer a correspondência da legenda:

A sigla **LP** corresponde a lotação praticada. No Serviço de Medicina A-Homens é de 58 camas mais 3 suplementares que normalmente estão preenchidas, com um total de 61 camas. A taxa de ocupação é de 79.9 % (dados fornecidos pelo serviço de Medicina Interna, referentes ao ano de 2018). É importante salientar que, além dos doentes do internamento de Medicina Interna, existem por vezes doentes designados como hospedeiros, que são aqueles que por não existir camas no serviço original de internamento, ocupam as camas vagas que possam existir no serviço, sendo prestados todos os cuidados necessários durante o internamento no hospital, como por exemplo cuidados paliativos, oncologia e outros.

A sigla **HCN** (Horas Cuidados Necessárias) corresponde aos valores das horas de cuidados em enfermagem recomendados por dia de internamento do SCD/E da ACSS, como consta na figura 12:

Especialidade/Serviço de Especialidade	HCNDI Tempo médio/horas		
	2016	2017	Média 2016-2017
Cardiologia	3,91	4,32	4,12
Cirurgia Cardiorácica	4,07	4,11	4,09
Cirurgia Geral	4,57	5,08	4,83
Cirurgia Maxilo-Facial	3,99	4,28	4,14
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	4,01	4,65	4,33
Cirurgia Vasculuar	4,53	5,14	4,84
Convalescença	5,23	5,07	5,15
Cuidados Paliativos	5,26	5,82	5,54
Dermatologia	4,05	4,45	4,25
Doença Cerebrovascular	5,61	6,20	5,91
Doenças Infecciosas	4,11	4,78	4,45
Endocrinologia	3,78	4,37	4,08
Especialidades	4,68	4,81	4,75
Especialidades Cirúrgicas	4,76	5,74	5,25
Especialidades Médicas	5,15	5,51	5,33
Fisiatria	4,57	5,07	4,82
Gastroenterologia	4,22	4,58	4,40
Ginecologia	3,83	4,34	4,09
Lesões Vertebro Medulares	5,04	4,95	5,00
Medicina Interna	5,56	6,14	5,85
Nefrologia	4,47	4,83	4,65
Neurocirurgia	5,45	6,04	5,75
Neurologia	5,13	5,82	5,38
Obstetrícia	3,31	3,71	3,51
Oftalmologia	4,09	4,64	4,37
Oncologia Médica	4,08	5,14	4,61
Oncologia IPO	5,00	5,42	5,21
Ortopedia	4,81	5,39	5,10
Otorrinolaringologia	4,07	4,47	4,27
Pediatria	3,70	4,13	3,92
Pneumologia	4,82	5,41	5,12
Reabilitação Geral Adultos	4,21	4,64	4,43
Transplantação	4,13	4,44	4,29
Urologia	4,54	5,16	4,85

Fonte: Dados divulgados pela ACSS, relativos ao SCD/E, anos 2016/2017

Figura 12 - Valor indicador de HDN/DI por especialidade/serviços de especialidade

Após a observação da figura 12 podemos verificar que a média de HCN na Medicina Interna, referente aos anos de 2016-2017 corresponde a 5,85.

A sigla NDF/A corresponde ao número de dias de funcionamento por ano, sendo um serviço de internamento este funciona durante todo o ano, todos os dias, correspondente a 365 dias por ano.

A sigla T corresponde ao período normal de trabalho por enfermeiro/ano, o qual deve ter em consideração os valores institucionais, porém na sua ausência, devem ser feitas algumas adaptações ao regime de trabalho que está a ser praticado. No serviço de Medicina A-Homens, existem dois tipos de regime de trabalho para os enfermeiros:

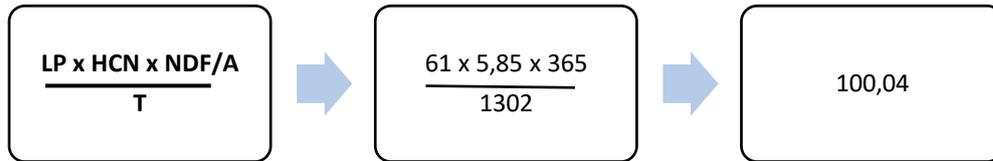
- ✓ O Enfermeiro que exerce em regime de trabalho em funções públicas (CTFP), (35 horas/semana). Para fazer o seu cálculo das horas de trabalho anuais, consideram-se as seguintes deduções: 22 dias (154 horas) para férias, mais os dias feriados legalmente definidos, mais 15 dias (105 horas) para formação, mais 30 dias (210 horas) para faltas dando um total de 1267 horas.
- ✓ O Enfermeiro que exerce em regime de contrato individual de trabalho (CIT), (35 h/semana) regulado pelo Código do Trabalho ou outro instrumento de contratação, quando se faz o cálculo das horas de trabalho anuais devem ser feitas as seguintes deduções: 22 dias (154 h) para férias, mais os dias feriados legalmente definidos, mais 5 dias (35 h) para formação, mais 30 dias (210 h) para faltas, correspondendo ao total de 1337 horas (figura 13).

	Dias	Horas CTFP (35 h)	Dias	Horas CIT (35 h)
Dias de trabalho	261	1 827	261	1 827
Férias	22	154	22	154
Formação	15	105	5	35
Faltas (30 dias)	30	210	30	210
Feriados obrigatórios	13	91	13	91
<i>Total</i>	181	1 267	191	1 337

Figura 13 - Tempos de referência para o cálculo de números de horas de trabalho (adaptado da norma)

No serviço de Medicina A-Homens, na equipa de enfermagem têm os dois tipos de contrato pelo que foi feito a média destes dois valores que corresponde a 1302 h.

Elaborando os cálculos referentes ao serviço de Medicina A H, utilizando a fórmula apresentamos os dados obtidos:



O resultado obtido foi de 100 (cem) enfermeiros para a prestação de cuidados aos doentes, uma vez que não é possível a aplicação de valores decimais.

Relembrando que a equipa de enfermagem é constituída por 56 enfermeiros, mais concretamente 1 (um) enfermeiro gestor, 3 (três) enfermeiros com a especialidade em Enfermagem de Reabilitação e 52 (cinquenta e dois) enfermeiros.

Após aos dados obtidos, podemos concluir a necessidade de mais enfermeiros neste serviço, no valor de 48 (quarenta e oito) enfermeiros para a prestação de cuidados com qualidade e segurança de acordo com a norma.

