



**UNIVERSIDADE DE CABO VERDE
ESCOLA DE NEGÓCIOS E GOVERNANÇA**

Dissertação de Mestrado em Gestão Economia da Saúde

NORMAS DE DOTAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM

Estudo de Caso do Ministério da Saúde e Segurança Social de Cabo Verde

Isabel Correia Varela Semedo

**Orientador | Serafina Alves
Co-Orientador | Ana Queiroz**

Praia, Janeiro de 2020





**UNIVERSIDADE DE CABO VERDE
ESCOLA DE NEGÓCIOS E GOVERNAÇÃO
Mestrado em Gestão Economia da Saúde**

**NORMAS DE DOTAÇÃO RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM
ESTUDO DE CASO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E SEGURANÇA SOCIAL
DE CABO VERDE**

Isabel Correia Varela Semedo
Orientador | Serafina Alves
Co-Orientador | Ana Queiroz

Praia, Janeiro de 2020

www.eng.unicy.edu.cv

DEDICATÓRIA

A Deus pelo dom da vida e oportunidade
que me deu para exercer esta nobre profissão;

Aos meus Pais João e Inês,
ao meu marido José Carlos,
aos meus filhos Dilma, Fidel e Daisy
e aos meus netos Maria Inês e Aydrean.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que de forma contínua ou pontual me ajudaram na minha “*travessia deste oceano*” expresso a minha profunda gratidão e o meu sincero MUITO OBRIGADA!

No decurso deste trabalho tive o privilégio de me relacionar com muitas pessoas, algumas delas até então desconhecidas, que muitos contribuíram com o seu apoio, suporte e incentivo para a concretização deste projeto.

Em especial destaco:

Os meus professores orientadores: Professora Doutora Maria Serafina Alves, Professora Doutora Ana Albuquerque Queiroz, pelo apoio incondicional, pela disponibilidade demonstrada e pela apropriação dos seus conselhos.

Os Professores do Curso de Mestrado de Gestão Economia da Saúde e colegas do I Curso de Gestão economia da Saúde, pela partilha de conhecimento que muito contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal.

Ao Ministério da Saúde e da Segurança Social pela iniciativa na realização deste curso em parceria com Escola de Negocia e Governação da (Universidade de Cabo Verde) e todo apoio dispensado.

A Sra. Professora Doutora Ana Albuquerque Queiroz pelas suas sugestões para a melhoria da pesquisa de abordagem qualitativa, documental e de tipo estudo de caso e em especial pela triangulação inter-investigadores.

Os senhores diretores dos departamentos do ministério da Saúde disponibilização dos dados, relatiavente aos recursos humanos os custos, essenciais para a concretização da investigação.

O meu marido e filhos pela compreensão, incentivo e apoio incondicional em todos os momentos desta “longa viagem”.

Os meus pais, irmãos, genro, cunhado, sobrinhos e amigos pela amizade, carinho, incentivo e por acreditarem nas minhas capacidades e competências para a concretização deste trabalho.

PENSAMENTO

Todos têm oceanos para cruzar, desde que tenham coragem para fazê-lo.

É impulsivo? Talvez.

Mas o que os sonhos sabem sobre limites?"

(Amelia Earhart, 1937)

ÍNDICE DE SIGLAS

ACES — Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS — Administração Central do Sistema de Saúde,
AFT - American Federation of Teachers
CCI — Comissão Controlo de Infecção
CCI — Cuidados Continuados Integrados
CIPE — Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP — Cuidados de Saúde Primários
DI — Dias de Internamento por ano
DSCE - Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.
DSE - Dotações Seguras em Enfermagem,
DSQCE - Dotações Seguras na Qualidade de Cuidados em Enfermagem,
ECCI — Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECL — Equipa Coordenadora Local
ECSCP — Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos
EGA — Equipa de Gestão de Altas
EN — Número de enfermeiros necessários
HCN — Horas de cuidados necessários
HCN/AC — Horas de cuidados necessários por sessão/atividade/área de intervenção
HCN/DI — Horas de cuidados de enfermagem necessárias por dia de internamento
HAN _ Hospital Drº Agostinho Neto
HBS _ Hospital Drº Batista de Sousa
HF/D — Horas de funcionamento por dia
ICM - International Confederation of Midwives
ICN - Conselho Internacional de Enfermagem
ICN — International Council of Nurses
IP AT — Atendimentos por ano
LP — Lotação Praticada
MSSS - Ministério da Saúde e da Segurança Social.
MESCI- Ministerio de Educação Ciências Inovação
NDF/A — Número de dias de funcionamento por ano
OENFCV — Ordem dos Enfermeiros de Cabo Verde
OEP – Ordem dos Enfermeiros Portugueses
OMS — Organização Mundial de Saúde
PCES - Pacotes de Cuidados Essenciais de Saúde, 2016
PEDRHS- Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 2015 – 2020. Praia.
PNDS- Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016. Vol. Praia.
PT — Posto de Trabalho
RH- Recursos Humanos
RCTFP — Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas
RNCCI — Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAPE — Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SCD/E — Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem
SNS — Serviço Nacional de Saúde
SST/SO — Segurança e Saúde do Trabalho/Saúde Ocupacional
T — Período normal de trabalho por enfermeiro/ano
TO — Taxa de Ocupação
UCC — Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI — Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCI — Unidade de Cuidados Intensivos
UCSP — Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF — Unidade de Saúde Familiar
USP — Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I - Caracterização da progressão nos níveis de competências desenvolvidas pelos estudantes de enfermagem e jovens enfermeiros, no sentido de aquisição de uma etapa profissional considerada de competência, de acordo com o modelo de Benner (1984-2001).....	40
Quadro II - Sistematização das concepções de triangulação.....	65
Quadro III -Tempos previstos para prestação de cuidados seguros.....	131
Quadro IV - Horas de cuidados de necessários em enfermagem por atividade	132
Quadro V – Horas de cuidados de enfermagem necessárias por dia de internamento por valência/serviço.....	141

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 a)- Distinção entre pesquisa documental e bibliográfica.....	59
Figura 1 b)- Distinção entre pesquisa documental e bibliográfica.....	60

RESUMO

Introdução: O trabalho foi realizado no contexto da possibilidade de dar contributos para um documento legal que introduza a problemática das dotações seguras em cuidados de Enfermagem em Cabo Verde. Teve como objectivo contribuir para a elaboração de um modelo de dotações seguras de enfermagem, que garanta cuidados de enfermagem de qualidade e que satisfaça as expectativas dos doentes/utentes e contribua para satisfação e motivação dos profissionais de Enfermagem nas estruturas de Saúde em Cabo Verde. Os procedimentos metodológicos usados consistiram numa investigação qualitativa documental, de tipo estudo de caso, utilizando a triangulação metodológica inter-investigadores. A amostra utilizada insidiu em cinco documentos credíveis, de acesso ao público, sendo 3 de origem em Cabo Verde, 1 internacional e 1 português. Estes documentos foram a Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 41/VI/2004 (B.O. n.º 10, 05/04/2004), Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2016. Vol. Praia, Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PEDRHS) 2015 – 2020. Praia, Conselho Internacional de Enfermagem (ICN, 2006). Dotações Seguras em Enfermagem Salvam Vidas, Genebra, Portugal, Diário da República, 2.ª série — N.º 233 — 2 de Dezembro de 2014, Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 533/2014 Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

Como resultado do estudo, acredita-se que o trabalho contribuiu, para a elaboração de um modelo de Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem, em Cabo Verde, que garantirá por um lado cuidados de enfermagem de qualidade e que por outro as satisfações das expectativas satisfaçam as expectativas dos doentes/utentes. Permitiu ainda identificar factores que dificultam ou favorecem favorecedores de uma possível elaboração de um documento legal sobre Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem em Cabo Verde. Conclui-se que nos documentos consultados ressalta a existência de critérios na distribuição dos recursos em Enfermagem no Ministério da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde. Pode-se verificar que na distribuição dos recursos humanos levou-se em conta as características o que são claramente, factores favorecedores da construção de um documento legal sobre as Dotações Seguras em Enfermagem em Cabo Verde. – Considera-se que a perspectiva da construção de um documento legal, em Cabo Verde, sobre Dotações Seguras em Enfermagem, fica mais próximo de uma concretização, levando em conta os contributos do estudo realizado, pois são claras as implicações quer na prática quer na teoria de Enfermagem. A aprofundar um tema actual e essencial para

a qualidade de Cuidados de Enfermagem que garantam a Segurança dos doentes/utentes, o seu conforto, e também a motivação dos profissionais de Enfermagem. - Como ponto positivo do trabalho realizado destaca-se que o seu contributo se contribuiu para a divulgação do conceito de dotações seguras para a qualidade de Cuidados de Enfermagem em Cabo Verde. De realçar ainda o facto menos positivo surge o facto de conceito de dotações seguras para a qualidade de cuidados de Enfermagem ser ainda pouco conhecido na realidade da Enfermagem em Cabo Verde. Sugere-se que novos estudos sejam realizados, por exemplo sobre a percepção sobre Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem, de Enfermeiros Gestores, de Chefias Intermédias e Enfermeiros da prestação de cuidados.

Palavras-chave: Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem, Qualidade de cuidados de saúde, Qualidade de cuidados de Enfermagem, Recursos Humanos.

ABSTRACT

Introduction: The work was carried out in the context of the possibility of making contributions to a legal document that introduces the issue of safe endowments in nursing care in Cape Verde. It aimed to contribute to the elaboration of a model of safe nursing endowments, which guarantees quality nursing care and which satisfies the expectations of patients/users and contributes to the satisfaction and motivation of Nursing professionals in the Health structures in Cape Verde. The methodological procedures used consisted of a qualitative documentary investigation, of a case study type, using the inter-investigator methodological triangulation. The sample used was part of five credible documents, accessible to the public, 3 of which originated in Cape Verde, 1 international and 1 Portuguese. These documents were the Basic Law of Health, Law No. 41 / VI / 2004 (B.O. No. 10, 05/04/2004), National Health Development Plan (PNDS) 2012-2016.Vol. Praia, Strategic Plan for the Development of Human Resources for Health (PEDRHS) 2015 - 2020. Praia, International Nursing Council (ICN, 2006). Safe Nursing Appropriations Save Lives, Geneva, Portugal, Diário da República, 2nd series - No. 233 - 2 December 2014, Ordem dos Enfermeiros, Regulation no. 533/2014 Standard for the calculation of Safe Appropriations for Nursing care.

As a result of the study, it is believed that the work contributed to the elaboration of a model of Safe Appropriations in Nursing Care, in Cape Verde, which will guarantee quality nursing care on the one hand and that on the other hand, the expectations' expectations satisfy the expectations of patients/users. It also allowed the identification of factors that hinder or favor favoring a possible elaboration of a legal document on Safe Appropriations in Nursing Care in Cape Verde. It is concluded that in the consulted documents, the existence of criteria in the distribution of nursing resources at the Ministry of Health and Social Security of Cape Verde emphasizes. It can be seen that in the distribution of human resources, the characteristics were taken into account, which are clear factors favoring the construction of a legal document on Safe Nursing Appropriations in Cape Verde. - It is considered that the perspective of the construction of a legal document, in Cape Verde, on Safe Appropriations in Nursing, is closer to a realization, taking into account the contributions of the study, as the implications are clear both in practice and in Nursing theory. To deepen a current and essential theme for the quality of Nursing Care that guarantee the safety of patients/users, their comfort, and also the motivation of Nursing professionals. - As a positive point of the work carried out, it

is highlighted that its contribution contributed to the dissemination of the concept of safe endowments for the quality of Nursing Care in Cape Verde. It is also worth highlighting the less positive fact that the concept of safe endowments for the quality of nursing care is still little known in the reality of Nursing in Cape Verde. It is suggested that further studies be carried out, for example on the perception of Safe Appropriations in Nursing Care, of Manager Nurses, Intermediate Managers and Nurses in the provision of care.

Keywords: Safe Appropriations in Nursing Care, Quality of health care, quality of nursing care, Human Resources.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
Justificativa	15
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	24
1. CONCEITO DE DOTAÇÕES SEGURAS EM ENFERMAGEM.....	25
1.1. Estabelecer a dotação segura	27
1.2 Qualificação dos profissionais	28
1.3 Requisitos para as dotações	30
1.4 Posição e recomendações do Conselho Internacional de Enfermagem	31
1.5 Caracterização da progressão nos níveis de competência	33
1.6 Conclusão	34
2. INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA	35
3. ESTUDO DE CASO	39
PARTE II- DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO EMPÍRICO.....	43
1. METODOLOGIA	53
1.1- ESTUDO DOCUMENTAL	54
1.1.1- Aspectos fundamentais na pesquisa documental	54
1.1.2- As fontes da investigação documental	56
1.1.3- Objectivo de uma investigação documental	57
1.1.4- Diferença entre investigação documental e pesquisa bibliográfica	58
1.1.5- Tipos de investigação documental	61
1.1.6- Passos para realizar uma investigação documental	62
1.1.7- Vantagens da pesquisa documental	62
<i>Pré-análise</i>	<i>63</i>
<i>Exploração do Material</i>	<i>63</i>
<i>Tratamento dos dados</i>	<i>63</i>
1.2- TRIANGULAÇÃO METODOLÓGICA	64
1.3- APRESENTAÇÃO DA RECOLHA DE DADOS	71
1.3.1- Apresentação dos dados documentais	74
1.4 - DISCUSSÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	145
1.4- ASPECTOS ÉTICOS E LIMITES DO ESTUDO.....	149
1.4.1- Limites do estudo	150
CONCLUSÕES E SUGESTÕES	151

INTRODUÇÃO

Justificativa

O presente projeto, intitulado a Dotação de Recursos Humanos em Enfermagem: Estudo de Caso no Ministério da Saúde de Cabo Verde, foi elaborado como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Uma das preocupações actuais consiste em compreender como as organizações, através da gestão adequada das pessoas, podem conseguir aumentar a capacidade produtiva e criativa, mantendo, simultaneamente, limites sustentáveis aos custos associados ao trabalho (Cunha et al, 2010). Este aspecto passará obrigatoriamente pelo dimensionamento adequado dos quadros de pessoal. A área da saúde não foge à regra em termos destas necessidades. O impacto financeiro que os recursos humanos provocam nos orçamentos da saúde leva a esta exigência. A gestão de recursos humanos é, sem dúvida, uma tarefa difícil. Adeso, apud Cunha et al. (2010) refere que “A Gestão seria fácil se não fossem as pessoas” e Cascio apud Cunha et al. (2010: 60) define-a como “uma abordagem global de gestão que inclui os aspectos de recrutamento/selecção, retenção, desenvolvimento, ajustamento e gestão da mudança”.

Aos gestores impõe-se que entendam o papel dos recursos humanos e que se consigam adaptar às novas exigências das empresas e às necessidades dos trabalhadores às políticas tradicionais de gestão (Ferreira et al., 2010). Para tal, a identificação dos recursos necessários de acordo com as competências que a empresa necessita deve ser uma tarefa imediata, tendo como base a selecção e recrutamento na construção da equipa (Idem). O sector da saúde, no caso os hospitais, é grandemente influenciado pelo papel fundamental que a força de trabalho desempenha na produção e utilização dos serviços de saúde. O facto de serem os profissionais de saúde, na maioria das vezes, a decidir os serviços que são consumidos, onde e como serão consumidos, em que quantidade e, em consequência, que impacto terão sobre as populações, implica que a gestão destes recursos se centre na organização do trabalho, definindo quantidade, combinação de competências e distribuição de recursos entre outros.

O tema escolhido surgiu da necessidade sentida no decorrer das visitas às estruturas de saúde e da experiência vivenciada, em que se pode constatar a inquietação dos profissionais sobre, os critérios utilizados para dotação/distribuição dos recursos em Enfermagem nas estruturas de saúde:

- Devido ao défice dos profissionais no mercado de trabalho, nomeadamente enfermeiros com competências técnicas, científicas e relacionais, e ainda Enfermeiros com formação especializada.
- A não definição clara das tipologias dos Enfermeiros destinados para cada tipo de estrutura, de acordo com a definição da pirâmide sanitária, o que também dificulta a distribuição dos recursos humanos tanto em qualidade como em quantidade.

A escolha do tema reside na relevância do mesmo, no interesse do aprofundamento de conhecimento sobre o assunto e devido a importância do mesmo para o Sistema Nacional de Saúde.

Este estudo contribuirá para a elaboração de um guia nacional sobre normas de dotação de recursos humanos, concretamente em Enfermeiros, no Ministério da Saúde e da Segurança Social.

A motivação para esta pesquisa e em concreto nesta área temática, prende-se com o percurso pessoal e profissional, assim como com a experiência na gestão de serviços de enfermagem. Essa trajetória implicou a reflexão sobre a importância deste tema na prática de enfermagem, na rentabilidade e sustentabilidade das organizações, no contributo dos líderes de enfermagem na apropriação e operacionalização deste conceito. Pode-se afirmar que a área da organização trata do recrutamento, da selecção, da aprendizagem, do desenvolvimento, da manutenção, do controle e da avaliação dos funcionários de uma empresa/organização, hospital, etc. Sendo assim, pode-se considerar que a existência da área de Recursos Humanos está directamente relacionada com a melhoria da efectividade dos funcionários nas empresas, implicando na melhor efectividade organizacional (Chiavenato,1981). Na área da Saúde existem normas e directrizes em vários países incentivadas por várias organizações, incluindo o Conselho Internacional de Enfermagem sobre as Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem (ICN, 2006). Cabo Verde, que se situa na Região Africana, possui particularidades muito específicas, sendo hoje um país em vias de desenvolvimento muito acrescidas. Neste trabalho irão ser analisados vários documentos com o objetivo de procurar dar contributos para a elaboração de um guia ou uma norma para a Dotação Segura em Enfermagem, concretamente em Cabo Verde.

Nas últimas décadas, tem-se assistido a uma maior preocupação com a dotação de profissionais de saúde em qualidade e quantidade no Sistema Nacional da Saúde. A falta de acesso aos prestadores de cuidados de saúde, em particular dos enfermeiros de

qualidade e com competências acrescidas é uma das principais causas da desigualdade na Saúde, e é essencialmente sentida por pessoas que vivem em comunidades remotas e rurais, constituindo um dos principais obstáculos para o desenvolvimento do sistema eficaz de saúde.

Segundo o Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PEDRHS - 2015-2020), existem diversos critérios sobre o planeamento e alocação de recursos na prestação de cuidados de saúde, dos quais se destacam os mais frequentemente utilizados:

- Dotação de recursos para determinado nível de cobertura durante o período de funcionamento na prestação de cuidados;
- Rácios de profissionais indexados a outras categorias profissionais ou recursos/equipamentos;
- Rácios de profissionais indexados a volumes populacionais;
- A conjugação dos diferentes critérios, perante as necessidades específicas de cada contexto e realidade, nomeadamente, situação geográfica e orografia regional, características epidemiológicas da população.

Considerando as características específicas e necessidades de Cabo Verde, a alocação de recursos humanos para os serviços de Saúde, e em particular de Enfermeiros, a disponibilização nos diferentes níveis assistenciais, deve ter em conta os seguintes critérios que encontramos em documentos como os Pacotes de Cuidados Essenciais de Saúde, (PCES), 2016:

- Uma maior equidade no acesso da população nas diferentes estruturas;
- As características orográficas das diferentes estruturas;
- A disponibilização dos profissionais para Cuidados primários, secundários e terciários e levar em conta sempre os níveis de prestações.

Em Cabo Verde o sector da Saúde atingiu em 2019, segundo dados dos Recursos Humanos do Ministério da Saúde de Cabo Verde um total 3235 profissionais, sendo 430 médicos, 770 enfermeiros, 363 técnicos e 1604 profissionais de apoio operacional. Relativamente aos enfermeiros está em fase de finalização a colocação de enfermeiros, devendo chegara 2020 com um total de aproximadamente 1000, (dados recolhidos no Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde).

São várias as funções de um sistema de saúde e que estão amplamente descritas em inúmeros documentos de referência, variando desde os aspectos relacionados com a administração geral (liderança, governação, etc.) aos relacionados com a prestação de cuidados e serviços em saúde propriamente ditos.

Na Declaração de Islamabad (2007), produzida pela OMS, pelo *International Council of Nurses* (ICN) e pelo *International Confederation of Midwives* (ICM), em 2007, sublinha-se a importância da Enfermagem para que se concretizem as metas de desenvolvimento para o milénio definidas pela OMS e declara-se que todas as pessoas devem ter acesso a enfermeiros que sejam competentes no providenciar de cuidados, na sua supervisão e no suporte, em todos os sectores; também se afirma que se torna necessário reconhecer as carências de países em crise e com necessidades particulares na coordenação, integração, colaboração e abordagem sustentada para o planeamento, definição de políticas de saúde, nos quais os enfermeiros devem ter um papel fundamental.

Nesta declaração chama-se a atenção para três áreas chave:

- Aumentar as competências/capacidades dos enfermeiros;
- Desenvolver competências integradoras dos quadros existentes e de novos quadros;
- Criação de ambientes de trabalho positivos;

A concretização de acções que se direccionem para estas áreas-chave pressupõe a existência de princípios fundamentais para o processo de tomada de decisão, para o desenvolvimento de políticas efectivas, para o planeamento, implementação, avaliação e garantia da qualidade da educação e dos serviços de saúde que valorizem todos os intervenientes nestes sectores. A Declaração de Islamabad propõe alguns destes princípios.

É neste *continuum* de acções, funções e responsabilidades que emerge a necessidade de formação de profissionais de saúde em geral e de enfermagem em particular, nomeadamente na Região Africana, onde se calculava que fossem necessários 2,5 profissionais de saúde para cada 1000 pessoas para alcançar as Metas de Desenvolvimento do Milénio a atingir até 2015, o que exigia um aumento de 140% dos profissionais de saúde (OMS, 2008). Assim, a implementação da formação de nível superior em enfermagem não só dá respostas às necessidades de cuidados de saúde do País, como também possibilita a integração da formação em enfermagem em padrões reconhecidos internacionalmente.

Apesar do grande incremento na formação de Enfermeiros, nas atuais Universidades, como a Universidade de Cabo Verde (pública), a Universidade Intercontinental de Cabo Verde, a Universidade de Santiago, a Universidade Jean Piaget, e ainda a Universidade do Mindelo (privadas), coloca-se a questão sobre os indicadores de qualidade da formação fornecida, pois desconhece-se qualquer processo de avaliação da qualidade da mesma, tendo em conta as orientações dos seguintes documentos:

- Guidelines for Evaluating Basic Nursing and Midwifery Education and Training Programmes in the African Region World Health Organization, publicadas em 2007, pelo Regional Office for Africa, Brazzaville, (tradução Portuguesa, Diretrizes para a avaliação da formação inicial em Enfermagem e Obstetrícia e de programas de formação na Região Africana), onde se focam aspectos como:
 - *Reforma educacional em ciências da saúde, Objectivo das directrizes, A quem se destinam estas directrizes?*
 - *Utilização de normas internacionais e adaptação das Directrizes Regionais, Garantia da qualidade da formação inicial em enfermagem e obstetrícia, **Conteúdo e processo de avaliação.** Em que consiste a avaliação? Objectivos de uma avaliação, Fases do processo de avaliação, Conclusão, **Estabelecer um sistema de garantia da qualidade, Definição da garantia da qualidade, Sistema de garantia da qualidade, Benefícios da garantia de qualidade através da acreditação, Procedimentos para a garantia da qualidade;***
 - *As Normas Regionais Africanas, O que é uma norma?, Áreas incluídas nas Normas Regionais, Normas para cada sub-área, As Normas, **Missão, Filosofia e Objectivos,** Declaração de missão, filosofia e objectivos, Participação na formulação da missão e dos objectivos, Autonomia académica, Resultados educativos, **Programas Educacionais, Modelos de currículo e métodos didácticos, Métodos científicos, Conteúdo do curso, Estrutura, composição e duração do currículo, Gestão do programa, Ligações entre a prática de enfermagem e obstetrícia e o sistema de cuidados de saúde, Avaliação dos estudantes, Métodos de avaliação, Relação entre avaliação e aprendizagem, Estudantes, Políticas de admissão e selecção, Estudantes admitidos, Apoio e aconselhamento de estudantes, Representação dos estudantes, **Corpo docente, Política de recrutamento, Desenvolvimento do pessoal, Recursos educativos,*****

*Instalações, Recursos de ensino clínico, Tecnologias da informação, Investigação, Perícia educativa, Intercâmbios educativos, **Avaliação do Programa**, Mecanismos para a avaliação do programa, Feedback de alunos e professores, Desempenho dos estudantes, Envolvimento das partes interessadas, **Direcção e administração**, Direcção, Liderança académica, Orçamento educativo e afectação de recursos, Pessoal administrativo e gestão, Interação com o sector da saúde, **Renovação contínua**.*

Segundo PCES (2016), existia uma grande concentração dos profissionais de saúde nos dois hospitais centrais particularmente da Praia, Hospital Agostinho Neto (HAN) e de São Vicente, Hospital Baptista de Sousa (HBS). Esta concentração devia-se à prestação de cuidados especializados e que garantia os cuidados às outras estruturas de referência. Segundo a OMS (2016), um indicador que põe em evidência a importância dos trabalhadores em saúde é o montante despendido directamente com os recursos humanos, nomeadamente com formação, pagamento de serviços prestados e benefícios sociais.

O sucesso das acções de saúde depende, portanto, da organização do trabalho, ou seja, de definições sobre a quantidade, a qualidade, a combinação de competências, a distribuição, a formação e as condições de trabalho dos profissionais da saúde. A primeira entidade a propor uma definição para o conceito DSE, foi a American Federation of Teachers (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2006, p.5-6), que o define como:

“ (...) estar disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidado dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos”.

Níveis inadequados de enfermeiros aumentam o risco dos cuidados de saúde serem afectados, do aumento de efeitos adversos, resultados clínicos inferiores, mortes hospitalares e a vivência por parte do doente de uma pobre e pouco eficiente prestação de cuidados.

Hoje, a relevância da força de trabalho em saúde e em particular em Enfermagem, é amplamente reconhecida. A elaboração de políticas de recursos humanos ocupa lugar de destaque na agenda da maioria dos formuladores de políticas e dos gestores do sector da saúde.

Ainda em muitos países, observa-se uma série de desequilíbrios na distribuição do pessoal de saúde, seja por tipo de estabelecimento, por nível de atenção, por categoria ocupacional ou por região. Esses desequilíbrios representam uma utilização inadequada de recursos raros e caros e limitam o acesso da população aos serviços.

Assim, torna-se fundamental reflectir e investigar sobre esta temática, pelo que estabelece-se como ponto de partida a seguinte questão – Qual o modelo de dotações seguras de enfermagem, que existe ou não, que garante cuidados de enfermagem de qualidade e que satisfaçam as expectativas dos doentes/utentes e também a satisfação dos profissionais de enfermagem nas diversas estruturas de saúde em Cabo Verde?

Desta questão decorrem as seguintes:

- Existem critérios na distribuição dos recursos em Enfermagem no Ministério da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde?
- São levadas em conta durante a distribuição dos Recursos humanos, as características das diferentes regiões onde se inserem as Estruturas de Saúde?

Delineou-se como objectivo geral:

Contribuir para a elaboração de um modelo de dotações seguras de enfermagem, que garanta cuidados de enfermagem de qualidade e que satisfaçaas expectativas dos doentes/utentes, bem como a motivação dos profissionais de Enfermagem nas estruturas de Saúde em Cabo Verde.

E como **objectivos específicos**:

- Identificar se existe, ou não, um modelo de Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem, que garanta cuidados de enfermagem de qualidade e que satisfaçaas expectativas dos doentes/utentes e garanta satisfação dos profissionais de Enfermagem, em Cabo Verde;
- Identificar se existem critérios na distribuição dos recursos em Enfermagem no Ministério da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde;
- Perceber se é, já, levado em conta durante a distribuição dos Recursos humanos, as características das diferentes regiões onde se inserem as Estruturas de Saúde.

Com o desígnio de obter resposta a estas questões e objectivos, realizou-se um estudo de tipo estudo de caso, de natureza qualitativa, usando a triangulação inter-investigadores, com base numa análise documental. Os documentos seleccionados foram tratados com a elaboração de fichas de leitura reflexiva documental, e a respectiva síntese final, que

foram numeradas de 1 a 5, nas quais colocou-se a referência do documento. Estes documentos foram:

- **Ficha de leitura documental nº1:** Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 41/VI/2004 (B.O. n.º 10, 05/04/2004) - Cabo Verde;
- **Ficha de leitura documental nº2:** Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS 2012-2016). Praia;
- **Ficha de leitura documental nº 3:** Cabo Verde, Ministério da Saúde (s.d.). Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PEDRHS) 2015 - 2020. Praia;
- **Ficha de leitura documental nº4:** Conselho Internacional de Enfermagem (ICN, 2006). Dotações Seguras em Enfermagem Salvam Vidas, Genebra, ICN;
- **Ficha de leitura documental nº5:** Diário da República, 2.ª série - N.º 233 - 2 de Dezembro de 2014, Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 533/2014 Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

A escolha do tema reside na relevância do mesmo, no interesse de aprofundamento de conhecimento sobre o assunto e devido a importância do mesmo para o Sistema Nacional de Saúde.

A motivação para esta pesquisa e em concreto nesta área temática, prende-se com o percurso pessoal e profissional, assim como, com a experiência na gestão de serviços de enfermagem da autora. Essa trajetória conduziu a uma reflexão sobre a importância deste tema na prática de enfermagem, na rentabilidade e sustentabilidade das organizações, no contributo dos líderes de enfermagem na apropriação e operacionalização deste conceito. Pretendeu-se realizar um estudo descritivo, exploratório e explicativo, de carácter qualitativo, de tipo estudo de caso, baseado na pesquisa documental, usando materiais (dados) em documentos relevantes de Cabo Verde, Internacionais, com destaque para Portugal, que abordam este tema, e reúnem os critérios para constituir uma amostra válida para uma investigação documental.

“A investigação científica constitui o método por excelência que permite obter respostas para questões determinadas que se deseja aprofundar, através da descrição, explicação, predição e verificação dos fatos, acontecimentos ou fenómenos. Possui um carácter sistemático, visando a aquisição de novos conhecimentos ou validação de conhecimentos já adquiridos. Apresenta também uma característica rigorosa, o que possibilita

assegurar que a representação que é dada da realidade seja fiel aos fatos”. (Fortin, 2009, pp. 4-5).

“A fase metodológica é o período em que se definem os meios para a realização da investigação, que determinam o desenrolar do estudo”. (Fortin, 2009, p. 53).

O tipo de estudo será de tipo de estudo de caso (Crewell, 2014) e (Yin, 2016)), baseado na abordagem qualitativa de uma investigação documental, pois trata-se da abordagem sobre um único fenómeno, em contexto real, que se pretende investigar, isto é o fenómeno das dotações seguras em enfermagem.

Segui-seem especial as orientações de Yin (2001) que explica que no início deve-se ter em conta:

- a) Como definir um caso que está sendo estudado;
- b) Como determinar os dados relevantes que devem ser colhidos;
- c) O que deveria ser feito com os dados após a colheita.

Neste documento apresenta-se inicialmente esta Introdução, a que se segue a I parte do trabalho, com um 1º capítulo sobre as Dotações Seguras em Enfermagem, a que se seguem os capítulos sobre Investigação Qualitativa, Estudo de Caso.

Na II Parte do trabalho chamado de Desenvolvimento de Estudo Empírico, é apresentado um capítulo inicial sobre a Metodologia, a que se segue um capítulo sobre investigação documental e um outro sobre triangulação metodológica, de seguida colocar-se-á a apresentação da recolha de dados, continuando-se com a discussão, análise e interpretação dos mesmos, depois um capítulo sobre os Aspectos Éticos e os Limites do Estudo, e por fim as Conclusões e a Bibliografia. Clarificamos que chamamos de Bibliografia, pois contém Bibliografia citada no texto do documento e outra que constitui literatura de apoio à elaboração do trabalho.

Para a realização deste trabalho foi utilizada documentação acedida no Ministério da Saúde e Segurança Social de Cabo Verde, foi utilizada diversa bibliografia sobre o tema das dotações seguras em cuidados de enfermagem, vária bibliografia sobre os aspectos metodológicos, e foi muito importante as orientações que obtivemos.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para desenvolver o enquadramento teórico fez-se em primeiro lugar uma revisão da literatura sobre dotações seguras em enfermagem (DSE), e que inclui os conceitos de gestão de recursos humanos em saúde. No enquadramento teórico, foram incluídas revisões sobre os aspectos mais relevantes sobre aspectos metodológicos utilizados como seja a investigação qualitativa e o estudo de caso. Na parte II, incluem-se os aspectos relativos a investigação documental, a triangulação metodológica. Acredita-se que com estes aspectos no enquadramento teórico pode-se facilitar ao leitor toda a fase do relatório do desenvolvimento do estudo empírico nas suas opções metodológicas.

1. CONCEITO DE DOTAÇÕES SEGURAS EM ENFERMAGEM

Tal como refere Freitas (2015) no mundo, tal como hoje o conhecemos e com o desenvolvimento das tecnologias de informação, a acessibilidade à informação sobre saúde/ doença propiciou o desenvolvimento nos cidadãos de capacidade interventiva e decisória nos processos de transição saúde/ doença.

“Esta realidade transformou o “Direito a cuidados de saúde”, em “Direito a cuidados de saúde de qualidade”, sendo previsível dado o aumento do nível de exigência e de expectativa das pessoas, conduzindo a uma evolução para “Direito a cuidados de saúde de excelência”. Para os cidadãos já não é expectável que lhes sejam apenas prestados cuidados de saúde, mas sim cuidados de saúde com qualidade, que garantam a sua segurança e a satisfação das suas necessidades em cuidados em saúde.”(Freitas, 2015,p.21)

A necessidade de adequação dos recursos de enfermagem às reais necessidades dos utentes ou doentes, mantendo um equilíbrio entre a quantidade e as competências, não descuidando a qualidade e segurança, tem constituído uma preocupação para os gestores. A ausência de uma metodologia consensual de suporte à operacionalização da dotação segura em enfermagem, constituiu um ponto de partida desta investigação, que tem como principal objectivo desenvolver um modelo explicativo de Dotação Segura em Enfermagem (DSE).

A enfermagem é um serviço básico em todos os sistemas de saúde. Uma dotação segura é ter o número necessário de enfermeiros com as competências e a formação adequada no posto de trabalho correcto, em cada momento. A dotação de

enfermeiros é um tema fundamental para a segurança dos doentes e para a qualidade dos cuidados prestados nos hospitais e na comunidade.

Assim, entende-se dotação, citando Freitas, p. 21 “como a quantidade e tipo de pessoal necessário para a prestação de cuidados a clientes” (Hall, 2005, p.2). Também Frederico & Leitão (1999, p113) afirmam que a dotação de enfermeiros visa “estabelecer de forma quantitativa e qualitativa, as necessidades de pessoal de enfermagem, para prestar cuidados a um determinado grupo de clientes”, sendo Cliente a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

O conceito de dotação de enfermagem está aliado aos conceitos de qualidade e segurança. Segundo o ICN (2006) o conceito de dotação é tido como a dotação de pessoal que dá resposta às necessidades do utente, num determinado contexto, assegurando segurança e qualidade. Por sua vez, a *American Federation of Teachers* (AFT) (1995), a *Canadian Nurses Association* (CNA) (2005) e a *American Nurses Association* (ANA) (2015) consideram que se está na presença de uma dotação de enfermagem adequada quando em qualquer momento são asseguradas condições de trabalho isentas de risco e está disponível a quantidade de horas de enfermagem disponíveis e o número de enfermeiros, com uma experiência, formação e combinação de competências adequadas, que permita satisfazer as necessidades dos utentes em cuidados de enfermagem, seja ao nível dos cuidados de saúde primários seja ao nível dos cuidados de saúde secundários.

Assim sendo, a *North Carolina Nurses Association* (2005), declarou que as dotações de enfermagem pressupõem resultados positivos para os utentes, para os enfermeiros e para a organização e envolvem a complexidade das necessidades dos utentes, a especificidade das intervenções de enfermagem, níveis variáveis de preparação, competência, experiência e desenvolvimento pessoal dos enfermeiros, apoio da gestão ao nível operacional e executivo, ambiente contextual e tecnológico, articulação entre serviços e a existência de sistemas de comunicação de situações anómalas (erros, negligência, abuso de poder, entre outros), bem como protecção para quem relata essas situações.

A primeira entidade a propor uma definição para o conceito DSE, foi a *American Federation of Teachers* (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2006, p.5-6), que o define como: “ (...) *estar disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidado dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos*”.

Níveis inadequados de enfermeiros aumentam o risco dos cuidados de saúde serem afectados, do aumento de efeitos adversos, resultados clínicos inferiores, mortes hospitalares e a vivência por parte do doente de uma pobre e pouco eficiente prestação de cuidados.

Pessoal de enfermagem insuficiente para satisfazer as necessidades dos doentes e dos utentes, pois será necessária uma abordagem integrada, dá lugar a uma carga de trabalho insustentável, com impacto no bem-estar e na saúde dos próprios profissionais. As investigações sugerem que reverter um nível sólido de enfermeiros, eficaz e equilibrado pode ser rentável, favorecer melhorias e impedir a deterioração da saúde dos pacientes, reduzindo assim a duração e a intensidade das intervenções de saúde.

Conforme afirma Freitas (2015) a definição de dotação segura de enfermeiros apresenta-se como a necessidade de estarem sempre disponíveis enfermeiros, não só em termos numéricos, mas também com as competências necessárias, para dar resposta com qualidade às necessidades de cuidados de enfermagem dos clientes, sendo em simultâneo promotora da manutenção de um Ambiente Seguro para os enfermeiros e clientes. A complexidade deste conceito, assenta na observância de um conjunto de características/afirmações, que se auto influenciam e que são indissociáveis para a aplicação da unidade de conhecimento: Dotação Segura em Enfermagem.

1.1. Estabelecer a dotação segura

Posteriormente o International Council of Nurses (ICN, 2006) e em Portugal a Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2006) adoptaram a definição citada anteriormente.

O estudo realizado baseou-se nesta definição que identifica com clareza, os elementos de essencialidade deste conceito. São eles: a “Disponibilidade em qualquer altura de enfermeiros na quantidade adequada”, a “Disponibilidade em qualquer altura de enfermeiros com a combinação adequada de competências”, a “Prestação de cuidados de enfermagem de qualidade” que satisfaçam as necessidades dos clientes e a manutenção de um “Ambiente Seguro”.

Assim, entende-se dotação, “como a quantidade e tipo de pessoal necessário para a prestação de cuidados a clientes” (Hall, 2005, p.2). Frederico & Leitão (1999, p113) afirmam que a dotação de enfermeiros visa “estabelecer de forma quantitativa e

qualitativa, as necessidades de pessoal de enfermagem, para prestar cuidados a um determinado grupo de clientes”, sendo Cliente a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros), sendo necessário criar indicadores que demonstrem o impacto das dotações seguras, de acordo com a qualidade das necessidades dos doentes;

Isto requer um número adequado de enfermeiros com as competências necessárias para satisfazer as alterações clínicas dos doentes. Deve ser implementado um sistema de planificação da força de trabalho que acompanhe as necessidades de qualidade de cuidados dos doentes/utentes.

Há uma crescente evidência que mostra a relação directa entre o número de enfermeiros e os resultados relacionados com os doentes/utentes. Entre eles inclui-se a diminuição do número de efeitos adversos tais como as úlceras por pressão, infecções do trato urinário, desnutrição e deterioração da capacidade para realizar as actividades de vida diária. Ainda, a redução de reinternamentos, menor risco de infecções nosocomiais e de longas permanências no hospital, assim como uma maior satisfação dos doentes.

Um número insuficiente de enfermeiros resulta também na “falha na prevenção”, na deterioração da situação clínica do doente/utente provocando piores resultados e aumento da morbilidade e na mortalidade.

Segundo o ICN (2006), o conceito de dotações de enfermagem adequadas ganhou ênfase na sequência das diversas alterações aos sistemas de saúde que se têm verificado nos últimos anos em todo o mundo. Estas alterações estão associadas a pandemias, tal como a pandemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), ao aumento da esperança média de vida, à recessão económica, às comorbilidades associadas, entre outras. Consequentemente, o número de enfermeiros revelou-se insuficiente face à crescente complexidade das necessidades dos utentes/doentes, aliada à necessidade de redução de custos na área da saúde. A gestão de recursos humanos foi transposta para segundo plano em muitas agendas políticas, preocupação que tem sido manifestada por instâncias nacionais e internacionais.

1.2 Qualificação dos profissionais

As intervenções de enfermagem desenvolvem-se num contexto de complexidade e de imprevisibilidade, nos quais os enfermeiros são chamados a mobilizarem continuamente

as suas capacidades, para agir perante as necessidades de cuidados observadas, pois só desta forma agem com competência (Serrano, 2008). Flück, (2001), citado por Serrano (2008, p.78), refere que “o conceito de competência tem vindo a evoluir e tem-se estabilizado como sendo uma combinação de conhecimentos, saber-fazer e comportamentos profissionais necessários para responder às situações profissionais evolutivas, estruturadas na acção e, quando em interacção com outro, numa dimensão social e simbólica”. Neste sentido, a competência é entendida como “a relação entre a pessoa e o contexto, aqui como espaço onde se organiza o trabalho. O resultado da sua operacionalização é objectivado na visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados e reconhecida pelo sujeito alvo de cuidados.” (Serrano, 2008, p.80)

No que se refere ao bem-estar dos enfermeiros, níveis inadequados de pessoal podem levar a uma menor satisfação no trabalho, a maiores níveis de stress, ao *burnout*, a uma tendência de abandonar a profissão e ao aumento das substituições (*turnover*). Tem igualmente implicações nos recursos financeiros, já que está demonstrado que o custo da substituição dos enfermeiros (*turnover*) representa metade do salário médio dos enfermeiros.

A actual escassez de pessoal de enfermagem e os cortes financeiros no sector da saúde têm levado algumas organizações a explorar funções alternativas para o pessoal e a combinação de competências.

Nalguns países substituem-se os assistentes de saúde por enfermeiros e desenvolvem-se novas funções para os enfermeiros não qualificados como solução para fazer frente à escassez de enfermeiros qualificados, reduzindo a massa salarial. Com base nos dados actuais, estas opções merecem especial precaução já que a investigação sugere que pode piorar os resultados com os doentes/utentes e não ser rentável a longo prazo.

A existência de enfermeiros qualificados permite também obter melhores resultados com os doentes/utentes e menores taxas de mortalidade.

A competência e o pensamento crítico dos enfermeiros qualificados relacionam-se com a melhoria dos resultados com os doentes e com a redução da mortalidade: um maior número de enfermeiros menos qualificados/formados (enfermeiros cuidadores com licença e trabalhadores de saúde de apoio) estão vinculados ao aumento da incidência de efeitos adversos tais como erros de medicação e quedas.

Diversos estudos sobre esta temática têm sido efectuados internacionalmente, sobretudo nos Estados Unidos da América (E.U.A.), Canadá e Austrália, evidenciando o contributo

que as dotações de enfermagem têm na maximização dos resultados em saúde, verificando-se uma menor incidência de erros, uma redução de custos directos e indirectos associados aos cuidados de saúde, redução do tempo de internamento e de complicações e melhoria na satisfação de utentes e profissionais. Simultaneamente, esses mesmos estudos associam dotações seguras de enfermagem não só a um número adequado de enfermeiros ou a um rácio enfermeiro/utente, mas também à combinação de competências dos enfermeiros, considerando que é importante atender a aspectos como a formação e o número de enfermeiros especialistas ou de enfermeiros peritos nos respectivos serviços.

O movimento pela segurança dos doentes é importante porque se concentra numa diversidade de indicadores de saúde. É uma área muito vasta que foi legitimada através da documentação de eventos adversos resultantes dos cuidados tipicamente prestados nos ambientes hospitalares. Os eventos adversos, tais como quedas, erros de medicação e cirurgias inadequadas, foram documentados como sendo factores que aumentavam a morbidade e mortalidade dos doentes. (CIE, Conselho Internacional de Enfermagem; 2006, p. 7).

1.3 Requisitos para as dotações

Determinar os requisitos óptimos para determinar as dotações seguras é complexo. Actualmente existem uma série de ferramentas e modelos para a planificação da força de trabalho que procuram encaixar as necessidades e as dependências dos doentes com o número de enfermeiros e as competências necessárias. Ferramentas sólidas requerem dados dos doentes e dos enfermeiros e devem utilizar-se conjuntamente com o critério profissional.

A liderança e o comprometimento da enfermagem no projecto e na operacionalização dos modelos e ferramentas são cruciais. **Os enfermeiros chefes desempenham um papel fundamental para liderar estes processos e assegurar a sua visibilidade.**

Algumas instituições de saúde implementaram níveis obrigatórios de dotações seguras que permitiram melhores resultados com os doentes (mortalidade mais baixa), assim como com os enfermeiros (retenção e satisfação, diminuição da carga de trabalho).

Independentemente das ferramentas que os sistemas usam para avaliar e planificar as necessidades de enfermeiros, o contraste com áreas clínicas comparáveis e com as melhores práticas pode proporcionar um ponto de referência. Deveria existir um conjunto de dados, com indicadores significativos e coerentes, como factor de aumento das dotações de enfermeiros que tenha em conta as suas férias e ausências. Também deveriam existir processos normalizados de revisão e avaliação e relatórios fornecidos pelos enfermeiros chefes com o objectivo de assegurar que o financiamento é o suficiente tendo em conta a segurança do doente. Em todo o momento, os enfermeiros chefes, utilizando o seu critério profissional, deveriam ser capazes de controlar e ajustar o número de enfermeiros no garante da segurança dos doentes.

Se os recursos forem inadequados deveriam fazer ajustes no sistema que controlam o fluxo e a admissão de doentes com o objectivo de assegurar que se cumpram as dotações seguras.

Seja em serviços de agudos, cuidados de saúde primários, cuidados na comunidade ou cuidados continuados, são necessárias ferramentas que permitam a prestação de cuidados em e com segurança.

1.4 Posição e recomendações do Conselho Internacional de Enfermagem

Assumindo o seu papel de ser a voz mundial da enfermagem e reconhecendo que as dotações seguras de pessoal de enfermagem são cruciais para manter a qualidade e segurança dos cuidados aos doentes, o Conselho Internacional de Enfermagem (2006) manifesta os seguintes princípios (ICN, 2006):

- *Devem estabelecer-se sistemas de planificação sólidos com o fim de adequar a prestação de cuidados de enfermagem ao número e à gravidade clínica dos doentes;*
- *Os sistemas devem ter dados fiáveis, indicadores aceites e comparar as melhores práticas;*
- *Enfermeiros qualificados não devem ser substituídos por pessoal com menor qualificação;*
- *Os limiares de segurança devem ser identificados nos diferentes contextos (sem definir um mínimo);*

- *Devem fazer-se controlos periódicos da dotação de enfermeiros com dados actualizados, relacionando o número e as qualificações dos enfermeiros e os resultados dos doentes;*
- *Deve-se respeitar a primazia do critério profissional da qualificação dos enfermeiros ao determinar as dotações seguras;*
- *Os enfermeiros devem participar em todas as etapas de concepção e operacionalização dos sistemas de dotação;*
- *A existência de enfermeiros directores é essencial para garantir a prestação de cuidados de saúde seguros, eficazes, de alta qualidade e eficientes;*
- *As organizações que representam enfermeiros devem ser decisivas no desenvolvimento, na implementação e na avaliação das políticas e sistemas de dotações seguras;*
- *Deve haver transparência nas informações sobre os níveis de dotações seguras a nível interno e externo, aos financiadores e ao público;*
- *Devem estabelecer-se procedimentos adequados para que os enfermeiros possam colocar, sem medo, as suas preocupações e que estas sejam investigadas sem que o enfermeiro ou enfermeiros que as colocam sejam prejudicados;*
- *As organizações devem apoiar e encorajar culturas abertas e colaborativas e os líderes a modelar os comportamentos e valores que procuram nos enfermeiros;*
- *Os financiadores/governos devem garantir os recursos para que se atinjam as dotações seguras;*
- *As organizações devem dispor de sistemas para alterar os fluxos e admissões de doentes de maneira a fazer coincidir com o número de enfermeiros disponível. Os líderes de enfermagem devem ter autoridade suficiente para interromper as admissões quando não existam dotações seguras e para autorizar a curto prazo a admissão de mais enfermeiros, desde que a segurança dos doentes estiver em causa.*

Em Cabo Verde existem, já, alguns enfermeiros com Mestrado e especialização que podem ser considerados *experts* ou peritos nas suas áreas profissionais, no entanto Deve-se ter em conta a caracterização da progressão nos níveis de competência estudada pela autora Patrícia Benner (1984-2001), que em, muitos países tem sido adoptado para se considerarem os enfermeiros competentes e peritos em diversas áreas, como sãoapresentados num quadro baseado na obra de Iniciado a Perito, da autora referida, que

poderá ser usado, também em Cabo Verde para se considerarem as competências e assim, também, para o cálculo de Dotações Seguras em Enfermagem, pois os Enfermeiros chefes terão critérios para indicar os enfermeiros competentes ou peritos para serem os responsáveis de equipa em cada turno de serviço. O nível de perito não é aqui apresentado, mas pode-se afirmar que será o enfermeiro mais do que competente, sendo até um profissional que pode e deve fazer sugestões para mudanças de dinâmicas nos serviços, deve e está actualizado sobre todos os aspectos técnicos, científicos e relacionados nos Cuidados de Enfermagem e de Liderança.