A norma, menciona a importância e a recomenda a existência de enfermeiros especialistas:

(...) Na dotação total das unidades deve ser considerada a recomendação de que o mapa de enfermeiros tenha, na sua composição global, pelo menos, 35 % de enfermeiros especialistas, os quais devem ser alocados por área de especialidade, de acordo com a tipologia de cuidados que constituem objeto das unidades. (Regulamento nº 743/2019, p.139).

No serviço de Medicina A-Homens, sendo um serviço de internamento, existem as especialidades médico-cirúrgicas de adultos. A norma menciona que é necessário ter “... *pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em permanência, 24 horas por dia...*”. (Regulamento nº 743/2019, p.140), porém pude constatar que não existem enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Esta norma adverte para a necessidade da “(...) *alocação, por serviço de, pelo menos 2 (dois) enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, por cada 15 clientes, calculada adicionalmente, por forma a garantir a prestação diária de cuidados especializados de 12 horas, em todos os dias da semana*”. (Regulamento n.º 743/2019, p.140).

Neste serviço, existem apenas três especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Foram efetuados os cálculos, considerando que todos os doentes internados são potenciais e/ou prováveis” clientes” e que o serviço tem cerca de 61 “clientes” (corresponde ao numero de doentes internados) dando um total de 8.13, arredondando como anteriormente referido da não existência de casas decimais, para oito enfermeiros especialistas em Enfermagem de

Reabilitação, necessários para prestar os cuidados especializados. Podendo assim concluir que o serviço de Medicina A-Homens necessita de mais 5 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, para prestar cuidados especializados aos seus doentes.

Após a realização e análise dos resultados obtidos foi elaborado um documento dirigido ao Presidente do Conselho de Administração e à Diretora de Enfermagem no sentido de sensibilizar e demonstrar a necessidade de um aumento de horas de cuidados aos doentes e por este motivo a necessidade de aumento de enfermeiros no serviço de Medicina A Homens. Este documento foi entregue no *front-office* e aguarda resposta (Anexo 4).

A evidência científica, demonstra que as organizações que têm dotações adequadas de enfermeiros obtêm vários benefícios, tais como: o aumento do seu potencial competitivo perante as outras instituições; a obtenção de melhores resultados em saúde, pois há uma menor incidência de eventos adversos; a existência de uma redução de custos diretos e indiretos associados aos cuidados de saúde; a redução no tempo de internamento e de complicações para os doentes. Assim, ao promover uma melhoria na satisfação dos utentes e profissionais e na qualidade dos cuidados esta fica perceptível através de uma série de indicadores, de que são exemplo: quedas, úlceras por pressão, erros e incidentes, entre outros fatores que aumentam a morbilidade e mortalidade dos utentes (Wiltse et al. 2013; Arling & Mueller 2014; West et al. 2014).

CONCLUSÃO

No decurso do MDCSE e no estágio de natureza profissional no serviço de Medicina A-H, fui capaz de compreender que um enfermeiro gestor é um agente de mudança, um líder que se adapta e “molda” a equipa que gere.

Este tem de ter a capacidade para criar estratégias, definir objetivos e estabelecer parcerias, para obter as melhores condições dentro da organização, de modo a poder exercer as suas competências com qualidade, promover a satisfação do cliente e dos profissionais e alcançar resultados de excelência.

Neste período de estágio, considero ter tido uma experiência gratificante, uma vez que não tinha experiência a nível da gestão em enfermagem. Este possibilitou ter o contato do dia-a-dia com uma enfermeira gestora pró-ativa e dinâmica. Ter a perceção da realidade das situações e dos problemas com que os enfermeiros gestores se debatem todos os dias e o modo de resolução dos mesmos. Permitiu alargar os horizontes nesta área, de modo a proporcionar e desenvolver competências do domínio da área de gestão, assim como complementar a formação teórica realizada no MDCSE. Na prática é importante realçar neste estágio o observar, o aprender, o refletir, o questionar e até o participar em algumas atividades ligadas à gestão, possibilitando o aumento dos meus conhecimentos e a necessidade de investir na autoformação.

Durante este período de estágio, foi-me proporcionado a integração na orgânica de funcionamento do serviço de Medicina A-Homens, conhecer a realidade de gestão implementada no serviço, os recursos disponíveis, ter a noção do que é a gestão em serviços de saúde. Da mesma forma constatei a necessidade da existência de uma sinergia entre o enfermeiro gestor, a equipa multidisciplinar e os doentes e suas famílias, de modo a obter a satisfação tanto dos profissionais como dos doentes. Outro aspeto relevante importante a destacar foi o papel fulcral da enfermeira gestora na segurança e na qualidade dos cuidados.

Saliento ainda, o envolvimento da enfermeira gestora do serviço de Medicina A-H, a qual através da sua participação pró-ativa, dinâmica e dinamizadora, permitiu uma maior consciencialização das competências e do trabalho árduo que o enfermeiro gestor tem de realizar.

Durante este período, foi imprescindível efetuar uma reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento de competências, de modo a consciencializar as capacidades que foram adquiridas ao longo do percurso, no sentido de atingir os objetivos definidos.

No entanto, será importante ressaltar que, numa área tão vasta como a gestão, o período em que decorre o estágio me parece sempre reduzido em tempo.

Para concluir, o facto de ter tido oportunidade de conhecer uma realidade nova, permitiu-me despertar para diferentes domínios e experiências e constatar que um gestor de enfermagem, necessita de dominar várias áreas do conhecimento para executar a sua função.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ Abreu, W. J. C. P. D. (1997). *Dinâmica de formatividade dos enfermeiros: subsídio para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/27406>
- ✓ Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra/Lisboa; Formasau.
- ✓ Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Hospital: definição e classificação. Portal da Codificação Clínica e dos GDH. Recuperado de http://portalcodgdh.min.saude.pt/index.php/Hospital:_defini%C3%A7%C3%A3o_e_classifica%C3%A7%C3%A3o
- ✓ Aguilar-Escobar, V. G., Bourque, S., & Godino-Gallego, N. (2015). Hospital kanban system implementation: Evaluating satisfaction of nursing personnel. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 21 (3), 101-110. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iedee.2014.12.001>
- ✓ Aiken, L.H. (2015, Maio). *Indicadores e financiamento sensíveis aos resultados em saúde*. Conferência apresentada no IV Congresso da Ordem dos Enfermeiros: liderar em saúde, construir alternativas. Lisboa, Portugal.
- ✓ Almeida Filho, J. C. D. N. (2013). *Gestão de estoques: uma proposta de reposição contínua para material médico hospitalar e medicamentos em um hospital universitário federal do estado do Rio Grande do Norte* (Tese de Mestrado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal). Recuperado de <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/16904>
- ✓ Araújo, É. A., Araújo, A. C. & Musetti, M. A. (2012). Estágios organizacionais da logística: estudo de caso em organização hospitalar filantrópica. *Production*, 22 (3), 549-563. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-65132012005000045>
- ✓ Arling, G., & Mueller, C. (2014). Nurse staffing and quality: the unanswered question. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15 (6), 376-378. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.02.008>
- ✓ Assis, C. I. C. F. (2010). *O Enfermeiro gestor: que dificuldades* (Tese de Mestrado não publicada, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real). Recuperado de <http://docplayer.com.br/46885599-O-enfermeiro-gestor-que-dificuldades.html>
- ✓ Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança. (2019) *Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão*. Recuperado de <http://www.apegel.org/paginas/pagina14>
- Barbieri, J.C., Machline, C. (2009). *Logística Hospitalar: Teoria e Prática*. São Paulo; Editora Saraiva