1.5 Caracterização da progressão nos níveis de competência

No quadro seguinte, apresenta-se em resumo, a caracterização da progressão nos níveis de competências desenvolvidas pelos estudantes de enfermagem e jovens enfermeiros, no sentido de aquisição de uma etapa profissional considerada de competência, de acordo com o modelo de Benner (1984-2001).

Quadro I - Caracterização da progressão nos níveis de competências desenvolvidas pelos estudantes de enfermagem e jovens enfermeiros, no sentido de aquisição de uma etapa profissional considerada de competência, de acordo com o modelo de Benner (1984-2001)

Nível de Proficiência (critérios de resultado)	Iniciada / Principiante	Principiante avançada	Competente
Pensamento crítico	Desenvolvimento precoce da capacidade de tomar decisões com uma visão limitada das opções possíveis.	Tem a capacidade de efectuar escolhas, mas segue um processo sistemático de tomada de decisão.	Consegue ter várias opções e tem a capacidade de diferenciar benefícios possíveis para cada.
Capacidades de Comunicação (escritas, verbais e não verbais)	Aprender métodos de comunicação com clientes, famílias e grupos. Identificação de padrões de comunicação afectivas.	Início da análise da conversação terapêutica. Diferenciação da comunicação terapêutica e não terapêutica com clientes, famílias e grupos.	Demonstração de comunicação afectiva com clientes, famílias e grupos. Demonstração e avaliação das actividades de ensino / aprendizagem.
Intervenções terapêuticas de Enfermagem	Início de aquisição de capacidades psicomotoras. Prática de terapêuticas psicossociais de bem-estar do cliente.	Avanço das capacidades psicomotoras e nas terapêuticas psicossociais, dirigidas para os clientes, famílias, e grupos com desvios de saúde.	Provas de existência de capacidades psicomotoras seguras e terapêuticas psicossociais individualizadas de clientes, famílias e grupos.

Desenvolvimento profissional	Identificar os componentes da prática profissional de enfermagem. Início da subordinação.	Demonstração de conhecimentos adequados a uma prática segura da enfermagem. Subordinação efectiva.	Integração de conhecimentos e auto – avaliação. Início da liderança.
Desenvolvimento pessoal	Reflexão do sistema pessoal de valores.	Clarificação de valores pessoais. Aceitação da diversidade.	Identificação da aprendizagem como um processo para toda a vida. Integração de valores éticos na prática da Enfermagem. Desenvolvimento da sensibilidade e diversidade.
Escolaridade (scholarship)	Início da compreensão de princípios da prática baseada na pesquisa e baseada na teoria.	Início da explicação da prática baseada na pesquisa e baseada na teoria.	Análise e revisão da pesquisa em Enfermagem. Traduzindo a aplicação ao cuidar em enfermagem.
Fonte: Adaptado de Benner (1984)			

1.6 Conclusão

Continua-se à procura das melhores respostas para as situações que requerem a atenção e o cuidado de enfermagem. Em especial, temos a noção da mudança de paradigmas, que se vive hoje, e sabe-se que de uma lógica em que a enfermeira/o dava o seu empenho profissional centrada/o no problema passa a necessitar de se apetrechar também para responder à Pessoa.

Para tal precisa-se de desenvolver as competências existenciais, isto é as que fazem de cada enfermeira/o uma pessoa, e uma/um profissional, capaz de se envolver com os (seus) doentes, os (seus) utentes, permitindo-lhes e permitindo-se manter a distância certa para ser útil, eficaz, nos vários domínios que cada situação concreta de cuidados requer, especialmente quando os momentos de crise e de transição são marcados pelo sofrimento físico, emocional, psicológico e espiritual.

Benner; Tanner; Chesla; Catherine, (1996, pág.xiv) afirmam que estas competências de envolvimento com os doentes e as famílias são centrais quando se ganha perícia profissional, porque a promoção do bem-estar de pessoas que estão vulneráveis requer tanto a atenção sobre a situação ou problema como as capacidades existenciais de envolvimento pessoal.

Para que tal conjugação de competências aconteça é necessário que se desenvolva uma aprendizagem experiencial que garanta uma ligação estreita entre as decisões clínicas

(técnicas e científicas) e as decisões éticas, isto significa que a noção de bons ou maus resultados e da visão do que são cuidados excelentes forma-se integrando ambas as dimensões nos raciocínios e nas acções de cuidados.

“(...) o conhecimento perito, e desde logo também o conhecimento competente, é uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do conhecimento.” Esta assumção que Benner; Tanner; Chesla; Catherine, (1996) procuram demonstrar é muito importante para que se perceba que nem todo o conhecimento que os enfermeiros precisam de desenvolver na profissão, é obtido dentro das salas de aula. Pretender-se que o ensino da ciência e da tecnologia se torne adequada, isto é na prática real dos cuidados de enfermagem significa que, se deve ensinar e aprender, e que sejam ajustados a cada pessoa e a cada família.

Note-se que a importância do estudo sobre a forma como as enfermeira/os adquirem a sua perícia profissional é algo que é inquestionável, e que deve prosseguir, e este também o que Patrícia Benner sugere que se julgue muito ajustado à realidade de Cabo Verde: “(...) *em tempos anteriores, as/os enfermeiras/os-chefes faziam a distribuição dos cuidados face às situações dos doentes e os elementos da equipa que geriam (em termos das suas capacidades). Isto era possível fazer-se porque alguns doentes tinham situações mais críticas que outros. Mas hoje, pelo menos na realidade hospitalar, isto não é assim tão fácil: cada doente está gravemente doente. A única solução, parece ser, a de se ter uma equipa de enfermagem, que dê sempre continuidade, ao longo do tempo, a cuidados muito avançados que requerem perícias profissionais constantes*”.

Isto significa que ao mesmo tempo que têm de existir sempre enfermeiras/os a adquirir mais competências, também é preciso ter consciência que esta aprendizagem se vai fazer muito através do diálogo, do guiar constante dos colegas nas situações clínicas, o que por vezes pode colidir com direcções que alguns modelos propostos podem ter, ao proporcionarem um trabalho individual e deixarem pouco tempo para acompanharem colegas mais inexperientes.

2. INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA

Em investigação qualitativa são diversas as possibilidades e as opções metodológicas a serem utilizadas. Dado que a escolha da metodologia se deve fazer em função da natureza do problema a estudar (Lincoln, Y. e Guba, E. in Denzin, N., Lincoln, Y. e col., 2006) considerou-se pertinente seguir uma metodologia de investigação qualitativa ou interpretativa, pois entendeu-se que seria amais adequada para perceber os processos, os produtos, os fenómenos inerentes à problemática desta investigação - Dotações Seguras em Enfermagem, na realidade Cabo Verdiana.

As investigações qualitativas privilegiam, essencialmente, a compreensão dos problemas a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação. Neste contexto, Bogdane Biklen (1994) consideram que esta abordagem permite descrever um fenómeno em profundidade através da apreensão de significados e dos estados subjectivos dos sujeitos pois, nestes estudos, há sempre uma tentativa de capturar e compreender, com pormenor, as perspectivas e os pontos de vista dos indivíduos sobre determinado assunto. Pode-se dizer que o principal interesse, destes estudos, não é efectuar generalizações tradicionais, mas antes particularizar e compreender os sujeitos e os fenómenos na sua complexidade e singularidade. Assim, em oposição às afirmações universais e à explicação dos fenómenos numa causalidade linear preferiu-se, nesta dissertação, a descrição concreta das experiências e das representações dos sujeitos que conduzem a uma compreensão espiroidal dos fenómenos (Bogdan e Biklen, 1994).

Neste quadro, não interessa determinar relações de causa e efeito numa relação linear nem, tão pouco, explicar fenómenos, provar hipóteses e estabelecer leis gerais pressupostos de uma perspectiva de investigação positivista – mas possibilitar a transferibilidade do que se descobriu a outras situações e sujeitos. Como referem Bogdan e Biklen “a preocupação central não é a de se os resultados são susceptíveis de generalização, mas sim a de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados” (1994, p.66). Esta visão faz parte integrante das abordagens qualitativas. As pesquisas qualitativas interessam-se mais pelos processos do que pelos produtos (Bogdan e Biklen, 1994; Ludke e André, 1986) e preocupam-se mais com a compreensão e a interpretação sobre como os factos e os fenómenos se manifestam do que em determinar causas para os mesmos (Serrano, 2004).

Deste modo, entre as técnicas de pesquisa qualitativa, a técnica de entrevista e a observação participante, a pesquisa documental, são algumas das que melhor dão resposta às características anteriormente referidas (Serrano, 2004). É que, estas técnicas colocam o investigador em contacto directo e aprofundado com os indivíduos e permitem

compreender com detalhe o que eles pensam sobre determinado assunto ou fazem em determinadas circunstâncias. Como refere Serrano (2004, p.32) interessa “conhecer as realidades concretas nas suas dimensões reais e temporais, o aqui e o agora no seu contexto social”.

Seguindo os subsídios teóricos de Lüdke e André (1986, p. 13), que fazem uma discussão sobre a pesquisa em educação, dentro de uma vertente qualitativa, apresentamos dois tipos de se fazer pesquisa nessa área. Segundo as autoras, a pesquisa etnográfica e o estudo de caso “vêm ganhando crescente aceitação na área de educação, devido principalmente ao seu potencial para estudar as questões relacionadas à escola”. Aparecem a seguir os dois tipos de pesquisa qualitativa. Como se pode entender na área da saúde esta utilidade faz também todo o sentido.

Assim, em investigação qualitativa a teoria surge a partir da recolha, análise, descrição e interpretação dos dados. É o que Glaser e Strauss (1967) designam de “teoria fundamentada” (cit. Bogdan e Biklen, 1994) pois: “as abstracções são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando. Uma teoria desenvolvida deste modo procede de ‘baixo para cima’ (em vez de ‘cima para baixo’), com base em muitas peças individuais de informação recolhida que são inter-relacionadas” (cit. Bogdan e Biklen, 1994, p.50).

Assim, enquanto a investigação quantitativa se orienta para a produção de proposições generalizáveis e com validade universal decorrentes de um processo experimental, hipotético-dedutivo e estatisticamente comprovado, a investigação qualitativa orienta-se por uma perspectiva hermenêutica e interpretativa dos fenómenos educativos (Serrano, 2004) procurando, desse modo, compreender o fenómeno educativo a partir da indução dos significados dos próprios contextos na sua singularidade e complexidade.

O processo de produção de conhecimentos, nesta perspectiva, dá-se à medida que se recolhem e analisam os dados (Bogdan e Biklen, 1994; Serrano, 2004). Utilizando uma imagem pode-se dizer que o desenvolvimento da investigação se parece a um funil porque: “no início há questões ou focos de interesses muito amplos, que no final se tornam mais directos e específicos. O pesquisador vai precisando melhor esses focos à medida que o estudo se desenvolve” (Ludke e André, 1986, p.13).

Os investigadores qualitativos “abordam o mundo de forma minuciosa” (Bogdan e Biklen, 1994) na tentativa de ilustrar, de forma mais completa possível, as situações e as experiências dos sujeitos. Nesta busca profunda de conhecimento da realidade todos os detalhes são importantes (Ludke e André, 1986), deste modo, os dados colhidos, neste

tipo de investigação, são predominantemente descritivos (Serrano, 2004), pois a “descrição funciona bem como método de recolha de dados, quando se pretende que nenhum detalhe escape ao escrutínio” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 49).

Como já foi anteriormente referido, o objectivo principal da abordagem qualitativa é o de compreender de uma forma global as situações, as experiências e os significados das acções e das percepções dos sujeitos através da sua decomposição e descrição (Bogdan e Biklen, 1994). Deste pressuposto decorre, ainda, outra reflexão que importa explicitar. Ao afirmar que os dados, neste tipo de investigação, são produzidos e interpretados pelo investigador supõem-se, que é possível, que eles reflectam a sua subjectividade, envolvimento e cunho pessoal. Daí que Bogdan e Biklen (1994,p. 67) refiram que “os dados carregam o peso de qualquer interpretação”.

Apesar disso, procura-se, em investigação qualitativa, não deixar ir demasiado longe a subjectividade desse envolvimento para não enviesar o conhecimento e a interpretação da realidade. Assim, através do rigor e da abrangência da recolha e análise dos dados, de uma leitura articulada dos dados com uma contextualização teórica e de uma postura de omissão de opiniões pessoais (Bogdan e Biklen, 1994), embora se tenha presente de que é pelo processo de identificação e reconhecimento da subjectividade do investigador que, na abordagem qualitativa, se lida com os enviesamentos e se limita as ilações do senso comum (Ludke e André, 1986) – que se procurou levar a cabo no processo de produção de conhecimentos, nesta dissertação.

3. ESTUDO DE CASO

O método de estudo de caso vem sendo cada vez mais utilizado no âmbito das ciências humanas e sociais como procedimento de análise da realidade (Yin, 2005). Constatou-se, também, que o estudo de caso oferece inúmeras possibilidades de estudo, compreensão e melhoria da realidade social e profissional, por isso no campo da investigação em educação e saúde o uso deste método é crescente. A este incremento não ficou ausente a comunidade de investigadores, reflectindo a adequação desta abordagem, através de produção de investigações.

De acordo com esta perspectiva considera-se que o estudo de caso é uma abordagem metodológica que permite analisar com intensidade e profundidade diversos aspectos de um fenómeno, de um problema, de uma situação real: o caso. Assim, como refere Stake (2005, p. 11) o estudo de caso consiste no “estudo da particularidade e da complexidade de um caso singular para chegar a compreender a sua complexidade”.

Neste contexto de compreensão profunda de uma realidade, Yin (2005, p. 13) define estudo de caso como “uma investigação empírica que estuda um fenómeno contemporâneo dentro do contexto de vida real de vida, especialmente quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são absolutamente evidentes” e acrescenta Yin (2005) e Stake (2005) são dos autores mais citados e considerados na investigação baseada em estudo de casos.

É que, o estudo de caso implica um conhecimento profundo da realidade investigada e, como tal, recorre a diferentes métodos e técnicas que se enquadram, sobretudo, num paradigma de investigação qualitativa.

Pelas definições, antes, expostas também é possível constatar que o estudo de caso tem como objecto de investigação uma unidade particular que pode ser uma pessoa, um grupo, um acontecimento, uma organização, uma comunidade, (Serrano, 2004).

Transpondo estes objectivos para a realidade do estudo dos serviços de saúde, nomeadamente a distribuição de recursos humanos, em geral, e em enfermagem em particular, pode ser um serviço, um hospital, ou um sistema de saúde.

Neste quadro, Patton (1980) considera, ainda, o estudo de caso como “uma forma particular de recolher, organizar e analisar informações”. Como corolário, o estudo de caso implica, um processo de indagação que se caracteriza por um estudo detalhado, compreensivo, sistemático e em profundidade do caso objecto de interesse.

A modalidade de estudo de caso possui uma dupla vertente: por um lado, é uma modalidade de investigação apropriada para estudos exploratórios e compreensivos e que tem, sobretudo, como objectivo a descrição de uma situação, a explicação de resultados a partir de uma teoria, a identificação das relações entre causas e efeitos ou a validação de teorias (Serrano, 2004). Mas, por outro lado permite ilustrar e analisar uma dada situação real e fomentar a discussão e a tomada de decisões, convenientes, para os mudar ou melhorar, podendo servir, neste contexto, objectivos de aprendizagem e de formação (Serrano, 2004), ou objectivos de uma resposta e clarificação do fenómeno das dotações seguras em enfermagem. É que esta abordagem possui características que a tornam muito útil “para a análise de problemas práticos, situações ou acontecimentos que surgem no quotidiano”. O produto final de um estudo de caso constitui uma descrição detalhada do objecto de estudo em que se utilizam técnicas narrativas para descrever, ilustrar e analisar as várias possibilidades de abordagem do fenómeno em estudo.

O caso não pode perder a sua unicidade (Yin, 2005), por isso a pesquisa, no estudo de caso, efectua-se de forma holística (Serrano, 2004), integrada, sistémica.

Segundo Serrano (2004) como o estudo de caso tem como eleição descobrir, compreender ou interpretar o significado de uma realidade, mais do que comprovar hipóteses, a sua lógica enquadra-se melhor numa perspectiva de investigação qualitativa, embora isso não signifique que se excluam os métodos e técnicas de cariz quantitativo. Assim, o estudo de caso é uma abordagem abrangente que pode incluir técnicas como observação, entrevistas, questionários, análise de documentos e outras, podendo os dados ser tanto qualitativos como quantitativos (Serrano, 2004).

A multiplicidade de critérios e características que compõem os estudos de caso levam a algumas classificações e tipificações. Assim, de acordo com os objectivos e a natureza das informações finais, Yin (2005) classifica os estudos de caso como:

Exploratórios, descritivos, explicativos e avaliativos. Segundo o autor (2005) um estudo de caso é exploratório quando se conhece muito pouco da realidade em estudo e os dados se dirigem ao esclarecimento e delimitação dos problemas ou fenómenos da realidade; um estudo de caso é descritivo quando há uma descrição densa e detalhada de um fenómeno no seu contexto natural; um estudo de caso é explicativo quando os dados tratam de determinar relações de causa e efeito em situações reais, ou seja de que forma os factos acontecem em função uns dos outros; um estudo de caso é avaliativo quando produz descrição densa, esclarece significados e produz juízos.

Existem diversas propostas de tipificação dos estudos de caso. Considerando a proposta de Yin (2005) e também de Bogdan e Biklen (1994) é possível encontrar o estudo de caso único e o estudo de caso múltiplo ou comparativo. No primeiro exemplo, o investigador estuda uma realidade, um ambiente, enfim um caso. No segundo exemplo, o investigador estuda dois ou mais casos. Neste cenário, o estudo de caso comparativo distingue-se, ainda, porque embora estejam em estudo dois ou mais casos, estes efectuam-se para posteriormente serem “comparado - se contrastados” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 97).

Stake (2005), partindo dos propósitos da investigação, Stake (2005) propõe uma tipologia de estudos de caso que integra e distingue três tipos: o estudo de caso intrínseco, quando o investigador pretende estudar uma situação específica na sua particularidade e complexidade, pois o interesse do investigador é compreender melhor um dado caso; o estudo de caso instrumental, quando o investigador utiliza o estudo do caso para aprofundar e compreender melhor um tema que é o objecto de estudo ou para entender melhor fenómenos externos; o estudo de caso colectivo, quando o investigador utiliza vários casos para, através da sua comparação, conseguir um conhecimento mais profundo sobre um fenómeno ou uma situação real. Trata-se de um estudo intensivo de vários casos. Os estudos de caso são efectuados com unidades particulares ou pequenas unidades sociais, não sendo, por isso, possível efectuar generalizações estatísticas (Yin, 2005). Como alternativa, Yin (2005) esclarece que a generalização analítica é mais adequada, dado que o objectivo é ampliar e generalizar o modelo teórico encontrado, a partir do estudo de caso. O que se procura generalizar são proposições teóricas e não proposições sobre populações (Yin, 2005). Por seu turno, quanto à questão da generalização no estudo de caso, Stake (2005) refere, ainda, que a finalidade deste método é interpretar e compreender, um dado caso real, e não generalizar, que é uma base extremamente débil neste método. Serrano (2004) menciona, ainda, que generalizar resultados não é uma questão indispensável no estudo de caso. No entanto, sendo possível destacar algumas generalizações, estas podem servir para, de algum modo, ser aplicadas noutras realidades. Assim, se alguns autores consideram que os estudos de caso possuem as virtuosidades, antes descritas, outros consideram esta abordagem como uma investigação pouco rigorosa, imprecisa, parca em objectividade e pouco credível em conclusões e generalizações, entre outros aspectos (Yin, 2005; Serrano 2004). Estes autores tecem, assim, algumas críticas que não é possível ignorar, pelo contrário, é necessário contornar. Este facto conduz à reflexão sobre as questões da validade externa (generalização dos

resultados), da fiabilidade (do processo de recolha e análise de dados) e da validade interna (rigor das conclusões).

Em primeiro lugar há que compreender que o estudo de caso é uma abordagem alternativa à tradicional. Assim, a questão da generalização para Stake (2005) não tem qualquer sentido dado que se trata de investigações sobre casos reais que são únicos em certos aspectos e, por isso, irrepetíveis (Stake, 2005) e a sua validade externa encontra-se no seu poder “revelatório” (Yin, 2005, p. 40) da situação concreta. Porém, quando os estudos de caso procuram, de algum modo, generalizar resultados, pode-se encontrar proposições ou hipóteses que relacionam conceitos ou factores dentro do caso.

O sentido dado ao carácter revelatório do estudo de caso está bem definido por Serrano (2004, p. 95) ao dizer que a revelação se produz quando “um investigador tem a oportunidade de observar e analisar um fenómeno, situação, sujeito ou facto que antes era inacessível para a investigação científica”

Por outro lado a questão da fiabilidade (fidelidade) relaciona-se com a replicabilidade das conclusões, isto é com a possibilidade de outros investigadores com os mesmos instrumentos poderem obter resultados idênticos sobre o mesmo fenómeno.

Ora, no estudo de caso, não só, o investigador é, inúmeras vezes, o único instrumento do estudo, como também, o caso, em si, não pode ser replicado (Yin, 2005). Logo, para que seja reconhecida a fiabilidade no estudo de caso, Yin (2005) aconselha o investigador a efectuar uma descrição pormenorizada, rigorosa e clara de todos os passos do estudo, para que outros investigadores possam repetir os mesmos procedimentos em contextos similares (Yin, 2005).

Colocando ainda a questão do rigor ou da validade interna deve ser contornada pela precisão das conclusões, na medida em que estas têm de traduzir com justeza a realidade investigada. Para tal, Yin, (2005) diz que é possível e importante reduzir a subjectividade do investigador, através de uma descrição densa das relações entre causas e efeitos e das inferências consideradas na investigação (Yin, 2005). Por seu turno, Stake (2005) sugere que o estudo de caso pode ganhar em credibilidade se o investigador recorrer a processos de triangulação metodológica, como por exemplo, utilizando mais do que uma vez o mesmo método e comparar os dados obtidos; ou se utilizar mais do que um método (entrevista, questionário etc.) para captar informações; ou se mais do que um investigador confrontar os dados obtidos no mesmo caso.

**PARTE II- DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO
EMPÍRICO**

1. METODOLOGIA

A metodologia consiste numa etapa do trabalho, na qual a investigadora explica como imergiu na pesquisa de dados, que permitiram responder à **questão principal do estudo que é** - Qual o modelo de dotações seguras de enfermagem, que garante cuidados de enfermagem de qualidade e que satisfaçam as expectativas dos doentes/utentes e também a satisfação dos profissionais de enfermagem nas diversas estruturas de saúde?

Desta questão decorrem as seguintes:

- Qual o modelo de dotações seguras de enfermagem, que garante cuidados de enfermagem de qualidade e que satisfaçam as expectativas dos doentes /utentes em Cabo Verde?
- Existem critérios na distribuição dos recursos em Enfermagem no Ministério da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde?
- São levadas em conta durante a distribuição dos Recursos humanos, as características das diferentes regiões onde se inserem as Estruturas de Saúde?

Serão descritas as diversas etapas do estudo empírico, elaborando, assim, todas as etapas que conduzem a esta dissertação. No enquadramento teórico apresentou-se os aspectos essenciais sobre dotações seguras em enfermagem, seguido de dois capítulos onde se apresentou sucintamente os aspectos da pesquisa qualitativa e do estudo de caso, nesta parte metodológica apresenta-se a explicação das abordagens da investigação documental e da triangulação metodológica pois foram os pilares dos passos que foram dados, para se poder apresentar os dados, a que se segue a discussão, análise e interpretação dos dados, os aspectos éticos e limites do estudo e por fim as conclusões e considerações finais.

Como elementos essenciais na análise documental em primeiro lugar foram analisados o contexto histórico e social, os autores, que se situam no país Cabo Verde, que vive desde 1975 a sua independência. Daí resultando toda a construção de documentos legais desde a Constituição da República, até a toda a legislação dos diversos sectores, sendo apreciados alguns documentos da área da saúde, todos eles considerados muito credíveis, pois os seus autores são organismos governamentais ou de associações muito importantes e de referência na enfermagem. Confirma-se ainda a autenticidade e a confiabilidade dos textos, cuja procedência garante a sua autenticidade.