- ✓ Brandão, S. C. (2016). *Da gestão intermédia à gestão de topo* (Tese de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/12866>
- ✓ Benner, P. (2005) – *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem*. Coimbra; Editora Quarteto.
- ✓ Canário, R. (1991). Mudar as escolas: o papel da formação e da pesquisa. *Inovação*, 4 (1),77-92.
- ✓ Canário, R. (2000) - *Formação e situações de trabalho*. Porto; Porto Editora.
- ✓ Canastra, M. A. D. A. P., & Ferreira, M. A. D. (2012). Liderar com competência... ou (treinar) competências de liderança. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 1 (1). DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v1i1.713>
- ✓ Cantante, A. P. D. S. R., Fernandes, H. I. V. M., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M. C., & Albuquerque, F. H. S. (2019). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (1), 261-272. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>
- ✓ Cardoso, L. (1997). *Gestão estratégica das organizações: ao encontro do 3o milénio*. Lisboa: Editorial Verbo.
- ✓ Carvalho, A. S. S. M. (2014). *Gestão de stocks como fator determinante para a melhoria do serviço ao cliente* (Tese de Mestrado não publicada, Escola de Engenharia da Universidade do Minho, Guimarães). Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/33388>
- ✓ Carvalho, J. C., Ramos, T. (2016). *Logística na Saúde*. Lisboa; Edições Sílabo, Lda.
- ✓ Carvalho, J. C. et al (2017) *Logística e Gestão da Cadeia de Abastecimento*. Lisboa; Edições Sílabo, Lda.
- ✓ Ceitil, M. (2006). *Gestão de recursos humanos para o século XXI* Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- ✓ Ceitil, M. (2016). *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Lisboa; Edições Sílabo, Lda.
- ✓ Ching, I. H. (2010) *Gestão de estoques na cadeia de logística Integrada – Supply Chain*. São Paulo; Atlas.
- ✓ Chiavenato, I. (2000). *Introdução à Teoria Geral da Administração*. Rio de Janeiro: Editora Campus
- ✓ Cunha, I. C. K. O., & Ximenes Neto, F. R. G. (2007). Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? *Texto & Contexto-Enfermagem*, 15 (3), 479-482. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000300013>
- ✓ Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., & Cardoso, C. C. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa; Editora RH.
- ✓ Curtis, E., O'Connell, R. (2011). Essential leadership skills for motivating and developing staff. *Nursing Management*.18 (5),32-35.

- ✓ Crespo de Carvalho, J. (2010). Logística e Gestão da Cadeia de Abastecimento. Lisboa. Edições Sílabo, Lda.
- ✓ de Jesus, É. H., Roque, S. M. B., & Amaral, A. F. S. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: ambientes de prática de enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*. 26-44. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/277140660>
- ✓ Decreto-Lei n.º 305/81 de 12 de novembro, Ministérios das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa (1981), Diário da República n.º 261/1981. Série I. 2998 – 3004. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/568240>
- ✓ Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 novembro. Ministério da Saúde (1991). Diário da República n.º 257/1991. Série I-A. 5723-5741. ELI: <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/437/1991/11/08/p/dre/pt/html>
- ✓ Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. Ministério da Saúde (1998). Diário da República n.º 93/1998. Série I-A 1739 – 1757. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/104/1998/04/21/p/dre/pt/html>
- ✓ Decreto-lei n.º 558/99 de 17 de dezembro. Ministério das Finanças (1999). Diário da República n.º 292/1999. Série I-A 9012-9019. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/558/1999/12/17/p/dre/pt/html>
- ✓ Decreto-Lei n.º 188/03 de 20 de agosto. Ministério da Saúde (2003). Regulamento dos artigos 9.º e 11.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002 de 20 de Agosto. Diário da República n.º 191/2003. Série I-A. 5219-5231, ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/188/2003/08/20/p/dre/pt/html>
- ✓ Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de setembro. Ministério da Saúde (2009). Diário da República n.º.184/2009, Série I. 6761-6765. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/247/2009/09/22/p/dre/pt/html>
- ✓ Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro. Ministério da Saúde (2009). Diário da República n.º.184/2009. Série I. 6761-6765. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/248/2009/09/22/p/dre/pt/html>
- ✓ Decreto-Lei n.º 133/2013 de 3 outubro. Ministério das Finanças (2013). Diário da República n.º 191/2013. Série I, 5988-6002. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/133/2013/10/03/p/dre/pt/html>
- ✓ Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de janeiro. Ministério Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2017). Diário da República n.º 19/2017, Série I, 508 – 518. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/14/2017/01/26/p/dre/pt/html>
- ✓ Decreto-Lei n.º 61/2018 de 3 de agosto. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018). Diário da República n.º 149/2018. Série I. 3771-3777. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/61/2018/08/03/p/dre/pt/html>
- ✓ Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio. Ministério da Saúde. (2019). Diário da República n.º.101/2019. Série I. 2626-2641. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/71/2019/05/27/p/dre/pt/html>

- ✓ Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro. Ministério da Saúde (2015). Diário da República n.º 28/2015, 1º Suplemento, Série II,3882- (2) a 3882- (10), 2015-2020. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/66457154>
- ✓ Dias, J. M. (2004) - *Formadores: Que Desempenho?* Loures; Lusociência,
- ✓ Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied nursing research*, 24(4), 244-255. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2009.12.004>
- ✓ Fabião, A., Magano, C. O., Ferreira, J. M., & Miranda, P. R. (2005). Formação: contributo para a qualidade. *Servir*, 53 (5), 236-43.
- ✓ Figueiredo, A. (2004) – *Ética e formação em enfermagem*, Lisboa, Climepsi Editores.
- ✓ Fradique, M.J.& Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem de Referência*, 3 (10), 45-53.DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>
- ✓ Frederico, M., dos Anjos Leitão, M. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. Coimbra; Formasau-Formação e Saúde Lda.
- ✓ Fuentes, PES, Grandón, KR, Santana, DM, & Yáñez, OJ (2014). Competências para o enfermeiro / ou na área da gestão e administração: desafios atuais da profissão. *Aquichan* , 14 (1), 79-99. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4955975>
- ✓ Gelbcke, F. L., Souza, L. A. D., Dal Sasso, G. M., Nascimento, E., Bulb, M. B. C. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, (1), 136-139. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100021>
- ✓ Gomes, J., Rego A., Cunha M.P., Cunha R.C., Cardoso C. C., Marques C.A. (2008) *Manual de Gestão de Pessoas e de Capital Humano*. Lisboa; Edições Sílabo, Lda.
- ✓ Gonçalves, P. S. (2013) *Logística e cadeia de suprimentos: o essencial*. São Paulo; Edições Manole.
- ✓ Gonçalves, T. S. M. (2015). *Dotações de enfermagem: impacte nos resultados em saúde* (Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, Faro).Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.1/7869>
- ✓ Hall, L.M. (2005). *Quality work environments for nurse and patient safety*. Michigan: Jones and Bartlett Publishers.
- ✓ Harper, K., McCully, C. (2007) “*Acuity systems dialogue and patient classification system Essentials*”. *Nursing administration quarterly*. 31(4), 284– 299. DOI: [10.1097/01.NAQ.0000290426.41690.cb](https://doi.org/10.1097/01.NAQ.0000290426.41690.cb)
- ✓ Hunter, J. C. (2006). *Servir para liderar*. Cascais: Gestão Plus.
- ✓ Imperatori, E., & do Rosário Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa; Escola Nacional de Saúde Pública.

- ✓ International Council of Nurses (2006, Maio). *Safe staffing saves lives*, Geneva. Recuperado de <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2006.pdf>.
- ✓ International Council of Nurses (2007, Maio). Conferência *Os enfermeiros na vanguarda. Lidando com o inesperado*. Yokohama, Japão. Recuperado de www.icn.ch/conference2007.htm
- ✓ Jardim, J. (2007) *Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais: estudo para a promoção do sucesso académico*. (Tese de Doutoramento, não publicada, Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, Aveiro). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10773/1107>
- ✓ Júnior, M. L., & Godinho Filho, M. (2009). Evolução e avaliação da utilização do sistema Kanban em empresas paulistas. *Revista de Administração-RAUSP*, 44 (4), 380-395. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2234/223417460007.pdf>
- ✓ Le Boterf, G. (1991). *Planos de formação*. Lisboa: Formar.
- ✓ Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed.
- ✓ Le Deist, F. D., & Winterton, J. (2005). What is Competence? *Human Resource Development International*, 8(1), 27-46. DOI: <https://doi.org/10.1080/1367886042000338227>
- ✓ Lei n.º 15/2014 de 21 de Março, Assembleia da Republica (2014), Diário da República n.º 57, Série I, 2127 -2131. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/03/21/p/dre/pt/html>
- ✓ Lopes, M. J. (2006). *A Relação Enfermeiro – Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- ✓ Macaia, D. (2005). *Sistema de classificação de doentes em enfermagem: contributos na gestão dos enfermeiros nos hospitais da rede do sistema nacional de saúde. O caso HUC* (Tese Mestrado não publicada, Faculdade de Economia e Gestão da Universidade dos Açores; Ponta Delgada). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.3/530>
- ✓ Martins, J. (2009). Atuação do enfermeiro no setor de urgências: gestão para o desenvolvimento de competências. *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*, 175-189.
- ✓ Mateus, D. & Serra, S. (2017) *Gestão em saúde - Liderança e comportamento organizacional para enfermeiros gestores*. Sintra; Lusodidacta.
- ✓ Maxwell, J. (2008). *O líder 360: desenvolvendo a sua influência a partir de qualquer ponto da organização*. Lisboa; Editora Smartbook.
- ✓ Ministério da Saúde. (2019). SNS. Centro Hospitalar S. João. Recuperado de <https://portal-chsj.min-saude.pt/>
- ✓ Ministério da Saúde. (2018). Centro Hospitalar Universitário S. João. Recuperado de https://portalchsj.minsaude.pt/uploads/document/file/649/Regulamento_Interno_2018.pdf