1.1- ESTUDO DOCUMENTAL

1.1.1- Aspectos fundamentais na pesquisa documental

A análise documental inicia-se pela avaliação preliminar de cada documento, realizando o exame e a crítica do mesmo, sob o olhar, dos seguintes elementos: contexto, autores, interesses, confiabilidade, natureza do texto e conceitos-chave. Os elementos de análise podem variar conforme as necessidades do pesquisador. Após a análise de cada documento, segue-se a análise documental propriamente dita, que consiste no “[...] momento de reunir todas as partes – elementos da problemática ou do quadro teórico, contexto, autores, interesses, confiabilidade, natureza do texto, conceitos-chave” novamente. (Cellard, 2008, p. 303). Porém, o que caracteriza a análise documental em si, é a realização desta análise, baseada na interpretação coerente, tendo em vista a temática proposta e a pergunta de pesquisa. (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009). Os elementos de análise documental neste estudo podem ser descritos, resumidamente, conforme Cellard (2008) da seguinte forma:

- **O contexto:** é importante uma análise do contexto histórico e social em que foi elaborado o documento, na inserção contextual do autor e a quem estava destinado o documento, independente do momento em que ele foi produzido e de quem é o analista. Esta avaliação permite “apreender os esquemas conceituais de seu ou de seus autores, compreender sua reação, identificar as pessoas, grupos sociais, locais, fatos [...]” (Cellard, 2008, p. 299). Além disso, evita ou ameniza interpretações sob valores atuais e/ou pessoais, parciais e errôneos. (Sá-Silva, J.R.; Almeida, C. D.; Guindani, J.F. 2009; Cellard, 2008).

- **O autor ou autores:** Para uma boa interpretação do documento, é fundamental ter conhecimento da identidade, dos interesses e dos motivos da escrita da pessoa que se expressou. Também é importante saber como o documento chegou até nós, como é sua conservação e como foi sua publicação. Além disso, a leitura das entrelinhas deve ser considerada para evitar interpretações grosseiras ou falsas. (Cellard, 2008). Elucidar a identidade do autor possibilita, portanto, avaliar melhor a credibilidade de um texto, a interpretação que é dada a alguns fatos, a tomada de posição que transparece de uma descrição, as deformações que puderam sobrevir na reconstituição de um acontecimento. (Cellard, 2008, p. 300).

- **A autenticidade e a confiabilidade do texto:** neste elemento, é importante “[...] assegurar-se da qualidade da informação transmitida” (Cellard, 2008, p. 301). Assim, a procedência do documento facilita verificar sua autenticidade. Por isso, é importante verificar a relação entre o (s) autor (es) e seus escritos, levando em consideração se foram testemunhas diretas ou indiretas,

o tempo do acontecimento e sua descrição, se reportaram falas de outra pessoa, se cometeram enganos, em que posição estavam para fazer tal observação ou julgamento, etc. (Cellard, 2008).

- A natureza do texto: é importante avaliar a natureza do documento, já que “[...] a abertura do autor, os subentendidos, a estrutura de um texto podem variar enormemente, conforme o contexto no qual ele é redigido.” (Cellard, 2008, p. 302). Assim, documentos de natureza teológica, médica ou jurídica são estruturados de forma diferente, de acordo com o contexto particular de cada produção. Também se deve ter cuidado, com surgimento de simpatias ou antipatias por determinado grupo, considerar a intuição e a habilidade de discernimento do pesquisador, ter prudência na leitura dos problemas e dificuldades, etc. (Cellard, 2008).

A investigação de tipo documental é um tipo de investigação que utiliza **fontes primárias**, isto é, dados e informações que ainda não foram tratados científica ou analiticamente. A investigação documental tem objectivos específicos e pode ser um rico complemento à pesquisa bibliográfica.

Os estudos qualitativos caracterizam-se como aqueles que buscam compreender um fenómeno em seu ambiente natural, onde esses ocorrem e do qual faz parte. Para tanto o investigador é o instrumento principal por captar as informações, interessando-se mais pelo processo do que pelo produto, Kripka, M., L.; Bonnoto, D., de L. (2015). As informações ou dados colhidos podem ser obtidos e analisados de várias maneiras dependendo do objectivo que se deseja atingir. Num estudo qualitativo a busca por dados na investigação leva o pesquisador a percorrer caminhos diversos, isto é, utiliza uma variedade de procedimentos e instrumentos de constituição e análise de dados. Os instrumentos para constituição de dados geralmente utilizados são: questionários, entrevistas, observação, grupos focais e análise documental. Destaca-se, neste trabalho, o uso da análise documental, que se refere à pesquisa documental, que utiliza, em sua essência: documentos que não sofreram tratamento analítico, ou seja, que não foram analisados ou sistematizados. O desafio a esta técnica de pesquisa é a capacidade que o pesquisador tem de seleccionar, tratar e interpretar a informação, visando compreender a interacção com sua fonte. Quando isso acontece há um incremento de detalhes à pesquisa e os dados colhidos tornam-se mais significativos. O documento a ser utilizado na pesquisa dependerá do objecto de estudo, do problema a que se busca uma resposta. Neste sentido, ao pesquisador cabe a tarefa de encontrar, seleccionar e analisar os documentos que servirão de base aos seus estudos, Kripka, M., L.; Bonnoto, D., de L. (2015).

Os documentos analisados podem ser actuais ou antigos, e podem ser usados para contextualização histórica, cultural, social e económica de um lugar ou grupo de pessoas, em

determinado momento da história. Por essa razão, é um tipo de investigação bastante utilizado nas ciências sociais e humanas.

A investigação documental permite fazer análises qualitativas sobre determinado fenómeno, mas também é possível fazer análises quantitativas, quando se analisam bancos de dados com informações numéricas, por exemplo. A pesquisa documental, bem como outros tipos de pesquisa, propõe-se a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenómenos e dar a conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos Sá-Silva; Almeida; Guindani (2009)

A pesquisa documental, bem como outros tipos de pesquisa, propõe-se a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenómenos e dar a conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos. Ela pode ser utilizada no ensino na perspectiva de que o investigador “mergulhe” no campo de estudo procurando captar o fenómeno a partir das perspectivas contidas nos documentos, contribuindo com a área na qual ele se insere, seja na área da educação, saúde, ciências exactas e biológicas ou humanas. (Sá-Silva; Almeida; Guindani, (2009).

A pesquisa documental consiste num intenso e amplo exame de diversos materiais que ainda não sofreram nenhum trabalho de análise, ou que podem ser reexaminados, buscando-se outras interpretações ou informações complementares, chamados de documentos.

Ao decidir-se pela utilização de documentos em um estudo, deve-se sempre vê-los como meios de comunicação. O pesquisador deverá também perguntar-se acerca de: quem produziu esse documento, com que objectivo e para quem? Quais eram as intenções pessoais ou institucionais com a produção e o provimento desse documento ou dessa espécie de documento? Os documentos não são, portanto, apenas simples dados que se podem utilizar como recurso para a pesquisa. Uma vez que comece a utilizá-los para a pesquisa, ao mesmo tempo o pesquisador deve sempre focalizar esses documentos enquanto um tópico de pesquisa: quais são as suas características, em que condições específicas foram produzidas, e assim por diante (Flick,2009).

1.1.2- As fontes da investigação documental

Um dos cuidados muito importantes quando se faz investigação documental é a **confiabilidade da fonte**. Para que os resultados do estudo sejam satisfatórios e coerentes com a realidade, é imprescindível que as informações utilizadas sejam verdadeiras.

Os tipos de documentos utilizados nas investigações documentais variam, podem ser relatórios, tabelas, fotos, vídeos, cartas, discursos, etc. Ao recolher todos os documentos que podem ser utilizados em um estudo, o volume de dados pode ser alto, portanto, é preciso estabelecer quais são os objectivos em analisar tais documentos e filtrar o que é mais importante.

1.1.3-Objectivo de uma investigação documental

A investigação documental é muito utilizada nas ciências sociais e humanas por se tratar de uma técnica que busca, por meio da interpretação de dados e informações, **compreender uma realidade ou fenómeno**. O investigador, ao estabelecer um problema de em estudo, isto é, uma pergunta que pretende responder, irá utilizar-se de documentos para encontrar respostas.

O desafio da investigação documental está na capacidade analítica do investigador em compreender e interpretar os dados de maneira coerente e, a partir da sua análise, chegar a conclusões significativas e que possam contribuir para responder aos questionamentos iniciais da investigação.

Os conceitos-chave e a lógica interna do texto: é necessário o entendimento do sentido dos termos empregados no documento. Tais termos podem ter variação de significação ao longo da história, e também, de acordo com a natureza do documento e interpretação e conhecimento do leitor. Também é possível o encontro de jargões profissionais específicos, gírias, linguagem popular, regionalismos, conceitos-chaves, etc. Para tanto, é importante o entendimento satisfatório da lógica interna, o esquema ou o plano do texto, ligado principalmente ao argumento do documento. (Cellard, 2008). Logo, na análise individual de cada documento a ser pesquisado, tem-se os elementos imprescindíveis para identificá-lo e categorizá-lo para utilização ou não na pesquisa. A análise documental propriamente dita “[...] é desenvolvida através da discussão que os temas e os dados suscitam e inclui geralmente o corpus da pesquisa, as referências bibliográficas e o modelo teórico.” (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009, p. 11 – sublinhado do autor).

Por fim, a pesquisa documental é um procedimento metodológico praticamente decisivo para algumas áreas, como humanas e sociais. Em muitas pesquisas, os documentos são a única fonte de informação, assim como este tipo de pesquisa também pode ser utilizado de forma associada

ou complementar com outros procedimentos metodológicos. Diferenciar a fonte da pesquisa bibliográfica da documental é um desafio. Em toda pesquisa, o investigador deve estar atento quanto ao objeto de estudo e à pergunta de pesquisa para a diferenciação entre a pesquisa documental e bibliográfica, no que se refere à similaridade de natureza das fontes. A pesquisa documental caracteriza-se pelo estudo de documentos que ainda não receberam um tratamento analítico em relação a um determinado objeto de estudo, mesmo que ele já tenha sido analisado outras vezes sob o olhar de outro objeto de estudo. No ambiente escolar, o livro didático tanto pode servir como referência bibliográfica, se utilizado como referencial de estudo, como também pode servir de fonte documental, se este livro for o próprio objeto de estudo. Enfim, a pesquisa documental “[...] propõe-se a produzir novos conhecimentos, crias novas formas de compreender os fenómenos e dar a conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos.” (Sá-Silva, I; Almeida; Guindani, 2009, p. 14).

1.1.4- Diferença entre investigação documental e pesquisa bibliográfica

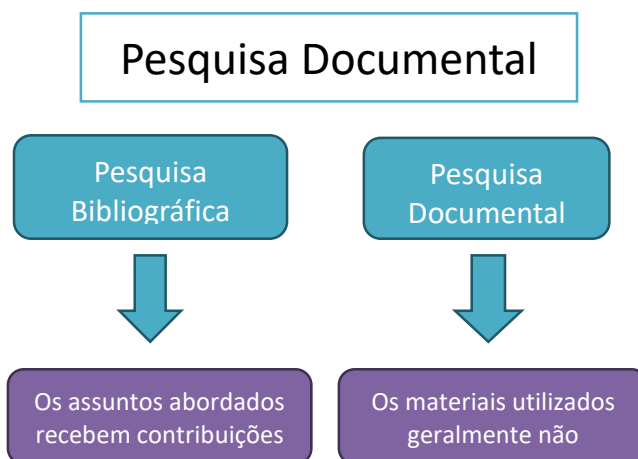
A investigação documental diferencia-se da pesquisa bibliográfica pelo tipo de fonte de pesquisa. A investigação documental analisa documentos como dados governamentais, relatórios e publicações de órgãos públicos ou privados, estatísticas, etc. Nesse caso, as informações ainda não passaram pela análise de um investigador, ou seja, são fontes primárias. Devemos de algum modo distinguir a pesquisa documental da pesquisa bibliográfica, sendo que esta é segundo Pizzani, Bello, Hayashi, P., I., (2012), entende-se por pesquisa bibliográfica a revisão da literatura sobre as principais teorias que norteiam o trabalho científico. Essa revisão é o que se chama de levantamento bibliográfico ou revisão bibliográfica, a qual pode ser realizada em livros, periódicos, artigo de jornais, sites da Internet entre outras fontes. Este tipo de pesquisa trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica. Para tanto, é de suma importância que o pesquisador realize um planeamento sistemático do processo de pesquisa, compreendendo desde a definição temática, passando pela construção lógica do trabalho até a decisão da sua forma de comunicação e divulgação. A revisão de literatura tem vários objetivos, entre os quais pode-se citar:

- a) proporcionar uma aprendizagem sobre uma determinada área do conhecimento;
- b) facilitar a identificação e seleção dos métodos e técnicas a serem utilizados pelo pesquisador;

c) oferecer subsídios para a redação da introdução e revisão da literatura e redação da discussão do trabalho científico.

Por outro lado, por meio da investigação documental, busca-se analisar um fenómeno em um determinado tempo e espaço.

Figura 1 a)- Distinção entre pesquisa documental e bibliográfica

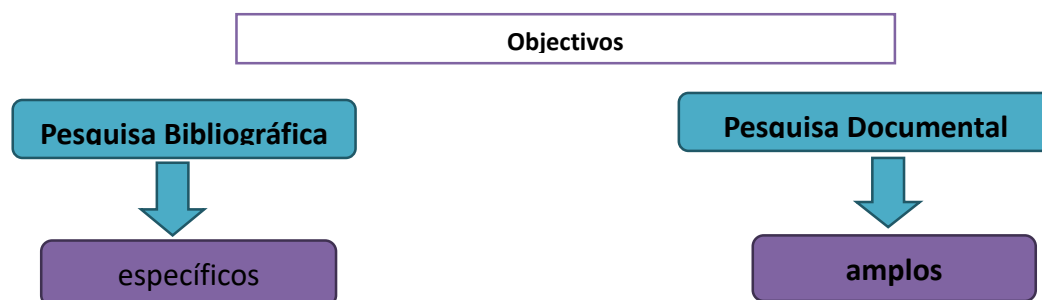


Fonte: Elaborado pela autora.

Lüdke e André afirmam que análise documental pode ser entendida como uma série de operações, que visam estudar e analisar um, ou vários documentos, buscando identificar informações factuais nos mesmos, para descobrir as circunstâncias sociais, económicas e ecológicas com as quais podem estar relacionados, atendo-se sempre às questões de interesse. Essa análise é constituída pelas etapas de escolha e recolha dos documentos e de posterior análise. São estabelecidos procedimentos metodológicos a serem seguidos na análise que são: A caracterização de documento, a codificação, os registos, a categorização e a análise crítica. (Lüdke e André, 1986).

Figura 1 b)- Distinção entre pesquisa documental e bibliográfica

Pesquisa Documental



Fonte: Elaborado pela autora.

A análise documental realizada por meio da análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2011) pode ser constituída de seguintes etapas:

- a) **Pré-análise:** organização do material - escolha e selecção dos documentos (**corpus de análise**); a **formulação de hipóteses e/ou objectivos**; e **elaborar indicadores que fundamentem a interpretação final**;
- b) **Exploração do material:** estudo aprofundado orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos; elaboração de indicadores que orientarão a interpretação dos resultados: escolha das unidades de contagem (codificação), selecção das regras de contagem (classificação) e a **escolha de categorias (categorização)** e
- c) **Tratamento dos resultados: interpretação referencial, Reflexão e intuição com base nos documentos estabelecem relações. Visa desvendar o conteúdo latente que os documentos possuem.**

É importante ter ainda em consideração que todos os documentos utilizados como evidência devem ser analisados de forma crítica, isto é, deve proceder-se sempre à leitura analítica dos documentos.

A leitura analítica é em si uma metodologia e consiste em três passos essenciais:

1. **Análise dos procedimentos de senso comum** – validar os documentos através da confirmação de que os documentos não possuem informações do foro pessoal que poderão invalidar o documento aquando da sua apresentação como evidência.
2. **Identificação do contexto** – identificar se o contexto de apresentação de evidências é do foro legal, processual, interno, externo ou outro, pois dele dependerá o tipo de documentos a apresentar como evidência.
3. **Produção de informação adequada** – elaborar o relatório de constatações e evidências consoante o contexto identificado. O relatório tanto pode ser em formato de *checklist*

(caso seja um contexto mais informal e mais breve), como terá que ser elaborado de forma consistente, complexa e segmentada no caso de um relatório de auditoria.

Por fim, é importante não esquecer que é necessário analisar **a qualidade de evidências num documento**, para que todo o processo da investigação documental seja correctamente conduzido.

Neste sentido, para que um documento possa ser considerado válido em termos de evidências é importante que este seja:

Autêntico – é imprescindível analisar de imediato se o documento que se pretende apresentar como evidência é ou não autêntico, sendo para isso necessário dar atenção a erros óbvios existentes, inconsistências nas assinaturas e identificação da origem do documento;

Conciso – o documento deve ser o mais prático e directo possível, a fim de evitar segundas interpretações por parte dos leitores;

Credível – o documento deve apresentar evidências sinceras e não distorcidas, como é o caso de datas de acontecimentos. Documentos com datas rasuradas ou muito discrepantes quando analisadas com documentos produzidos anteriormente devem ser descartadas, isto é, não devem ser considerados para apresentação de evidências;

Representativo – o documento deve ser sempre espelho dos interesses de quem o produziu.

Informativo – o documento deve possuir toda a informação necessária à justificação aquando da identificação de determinadas situações. (Flick, 2009)

Em suma, a investigação documental permite a gestão de um manancial de dados que auxilia qualquer organização na justificação de constatações identificadas, pelo que se torna cada vez mais importante possuir colaboradores especializados na área, que possam não só desempenhar o seu papel, como ajudar a formar novos colaboradores no sentido de que a empresa possa garantir a existência de uma metodologia sólida no âmbito dos seus planos de gestão.

1.1.5- Tipos de investigação documental

Os tipos de investigação documental que existem são:

Exploratório: Esse tipo de investigação exploratória é responsável por provar que algo está certo ou errado. Além disso, encontrar soluções e alternativas após avaliar as informações investigadas.

Informativo: responsável por mostrar informações relevantes sobre um tópico específico que vem de diferentes fontes sem aprová-las.

Fontes de informação para realizar uma investigação documental

A pesquisa é realizada graças às informações obtidas das seguintes fontes de informação:

- **Documentação impressa:** Os materiais impressos podem ser livros, jornais, directórios, teses, projectos de pesquisa, impressões de arquivos estatísticos, etc.
- **Documentação electrónica:** são todos os materiais que podem ser encontrados na internet, como livros, revistas especializadas ou artigos publicados em formato digital.
- **Documentação gráfica:** esses materiais são aqueles que fornecem informações, como mapas, planos, fotografias etc.
- **Documentação audiovisual:** são vídeos e áudios que contêm informações sobre entrevistas, apresentações, conferências, etc.

1.1.6- Passos para realizar uma investigação documental

A metodologia usada para conduzir uma investigação documental é a seguinte:

Seleção de material: Ao realizar uma investigação documental, é importante fazer uma extensa colecção de material que pode ser útil para o processo.

Revisão do material: Nesta etapa, o pesquisador classifica o material e separa aqueles que são pouco necessários daqueles que são importantes para o assunto.

Organização: O pesquisador compara o material seleccionado e obtém informações textuais para fazer citações e referências, a fim de sustentar teorias e interpretações.

Análise dos dados: O pesquisador analisa as informações e elabora um documento que reflecte sua opinião e interpretação sobre o fenómeno do estudo.

Conclusões: O pesquisador fecha a questão especificando os pontos que ele queria demonstrar.

1.1.7- Vantagens da pesquisa documental

Entre as vantagens mais importantes da investigação documental estão:

- Ele permite que o investigador economize recursos, como tempo e dinheiro.
- Aumentar o conhecimento e a capacidade de memorizar.
- É fácil colher as informações necessárias.

- Permite organizar e distribuir ideias.
- É possível criar um banco de dados onde as fontes de informação são colhidas.
- É possível verificar as conclusões obtidas na investigação.
- Por fim, recomenda-se que o investigador conheça outros tipos de métodos de pesquisa para poder aplicar em seu próximo projecto.

A pesquisa documental é extremamente importante para a nossa sociedade, pois é responsável por mostrar as descobertas deixadas ao longo do tempo.

Pré-análise

1. Traçar objectivos
2. Elaborar o plano de trabalho
3. Identificar fontes de dados
4. Formular hipóteses a serem confirmadas ou rejeitadas ao final do trabalho

Exploração do Material

1. Localizar e obter material de pesquisa
2. Preparar o material para análise – classificação e numeração de cada unidade de acordo com os critérios definidos no projecto
3. Confecção de fichas documentais – reúnem informações sobre o documento, como o conteúdo relevante e onde poderá ser encontrado

Tratamento dos dados

1. Analisar cada unidade
2. Fazer inferência – comparar com informações comprovadamente verdadeiras
3. Realizar a interpretação das análises e extrair conclusões
4. Construir logicamente e redigir o trabalho obedecendo às normas Associação Americana de Psicologia (APA, 6 ed.)

1.2-TRIANGULAÇÃO METODOLÓGICA

Começamos por explicar o conceito de triangulação metodológica com uma citação de Streubert e Carpenter (2013, p.352), aonde diz: “ assim como o navegador aumenta a exactidão da localização do barco ao adicionar diferentes pontos com o compasso, o investigador aplicando os princípios da triangulação a um desenho de investigação aumenta a confiança e a credibilidades dos dados”.

Os pressupostos da triangulação reconhecem que a aplicação de abordagens múltiplas a uma investigação pode melhorar a confiabilidade e a validade dos dados porque os pontos fortes de um método podem ajudar a compensar as fragilidades de outro. O objectivo final da triangulação é “ ultrapassar os vieses advindos de um método único, um observador único e estudos de uma única teoria” (Denzin, 1989, p. 313).

Estes mesmas autores descrevem quatro tipos de triangulação para a investigação qualitativa:

- triangulação de dados;
- triangulação de investigadores;
- triangulação teórica;
- triangulação de métodos.

Os investigadores podem também escolher a triangulação para confirmar os resultados e as conclusões (Streubert e Carperter, 2018).

Qualquer estratégia de investigação qualitativa possui as suas limitações. Combinando diferentes estratégias, os investigadores confirmam os resultados ao ultrapassarem as limitações de uma única estratégia (Breitmayer,Ayres e Knafl1993, citados por Streubert e Carpenter, 2018, p. 353).

Para Stake (2005;2011) a triangulação metodológica é considerada como um meio para a compreensão dos dados do investigador. De acordo com estas autoras, trata-se de um método que utiliza dados adicionais para validar ou ampliar as interpretações feitas pelo investigador. São dotadas de diferentes percepções para esclarecer o significado por meio da repetição de análises ou interpretações No entanto, sabendo-se que nenhuma análise ou interpretação se repete perfeitamente, a triangulação também serve para clarificar significados pela identificação das diferentes maneiras pelas quais um caso é visto.

Tendo como base as concepções apresentadas por diferentes autores sobre a triangulação, propõe-se uma sistematização no Quadro III, com vista a subsidiar um conceito básico que

apresente a diversidade de interpretações existentes sobre o método na literatura e em sua aplicação

Quadro II - Sistematização das concepções de triangulação

Denzin e Lincoln (2005)	Combinação de metodologias diferentes para analisar o mesmo fenómeno, de modo a consolidar a construção de teorias sociais
Patton(2002)	Combinação de diferentes fontes e métodos de colheita de dados
Davidson (2005)	Combinação de diferentes fontes e métodos de colheita de dados, em que a análise desses dados é feita em conjunto, e não considerando dados individuais
Flick (2009)	Combinação de diferentes métodos, grupos de estudo, ambientes, períodos de tempo e perspectivas teóricas para lidar com um fenómeno. Estudo de um tema e um problema de pesquisa com base em duas perspectivas privilegiadas, assumindo diferentes visões a respeito da questão de pesquisa e combinando diferentes tipos de dados sob a mesma abordagem teórica para a produção de mais conhecimento do que seria possível com base em uma só perspectiva.
Stake (2005; 2011)	Método que utiliza dados adicionais para validar ou ampliar as interpretações feitas pelo pesquisador, adoptando diferentes percepções para esclarecer o significado por meio da repetição das observações ou interpretações

Fonte: Zappellini, M., B.,;Feuershutte, S., G., (2015). O uso da Triangulação na Pesquisa Científica. Administração Ensino e Pesquisa. Rio de Janeiro .V. 16 No 2 P. 241–273

Após analisar e reflectir sobre as definições apresentadas e observando-se os aspectos convergentes e específicos apontados pelos autores acerca do método, é possível, então, extrair um conceito básico de triangulação, entendendo-o como um procedimento que combina diferentes métodos de colheita e de análise de dados, diferentes populações/sujeitos (ou amostras/objectos), diferentes perspectivas teóricas e diferentes momentos no tempo, com o propósito de consolidar as suas conclusões a respeito do fenómeno que está sendo investigado. A triangulação deve utilizar um ponto de partida e confrontar os resultados obtidos com os diferentes métodos, populações, etc., bem como com as conclusões obtidas com base na perspectiva originalmente adoptada para conduzir a pesquisa.