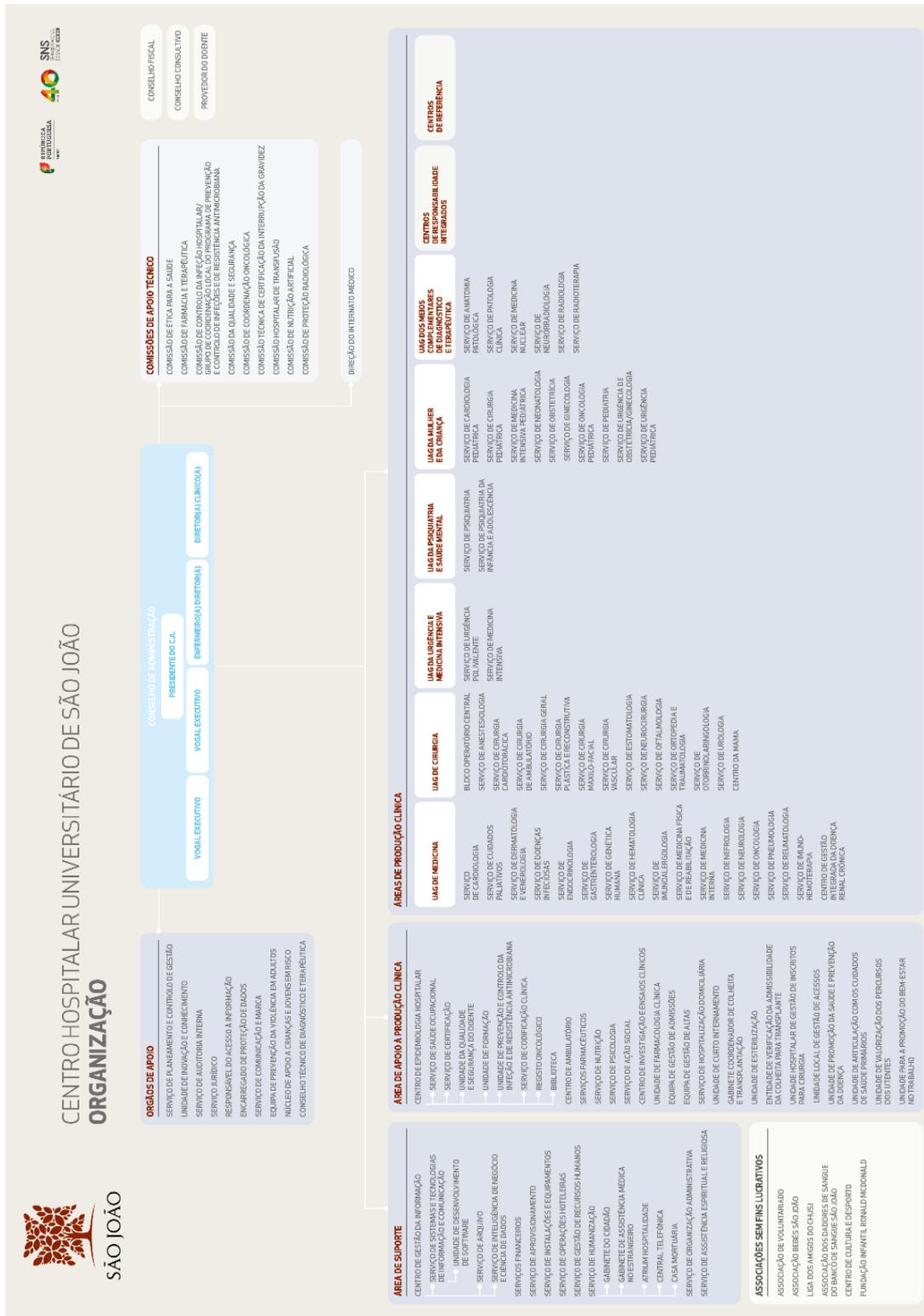
- ✓ Ministério da Saúde. (2006) Circular Normativa nº1 de 12/01/2006, da Secretaria Geral do Ministério da Saúde.
- ✓ Morais, R. P., & dos Reis B., R. (2019). Gestão de Suprimentos Hospitalares. *Facit Business and Technology Journal*, 1(9).135-146. Recuperado de <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/401/330>
- ✓ Morsiani, G., Bagnasco, A., & Sasso, L. (2016). How staff nurses perceive the impact of nurse managers' leadership style in terms of job satisfaction: a mixed method study. *Journal of nursing management*, 25 (2), 119-128.DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12448>
- ✓ Nogueira, A. S. (2018) *Logística empresarial: um guia prático de operações logísticas*. São Paulo; Atlas.
- ✓ Novaes, A. (2015). *Logística e gerenciamento da cadeia de distribuição*. Rio de Janeiro; Elsevier Editora, Lda.
- ✓ Nóvoa, A. (1991). Formação contínua de professores: realidades e perspectivas. Aveiro; Universidade de Aveiro.
- ✓ Nunes, L. (2011). Evocando o cachimbo de Magritte: das dotações, políticas de pessoal e discursos de acessibilidade. *Salutis Scientia*.3,2-8. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/15265>
- ✓ Ordem dos Enfermeiros, (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos. *Divulgar*. Lisboa. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- ✓ Ordem dos Enfermeiros, (2010). Fundamentos, processos, e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências. *Caderno Temático sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/ordem/.../RAC2014_versao_aprovada.pdf
- ✓ Ordem dos Enfermeiros, (2011). *Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros* no Serviço Nacional de Saúde.
- ✓ Parreira, P. M. D. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem referência*, 3 (10), 171-178.Recuperado de n: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3882/388239969009>
- ✓ Paschoal, M. L. H., & Castilho, V. (2010). Implementação do sistema de gestão de materiais informatizados do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44 (4), 984-988.DOI:<https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400018>
- ✓ Parreira, P. (2005). *As Organizações*. Coimbra; Formasau- Formação e saúde Lda.
- ✓ Pineault, R., Daveluy, C., Ferrus, L., & Berraondo, I. (1987). *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson, SA.

- ✓ Portaria n.º 194/2014 de 30 de setembro, Ministério da Saúde (2014), Diário da República n.º 188/2014, Série I, 5103-5108. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/194/2014/09/30/p/dre/pt/html>
- ✓ Pozo, Hamilton. (2017). *Administração de Recursos Materiais e Patrimoniais: uma abordagem logística*. São Paulo; Editora Atlas, Lda.
- ✓ Rego, A., Cunha, M. P. (2016) *Que Líder Sou Eu? – Manual de apoio ao desenvolvimento de competências de liderança*. Lisboa; Edições Sílabo.
- ✓ Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro, Ordem dos Enfermeiros (2014). Diário da República, n.º 233. 2.ª série. 30247 – 30254. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/60651797/details/maximized>
- ✓ Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março, Ordem dos Enfermeiros (2015). Diário da República n.º 48, 2.ª série. 5948-5952. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/67401245/details/maximized>
- ✓ Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril, Ordem dos Enfermeiros (2015). Diário da República— N.º 79, 2.ª série. 10087 – 10090. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/67401245/details/maximized>
- ✓ Regulamento n.º 76/2018 de 30 de Janeiro, Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República n.º 21/2018, Série II, 3478-3486. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/114599547/details/maximized>
- ✓ Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, Ordem dos Enfermeiros (2018), Diário da República, n.º 184/2019, Série II, 128-155. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- ✓ Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- ✓ Ruthes, R. M. & Cunha, I. C. K. O. (2008). *Entendendo as competências para aplicação na enfermagem*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61, (1), 109-112. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000100017>
- ✓ Santos, Á. D. S. & Miranda, S. M. R. C. D. (2007). *A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde*. Barueri. Editora Manole Lda.
- ✓ Serrano, T. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. (Tese de Doutoramento não publicada, Escola Superior da Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, Santarém). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.15/91>
- ✓ Simonetti, V. M. M., Novaes, M. D. O., & Gonçalves, A. A. (2007, Outubro). *Seleção de medicamentos, classificação ABC e redução do nível dos estoques da farmácia hospitalar*. Comunicação apresentada no XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção (EGENEP), Foz do Iguaçu. Brasil.
- ✓ Tavares, A. (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa.
- ✓ Veiga, M., Duarte, M. D. L., & Gândara, M. M. (1995). Que Futuro para a Formação Permanente dos Enfermeiros? *Enfermagem em Foco*, 20, 35-39.