Tendo como base esta compreensão sobre o método é importante definir **o que não é** triangulação. Flick (2009) faz isso muito bem ao observar que a combinação de métodos não deve ser compreendida como o uso de um método para a colheita e de outro para a análise dos

dados; também não pode ser confundida como a realização de um estudo qualitativo exploratório antes da pesquisa propriamente dita (como, por exemplo, para definir um questionário), a menos que tal estudo seja compreendido como uma parte “genuína e autónoma” do projecto. Ou seja, dados e resultados do estudo qualitativo precisam ser parte dos resultados finais do projecto.

Stake (1995) também utiliza a classificação de Denzin (1989), adicionando alguns *insights* pessoais. Para ele, a triangulação de dados refere-se às **fontes** desses dados, e precisa ser trabalhada de modo a determinar se o caso estudado permanece o mesmo em outros momentos, locais ou com outras interacções pessoais. Assim, trata-se de verificar se o que está sendo observado e relatado possui o mesmo sentido em circunstâncias diferentes. No caso da triangulação de pesquisadores, ele propõe que, se não for possível utilizar diferentes pesquisadores para investigar o fenómeno, é interessante apresentar as observações (e, se necessário, as interpretações do pesquisador) feitas a um painel de pesquisadores ou *experts* que possam discutir interpretações alternativas. Para o autor, como os pesquisadores possuem *backgrounds* teóricos distintos, a actividade feita com estes já fornece evidências da triangulação de teorias. Por fim, no caso da triangulação metodológica, Stake (1995) afirma que as múltiplas abordagens do problema de pesquisa em um único estudo iluminam ou anulam influências externas e confirmam não somente as descrições de dados, como também e frequentemente, algumas das interpretações.

Patton (2002) segue a classificação de Denzin (1989), mas acrescenta diferentes tipos de triangulação de pesquisadores. A esta classificação, o autor chama de **triangulação com analistas múltiplos**, a qual consiste em:

- a. Revisão por meio dos participantes de pesquisa: trata-se de solicitar à população de pesquisa que verifique e revise os dados, de modo a garantir que o que foi descrito realmente corresponde à realidade;
- b. Revisão pelo público: solicita-se àqueles para quem a pesquisa se direcciona que revisem os resultados e verifiquem se é possível chegar às suas próprias conclusões de maneira coerente com o que o pesquisador enunciou;
- c. Revisão por *experts*: neste caso, trata-se de uma “auditoria de processo” ou meta-avaliação da pesquisa, em que os especialistas no assunto trabalham como avaliadores da pesquisa e verificam a sua consistência.

Mais recentemente, Flick (2009) expande a aplicação do método ao abordar a triangulação de pesquisas qualitativas e quantitativas. Este autor propôs que se usasse a técnica dentro das pesquisas qualitativas e dentro das quantitativas (neste caso, o seu conceito é semelhante ao de triangulação de métodos, descrito por Denzin, 1989), sugerindo também o seu uso em pesquisas quali-quantitativas, trabalhando-a numa perspectiva de resultados. Por exemplo, uma mesma população pode ser submetida a questionários e entrevistas, realizando-se a comparação entre as suas respostas; em um momento subsequente alguns participantes podem ser seleccionados para uma entrevista, mas não todos – e a triangulação, então, dar-se-á no âmbito do conjunto de dados pesquisados (Flick, 2009). O autor distingue entre a triangulação e os métodos mistos: no primeiro caso, técnicas quantitativas são usadas em apoio às qualitativas e, no segundo, as qualitativas são combinadas com as quantitativas, sendo este o primeiro momento de pesquisa. Entretanto, Gray (2012) prefere considerar os métodos mistos como uma forma de triangulação entre métodos, dentro da classificação de Denzin.

Independentemente dessas considerações, três alternativas de triangulação são discutidas por Flick (2009):

- a. Convergência de resultados:** os resultados das pesquisas qualitativas e quantitativa confirmam parcial ou totalmente uns aos outros;
- b. Complementação:** aqui, os resultados concentram-se em diferentes aspectos da questão de pesquisa, e, por serem complementares, permitem visualizar um quadro mais amplo da realidade investigada;
- c. Divergência ou contradição:** por fim, os dados obtidos por uma metodologia de pesquisa podem ser distintos daqueles colhidos com a outra, exigindo um novo estudo que esclareça teórica ou empiricamente a divergência e dê conta das razões e motivações por trás dela.

Por fim, sob outra perspectiva metodológica, Yin (2005) defende o uso da triangulação nos estudos de caso. Ele recomenda que o pesquisador associe múltiplas fontes de dados na pesquisa, configurando **linhas convergentes de investigação**. Neste caso, devem-se colher dados de diferentes fontes tendo em vista a corroboração de um mesmo fato ou fenómeno [ou seja, Yin não apoia o ponto de vista de Barbour (2009) e propõe o uso da triangulação para confirmar dados obtidos]. Yin (2005) argumenta que o uso da triangulação permite lidar com o problema da validade do constructo da pesquisa, uma vez que diferentes fontes de evidências estariam produzindo várias avaliações do mesmo fenómeno; ele conclui que os estudos de caso

que contaram com múltiplas fontes de dados normalmente têm melhor avaliação do que aqueles que confiam numa só fonte de evidências.

Dito isso, conclui-se, portanto, que, na *Análise por Triangulação de Métodos*, está presente um modo baseado na preparação do material recolhido e na articulação de três aspectos para proceder à análise de fato, sendo que o primeiro aspecto se refere às informações concretas levantadas com a pesquisa, isto é, os *dados empíricos*, as narrativas dos entrevistados; o segundo aspecto compreende o *diálogo com os autores* (através dos documentos) que estudam a temática em questão; e o terceiro aspecto refere-se à *análise de conjuntura*, entendendo conjuntura como o contexto mais amplo e mais abstracto da realidade.

Esta articulação entre *dados empíricos*, *autores que tratam da temática estudada* e *análise de conjuntura*, configura-se como uma possibilidade, dentre várias outras, para os que se propõem minimizar o “distanciamento entre a fundamentação teórica e a prática da pesquisa” (Gomes, 2004, p. 69).

A partir do entendimento dessas três dimensões, salienta-se que, no estudo em que a *Triangulação* é utilizada para análise qualitativa das informações colhidas, o processo interpretativo vai ser realizado, primeiramente, mediante uma valorização de tipo fenomenológica na técnica dos dados primários, isto é das entrevistas, em si mesmos.

E, posteriormente, num segundo movimento analítico dos documentos, as informações serão “contextualizadas, criticadas, comparadas e trianguladas, (Gomes *et al.*, 2010, p. 185).

A organização do *primeiro processo interpretativo*, ou seja, valorização fenomenológica enquanto abordagem às informações recolhidas *ocorreu mediante três etapas*: primeiro - preparação e reunião dos dados; segundo - avaliação da sua qualidade; e terceiro - elaboração de categorias de análise.

Na *primeira etapa*, transcreverem-se os dados qualitativos levantados. Aqui, é necessário dedicar atenção, pois trata-se de narrativas de pessoas, à entoação da voz, silêncios, ênfase em palavras ou expressões, dentre outras observações compreendidas como importantes, no que poderemos chamar as notas de campo. À medida que serão lidas as transcrições, realiza-se as marcações daquilo que se considera relevante na narrativa ou nos dados qualitativos levantados, tendo em conta os eixos estruturadores da pesquisa, seguidos de edição das narrativas ou dos dados recolhidos e a análise propriamente dita.

Na *segunda etapa*, realiza-se a avaliação dos dados primários recolhidos, sendo esta fase considerada como uma pré-análise. Os objectivos do estudo serão retomados, neste momento, e, depois, dá-se início à discussão das categorias anteriormente estabelecidas.

Na *terceira etapa*, as narrativas ou dados recolhidos serão trabalhados no sentido de reflectir, contextualizar, exemplificar e elucidar as diversas dimensões do estudo que pretendemos realizar. E, por fim, os dados qualitativos serão tratados ainda no sentido de conferir sustentáculos para as conclusões.

No *segundo processo interpretativo*, realiza-se uma “análise contextualizada e triangulada dos dados”, objectivando “à reconstrução teórica da realidade” (Gomes *et al.*, 2010, p. 199). A *primeira etapa desse segundo momento* caracteriza-se pela leitura aprofundada do material seleccionado de forma a “impregnar-se pelo conteúdo a fim de alcançar uma visão do conjunto e ao mesmo tempo apreender as particularidades presentes nessa totalidade parcial” (Gomes *et al.*, 2010, p. 205), ou seja, o assunto tratado na pesquisa, contextualizado com a realidade mais ampla no qual está inserido, realizando mediações reflexivas com o Estado e com a Nação, entre outros aspectos.

A elaboração de algumas perguntas para esta investigação contribuiram para se reflectir se existem elementos ou aspectos que tenham características comuns nas narrativas ou nos documentos analisados, se existem informações distintas em decorrência de uma possível diversidade de contexto do qual as informações emergiram, se os temas, assuntos, opiniões ou dificuldades, no caso de narrativas, mantêm relação entre si, se a informação prestada por um sujeito ou se os dados analisados são diferenciados dos outros e em que dimensão. Esses questionamentos contribuem para o aprofundamento das informações recolhidas, que, uma vez respondidas, permitem que se possa partir para a “busca de um quadro mais sintético e mais nítido de temáticas ou eixos orientadores da interpretação” (Gomes *et al.*, 2010, p. 207).

Posteriormente, na *segunda etapa*, a investigação foi ancorada no diálogo com autores que tratam questões pertinentes às categorias de análise emergidas das narrativas ou dos dados recolhidos. Portanto, em face da necessidade de esclarecimento tanto das categorias quanto dos diversos elementos que surgem no processo de levantamento de dados, dentre outras aspectos analíticos, justifica-se a importância de se recorrer aos autores, isto é aos documentos.

Como na investigação científica, a intenção do investigador se traduz na ultrapassagem do senso comum, bem como na descentralização das informações recolhidas do eixo históricos oficialmente condicionado, ou seja, no caso de narrativas, como a “meta é a busca de sentidos das falas e das acções para alcançar a compreensão ou explicação para além dos limites do que é descrito e analisado” (Gomes *et al.*, 2010, p.202), torna-se imprescindível a interconexão com os autores, aliás não se alcança tal meta sem o auxílio dos autores que estudam as temáticas pertinentes aos assuntos tratados em qualquer que seja a pesquisa. É muito importante ter-se

presente que, independente do tipo de pesquisa científica, ela sempre irá englobar “uma instância colectiva de reflexão” (Deslandes, 2004, p.36).

Na *terceira etapa*, denominada “ápice da interpretação”, deve-se trabalhar com as questões mais amplas que “articulam modelos subjacentes às ideias” (Gomes *et al.*, 2010, p.207). A análise de conjuntura contempla o objecto de estudo, contextualizando-o na ambiência macro da sociedade, bem como reflexos dessa realidade macro no espaço particular do objecto de estudo, buscando-se também uma articulação entre as informações recolhidas no ambiente imediato com as informações normalizadas, definidas num contexto mais amplo, entendendo que são estas “contextualizações que orientaram o olhar sobre os dados” (Gomes *et al.*, 2010, p. 205). Para tanto, procurou-se ir além das informações recolhidas, buscando-se ideias por trás das transcrições dos dados, analisando-se, portanto, não somente as informações que se alcançou, mas também o contexto no qual as informações foram geradas.

O terceiro e último processo interpretativo, será caracterizado pela reinterpretção, por outras palavras, uma interpretação das interpretações. Nesse processo, o qual é composto por uma única etapa de trabalho, porém tão importante quanto às demais, deve-se realizar uma construção síntese mediante diálogo entre *os dados empíricos, autores que tratam da temática estudada e análise de conjuntura*, num contínuo movimento dialéctico: uma análise que parte do conhecimento local, mas que permita que se chegue a uma aproximação com a realidade mais ampla (Gomes *et al.*, 2010, p. 207).

A característica dialéctica, dessa construção síntese, reforça a importância da passagem temporal, quer dizer, do antes e depois à medida que se permite ao investigador, que continuamente, fortaleça ou substitua os conceitos unificadores e identificadores do objecto ou situação estudada.

Compreende-se, portanto, que, a partir da apreensão de informações e de aspectos teóricos conceptuais, mais se desenvolve a capacidade de a investigadora exercitar a sua consciência crítica, considerada como um dos objectivos dos que se optou por enveredar-se pelo universo da pesquisa.

Tomando-se por base a definição desse processo interpretativo, considerado ao lado de tantos outros referenciais analíticos existentes como uma das indispensáveis ferramentas à construção do conhecimento, compreende-se, portanto, a importância do protagonismo dos pesquisadores que se decidem por fazer uso desse referencial, bem como buscar o aprofundamento da sua conceptualização. Como consequência desse esforço teórico-prático, pode verificar-se o quanto

a investigadora, sobre o tema, pode oferecer contributos para avanço contínuo da Ciência, da Tecnologia e do Desenvolvimento.

A opção pela *Análise por Triangulação de Métodos* significou adoptar um comportamento reflexivo-conceptual e prático do objecto de estudo da investigação sob diferentes perspectivas, o que possibilitou complementar, com riqueza de interpretações, a temática pesquisada, ao mesmo tempo que possibilitou que se aumentasse a consistência das conclusões.

Como se pode verificar, limitou-se, neste estudo, o enfoque das questões centrais da *Análise por Triangulação de Métodos*. Com isso, tenciona-se que novos estudos e reflexões, empenhos e esforços continuem sendo realizados por todos aqueles que estejam interessados em dar sua parcela de contribuição para construção de novos conhecimentos a respeito desse Referencial Analítico.

Por fim, quanto mais activo for o protagonismo dos estudiosos que optarem por darem a própria contribuição à retomada contínua dos estudos sobre os Referenciais Analíticos, tão imprescindíveis ao processo de construção do conhecimento, tanto mais próximos tais estudiosos estarão da contribuição que podem oferecer para o avanço da Ciência e do Desenvolvimento sobre o tema da Dotações Seguras em Enfermagem, na realidade Cabo Verdiana.

1.3- APRESENTAÇÃO DA RECOLHA DE DADOS

Para a apresentação da recolha de dados, realizaram-se os passos, segundo Bardin (7ª Ed.2018) em que se destaca a etapa da pré análise, em que realizámos a leitura flutuante dos documentos seleccionados que foram a Lei de bases da Saúde, PCES- Pacotes Essenciais dos Cuidados de Saúde, Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016, O Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde, o documento do Conselho Internacional de Enfermagem Dotações seguras Salvam Vidas e o documento português que é a lei do Diário da República, 2.ª série — N.º 233 — 2 de Dezembro de 2014, Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 533/2014, Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

Na figura seguinte, nº1, ilustrou-se segundo Bardin, 7ªEd, 2018, os passos da análise de conteúdo realizada, com algumas adaptações, portanto, seguiu-se a Pré-Análise, a exploração do material, aonde definimos o *Corpus* de análise, por último realizou-se o tratamento dos

resultados e interpretações, em que não foram realizadas operações estatísticas, mas concretizámos a síntese e selecção dos resultados, as inferências e a interpretação, em que após as mesmas se apresentaram as conclusões e a síntese final.

A primeira etapa da recolha de dados, numa abordagem de investigação qualitativa de carácter documental, descritiva e exploratória, usando ainda a perspectiva de estudo de caso apoiada na triangulação metodológica, consistiu na selecção dos documentos a serem analisados, e que tiveram como critérios serem documentos oficiais, de acesso ao público, verdadeiros, e cuja autoria é séria e confiável. Cada documento foi lido e relido de acordo com a metodologia da análise de conteúdo é definida como “conjunto de técnicas de análise das comunicações” (Bardin, 2018:33), a que equivalem “instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados” (Idem: 11).

De uma forma mais descritiva e geral, os documentos foram submetidos à análise de conteúdo, como descreve Bardin (2018). Na fase de pré-análise fez-se a chamada leitura flutuante de todos os documentos, a escolha dos documentos respeitando as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e preparação do material, numerando e sublinhando as partes do texto que estivessem de acordo com as temáticas em estudo. Na fase de exploração do material fizemos uma certa decomposição em que usámos das unidades de registo chaves, a que chamamos **pontos fortes** e **pontos fracos**, que depois permitiram uma síntese final da análise crítica reflexiva de cada documento. Na fase de análise, discussão, interpretação, foi realizado o tratamento dos dados, tendo em vista verificar a validade científica através do raciocínio analítico, em que se fez a dita triangulação metodológica inter - investigadores, através do acompanhamento de uma investigadora mais experiente com toda a metodologia.

Os documentos seleccionados foram tratados com a elaboração de uma ficha de leitura documental, foram numeradas de 1 a 5, aonde começámos pela colocação da referência do documento. Estes documentos foram: **ficha de leitura documental nº1**, com a referência do documento: Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 41/VI/2004 (B.O. n.º 10, 05/04/2004) - Cabo Verde, **a ficha documental nº2** na qual se apresentou as reflexões críticas acerca do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS 2012-2016). Praia; **a ficha de leitura documental nº 3** refere-se ao documento: Cabo Verde, Ministério da Saúde (2014). Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PEDRHS) 2015 – 2020. Praia; **a ficha de**

leitura documental nº4 foca: Conselho Internacional de Enfermagem (ICN, 2006). Dotações Seguras em Enfermagem Salvam Vidas, Genebra, ICN; na **ficha de leitura nº5** trabalhou-se o tema: Diário da República, 2.^a série — N.º 233 — 2 de Dezembro de 2014, Ordem dos Enfermeiros de Portugal, Regulamento n.º 533/2014 Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem;

1.3.1- Apresentação dos dados documentais

FICHA DE LEITURA DOCUMENTAL Nº1

REFERÊNCIA DO DOCUMENTO: Cabo Verde, (2004). *Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 41/VI/2004 (B.O. n.º 10, 05/04/2004).*

Termos - chave a pesquisar no documento:

Recursos humanos em saúde

Recursos em enfermagem

Rácios de enfermeiros por habitantes

Rácios de médicos por habitantes

Rácios de Enfermeiros por Médicos

Indicadores de saúde

Dotações seguras em enfermagem

Qualidade de cuidados de enfermagem

Qualidade de cuidados em saúde

Leitura crítica e reflexiva

Apresentação de pontos fortes e pontos fracos:

Em primeiro lugar deve-se dizer que os termos a pesquisar no documento, os recursos humanos em saúde, os indicadores de saúde e a qualidade de cuidados de saúde têm o devido destaque.

Descreve-se em seguida o trabalho realizado, que constitui o processo de análise documental de todos os documentos seleccionados, e que se traduz na elaboração de uma ficha de leitura documental, com a apresentação de pontos fortes e pontos fracos, isto é os que sugerem elementos que favorecerão uma futura documentação legal sobre dotações seguras em enfermagem, ou os que se sugerem como limitadores de tal criação, considerou-se que após as leituras flutuantes que se estava em condições de apresentar as fichas de leitura críticas e reflexivas documentais.

Apresentação de pontos fortes e pontos fracos:

Ponto forte: *a promoção e protecção da saúde, a prevenção o tratamento e a reabilitação da doença.* Este aspecto surge logo no artigo 1º da lei analisada e considerou-se um ponto forte pois destaca os três níveis de actuação dos enfermeiros. Isto é a prevenção primária: promoção

e protecção da saúde; a prevenção secundária: a prevenção e tratamento, e a prevenção terciária: reabilitação da doença.

Ponto forte: No artigo 2º apresentam-se um conjunto de definições que em nada são limitativas de uma futura apresentação de documento legal sobre dotações seguras em enfermagem.

Ponto forte: No artigo 3º, são apresentadas as directrizes e princípios, aonde se salienta que são conforme a Constituição da República de Cabo Verde, nomeadamente “*obedecendo aos seguintes princípios: a) A universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência sanitária; b) A solidariedade de todos os cabo-verdianos na garantia do direito à saúde e na contribuição para o financiamento dos cuidados de saúde, de acordo com o rendimento individual; c) A defesa da equidade na distribuição dos recursos e na utilização dos serviços; d) A salvaguarda da dignidade humana e a preservação da integridade física e moral dos utentes e prestadores; e) A liberdade de escolha de estabelecimento sanitário e de nível de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços; f) A salvaguarda da ética e deontologia profissionais na prestação dos serviços de saúde; g) A participação dos utentes no acompanhamento da actividade dos serviços de saúde; h) A natureza multi-sectorial das intervenções no domínio da saúde com atenção especial à luta contra a pobreza, em geral, e às condições de abastecimento de água, saneamento básico, habitação, educação e nutrição das populações, em particular.*”

Considera-se, portanto que estes são aspectos que muito favorecem uma possível documentação legal sobre dotações seguras em enfermagem.

Ponto forte: no artigo 4º descreve-se a constituição do Serviço Nacional de Saúde de uma forma integradora e de natureza multi-sectorial, em que destacamos que : *o Serviço Nacional de Saúde é constituído, especificamente, por todas as entidades públicas ou privadas que desenvolvem actividades de promoção, Protecção, prevenção e tratamento na área da saúde, nomeadamente os seguintes: a) Os serviços e organismos dependentes do membro do Governo responsável pela área da Saúde; b) As autoridades de saúde; c) O Sector Público de Saúde (SPS); d) Outros prestadores públicos não integrados no Sector Público de Saúde; e) Os sub-sistemas de saúde; f) As instituições privadas de solidariedade social, mutualidade e outras entidades, com ou sem fim lucrativo desde que intervenham no domínio da saúde; g) Os profissionais de saúde em exercício individual; h) As associações para a promoção e defesa da saúde; i) As autarquias locais no âmbito das suas atribuições no domínio da saúde; j) Os órgãos de acompanhamento do Serviço Nacional de Saúde; k) Os estabelecimentos de ensino e centros de investigação, públicos ou privados, na área da saúde. 2. Integram também o Serviço Nacional de Saúde, as*

instituições públicas e privadas de controlo de qualidade, pesquisa, importação, produção e comercialização de medicamentos e outros produtos utilizados na prestação de cuidados de saúde; 3. Os sectores privado e cooperativo podem integrar o Serviço Nacional de Saúde, em complementaridade com o sector público, nos termos da lei.

São ainda elementos favorecedores de uma futura clarificação a nível legal do conceito de dotações seguras em enfermagem.

Um outro **Ponto forte**, surge no artigo 5º onde se assinala que “*todos os cidadãos têm direito à saúde e o dever de a preservar e promover, independentemente da sua condição social, económica e das suas convicções políticas ou religiosas. (...) 2. O direito previsto no número anterior é também garantido aos cidadãos estrangeiros, em regime de reciprocidade, aos apátridas e aos refugiados que se encontrem ou residam em Cabo Verde. 3. A lei regula o acesso ao direito à protecção da saúde dos cidadãos estrangeiros não abrangidos pelos números anteriores. 4. O direito referido no n.º 1 compreende o acesso a todas as prestações estabelecidas nesta lei, estando sujeito apenas às restrições impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.*

No artigo 6º reconhece-se que o estado o Estado reconhece as interdependências sanitárias a nível mundial e assume as responsabilidades respectivas. O Estado colabora com os outros países e com as organizações internacionais competentes, na prevenção da doença e na promoção da saúde, coordenando a sua política com as grandes orientações dessas organizações e assumindo os compromissos internacionais delas decorrentes”.

O que demonstra a vontade política de actualizar contextos internacionais como os das dotações seguras em Enfermagem.