- ✓ Velez, L. (2009). Formação em Serviço: uma necessidade ou uma calendarização. *Nursing. Coimbra.* (87), 44-46.
- ✓ West, E., Barron, D. N., Harrison, D., Rafferty, A. M., Rowan, K., & Sanderson, C. (2014). Nurse staffing, medical staffing and mortality in intensive care: an observational study. *International journal of nursing studies*, 51(5), 781-794. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.007>
- ✓ Wiltse Nicely, K. L., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2013). Lower mortality for abdominal aortic aneurysm repair in high-volume hospitals is contingent upon nurse staffing. *Health services research*, 48(3), 972-991. DOI: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12004>

ANEXOS

ANEXO 1- Organograma do Centro Hospitalar Universitário de São João



Fonte: Ministério da Saúde, adaptado do site do CHSJ

https://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/2633/Organograma_novembro_2019.jpg

ANEXO 2- Linhas gerais da Formação de Cuidados Paliativos

AÇÃO DE FORMAÇÃO: Cuidados de Enfermagem a Pessoa com necessidades Paliativas internada no Serviço de Medicina interna ou Filosofia e princípios dos Cuidados Paliativos

FUNDAMENTAÇÃO:	E esperado que as necessidades em Cuidados Paliativos aumentem consideravelmente nas próximas décadas. Urge desenvolver serviços prestadores de cuidados interdisciplinares baseados na evidência científica e na resposta efetiva às necessidades dos doentes, famílias e profissionais. Grande parte destes doentes são cuidados em períodos de agudização em internamentos de medicina interna. Deste modo é imperioso a formação dos profissionais de modo a consciencializar e capacitar para a identificação precoce destes doentes, a implementação de ações paliativas e a prestação de cuidados de fim de vida que se coadunem com as necessidades identificadas.
ORGANIZAÇÃO:	Enf.ª Cátia Ferreira e Enf.ª Delfim Oliveira
RESPONSÁVEIS PEDAGÓGICOS:	Enf.ª Virgínia Pereira Enf.ª Cátia Ferreira
OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar para a importância da integração precoce de ações paliativas na trajetória das doenças crónicas incuráveis e progressivas (oncológicas e não oncológicas); - Conhecer o plano nacional de cuidados paliativos; - Implementar ações paliativas no âmbito dos cuidados de enfermagem a pessoas em situação de últimos dias de vida internadas no serviço de medicina A;
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros do Serviço de Medicina A Homens CHUSJ
CRITÉRIOS DE SELEÇÃO:	Todos os Enfermeiros do serviço de acordo com escala elaborada pela Enf.ª Chefe.

Linhas Gerais



SÃO JOÃO

NUMERO DE PARTICIPANTES:	O número de participantes será definido pelo serviço.
CONTEÚDOS:	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação das preletoras; - Objetivos da formação; - Filosofia e princípios dos Cuidados paliativos - Trajetória das doenças crónicas, avançadas, incuráveis e progressivas; - O plano Nacional de Cuidados Paliativos; - Ações paliativas a pessoa em últimas horas / dias de vida internada no serviço de Medicina Interna - Esclarecimento de dúvidas.
FORMADOR (ES):	Enf.ª Cátia Ferreira
METODOLOGIA:	A metodologia a utilizar será expositiva e prática com recurso a pequenos filmes;
MARCAÇÃO DE PRESENCAS:	DE Como é habitual proceder-se-á ao controlo de presenças.
CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA:	DE Não aplicável
DATAS:	1ª Ação - 10/03/2020; 2ª Ação - 17/03/2020.
HORÁRIO:	Das 15 às 18h (num total de 3h / ação)
LOCAL:	Biblioteca do Serviço de Medicina Interna, piso 3.
RESPONSÁVEIS ADMINISTRATIVAS:	Não aplicável

ANEXO 3 -Documento stock

Ex. mos Senhores

Presidente do Conselho Administração
Diretor do Aprovisionamento
Centro Hospitalar e Universitário S.João EPE

Cristina Rodrigues, aluna do Mestrado de Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo de 2019/2020 realizou o estágio de natureza profissional, no Centro Hospitalar Universitário de São João E.P.E. (CHUSJ), na Unidade Autónoma de Gestão de Medicina, no “ Serviço de Medicina A - Homens”, sob a orientação da Sra. Professora Doutora Maria José Lumini e coorientação do Mestre Virgínia Pereira, enfermeira gestora do Serviço de Medicina A Homens e Unidade de AVC do CHUSJ.

Este estágio tem como objetivo geral a aquisição de competências para o exercício da prática de gestão em enfermagem, tendo por base domínio das competências acrescidas do Enfermeiro Gestor e elaboração de um projeto de estágio, o qual proporciona e promove a ligação entre o conhecimento teórico e a prática.

Durante o período de estágio, após a observação do serviço e as reuniões informais com a enfermeira gestora, passagens de turno e o contato direto com a equipa, fui elaborando diagnósticos de situação.

Um destes diagnósticos verificados foi no âmbito da gestão dos recursos de materiais, mais concretamente no serviço de Medicina A-Homens, constatei a necessidade de todas as semanas, normalmente na segunda-feira, a enfermeira gestora e por vezes outro enfermeiro, o qual se encontra apto para realizar esta função, terem que verificar os materiais que se encontram disponíveis no serviço (nas duas alas), para a prestação de cuidados de qualidade aos doentes.

Este procedimento implica a verificação dos materiais existentes, a sua validade e os que se encontram em falta. Após tem que realizar as anotações destas alterações, efetivar o pedido destes, no sistema informático, tornando-se por vezes numa atividade demorada e penosa.

Pelo que consegui apreender e observar, no serviço de Medicina A-Homens, os modelos utilizados na distribuição e armazenamento assentam em dois métodos, o método de unidose (medicação) e o método tradicional na reposição dos materiais. Este último método referido, é o mais usado no hospital, mas tem algumas desvantagens, tais como: o desviar os enfermeiros das suas verdadeiras atividades; a existência de uma maior tendência excesso

ou ruturas de stocks nos serviços; a necessidade de realizar uma maior quantidade de encomendas extras ao armazém central, suscitando assim um maior esforço da gestão do serviço. Este esforço implica, a necessidade de uma maior quantidade de recursos humanos para realizar as tarefas como: identificar as necessidades de material, elaborar os pedidos, conferir, arrumar o material, controlar as validades dos mesmos.

Tendo noção que a gestão de stocks é um dos sectores mais importantes e relevantes e críticos para uma organização/instituição, uma vez que requer um investimento avultado de recursos, necessita do planeamento e um controlo eficaz, destes recursos. A nível institucional, pode ser considerada, como um indicador de desempenho e de qualidade.

O principal objetivo é a alteração do método tradicional, para o método que permitisse uma maior eficácia e eficiência, de modo a rentabilizar os recursos e obter um maior controlo dos gastos.

O método sugerido para ser aplicado no serviço de Medicina A- Homens, seria o método por sistema de duplo lote, também designada na literatura como método da dupla caixa ou ainda a troca de vazio por cheio, sendo baseado no sistema Kanban.

Este método simples permite diminui drasticamente a necessidade de intervenção dos enfermeiros responsáveis do serviço na requisição, verificação, arrumação e controle de material, liberta recursos especializados, redução de stocks no serviço, reduz consumos nos serviços, reduz o tempo de verificação das quantidades requisitadas, distribuídas e armazenadas.

Por outro lado, permite uma melhoria na qualidade da informação dos consumos; promove uma melhor organização do espaço de armazenamento no serviço e conseqüentemente uma melhor acessibilidade aos materiais. Igualmente promove poupanças de custos com artigos obsoletos e fora do prazo de validade; aumenta o desempenho financeiro; favorece uma melhoria da qualidade nos serviços prestados e finalmente aumenta a satisfação dos profissionais.

Tendo em consideração que devemos promover propostas de melhoria para a organização/instituição venho sugerir a implementação deste método no serviço de Medicina A-Homens.

Assim, depois desta exposição gostaria se possível de saber a sua posição sobre esta proposta.

Atenciosamente
Cristina Rodrigues

ANEXO 4-Documento necessidade de horas de cuidados

Ex. mo (a) Senhor(a)

Presidente do Conselho Administração
Diretora de Enfermagem
Centro Hospitalar e Universitário S.João EPE

Cristina Rodrigues, aluna do Mestrado de Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo de 2019/2020 realizou o estágio de natureza profissional, no Centro Hospitalar Universitário de São João E.P.E. (CHUSJ), na Unidade Autónoma de Gestão de Medicina, no “ Serviço de Medicina A - Homens”, sob a orientação da Sra. Professora Doutora Maria José Lumini e coorientação do Mestre Virgínia Pereira, enfermeira gestora do Serviço de Medicina A Homens e Unidade de AVC do CHUSJ.

Este estágio tem como objetivo geral a aquisição de competências para o exercício da prática de gestão em enfermagem, tendo por base domínio das competências acrescidas do Enfermeiro Gestor e elaboração de um projeto de estágio, o qual proporciona e promove a ligação entre o conhecimento teórico e a prática.

Durante o período de estágio, após a observação do serviço e as reuniões informais com a enfermeira gestora, passagens de turno e o contato direto com os doentes e com a equipa, foi elaborado um diagnóstico de situação, onde constatei a necessidade de aumentar o número de horas para prestar cuidados aos doentes, bem como a necessidade da existência recursos humanos (enfermeiros) e da sua diferenciação.

Tendo em consideração, que no serviço de Medicina A Homens, a maioria dos doentes internados tem idades superiores a sessenta e cinco anos, sendo estes dependentes e/ou semi-dependentes nas suas atividades de vida diária e com doenças crónicas. Além disso, estes doentes apresentam múltiplas morbilidades e co morbilidades, as quais por vezes são complexas, gerando uma maior necessidade de cuidados de enfermagem a prestar, a realizar e a executar.

Para que estes ocorram é necessário a existência de enfermeiros em número e com competências específicas para os realizar, permitindo deste modo aumentando os índices de segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes.

De modo a perceber o número de enfermeiros necessários, foi elaborado o cálculo dos enfermeiros necessários. Esses cálculos foram fundamentados na norma, designada como Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Diário da República 25 de setembro de 2019, nº 743/2019) e no recurso ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E), da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), onde consta valores (média) dos dois últimos anos disponíveis das necessidades

dos doentes em cuidados de enfermagem traduzido no número de horas de cuidados, utiliza-se a seguinte fórmula que consta da norma:

$$\frac{LP \times HCN \times NDF/A}{T}$$

Fonte: Regulamento interno nº 743/2019 de 25 de setembro p.140

Tendo em consideração estas siglas, é importante fazer a correspondência da legenda, para uma melhor perceção:

A sigla **LP** (lotação praticada) no Serviço de Medicina Interna é de 61 camas (58 camas mais 3 suplementares que normalmente estão preenchidas). É importante salientar que, além dos doentes de Medicina Interna, existem por vezes doentes designados como hospedeiros, que são aqueles que por não existir camas no serviço original de internamento ocupam as camas vagas que possam existir no serviço, sendo prestados todos os cuidados necessários durante o internamento no hospital, como por exemplo cuidados paliativos, oncologia e outros.

A sigla **HCN** (Horas Cuidados Necessárias) corresponde aos valores das horas de cuidados em enfermagem recomendados por dia de internamento do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E), da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, I. P.), consultando os dados divulgados pela ACSS e observando o quadro, podemos verificar que a média de HCN na Medicina Interna, referente aos anos de 2016-2017 corresponde a 5,85.

Especialidade/Serviço de Especialidade	HCN/DI Tempo médio/horas		
	2016	2017	Média 2016-2017
Cardiologia	3,91	4,32	4,12
Cirurgia Cardioráscica	4,07	4,11	4,09
Cirurgia Geral	4,57	5,08	4,83
Cirurgia Maxilo-Facial	3,99	4,28	4,14
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	4,01	4,85	4,33
Cirurgia Vasculuar	4,53	5,14	4,84
Convalescença	5,23	5,07	5,15
Cuidados Paliativos	5,26	5,82	5,54
Dermatologia	4,05	4,45	4,25
Doença Cerebrovascular	5,81	6,20	5,91
Doenças Infecciosas	4,11	4,78	4,45
Endocrinologia	3,78	4,37	4,08
Especialidades	4,68	4,81	4,75
Especialidades Cirúrgicas	4,76	5,74	5,25
Especialidades Médicas	5,15	5,51	5,33
Fisiatria	4,57	5,07	4,82
Gastroenterologia	4,22	4,58	4,40
Ginecologia	3,83	4,34	4,09
Lesões Vertebro Medulares	5,04	4,95	5,00
Medicina Interna	5,56	6,14	5,85
Nefrologia	4,47	4,83	4,65
Neurocirurgia	5,45	6,04	5,75
Neurologia	5,13	5,62	5,38
Obstetricia	3,31	3,71	3,51
Oftalmologia	4,09	4,64	4,37
Oncologia Médica	4,08	5,14	4,61
Oncologia IPO	5,00	5,42	5,21
Ortopedia	4,81	5,39	5,10
Otorrinolaringologia	4,07	4,47	4,27
Pediatria	3,70	4,13	3,92
Pneumologia	4,82	5,41	5,12
Reabilitação Geral Adultos	4,21	4,64	4,43
Transplantação	4,13	4,44	4,29
Urologia	4,54	5,16	4,85

Fonte: Dados divulgados pela ACSS, relativos ao SCD/E, anos 2016/2017

A sigla **NDF/A** corresponde ao número de dias de funcionamento por ano, sendo um serviço de internamento este funciona durante todo o ano, todos os dias, correspondente a 365 dias por ano.