Ponto forte: *Todos os cidadãos têm direito à saúde e o dever de a preservar e promover, independentemente da sua condição social, económica e das suas convicções políticas ou religiosas. O Estado colabora com os outros países e com as organizações internacionais competentes, na prevenção da doença e na promoção da saúde, coordenando a sua política com as grandes orientações dessas organizações e assumindo os compromissos internacionais delas decorrentes.*

Ponto forte: No artigo 7º assinala-se na, SECCÃO II - Objectivos e funções, sendo que *os objectivos do Serviço Nacional de Saúde tem por finalidade garantir o direito à saúde da população prosseguindo, para esse fim, os seguintes objectivos:*

- a) Valorizar o cidadão dentro do Serviço Nacional de Saúde, promovendo a qualidade do atendimento e a satisfação do utente;*

- b) Priorizar a sua acção no sentido da promoção da saúde e da prevenção da doença no seio da população, com atenção particular aos grupos mais vulneráveis;*
- c) Definir um modelo de financiamento dos custos com a saúde, de carácter solidário e sustentável e adequado às realidades económica e financeira do país;*
- d) Garantir a regulação do sistema, na base de preceitos técnicos e normativos dos serviços dependentes do membro do Governo responsável pela área da Saúde;*
- e) Criar e fazer funcionar os mecanismos necessários para assegurar a qualidade e a efectividade das prestações de cuidados de saúde, assim como o desempenho profissional dos respectivos agentes;*
- f) Promover a eficácia e a eficiência no funcionamento das instituições de prestação de cuidados de saúde, em termos de qualidade e humanização dos serviços prestados;*
- g) Garantir adequadas condições de trabalho dos profissionais de saúde e incentivar a sua actualização técnica, através de programas de formação contínua.*

Claramente estes são aspectos favorecedores de disposições legais que implementem as dotações seguras em Enfermagem.

Ponto forte: *afirma-se que os cuidados de saúde, devem assentar-se no Serviço Nacional de Saúde que comporta os cuidados primários de saúde que devem situar-se junto das comunidades. Deve ser promovida a articulação efectiva entre os vários níveis de cuidados de saúde, garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes. O acesso aos cuidados de saúde obedece ao princípio de utilização hierarquizada da rede sanitária, salvo nos casos de urgência.*

Ponto forte: *Destacamos aspectos relativos ao Exercício das profissões de saúde. O exercício das profissões de saúde pode ser individualmente ou numa organização apropriada. A lei regula o exercício das profissões de saúde. O departamento governamental responsável pela área da Saúde organiza um registo nacional dos profissionais de saúde, podendo dele serem excluídos aqueles cuja inscrição seja obrigatória numa associação profissional de direito público. Assinala-se que os Profissionais de saúde dos estabelecimentos públicos.*

Síntese da leitura do documento 1:

- **Ponto forte:** *O Estado reconhece as interdependências sanitárias a nível mundial e assume as responsabilidades respectivas. O Estado colabora com os outros países e com as organizações internacionais competentes, na prevenção da doença e na promoção da saúde,*

coordenando a sua política com as grandes orientações dessas organizações e assumindo os compromissos internacionais delas decorrentes.

O que demonstra a vontade política de actualizar contextos internacionais como os das dotações seguras em Enfermagem.

- Ponto forte: *os objectivos do Serviço Nacional de Saúde tem por finalidade garantir o direito à saúde da população prosseguindo, para esse fim, os seguintes objectivos:*

- a) Valorizar o cidadão dentro do Serviço Nacional de Saúde, promovendo a qualidade do atendimento e a satisfação do utente;*
- b) Priorizar a sua acção no sentido da promoção da saúde e da prevenção da doença no seio da população, com atenção particular aos grupos mais vulneráveis;*
- c) Definir um modelo de financiamento dos custos com a saúde, de carácter solidário e sustentável e adequado às realidades económica e financeira do país;*
- d) Garantir a regulação do sistema, na base de preceitos técnicos e normativos dos serviços dependentes do membro do Governo responsável pela área da Saúde;*
- e) Criar e fazer funcionar os mecanismos necessários para assegurar a qualidade e a efectividade das prestações de cuidados de saúde, assim como o desempenho profissional dos respectivos agentes;*
- f) Promover a eficácia e a eficiência no funcionamento das instituições de prestação de cuidados de saúde, em termos de qualidade e humanização dos serviços prestados;*
- g) Garantir adequadas condições de trabalho dos profissionais de saúde e incentivar a sua actualização técnica, através de programas de formação contínua.*

Claramente estes são aspectos favorecedores de disposições legais que implementem as dotações seguras em Enfermagem.

- Ponto forte: *afirma-se que os cuidados de saúde, devem assentar-se no Serviço Nacional de Saúde que comporta os cuidados primários de saúde que devem situar-se junto das comunidades. Deve ser promovida a articulação efectiva entre os vários níveis de cuidados de saúde, garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes.*

Ponto forte: *Destacamos aspectos relativos ao Exercício das profissões de saúde. O exercício das profissões de saúde pode ser individualmente ou numa organização apropriada.*

Ponto Fraco: *é de assinalar que não surge qualquer referência ao conceito de dotações seguras em enfermagem, o que se compreende pois este conceito surgiu em 2006, através de organismos como o Conselho Internacional de Enfermagem.*

FICHA DE LEITURA DOCUMENTAL Nº2

REFERÊNCIA DO DOCUMENTO: Cabo Verde (2012). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2016. Vol. Praia.

Termos - chave a pesquisar no documento:

Recursos humanos em saúde

Recursos em enfermagem

Rácios de enfermeiros por habitantes

Rácios de médicos por habitantes

Rácios de Enfermeiros por Médicos

Indicadores de saúde

Dotações seguras em enfermagem

Qualidade de cuidados de enfermagem

Qualidade de cuidados em saúde

Leitura crítica e reflexiva

Apresentação de pontos fortes e pontos fracos:

Em primeiro lugar deve-se dizer que os termos a pesquisar no documento, Recursos em saúde, Rácios de enfermeiros por habitantes, Rácios de médicos por habitantes, Rácios de Enfermeiros por Médicos, Indicadores de saúde, Qualidade de cuidados em saúde surgem focados no documento.

Vamos descrever em seguida o trabalho realizado, que constitui o processo de análise documental de todos os documentos seleccionados, e que se traduz na elaboração de uma ficha de leitura documental, com a apresentação de pontos fortes e pontos fracos, isto é, os que sugerem elementos que favorecerão uma futura documentação legal sobre dotações seguras em enfermagem, ou os que se sugerem como limitadores de tal criação, claro que após as leituras flutuantes, considerou-se que se estava em condições de apresentar as fichas críticas, reflexivas documentais.

Apresentação de pontos fortes e pontos fracos:

A compreensão do documento ficou clara, sendo um documento governamental para fundamentar o plano de desenvolvimento sanitário dos anos 2012 a 2016, em que se aborda a realidade actual em Cabo Verde e os **pontos fortes e fracos** e as perspectivas para o futuro.

Dado que nos interessa em particular o fenómeno da gestão de recursos humanos em geral, e ainda mais especificamente a gestão de recursos humanos de enfermagem, identificaram-se alguns termos chave que nos interessam destacar como associados a factores facilitadores da futura dotação segura em Enfermagem e factores dificultadores.

Ponto forte - Recursos humanos em saúde

- No Programa de Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde do documento consultado pode ler-se:

“ O programa de desenvolvimento dos recursos humanos de saúde é constituído por três componentes:

- 1. Desenvolvimento e implementação de programas de formação de base, especializada e de aperfeiçoamento dos profissionais de saúde;*
- 2. Promoção da distribuição equitativa dos profissionais de saúde de modo a garantir equipa - tipos, mínimas e funcionais e o equilíbrio entre os diferentes níveis de atenção;*
- 3. Reforço das competências de gestão e de desenvolvimento dos recursos humanos de saúde.” p.11.*

“O PNDS surge, assim, no processo de continuidade da reforma do sector saúde de Cabo Verde como um instrumento de programação, execução e seguimento para a materialização dos grandes objectivos preconizados:

Ponto Forte - *Promoção de maior equidade nas oportunidades e nas prestações descentralizadas de cuidados de saúde, pelo reforço do conteúdo funcional das instituições de saúde;*

Ponto Fraco - *Garantia da qualidade técnica crescente dos cuidados; pois não salienta a garantia de qualidade científica e relacional. Não valoriza a dimensão relacional dos cuidados de saúde.*

Ponto Forte - *Melhoria do acesso aos serviços, da humanização no atendimento e da satisfação do utente;*

Ponto Forte - *Melhoria do desempenho do serviço nacional e da gestão dos recursos de saúde, com reforço da descentralização em direcção às delegacias de saúde e às regiões sanitárias e maior diferenciação do nível central de prestação e de gestão. “ O PNDS surge, assim, no*

Ponto Forte- processo de continuidade da reforma do sector saúde de Cabo Verde como um instrumento de programação, execução e seguimento para a materialização dos grandes objectivos preconizado:

Ponto Forte - Promoção de maior equidade nas oportunidades e nas prestações descentralizadas de cuidados de saúde, pelo reforço do conteúdo funcional das instituições de saúde;

Ponto Forte- Garantia da qualidade técnica crescente dos cuidados;

Ponto Forte - Melhoria do acesso aos serviços, da humanização no atendimento e da satisfação do utente;

Ponto Forte - Melhoria do desempenho do serviço nacional e da gestão dos recursos de saúde, com reforço da descentralização em direcção às delegacias de saúde e às regiões sanitárias e maior diferenciação do nível central de prestação e de gestão.” P.13.

Ponto forte - “. constata-se que a taxa de mortalidade geral do país teve uma evolução aceitável nos últimos dez anos, passando de 6,0 por mil, em 2001 para 5,1 por mil, em 2011.”p.13.; no entanto está ainda com flores que não se comparam a outros países europeus, mesmo os menos desenvolvidos.

Indicadores de saúde

Ponto fraco - Não existem intervenções sistematizadas de oferta de cuidados de saúde às populações impossibilitadas de procurar os serviços por razões diversas: idosos acamados, pessoas com deficiência, pessoas com doenças crónicas em fase terminal, etc.

Ponto Forte - Outras intervenções foram desenvolvidos visando a prestação de cuidados em relação às doenças não transmissíveis, nomeadamente recrutamento de especialistas nas áreas de cardiologia, endocrinologia e medicina interna, formação, elaboração de protocolos terapêuticos (medicina interna e pediatria), aquisição de equipamentos de diagnóstico (laboratório, imagiologia e de registo gráfico) e introdução da quimioterapia.

Ponto fraco - Contudo, ainda não é evidente uma evolução positiva nos indicadores de mortalidade das doenças não transmissíveis, mantendo-se as doenças cardiovasculares (DCV) como a primeira causa de óbitos nos últimos 10 anos, tendo passado de 324 óbitos e uma taxa de 67,8 por cem mil habitantes, em 2005 para 655 óbitos e uma taxa de 131 por cem mil, em 2011. Por sexo, a taxa de mortalidade por DCV foi de 128,3 por cem mil nos homens e 133,7 por cem mil em mulheres.

Ponto forte - Assinalam-se progressos na área da traumatologia com mais especialistas e equipamentos, com reflexos na redução das evacuações para o exterior. Contudo, mantêm-se importantes constrangimentos na área de ortopedia designadamente falta de neurocirurgião e de equipamentos. Não está ainda estabelecida uma política de acesso à provisão de órteses e próteses embora algumas instituições/associações procurem dar uma resposta neste campo (INPS, ONG's). São incipientes as respostas para se evitar o agravamento da deficiência e o aparecimento da deficiência secundária, constatando-se alguma capacidade instalada para a reabilitação a nível dos hospitais e no sector privado. Existe um Centro Nacional Ortopédico e de Reeducação Funcional (CENORF) com capacidade para produção de algum material de prótese e para reabilitação, cujo funcionamento é apoiado pelo governo.

Pontos Forte - Na vigência do PNDS 2008-2011 foram recrutados quatro oftalmologistas e um optometrista para o SNS.

Nesse período foram instalados dois gabinetes de oftalmologia (HRSN e Hospital de Sal) e o serviço de oftalmologia foi beneficiado com novas instalações e equipamentos.

Ponto Forte - As capacidades de resposta dos laboratórios de análises clínicas dos hospitais foram reforçadas, passando a desenvolver exames bioquímicos e imunológicos de maior complexidade e que no passado eram objecto de evacuações: marcadores de hepatites, marcadores tumorais, determinação de níveis de colinesterase, troponina, entre outros.

Conforme o gráfico, constata-se que a taxa de mortalidade geral do país teve uma evolução aceitável nos últimos dez anos, passando de 6,0 por mil, em 2001 para 5,1 por mil, em 2011.p.11.

Programa de Promoção da Saúde

Ponto forte - Foi elaborado, em 2008, o Plano Estratégico de Promoção de Saúde 2009 campanhas de sensibilização e educação para a saúde campanhas de vacinação e durante as epidemias orais, doenças diarreicas, tuberculose alimentação e nutrição, entre outros.

Várias intervenções foram realizadas, da saúde escolar nomeadamente a desparasitação

Ponto forte - Foram realizados estudos sobre a situação nutricional, a cárie e as doenças de pele.

Em 2011, foi aprovada a lei contra a Violência Baseada no Género para o reforço de acções de prevenção da VBG. No mesmo ano, teve lugar o I Fórum Nacional de Promoção da Saúde que reuniu representantes do sector público, privado e da sociedade civil." P.14.

Ponto forte - “Programa de Prestação de Cuidados de Saúde

Foram realizadas intervenções, em articulação com outras instituições públicas como Educação, Agricultura,

Ambiente e com organizações da sociedade civil, visando a prevenção dos factores de risco para as doenças crónicas não transmissíveis prioritárias, destacando-se:

- *Campanhas de sensibilização destinadas a informar a população sobre a importância da alimentação saudável e a prática do exercício físico regular;*
- *Feiras de saúde para despistagem da hipertensão arterial e diabetes;*
- *Rastreio para cancro da mama;*
- *Malefícios do uso abusivo do álcool*
- *Segurança rodoviária.” P.13*

Ponto forte - “Programa de desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde

O rácio por 10.000 habitantes também evoluiu positivamente em todas as categorias em 2011, foi de 5,8 médicos contra 4,7 em 2008, de 10,9 enfermeiros contra 9,6 em 2008, de 1,2 farmacêuticos contra 0,8 em 2008 e de 1,9 para outros técnicos superiores contra 1,8 em 2008

Ponto forte - *Na vigência do PNDS 2008-2011, foram recrutados profissionais de saúde de várias categorias (sendo 46 clínicos gerais e 11 especialistas), 116 enfermeiros, 59 técnicos superiores e 5 técnicos-adjuntos.” P.14*

Ponto fraco - Principais constrangimentos

A implementação do PNDS 2008-2011 enfrentou alguns constrangimentos:

- *Inexistência de orçamentação das intervenções o que dificultou a mobilização de recursos;*
- *Insuficiente apropriação pelos parceiros e instituições com intervenção directa no sector da saúde;*
- *Fraco desenvolvimento de acções de intersectorialidade para a implementação do PNDS, incluindo os eixos transversais como género, deficiência, juventude;*
- *Alguns dos componentes do PNDS não tiveram responsáveis directos;*
- *Não constituição dos órgãos competentes previstos para a gestão e seguimento do PNDS, excepção feita às discussões das prioridades anuais, no Conselho do Ministério;*
- *Fraco alinhamento dos planos e programas das estruturas de saúde com o PNDS;*

- *Fraca avaliação interna e inexistência de avaliações externas do PNDS.*

Com base neste breve balanço da implementação do anterior PNDS consideram-se como alguns desafios para o PNDS 2012-2016:Ponto forte

- *Mobilização de recursos para fortalecer intervenções com enfoque nas questões de género em interface com os diferentes sectores do governo e da sociedade civil;*
- *Pactuar acções que envolvem diferentes sectores e fortalecer parcerias com o Ministério da Educação, Ministério da Juventude, Trabalho e Família, com o intuito de apoiar e fortalecer a transversalização da abordagem de género e deficiência na implementação do PNDS;*
- *Apoiar e fortalecer a actuação do órgão de gestão do PNDS e o CNS no que diz respeito ao monitoramento e avaliação sistemática do PNDS.*
- *Fortalecer a participação activa da sociedade civil, através das organizações representativas, em todas as fases do PNDS, planeamento, implementação, seguimento e avaliação.*
- *Alinhar e pactuar planos e programas das estruturas de saúde com o PNDS; “p.17-18.*

Ponto forte - PERFIL SANITÁRIO DO PAÍS – NECESSIDADES E PROBLEMAS PRIORITÁRIOS

A evolução dos indicadores de saúde mostra que Cabo Verde se encontra numa fase de transição epidemiológica, caracterizada pela coexistência duma incidência significativa de doenças infecto-contagiosas, típicas de países pouco desenvolvidos e uma ocorrência crescente de doenças degenerativas, tais como os acidentes vasculares cerebrais, os tumores e as doenças do aparelho circulatório, ou de traumatismos, entre as principais causas de mortalidade. Destas, as primeiras causas identificadas são as doenças do aparelho circulatório, que quase duplicaram entre 2005 e 2011 passando de 324 óbitos e uma taxa de 67,8 por cem mil, para 655 óbitos correspondentes a uma taxa de 131 por cem mil habitantes. Em 2010, foram também principais causas de morte as doenças cerebro-vasculares (59,5 por cem mil), os tumores malignos (61,6 por cem mil), os traumatismos e envenenamentos (31,3 por cem mil) e ainda as causas infecciosas e parasitárias (43,1 por cem mil) e as afecções respiratórias (48, por cem mil).

Entre 1995 e 2005 a mortalidade infantil sofreu uma redução acentuada, tendo passado de 56,2 para 20,2 por mil nados vivos. Contudo, de 2005 a 2009 verifica-se uma oscilação à volta dos 20 por mil nados vivos (23,0‰ em 2011), constatando-se que mais de 50% dos óbitos são devidos a afecções perinatais registadas durante os primeiros sete dias de vida (147 óbitos em

2011, 61,8%) e que ultrapassaram as causas devidas a anomalias congénitas (12,2%, 29 óbitos). A terceira causa é constituída pelas doenças infecciosas e parasitárias (10,9% em 2011) aparecendo como quarta causa as afecções respiratórias (6,3%, 15 óbitos) as quais, no entanto, vêm diminuindo gradualmente. A mortalidade entre menores de cinco anos situava-se, em 1995, em 74,6‰ nados vivos passando a 22,6‰, em 2005 e a 26,2‰, em 2011. A mortalidade materna, cuja taxa evoluiu de 69,1 para 14,5 mortes por cem mil nados vivos na década de 1995 e 2005, correspondeu a 5 mortes em 2011 e ocorre, em grande parte, nos hospitais do país onde persistem insuficiências na prestação de cuidados obstétricos de base e de urgência, não obstante os progressos verificados.

A evolução das principais causas de morte atesta bem a transição epidemiológica vivida com as causas não transmissíveis a se responsabilizarem, em 2010, por 69% dos óbitos entre a população geral excluídas as causas classificadas como “mal definidas”. **A mortalidade materna (5 óbitos em 2011) e a perinatal (26,3 por 1000 NV em 2011) indicam a persistência de problemas de organização e funcionamento dos serviços para uma resposta efectiva aos problemas ligados à gravidez e ao parto.**

Não existem dados desagregados que permitam uma avaliação sobre atenção específica prestada a pessoas com deficiência.”p.22-23.

No que se refere a **Problemas do Serviço Nacional de Saúde** no Plano Nacional de desenvolvimento sanitário de 2012-2016, são sintetizados os seguintes **Pontos fortes**.

“Em termos de instituições prestadoras de cuidados, o SNS possuía em 2011 dois hospitais centrais, três hospitais regionais, uma policlínica (Sal), trinta centros de saúde, cinco centros de saúde reprodutiva, dois centros de saúde mental, trinta e quatro postos sanitários, cento e treze unidades sanitárias de base. Nesse ano, o sector privado contava com o licenciamento de trinta e três farmácias, seis postos de venda de medicamentos, sessenta e sete consultórios médicos, quarenta e sete consultórios de estomatologia/odontologia, dezasseis laboratórios de análises clínicas, sete centros de fisioterapia e cinco postos de enfermagem.” Pag, 26.

Pontos fortes e fracos “Respeitantes ao desempenho do Serviço Nacional de Saúde

A ainda deficitária qualidade da prestação de cuidados em atenção primária particularmente, aos adolescentes, jovens, homens, pessoas com deficiência assim como na perspectiva da abordagem do género, é um dos pontos fracos a salientar;

2. Uma ainda insuficiente oferta de cuidados de atenção primária à população concentrada nas cidades da Praia e de Mindelo, (42,2% da população do país) servida por uma rede de centros de saúde, resultando numa procura inadequada e não diferenciada desses cuidados no hospital central da respectiva área e numa deficiente prestação de cuidados aos doentes que vivem com patologias crónicas é também um importante ponto Fraco.

3. Um inadequado conteúdo funcional e desajusta da dotação de recursos, conduzindo à confusão de funções e de práticas e à perda gradual da operacionalidade das instituições

4. A inadequação quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde;

5. Os gastos exagerados (27% segundo estudo da Organização Internacional do Trabalho em 2012), a prescrição nem sempre criteriosa e as frequentes rupturas de stocks de medicamentos, a maioria dos quais dispensada gratuitamente nos estabelecimentos públicos de saúde;

6. A falta de confiança de uma franja da população em certas instituições de saúde, em parte pelo atendimento inadequado dos utentes por alguns profissionais da saúde;

7. Os imperativos e limites da descentralização de que resulta uma baixa inter-relação entre os níveis, traduzida pelo fraco sistema de referência e contra-referência, insuficientes visitas itinerantes de especialistas e descontinuidade de cuidados;

8. O subsistema de informação sanitária, com ainda fraca contribuição para a gestão operacional do SNS.

9. A indefinição das fronteiras entre os sectores, público e privado, resultando numa fraca articulação, na inexistência de medidas de fiscalização e controlo e na ausência de convénios, estabelecendo as bases da cooperação entre os dois, para a desejada complementaridade.

10. A fraca articulação nas intervenções relativas ao sector de reabilitação contribui para que as respostas a esse nível não atendam às necessidades do país. “P.26-27.

“Relativos aos recursos da saúde

1. O efectivo dos recursos humanos é dominado por médicos e enfermeiros gerais, com uma carência grande particularmente em profissionais especializados nos diversos domínios, incluindo em saúde pública e gestão da saúde;

2. A insuficiência de recursos humanos em outras áreas nomeadamente de farmacêuticos, biólogos, nutricionistas, psicólogos, estomatologistas, técnicos de radiologia, técnicos de laboratório, assistentes sociais e sobretudo de administradores de saúde;

3. O comprometimento da sustentabilidade financeira do sistema pela insuficiência dos recursos e a fraca participação dos utentes;

4. *A insuficiente coordenação da cooperação em matéria de saúde com, por vezes, a duplicação desnecessária de actividades ou de projectos e de acções intervenientes no terreno;*
5. *A disparidade de tipos de aparelhos e equipamentos nas diversas instituições da mesma categoria da rede e a fraca capacidade de manutenção dos mesmos.” P.27.*

Modelo de gestão

Ponto Forte - A Política Nacional de Saúde defende a reorganização do Serviço Nacional de Saúde como um dos pilares fundamentais do processo da reforma, baseada num modelo de gestão que vise:

1. *Aumentar a capacidade de direcção do nível central com relação e em suporte às estruturas locais;*
2. *Reforçar o poder técnico e administrativo das Delegacias de Saúde, promovendo a descentralização dos recursos e de poderes para o nível municipal;*
3. *Criar as Regiões Sanitárias, definindo claramente o seu papel, atribuições, funções e relações hierárquicas no sistema de Serviços de Saúde para que se traduzam no reforço da descentralização das acções de saúde;*
4. *Reestruturar os programas nacionais de Saúde Pública na perspectiva de organização, de normalização e de mobilização de recursos e promover a execução periférica das actividades respectivas, integradas nas actividades das Delegacias de Saúde;*
5. *Diferenciar a capacidade técnica e os níveis de intervenção dos Hospitais Centrais para a assunção plena da sua função terciária e de referência nacional;*
6. *Consolidar a reorganização da rede de Centros de Saúde nas cidades da Praia e do Mindelo para a prestação duma atenção primária de qualidade e reestruturar a prestação dos cuidados secundários nos Hospitais Centrais aí sedeados;*
7. *Organizar, com prioridade, a rede de Centros de Saúde nas regiões sanitárias criadas para a prestação duma atenção primária de qualidade e reestruturar a prestação dos cuidados secundários nos Hospitais Regionais respectivos;*
8. *Definir normas e padrões de funcionamento e procedimentos e linhas gerais de referência que disciplinem o SNS, nas relações entre os níveis e serviços;*
9. *Fomentar a complementaridade com o sector privado;*
10. *Integrar a perspectiva de género para acolher/atender as demandas de homens e mulheres e qualificar atenção primária a saúde;*

11. Fortalecer estratégias para adolescentes e jovens e idosos e as pessoas que vivem com deficiência. P.29.”

A enunciação destes pontos fracos é por nós considerada como um dos principais passos para a mudança.