A sigla **T** corresponde ao período normal de trabalho por enfermeiro/ano. No serviço de Medicina A-Homens, existem dois tipos de regime de trabalho para os enfermeiros:

- ✓ O Enfermeiro que exerce em regime de trabalho em funções públicas (CTFP), (35 horas/semana), para fazer o seu cálculo das horas de trabalho anuais, consideram-se as seguintes deduções: 22 dias (154 horas) para férias, mais os dias feriados legalmente definidos, mais 15 dias (105 horas) para formação, mais 30 dias (210 horas) para faltas dando um total de 1267horas.
- ✓ O Enfermeiro que exerce em regime de contrato individual de trabalho (CIT), (35 h/semana) regulado pelo Código do Trabalho ou outro instrumento de contratação, quando se faz o cálculo das horas de trabalho anuais devem ser feitas as seguintes deduções: 22 dias (154 h) para férias, mais os dias feriados legalmente definidos, mais 5 dias (35

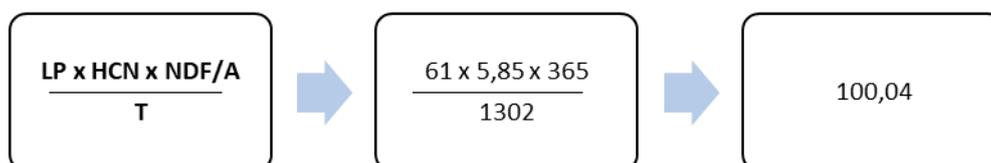
h) para formação, mais 30 dias (210 h) para faltas, correspondendo ao total de 1337 horas.

	Dias	Horas CTFP (35 h)	Dias	Horas CIT (35 h)
Dias de trabalho	261	1 827	261	1 827
Férias	22	154	22	154
Formação	15	105	5	35
Faltas (30 dias)	30	210	30	210
Feriados obrigatórios	13	91	13	91
<i>Total</i>	181	1 267	191	1 337

Tempos de referência para o cálculo de números de horas de trabalho (adaptado da norma)

No serviço de Medicina A Homens, na equipa de enfermagem têm os dois tipos de contrato pelo que foi feito a media destes dois valores que corresponde a 1302 h/ano.

Elaborando os cálculos referentes ao serviço de Medicina A Homens, utilizando a fórmula apresentamos os dados obtidos:



O resultado obtido foi de 100 (cem) enfermeiros para a prestação de cuidados aos doentes, uma vez que não é possível a aplicação de valores decimais.

Relembrando, que a equipa de enfermagem é constituída por 56 enfermeiros, mais concretamente 1 (um) enfermeiro gestor, 3 (três) enfermeiros com a especialidade em Enfermagem de Reabilitação e 52 (cinquenta e dois) enfermeiros a prestar cuidados aos doentes.

Atendendo aos dados obtidos, podemos concluir que existe uma necessidade de mais enfermeiros neste serviço, no valor de 48 (quarenta e oito) enfermeiros para a prestação de cuidados com qualidade e segurança cumprindo a norma.

Realço ainda, que os doentes internados na Medicina A Homens, devido à sua idade, morbilidades e co morbilidades, patologias limitadoras, necessitam efetivamente de cuidados específicos e especializados, os quais são realizados pelos enfermeiros especialistas.

Na norma, menciona a sua importância e a recomenda a existência de enfermeiros especialistas nos serviços/unidades:

(...) Na dotação total das unidades deve ser considerada a recomendação de que o mapa de enfermeiros tenha, na sua composição global, pelo menos, 35 % de enfermeiros especialistas, os quais devem ser alocados por área de especialidade, de acordo com a tipologia de cuidados que constituem objeto das unidades. (DR nº184/2019,p.139).

No serviço de Medicina a Homens, sendo um serviço de internamento, existem as especialidades médico-cirúrgicas de adultos. A norma menciona que é necessário ter “... pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, em permanência, 24 horas por dia...”. (Regulamento nº 743/2019,p.140), porém pude constatar que não existem enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Esta norma adverte para a necessidade da “ alocação, por serviço de, pelo menos 2 (dois) enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, por cada 15 clientes, calculada adicionalmente, por forma a garantir a prestação diária de cuidados especializados de 12 horas, em todos os dias da semana”. (Regulamento n.º 743/2019,p.140).

Neste serviço, existem apenas 3 (três) especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Foram efetuados os cálculos, considerando que todos os doentes internados são potenciais e/ou prováveis” clientes” e que o serviço tem cerca de 61 “clientes” (corresponde ao numero de doentes internados) dá um total de 8.13, arredondando para 8 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, que são necessários para prestar os cuidados especializados. Podendo assim concluir que o serviço de Medicina A Homens necessita de mais 5 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, para prestar cuidados especializados aos seus doentes.

A evidência científica, demonstra que as organizações que têm dotações adequadas de enfermeiros obtêm vários benefícios, tais como: o aumento do seu potencial competitivo perante as outras instituições; a obtenção de melhores resultados em saúde, pois há uma menor incidência de eventos adversos; a existência de uma redução de custos diretos e indiretos associados aos cuidados de saúde; a redução no tempo de internamento e de complicações para os doentes. Assim, ao promover uma melhoria na satisfação dos utentes e profissionais e na qualidade dos cuidados esta fica perceptível através de uma série de indicadores, de que são exemplo: quedas, úlceras por pressão, erros e incidentes, entre outros fatores que aumentam a morbilidade e mortalidade dos utentes (Wiltse et al. 2013; Arling & Mueller 2014; West et al. 2014).

Após a exposição deste diagnóstico, gostaria se possível de saber a sua posição sobre esta proposta.

Atenciosamente

Cristina Rodrigues