“Perfil das Regiões Sanitárias

*Consideramos um **Ponto Forte** a orientação da reforma do Sector Saúde que assenta no princípio segundo o qual os Serviços de Saúde de Cabo Verde necessitam de ser reforçados na sua capacidade organizativa e em recursos, para desempenharem convenientemente o seu papel na melhoria do estado de saúde da população.*

As Regiões Sanitárias, prestando cuidados primários e secundários descentralizados, são consideradas as unidades funcionais, fundamentais da gestão e prestação de cuidados de saúde, para materializar os princípios da cobertura universal e da equidade no acesso aos cuidados de saúde, de homens e mulheres. Possuem gabinetes técnicos de apoio à gestão da região sanitária e comporta como estruturas prestadoras de cuidados:

Ponto forte - *As Regiões Sanitárias disporão dum conjunto de tecnologias de saúde, essenciais para suportar o cumprimento do conteúdo funcional fixado pelos critérios de operacionalidade dos Serviços de Saúde e dar forma à descentralização dos cuidados, disponibilizando-os o mais próximo possível do local de residência dos cidadãos, ao mesmo tempo que garante um nível de complexidade compatível com as patologias mais frequentes e prioritárias. Os Centros de Saúde (CS) e o Hospital Regional (HR) garantirão, sempre tendo em conta a abordagem género nomeadamente:*

- a) Actividades promocionais e preventivas;*
- b) Ambulatório para responder à demanda espontânea da população;*
- c) Desenvolvimento de acções de saúde na comunidade incluindo Reabilitação com Base Comunitária Saúde Mental e busca activa*
- d) Atendimento permanente de urgência;*
- e) Internamento quer na unidade de internamento do CS para situações passíveis de serem diagnosticadas e tratadas com qualidade, com os recursos disponíveis a esse nível [32] e no HR, sobretudo por referência dos CS;*
- f) Disponibilidade e acesso a medicamentos essenciais de qualidade como uma resposta fundamental às necessidades prioritárias da população;*

g) *Serviços complementares de diagnóstico, incluídos no conjunto básico e essencial de cuidados;*

h) *Evacuação sanitária para os Hospitais Centrais, nível terciário, para casos com maior complexidade.*

IV.3.3 Modelo de prestação de cuidados

A prestação de cuidados de saúde, preconizada pela Política Nacional de Saúde no quadro da reforma do Sector, visa alargar a cobertura da população em atenção primária com respostas eficazes e de qualidade através da organização duma rede de Centros de Saúde, a nível municipal. A assistência hospitalar é oferecida em dois níveis, no Hospital Regional, essencialmente para responder às necessidades de atenção secundária e no Hospital Central, na sua vertente terciária, para oferecer os cuidados hospitalares, especializados e mais diferenciados.

Este modelo de prestação de cuidados assenta em mudanças essenciais nas condições actuais de prestação, nomeadamente:

Ponto forte - 1. *Na procura de um equilíbrio entre um modelo assistencial, centrado na pessoa e nas necessidades da população para uma prática integrada de prestação de cuidados de saúde onde haja actividades promocionais, preventivas e de reabilitação, ao lado das propriamente ditas de tratamento;*

Ponto forte - 2. *Na definição de “um conjunto essencial de cuidados” como conteúdo básico de prestação nos CS e de conjuntos complementares de actividades para os Hospitais Regionais e Centrais que traduzam a hierarquia e a complementaridade entre os três níveis da pirâmide sanitária, com normas de referência e contra-referência estabelecidas para o funcionamento do sistema enquanto tal;*

Ponto forte - 3. *Na criação progressiva de serviços nacionais complementares de diagnóstico e terapêutica (rede de laboratórios, imagiologia e de transfusões sanguíneas) para garantir em todos os níveis do SNS os critérios de funcionalidade – qualidade técnica, continuidade no serviço prestado, acessibilidade ao menor custo – e uma resposta eficaz às necessidades da população incluindo as pessoas com deficiência.*

Ponto forte - 4. *No atendimento dos utentes para satisfação destes, enquanto elemento fundamental para uma relação de confiança entre os utentes e os prestadores e para o alcance das actividades de sensibilização e promoção de saúde para a adopção de estilos de vida e,*

particularmente o desencadeamento de comportamentos individuais para a protecção da sua saúde.” P.30-31.

Ponto forte - “Política de recursos humanos”

Na asserção de que os recursos humanos constituem um elemento de primeira importância na realização de actividades de saúde, a PNS considera fundamental o seu desenvolvimento para a materialização da reforma do sector da Saúde e remete ao PNDS a implementação do “Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde 2005 – 2014”, promovendo acções e mobilizando recursos para, nomeadamente:

- 1. Implantar a descentralização como uma estratégia para melhorar a gestão e a qualidade das respostas dos Serviços de Saúde, num quadro de mudança na cultura da instituição e dos profissionais; sendo este um **Ponto Forte pois reforça Gestão e Qualidade dos Recursos Humanos.***
- 2. Redefinir o quadro-tipo do pessoal para cada tipo de estrutura e o perfil de cada grupo profissional;*
- 3. Planificar a formação do pessoal, no país e no exterior, para preencher o quadro-tipo definido;*
- 4. Contribuir para a modernização dos procedimentos e mecanismos de gestão dos recursos humanos da saúde.*
- 5. Contemplar no conteúdo das acções de formação a abordagem género, as especificidades das pessoas com deficiência e na 3ª idade, as questões de direitos humanos em saúde assim como as do meio ambiente e saúde.”P.31.*

Ponto forte - Com a implementação do PNDS 2012-2016 espera-se obter como principais ganhos, sendo este um Ponto Forte relevante pois aponta perspectivas futuras e estes são sempre reforços positivos.

- 1) Oferta de cuidados de saúde com qualidade, acessíveis e a um custo abordável;*
- 2) Melhor qualidade de saúde da população traduzida por níveis mais baixos de mortalidade e de morbilidade em geral;*
- 3) Redução dos riscos de ocorrência de epidemias;*
- 4) População mais informada sobre os determinantes da saúde e mais participativa na resolução dos principais problemas de saúde;*
- 5) Parcerias a favor da saúde mais reforçadas*

6) *Redução das desigualdades de género no acesso aos cuidados de saúde e uma abordagem mais efectiva das questões de género nas diferentes intervenções propostas no PNDS 2012-2016.* “ P.35.

“As orientações estratégicas do PNDS 2012-2016 estão harmonizadas com o Programa do Governo da VIII Legislatura 2011-2016 que delineou sete desafios/objectivos estratégicos para esse período, estando a saúde integrada no terceiro intitulado “Promover o desenvolvimento e a coesão sociais e facilitar o acesso aos serviços básicos”. Entre as orientações estratégicas, destacam-se aquelas com enfoque nas questões de género e que vêm sendo coordenadas pelo ICIEG em consonância com a Saúde e outros sectores governamentais, tais como o da Solidariedade Social, Juventude, Administração Interna e Justiça.

Ponto forte - Os objectivos no domínio da saúde são “o aumento e a universalização do acesso aos serviços de saúde; a melhoria do atendimento e o conforto dos utentes; a diminuição do tempo de espera; e a diversificação dos cuidados de saúde”destacando-se de entre as principais medidas de política e programas para o sector, desta forma aumenta-se o acesso ao atendimento e o conforto por exemplo na diminuição do tempo de espera:

- *Implementação da reforma do sector em consonância com a Política Nacional de Saúde;*
- *Revisão da aplicação da tabela de cuidados e correcção das disfunções detectadas;*
- *Criação de mecanismos legais e incentivos que encorajem a prática privada em saúde, de modo a alargar e diversificar a oferta de cuidados de saúde e responder à demanda dos diferentes sectores da sociedade e da indústria turística;*
- *Reorganização do SNS, nomeadamente através da implementação das Regiões Sanitárias;*
- *Reforço do pacote de normas e regulamentos do sector;*
- *Intensificação da luta contra as grandes endemias (VIH/SIDA, Tuberculose, Paludismo) e contra as doenças não transmissíveis e crónicas;*
- *Desenvolvimento do serviço de Oncologia;*
- *Desenvolvimento da pesquisa e da formação em Saúde Pública;*
- *Funcionamento de um serviço de emergências médicas para melhorar as condições técnicas e de transferência de doentes entre os níveis do SNS.” P.35.*

Ponto forte - “Considerando a evolução da situação sanitária e as orientações estratégicas nacionais e globais, segue-se a definição das seguintes prioridades sectoriais, o que se revela

um ponto forte pois destaca essas necessidades sectoriais e assinala a qualidade dos serviços de saúde:

- *Saúde da criança/adolescente*
- *Saúde da mulher*
- *Saúde dos adultos e idosos*
- *Doenças transmissíveis*
- *Doenças não transmissíveis e crónicas*
- *Causas externas de morbi-mortalidade*
- *Saúde mental*
- *Saúde oral*
- *Luta contra o alcoolismo*
- *Promoção da saúde, prevenção e controlo dos factores de risco associados à saúde, incluindo os factores ambientais e o impacto das mudanças climáticas*
- *Sustentabilidade do sector da saúde*
- *Parcerias e complementaridades a favor da saúde*
- *Criação de novas regiões sanitárias*
- *Qualidade dos serviços e cuidados de Saúde*
- *Emergências pré-hospitalares” p.37.*

Ponto forte -OBJECTIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS DO PNDS

Este é um Ponto Forte importante porque com clareza apresenta objectivos gerais e específicos. O PNDS é um instrumento para a materialização das orientações da PNS e tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento do sector da saúde com repercussões no estado de saúde da população. Visa, nomeadamente o reforço e a melhoria do desempenho do serviço nacional de saúde, com ênfase nos seus pilares essenciais: liderança e governação; prestação de cuidados centrados na abordagem dos Cuidados Primários de Saúde; recursos humanos de saúde; medicamentos, vacinas, produtos médicos e tecnologias; financiamento da saúde; informação sanitária; e determinantes sociais da saúde.

Para isso deve:

- 1. Traduzir as orientações, estratégias políticas afins definidas na PNS e prioridades em programas e intervenções e adequar o SNS para a sua execução;*
- 2. Identificar e mobilizar os recursos de saúde necessários para executar o plano;*

3. *Constituir-se num mecanismo de enquadramento e coordenação da parceria em saúde;*
4. *Estabelecer mecanismos para o seguimento dos progressos e avaliação dos resultados alcançados.*

A realização deste desiderato é perseguida através de objectivos gerais e específicos que visam, no seu conjunto, a prestação de cuidados de saúde de forma descentralizada por níveis de complexidade para articular a atenção primária aos cuidados hospitalares, melhorar a sua qualidade, reforçar o controlo das doenças endémicas e a vigilância epidemiológica e promover medidas de protecção individual e colectiva.

Ponto forte - *1. Melhorar a prestação de cuidados de saúde à população cabo-verdiana nas vertentes preventivas, curativas e de reabilitação e de promoção de saúde, pela articulação da atenção primária aos cuidados hospitalares.*

1.1. Reforçar a luta contra cada uma das doenças transmissíveis e não transmissíveis e controlar as situações que afligem a população cabo-verdiana;

1.2. Melhorar o acesso aos serviços de saúde e prestar uma atenção específica a determinados grupos da população, nomeadamente às crianças, à mulher e pessoas com deficiência.

2. Descentralizar a disponibilidade, a oferta e a qualidade dos serviços de saúde em cada um dos três níveis da pirâmide sanitária, com consequentes respostas às expectativas da população.

2.1. Operacionalizar a prestação de cuidados em cada um dos níveis da pirâmide sanitária para alargar a cobertura e aproximar os cuidados das populações;

2.2. Ampliar serviços de saúde relacionados com a deficiência tão perto quanto possível das suas comunidades, incluindo nas áreas rurais;

2.3. Promover hábitos e estilos de vida saudáveis com o envolvimento da sociedade cabo-verdiana na defesa da sua saúde;

2.4. Adotar um quadro regulamentar claro sobre a complementaridade Público/Privado no sector da saúde e reforçar as capacidades de governação relativamente à fiscalização da sua aplicação.

3. Melhorar a organização, a gestão e o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde através da afectação de recursos e aplicação de normas e procedimentos que aumentem a eficiência e a qualidade das respostas do SNS.

3.1. Desenvolver e qualificar os recursos humanos pilar essencial para uma resposta de qualidade, inclusive em direitos humanos, abordagem de questões relativas ao género, juventude e deficiência;

3.2. Adequar a rede de estruturas de saúde segundo as normas estabelecidas na Carta Sanitária de Cabo Verde e pela incorporação de novas tecnologias de saúde;

3.3. Alcançar a sustentabilidade financeira do desenvolvimento do sector saúde;

3.4. Disponibilizar medicamentos essenciais e outros produtos farmacêuticos em toda a pirâmide sanitária incluindo materiais de compensação e dispositivos e tecnologias para pessoas com deficiência;

3.5. Reforçar o sistema de informação sanitária para a produção sistemática e regular de informações para uma vigilância apertada dos agravos da saúde e para apoiar a gestão;

3.6. Adaptar o desenvolvimento da direcção e governação e da capacidade reguladora do sector saúde às mudanças previstas na reforma do sector.

4. Melhorar o conhecimento e a acção sobre os determinantes sociais, económicos e ambientais no estado de saúde da população e no acesso à saúde, e, em consequência, definir a colaboração intersectorial no domínio da saúde.

4.1. Realizar e publicar estudos sobre os determinantes da saúde com uma perspectiva multi-sectorial e interdisciplinar da saúde;

4.2. Integrar a produção e a utilização de indicadores sobre os determinantes da saúde no seguimento e avaliação dos serviços e programas de saúde;

4.3. Reforçar a inclusão da acção sobre os determinantes sociais de saúde e género nas políticas públicas nacionais.

5. Promover a Investigação em saúde

5.1. Elaborar uma agenda para a investigação em saúde que tenha em conta a transversalização das questões sobre género, juventude, deficiência e ambiente.

5.2. Mobilizar parcerias e recursos a nível nacional e internacional para a promoção da investigação em saúde;

5.3. Capacitar em técnicas de investigação em saúde, produção e gestão de conhecimentos;

5.4. Publicar os resultados das investigações, com adequada desagregação da informação e em cumprimento com as normas técnicas internacionais."P.38-39.

Ponto forte - PROGRAMAS INTEGRANTES DO PNDS 2012-2016

Para se alcançar os objectivos fixados para o PNDS, estes são transformados em programas prioritários que constituem os seus pilares de sustentação para promover um desenvolvimento harmonioso que fortaleça a capacidade de gestão, qualifique os recursos humanos, procure a

sustentabilidade financeira, consiga a coordenação das intervenções da parceria, descentralize as acções de saúde e que, finalmente, melhore a saúde dos cabo-verdianos:

VI.1 Programa de Prestação de Cuidados de Saúde

VI.2 Programa de Promoção da Saúde

VI.3 Programa de Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde

VI.4 Programa de Intervenção na Rede de Infra-estruturas Sanitárias

VI.5 Programa de Sustentabilidade Financeira do Sector Saúde

VI.6 Programa de Desenvolvimento do Sector Farmacêutico e das Tecnologias de Saúde

VI.7 Programa de Desenvolvimento do Sistema Integrado de Informação Sanitária e da Investigação em Saúde

VI.8 Programa de Desenvolvimento da Liderança e Governação do Serviço Nacional de Saúde

Ponto forte - PROGRAMA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Um grupo de intervenções particularizadas será orientado prioritariamente para acções direccionadas a grupos específicos tais como a mãe e a criança (saúde sexual e reprodutiva/maternidade sem risco, cuidados essenciais ao recém-nascido, programa alargado de vacinação, atenção integrada às doenças da infância), os adolescentes e jovens, os adultos e os idosos, prioritariamente, neste campo, o PNDS deve:

- Implementar um programa de cuidados neonatais, institucionalizar a auditoria às mortes no período perinatal e ainda promover um quadro multisectorial de prevenção dos acidentes domésticos e uma estratégia sobre a saúde dos adolescentes e jovens;*
- Rever a implementação do plano de atenção integrada à saúde da mulher e do plano de acção sobre a oferta dos cuidados obstétricos e neonatais de urgência e reforçar a prevenção e o rastreio dos cancros do colo de útero e da mama;*
- Definir um plano/estratégia para a melhoria da saúde da terceira idade, com ênfase na promoção da saúde e na qualidade de vida em articulação com as associações comunitárias e instituições que prestam cuidados à 3ª idade. P.43.*

Ponto forte - Objectivo geral

1. Melhorar e alargar a prestação de cuidados de saúde integrados, de forma durável, através de melhor disponibilidade, de maior acesso, da eficácia e da racionalidade em função das necessidades de saúde.

Objectivos específicos

1. Reforçar as intervenções específicas contra as doenças prevalentes ou emergentes, transmissíveis e não transmissíveis, com um peso significativo no perfil epidemiológico de Cabo Verde;

2. Atender especificamente a grupos populacionais mais expostos a factores de risco como as crianças, os adolescentes e jovens, os homens, as mulheres, os idosos, as pessoas com certas patologias crónicas e pessoas com deficiência;

3. Prestar uma atenção primária de qualidade, organizada no nível dos municípios e baseada nas Delegacias de Saúde, com respostas eficazes às necessidades essenciais de saúde da população;

4. Operacionalizar uma atenção secundária, com a oferta de cuidados hospitalares bem como cuidados promocionais e preventivos, supra municipais, nas regiões sanitárias;

5. Reforçar e ampliar os serviços de reabilitação e acompanhamento de utentes com deficiência;

6. Alargar os cuidados terciários e melhorar a qualidade dos cuidados especializados, incluindo as evacuações sanitárias para o exterior.

Estratégias

1. Definição e adopção de “um conjunto essencial de cuidados” aplicável a cada nível de atenção periodizando uma abordagem de género, que leve em conta as necessidades e vulnerabilidades dos diferentes grupos populacionais;

2. Fixação das atribuições relativas a cada estabelecimento-tipo ou serviço de prestação de cuidados e das respectivas responsabilidades, no conjunto do SNS;

3. Elaboração, utilização e monitorização de protocolos (normas, regras e procedimentos) ajustados a cada escalão da pirâmide sanitária e a cumprir em cada estabelecimento de prestação de cuidados, relativamente ao diagnóstico, tratamento e conduta a seguir em relação a cada situação de doença;

4. Repartição pelo SNS das condições humanas, técnicas e materiais mínimas, adaptadas às funções específicas de cada tipo de estabelecimento, necessárias ao cumprimento cabal das respectivas atribuições;

5. *Revisão dos mecanismos e relações para as evacuações médicas enquanto parte dos cuidados terciários;*
6. *Dotação das condições de trabalho para o exercício da função de inspecção de saúde e operacionalização dos mecanismos de supervisão e de auditoria para o cumprimento das normas e a consolidação dos vínculos técnicos entre o Ministério da Saúde e os estabelecimentos de prestação de cuidados dos diferentes escalões do SNS, incluindo do sector privado;*
7. *Criação de mecanismos para assegurar a acreditação das instituições de prestação de cuidados de saúde, públicas e privadas;*
8. *Revisão das funções e do funcionamento dos Programas Nacionais. “ P.45.*

Ponto forte - METAS PRIORITÁRIAS PARA O PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS p.57

Este destacar das metas prioritárias para o programa de desenvolvimento de recursos humanos é um Ponto Forte pois aponta as metas prioritárias para o programa de desenvolvimento de recursos humanos, começando pelo programa de desenvolvimento da liderança e governação do SNS.

Ponto forte - PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA LIDERANÇA E GOVERNAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

A reforma e modernização do Serviço Nacional de Saúde cabo-verdiano, passa pela introdução dum certo número de acções e intervenções do tipo organizacional, legislativo e regulamentar, para adaptar o SNS aos desafios actuais e vindouros, bem como às necessidades dos utentes e dos principais actores e profissionais.

O programa de desenvolvimento do quadro institucional constitui a plataforma legal sobre a qual será implementado o PNDS 2012-2016.

O Ministério da Saúde (MS) tem por missão essencial elaborar e desenvolver a política de saúde com o objectivo de garantir o direito à saúde, conforme a Constituição da República. Para isso, deve criar as condições para a existência e o funcionamento de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) que possa prestar um conjunto básico de cuidados de saúde promocionais, preventivos, de tratamento e de recuperação e possa regulamentar e fiscalizar a actividade e a

qualidade dessa prestação, contribuindo para equidade no acesso de homens e mulheres ao sistema de saúde.

A Política Nacional de Saúde, para permitir ao MS assumir plenamente as suas funções, apontou a necessidade de aumentar a capacidade de intervenção administrativa e técnica do nível central e de definir normas e padrões de funcionamento, procedimentos e linhas gerais de referência que disciplinem o SNS nas relações entre os diferentes níveis e serviços.

A adequação do quadro jurídico e regulamentar do sector da saúde, a elaboração de definições de funções e normas de funcionamento dos serviços, o desenvolvimento das competências de gestão nos diferentes níveis do sistema de saúde e a criação de mecanismos de coordenação das intervenções dos parceiros do desenvolvimento sanitário, entre outros, devem ser revistos de uma forma regular e concertada para desenvolver um quadro harmonioso de legislação e regulamentação que dê sustentação às transformações e reforce os serviços de saúde.

O desenvolvimento e reforço do sistema de gestão, precisa do apoio dum certo número de instrumentos para a sua operacionalização, no quadro do PNDS. Além do sistema nacional de informação sanitária (SIS) que é um instrumento estratégico para a realização da política nacional de saúde, outros instrumentos de gestão referem-se aos mecanismos e critérios de elaboração e seguimento do orçamento, à gestão dos recursos humanos, à carta sanitária e a toda a legislação e regulamentação para garantir a disponibilidade, a qualidade e a promoção do uso racional de medicamentos.

A melhoria da qualidade das intervenções, em cada estrutura e em cada nível, constitui um aspecto fundamental da reforma do sector pelo que deverão ser reforçadas as acções que visam melhorar a governação clínica e a gestão de serviços centrada nas pessoas. Devem também constituir prioridade, a capacitação dos RH em geral e, em particular, para a gestão da qualidade em saúde e a inclusão dos indicadores de qualidade dos serviços e cuidados no SIS e no sistema de avaliação de desempenho dos serviços. Na vigência do PNDS 2012-2016 deverão ser criadas as condições para o estabelecimento de um programa sobre a qualidade em saúde e o respectivo enquadramento orgânico e funcional.

A liderança do MS para o enquadramento de acções intersectoriais bem como das políticas públicas a favor da saúde, tendo em conta a multi-sectorialidade das intervenções, afigura-se um mecanismo importante para incorporar a dimensão sanitária na concepção das estratégias sectoriais de desenvolvimento, na óptica de construir uma visão partilhada e um quadro permanente de consultas e revisão das intervenções conjuntas, em saúde. Esta liderança deverá

reforçar-se ainda para que o MS possa assumir em pleno os compromissos internacionais em matéria de saúde.

Por outro lado, a constituição no quadro institucional dum instrumento/instância de seguimento do PNDS e de produtos de programação irá permitir melhorar a coordenação das intervenções e os meios adequados de funcionamento e de acção. Para esse efeito, este mecanismo foi integrado como componente deste programa visando a sua efectiva operacionalização para, nomeadamente, garantir a execução, seguimento e avaliação das intervenções e mobilizar e coordenar as parcerias, tanto internas como externas, para o apoio à implementação do PNDS.

No quadro do reforço da liderança e governação do SNS, foi estabelecida a evolução do CNDS para um Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP), pelo que as atribuições terão que ser revistas para adaptação ao novo figurino devendo ser definida uma estratégia para a implementação deste Instituto.

Objectivo Geral

- 1. Reforçar as capacidades institucionais de regulação, gestão e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde;*
- 2. Reforçar o papel de liderança do MS na integração de políticas de saúde nas políticas públicas e na assunção dos compromissos do país em matéria de saúde nos diferentes fóruns internacionais.*

Ponto forte - Objectivos específicos

- 1. Melhorar o quadro organizacional do Ministério da Saúde aumentando as capacidades de administração e gestão dos serviços de saúde;*
- 2. Dinamizar as acções de intersectorialidade a favor da saúde;*
- 3. Participar na elaboração das políticas públicas afins ao sector da saúde;*
- 4. Adequar o quadro legal, com desenvolvimento da função reguladora e de controlo do MS;*
- 5. Desenvolver os mecanismos necessários para as acções de complementaridade público-privado na saúde;*
- 6. Mobilizar recursos para a criação do Instituto Nacional de Saúde Pública;*
- 7. Criar os mecanismos necessários para a administração, coordenação e seguimento da implementação do PNDS.*

Estratégias

- 1. Avaliação e revisão da estrutura orgânica do MS e melhoria da coordenação administrativa;*

2. *Desenvolvimento das competências de gestão nos diferentes níveis do sistema de saúde;*
3. *Dinamização da intersectorialidade na implementação das actividades e programas de saúde;*
4. *Adequação do quadro jurídico do sector da saúde;*
5. *Regulamentação e normalização (portarias, decretos) dos diversos instrumentos de intervenção e de gestão existentes;*
6. *Dinamização junto das instituições, com intervenções na área da saúde, para a inclusão de acções sobre determinantes da saúde nas políticas públicas;*
7. *Designação de uma estrutura permanente e dotação em recursos, para administração e seguimento do PNDS;*
8. *Instalação do INSP;*
9. *Definição de áreas prioritárias e de modalidades para a implementação de parcerias e complementaridades entre o sector público e privado na saúde.” P.79-780.*

Síntese da leitura do documento 2

No documento PNDS encontramos **vários pontos fortes** e **alguns pontos fracos**, que foram assinalados.

Ponto forte: Podemos destacar, por um lado a insuficiência dos recursos humanos em saúde, mas por outro o aumento que se verificou de 2012 a 2016.

Ponto fraco: embora se fale dos rácios de enfermeiros por habitante, não se aponta uma meta necessária para se conseguir propor dotações seguras, no momento, em 2016.

Ponto forte: Apesar de tudo são apontados indicadores de saúde que apresentam melhorias e aumento da qualidade dos cuidados de saúde. Neste âmbito refere-se a necessidade de melhoria de cuidados técnicos em saúde.

Ponto forte: *Apresenta o Programa de prestação de cuidados de saúde, um grupo de intervenções particularizadas será orientado prioritariamente para acções direccionadas a grupos específicos tais como a mãe e a criança (saúde sexual e reprodutiva/maternidade sem risco, cuidados essenciais ao recém-nascido, programa alargado de vacinação, atenção integrada às doenças da infância), os adolescentes e jovens, os adultos e os idosos.*

Ponto forte: aponta as metas prioritárias para o programa de desenvolvimento de recursos humanos, começando pelo programa de desenvolvimento da liderança e governação do SNS.

Ponto fraco: não se concretiza em relação aos cuidados científicos, técnicos e relacionais nos cuidados de Enfermagem.

Ponto fraco: Aparentemente no que se refere a dotações seguras em enfermagem não há qualquer referência ao documento “dotações seguras, salvam vidas, do Conselho Internacional de Enfermagem, datado de 2006, nem ao documento/decreto lei de Portugal que coloca uma norma para o cálculo das dotações seguras de acordo com a proposta da Ordem dos Enfermeiros de Portugal.

Nesta perspectiva penso que a recente aprovação da Ordem dos Enfermeiros de Cabo Verde, irá permitir na aprovação de um Regulamento do Exercício de Enfermagem, onde serão definidas as funções dos enfermeiros nos vários níveis de Qualidade de Cuidados e nas Intervenções de Enfermagem face ao doente/utente com um grau de autonomia presente ou não, considerando-se as funções autónomas ou independentes dos enfermeiros e as funções colaborativas ou interdependentes dos enfermeiros. Nos estatutos da nova Ordem coloca-se um Código de Ética para os enfermeiros, que é mais um contributo para a qualidade dos cuidados e é, desde já, também uma base para a criação de normas de Dotação Seguras em Enfermagem, a serem propostas pela Ordem dos Enfermeiros de Cabo Verde para serem aprovadas numa lei que apresente um modelo de Dotações Seguras em Enfermagem ajustado à realidade muito particular de Cabo Verde, sendo este trabalho um contributo inovador para tal norma de cálculo de Dotações Seguras em Enfermagem.

FICHA DE LEITURA DOCUMENTAL Nº3

REFERÊNCIA DO DOCUMENTO: Cabo Verde, Ministério da Saúde (s.d.). Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PEDRHS) 2015 – 2020. Praia.

Termos - chave a pesquisar no documento:

Recursos humanos em saúde

Recursos em enfermagem

Rácios de enfermeiros por habitantes

Rácios de médicos por habitantes

Rácios de Enfermeiros por Médicos

Indicadores de saúde

Dotações seguras em enfermagem

Qualidade de cuidados de enfermagem

Qualidade de cuidados em saúde

Em primeiro lugar deve-se dizer que os termos a pesquisar no documento, Recursos humanos em saúde, Recursos em enfermagem, Rácios de enfermeiros por habitantes, Rácios de médicos por habitantes, Rácios de Enfermeiros por Médicos, Indicadores de saúde, Dotações seguras em enfermagem, Qualidade de cuidados de enfermagem, Qualidade de cuidados em saúde surgem focados no documento.

Ir-se-á descrever em seguida o trabalho realizado, que constitui o processo de análise documental de todos os documentos seleccionados, e que se traduz na elaboração de uma ficha de leitura documental, com a apresentação de pontos fortes e pontos fracos, isto é os que sugerem elementos que favorecerão uma futura documentação legal sobre dotações seguras em enfermagem, ou os que se sugerem como limitadores de tal criação.

Leitura crítica e reflexiva

Apresentação de pontos fortes e pontos fracos:

O Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PEDRHS) 2015 - 2020, é um documento elaborado pela Direcção Geral do Planeamento, Orçamento e Gestão do Ministério da Saúde de Cabo Verde, sendo assim muito credível, para fazer parte do *corpus de análise* do estudo. Porque se trata de um documento muito extenso, cerca de 90 páginas e porque nas análises das fichas anteriores ficou bem clara esta primeira dimensão da análise de dados, ir-se-á a partir de agora, fazer uma análise mais sintetizada onde se assinalará apenas os pontos fortes e fracos de cada documento e uma síntese final da análise do documento.

Assim neste documento o primeiro aspecto a considerar como um **ponto forte** é a sua elaboração muito exaustiva e envolvendo aspectos muito importantes:

Ponto forte: *O presente plano estratégico visa responder às necessidades de saúde da população cabo-verdiana, face à transição demográfica e epidemiológica, que coloca novos problemas que o Serviço Nacional de Saúde terá de resolver tendo em conta o desafio da qualidade, da diferenciação, cada vez mais especializada, dos RHS e do reforço dos cuidados primários de saúde. O plano visa ainda promover a equidade na distribuição dos RHS e o*

acesso universal aos serviços de saúde. De entre os vários mecanismos existentes para promover no país a cobertura universal, num ambiente de crise mundial, o Plano Estratégico dos Recursos Humanos em Saúde é certamente uma ferramenta que deve trazer maior eficiência e eficácia, desde que adequadamente adaptado, às particularidades e às necessidades de saúde da população e do Sistema Nacional de Saúde. Pretende-se com o PEDRHS 2015-2020 alcançar um conjunto de objectivos e desenvolver uma série de acções de apoio, que visam valorizar o profissional de saúde, buscando seu comprometimento com os objectivos do sector, através da melhoria contínua das suas competências técnicas e relacionais, do seu trabalho e da sua produtividade. (PEDRHS) 2015 – 2020, pág. 11e12).

Ponto forte: Apresenta em seguida a Contextualização Económico-social, Geografia, População, Política, Sistema Nacional de Saúde, Principais problemas de saúde em Cabo Verde, Orçamento do Ministério da Saúde, Evacuações Sanitárias, de uma forma clara e objectiva.

No ponto seguinte surge a Análise da Situação dos RHS e Balanço do PEDRHS 2005-2014, Análise da Situação actual dos RHS, onde se abordam aspectos concretos como Análise da Situação actual dos RHS, Balanço PEDRHS 2005-2014, Estratégias de Intervenção, Visão, Princípios, Prioridades, Objectivos, Objectivo Geral, Objectivos Específicos, Principais Intervencções Estratégicas, no horizonte 2015-2020

Projecções das necessidades em RHS e Cenários e Projecções das Necessidades de Dotação de Pessoal.

Ponto fraco: *Apesar dos esforços realizados na oferta de formação contínua constata-se que há domínios ainda não suficientemente cobertos e uma insuficiente coordenação, planificação, seguimento e avaliação das acções de formação. As formações requerem ser institucionalizadas, com carácter regular, obrigatório e necessitam ser consideradas na avaliação de desempenho anual dos profissionais de saúde. PNDS 2012-2016, pág.28.*

Pontos fracos: Assinalam-se ainda os constrangimentos identificados relativamente ao desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde:

- *Iniquidade na distribuição dos RHS quer a nível da pirâmide sanitária, quer a nível geográfico, como também a nível das estruturas que prestam cuidados;*
- *Dotação insuficiente de RHS;*
- *Equipas-tipo incompletas;*
- *Insuficiência da disponibilidade de equipas multidisciplinares para a prestação de cuidados;*
- *Inadequação do sistema de avaliação de desempenho;*
- *Inadequação entre o perfil requerido pelo posto e a formação profissional;*
-

Falta de definição de quadro de profissionais necessários por cada estrutura de saúde e também a nível central; • Dependência da cooperação técnica internacional em algumas áreas; • Deficiência do sistema de informação sobre os RHS; • Inexistência de formação médica e especializada no país; • Insuficiente política de motivação, retenção e fixação de técnicos; • Não programação atempada da substituição dos profissionais em situação de aposentação; • Inexistência de mecanismos objectivos de alocação, distribuição e integração de RHS; • Carta Sanitária desactualizada. Afigura-se como factor de instabilidade na gestão dos RHS com repercussões negativas no desempenho do sector a forte mobilidade dos técnicos particularmente dos médicos das Delegacias de Saúde para os Hospitais Centrais e vice-versa. PNDS 2012-2016, pág. 29.

Nos pontos seguintes o documento continua a assinalar um enunciado de aspectos que consideramos, em si mesmos, **pontos fortes**, isto é, aspectos que se constituem como bases claras para que em breve se criem os instrumentos legais para as dotações seguras em enfermagem. Esses pontos são:

Análise da Situação dos RHS e Balanço do PEDRHS 2005-2014, Análise da Situação actual dos RHS, Balanço PEDRHS 2005-2014, Estratégias de Intervenção, Visão, Princípios, Prioridades, Objectivos, Objectivo Geral, Objectivos Específicos, Principais Intervenções Estratégicas, Projecções das necessidades em RHS e Cenários, Projecções das Necessidades de Dotação de Pessoal. PNDS 2012-2016, pág. 29 a 39.

A partir da página 39 pode-se ler no documento os enunciados relativos aos eixos estratégicos orientadores, que consideramos **pontos fortes** pois constituem, em si mesmo, uma abordagem mais realista e concreta do que deve ser planeado, assim assinalar-se-á:

Pontos fortes:

Eixos Estratégicos Eixo 1- Formação

Eixo 1.1: Colaborar na programação da formação inicial na área da saúde, em articulação com o MESCI, com base nas necessidades previamente definidas pelo sector. Estratégias de intervenção: • Identificação das necessidades RHS do país; • Apoio ao MESCI na planificação da formação inicial na área da saúde, com base nas prioridades identificadas; • Estabelecimento de mecanismos de comunicação entre o sector de saúde e o MESCI, para o seguimento do processo de formação de técnicos na área da saúde.

Eixo 1.2: Reforço do acesso à formação de especialistas no país e no exterior, nas diferentes categorias profissionais de saúde, com base em necessidades previamente definidas.

Estratégias de intervenção: • Revisão das necessidades do país em formação especializada nas diferentes categorias profissionais, tendo em conta as prioridades actuais do SNS; • Fortalecimento da cooperação com países e instituições internacionais com vista a aumentar as ofertas de formação especializada nas diferentes categorias de profissionais de saúde; • Promoção de formação especializada no país, para diferentes categorias profissionais; • Reforço de parcerias com instituições nacionais de ensino superior.

Eixo 1.3: Reforço da formação contínua para as diferentes categorias profissionais, com base na avaliação das competências e nas prioridades definidas pelo SNS. Estratégias de intervenção: • Revisão das necessidades, elaboração e implementação de um plano de formação contínua, das diferentes categorias profissionais, tendo em conta as prioridades do SNS; • Identificação de parceiros estratégicos para a implementação do plano de formação; • Fortalecimento de cooperação com países e instituições, com vista a aumentar as ofertas de formação contínua nas diferentes categorias de profissionais de saúde; • Promoção da formação contínua no país, para diferentes categorias profissionais; • Reforço de parcerias com instituições nacionais de ensino superior, para a formação contínua; • Reforço intensivo da utilização das TIC's para a formação contínua.

Eixo 2 - Recrutamento e distribuição dos RHS Eixo 2.1: Aumento e diversificação do recrutamento dos RHS, em resposta às necessidades do sector e com base nas projecções já feitas. Estratégias de intervenção: • Previsão das necessidades dos RHS com base na definição de equipas-tipo no SNS; • Previsão anual de vagas, dotação orçamental e recrutamento, por categoria profissional e por especialidade.

Eixo 2.2: Melhoria da distribuição de RHS, nos diferentes níveis de prestação, com base nas normas e critérios de dotação de pessoal e o contexto socioeconómico, nomeadamente a disponibilidade de profissionais para a prestação de cuidados e profissionais da área da gestão.

Estratégias de intervenção:

- Distribuição dos efectivos em função das projecções feitas (por região/concelho/estrutura/serviços), com base em normas nacionais;
- Potenciação da telemedicina para racionalizar a distribuição de RHS e facilitar o acesso de cuidados de especialidade;
- Distribuição de RHS, para a constituição das equipas-tipo respeitando o princípio da equidade.

Eixo 2.3: Adequação dos perfis profissionais com base nas necessidades do SNS.

Estratégias de intervenção:

• Revisão e adaptação do conteúdo funcional e reconversão profissional com base no perfil epidemiológico do país; • Advocacia para a reintrodução da figura do pessoal de apoio à enfermagem (auxiliar de enfermagem) no Serviço Nacional de Saúde; • Revisão do conteúdo funcional das diferentes categorias profissionais, que responda às especificidades de cada nível de atenção.

Eixo 3 - Gestão dos RHS Eixo 3.1: Adequação da gestão de RHS às prioridades sanitárias e ao desenvolvimento do SNS. Estratégias de intervenção:

• Formação e/ou recrutamento de profissionais na área de Gestão/Administração de Saúde; • Dotação das estruturas de saúde de serviço específico de gestão de RHS com pessoal qualificado (Hospitais Centrais, Hospitais Regionais e/ou Regiões Sanitárias); • Definição do perfil e competências do administrador de saúde; • Regulamentação da equipa-tipo de saúde nos diferentes níveis de prestação; • Implementação do novo Sistema de Avaliação de Desempenho; • Definição, aprovação e publicação de quadro de pessoal do Ministério da Saúde; • Definição, aprovação e publicação das carreiras de técnicos de Saúde; • Revisão, aprovação e publicação das carreiras médicas e de enfermagem; • Integração da carreira de saúde pública dentro das carreiras.

Eixo 4 -Motivação e retenção de quadros Eixo 4.1: Criação e implementação de incentivos (financeiros e não financeiros) para a fixação e motivação dos profissionais de saúde.

Estratégias de intervenção: • Implementação do plano de desenvolvimento de carreiras, conforme a legislação em vigor; • Melhoria de condições de trabalho nomeadamente com a implementação da Lei de Modernização Administrativa; • Definição de critérios para o acesso e/ou financiamento à formação contínua e especializada.

Eixo 5 - Legislação (carreiras de pessoal de saúde e instrumentos de gestão de RHS)Eixo 5.1: Regulamentação e implementação do pacote legislativo relativo à gestão de RHS.

Estratégias de intervenção: • Regulamentação dos suplementos remuneratórios aos profissionais de saúde que prestam serviços em zonas isoladas, previsto nas leis nº148/IV/95 e 149/IV/95 respectivamente, nas carreiras médicas e de enfermagem (a definir o conceito de zonas isoladas); • Legislação da atribuição de suplemento remuneratório a outras categorias profissionais que prestam serviços em zonas isoladas (a definir); • Legislação de carreiras para os outros técnicos de saúde; • Legislação da classificação das Delegacias de Saúde segundo o nível de complexidade.

Eixo 6 -Investigação em RHS Eixo 6.1: Definição e implementação das prioridades de investigação na área de RHS.

Estratégias de intervenção: • Promoção de uma cultura de investigação na área de RH, no sector e em outras instituições de investigação com intervenção na saúde • Integração da investigação sobre RHS na agenda de investigação do INSP; • Reforço de parcerias com instituições de investigação para implementação de projectos na área de RHS; • Identificação e divulgação de boas práticas e intervenções inovadoras.

Eixo 7 - Sistema de Informação de RHS Eixo 7.1: Disponibilização de informações atempadas, fíáveis e pertinentes, para a gestão dos RHS.

Estratégias de intervenção: • Criação de um sistema de informação de RHS integrado no SIS; • Definição de indicadores de planificação, seguimento e avaliação de RHS; • Criação de um “Observatório de RHS” integrado no “Observatório Nacional de Saúde”; • Adequação do sistema de informação de RH da administração pública às necessidades de gestão do RHS.

Consideramos ainda **pontos fortes** o enunciado no documento acerca da mobilização do Ministério da Saúde e seus parceiros

O Ministério da Saúde deverá mobilizar os parceiros de desenvolvimento para apoiar na execução, no seguimento e na avaliação do plano.

Ponto forte: *Monitorização e Avaliação, a monitorização e avaliação dos RHS exige uma boa colaboração entre o Ministério da Saúde e outros sectores que possam ser fontes seguras de informações, principalmente, o Instituto Nacional de Estatística; o Ministério das Finanças e do Planeamento; a Secretaria de Estado da Administração Pública; o Ministério de Ensino Superior, Ciência e Inovação; as Ordens e as Associações Profissionais. Uma monitorização e avaliação eficaz dos RHS requerem a existência de um conjunto básico de indicadores, de modo a informar as autoridades nacionais e outros intervenientes sobre a execução do plano.*

O Serviço de Planeamento, Seguimento, Avaliação e Cooperação é o órgão responsável pelo seguimento do Plano Estratégico Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde/PEDRHS 2015-2020, em articulação com os demais serviços do Ministério da Saúde. A monitorização do progresso de execução do plano é feita, anualmente, através do balanço dos planos de actividade do Serviço de Gestão de Recursos Humanos, do Serviço de Planeamento, Seguimento, Avaliação e Cooperação e de outros intervenientes nesta matéria. Avaliação do PEDRHS 2015/2020 Uma vez obtidos os dados basilares, estabelece-se uma estrutura de avaliação com objectivos periódicos para a análise de alteração e o progresso ao longo do

tempo, isto é, verificar se as actividades foram implementadas na direcção correcta, de acordo com os planos originais e os objectivos estratégicos.

Ponto forte: *A avaliação do PEDRHS será feita através de: 1. Avaliação anual e a meio percurso; 2. Avaliação final, no segundo semestre de 2020.* Na Avaliação anual, sendo avaliações internas de execução dos planos de actividades anuais do Ministério da Saúde, serão feitas com base nos seguintes relatórios: • Relatório de Actividades do SGRH; • Relatório Estatístico do MS; • Relatórios de parceiros de formação dos profissionais de saúde; • Base de dados de RHS; • Mapa de indicadores. Avaliação a meio percurso Uma avaliação mista (interna e externa) será feita em conjunto com os parceiros e departamentos governamentais afins no final de 2016, tendo em consideração o término da vigência do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016.

Serão utilizados os seguintes instrumentos: • Indicadores de resultados, relacionados com intervenções programadas: taxas de realização das entradas (inputs) e das saídas (outputs); • Indicadores de cobertura, relacionados com as actividades prioritárias (eixos estratégicos); • Relatório de avaliação do PNDS 2012-2016. Avaliação final A avaliação final será feita com a participação dos parceiros de implementação e de desenvolvimento, através de uma análise quantitativa e qualitativa. A análise quantitativa dos resultados será direccionada à cobertura e ao impacto das acções programadas. A análise qualitativa consistirá em medir o grau de satisfação dos RHS. Os indicadores de avaliação final são de resultados e de cobertura. (Ver anexo 6 – Eixos, Objectivos e Estratégias de Intervenção).

Ponto forte com limitações: *Necessidades actuais e futuras em RHS* No processo de elaboração do PEDRHS 2015-2020 foram consultadas vários documentos para a definição e a projecção das necessidades de RHS para o SNS, nomeadamente, a Política Nacional de Saúde no horizonte 2020 e o PNDS 2012 - 2016. Para as orientações técnicas, foram considerados vários estudos e métodos. A carga de trabalho como indicador das necessidades de pessoal (INP), (WHO/HRB/98.2, 1998); é utilizada como instrumento para calcular e avaliar a necessidade de recursos humanos na saúde. Neste trabalho foi adoptado o sistema de classificação do doente (Mário Chaves, 1993), que define o grau de dependência de um doente do profissional de saúde, com a utilização do Índice de Segurança Técnica (IST), para cobrir as ausências do pessoal por, faltas, férias, entre outros, nunca inferior a 15% das necessidades e incluindo a desagregação dos seguintes níveis de cuidados: • Assistência mínima/auto-cuidado: doentes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente auto-

suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas (3 horas/dia de enfermagem). • *Assistência intermediária: doentes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, requerendo avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de saúde, para o atendimento das necessidades humanas básicas.* • *Assistência semi-intensiva: doentes recuperáveis, sem risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (8 horas/dia de enfermagem).* • *Assistência intensiva: pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (15,8 horas/dia de enfermagem).* Este método foi adoptado com as devidas adaptações no contexto do desenvolvimento do país. O Escritório Regional da OMS (2008) estabelece os princípios que devem nortear os planos nacionais de recursos humanos em saúde. O relatório CPI 2009 (Cooperação Espanhola) faz uma avaliação da dependência externa de Cabo Verde, analisa as transferências de doentes e propõe mecanismos para a optimização do sistema hospitalar, sobretudo em relação aos Recursos Humanos Especializados, (CPI 2009). O Relatório (PALOP / WHO, 2010) faz uma análise de Recursos Humanos da Saúde nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

Consideramos um **ponto forte**, conforme se pode ver a partir da página 49 a 53, surgem as projecções sobre as Necessidades actuais e futuras em RHS, em enfermagem, são colocadas as fórmulas de cálculo de necessidades de enfermeiros *nos serviços de internamento, Necessidade de enfermeiros para a Unidade de Cuidados Intensivos, Necessidade de enfermeiros para o Serviço de Urgência, enfermeiros instrumentistas para o turno de Urgência/sala cirúrgica, Necessidade de enfermeiros para os Serviços de Neonatologia.*

Necessidade de Enfermeiros

Necessidade de enfermeiros para os serviços de internamento

➤ **Fórmula de cálculo**

$$\text{N. Enf} = \frac{\text{Número de leitos (\%de ocupação)} \times \text{Hs.de enf.} \times \text{dias Mês}}{\text{Jornada mensal de trabalho}}$$

Necessidade de enfermeiros para a Unidade de Cuidados Intensivos (UTI)

➤ **Fórmula de cálculo**

$$\text{N}^\circ \text{ Enf} = \frac{\text{Número de Camas de Cuidados intensivos (\% de ocupação)} \times \text{N}^\circ \text{ enfermeiro/sala} \times \text{dias}}{\text{Mês}}$$

Jornada mensal de trabalho

Necessidade de enfermeiros para os Serviços de Neonatologia

Para cada 1000 partos, são necessárias 4 camas de Neonatologia para os Hospitais Regionais, 7 para HAN e 5 para o HBS.

Hospitais Centrais nível III e Hospitais Regionais nível II.

➤ **Fórmula decálculo**

$$\text{N}^\circ \text{ Enf} = \frac{\text{Número de Camas de Neonatologia (\% de ocupação)} \times \text{N}^\circ \text{ enfermeiro/sala} \times \text{dias}}{\text{Mês}}$$

Jornada mensal de trabalho

Necessidade de enfermeiros instrumentistas

3 enfermeiros por sala operatória funcional e cirurgias electivas.

➤ **Fórmula de cálculo**

$$\text{N}^\circ \text{ Enf} = \frac{\text{Número de Salas operatórias (\% de ocupação)} \times \text{N}^\circ \text{ enfermeiro por sala} \times \text{dias}}{\text{Mês}}$$

Jornada mensal de trabalho

Necessidade de enfermeiros para o Serviço de Urgência

3 enfermeiros instrumentistas para o turno de Urgência/sala cirúrgica.

➤ **Fórmula de cálculo**

$$\text{N}^\circ \text{ Enf} = \frac{\text{Número de Salas operatórias (\% de ocupação)} \times \text{N}^\circ \text{ enfermeiro por sala} \times \text{dias}}{\text{Mês}}$$

Jornada mensal de trabalho

É de realçar que estes cálculos e fórmulas foram baseadas, conforme se afirma no documento PEDRHS 2015-2020 na consulta de vários documentos para a definição e a projecção das necessidades de RHS para o SNS, nomeadamente, a Política Nacional de Saúde no horizonte 2020 e o PNDS 2012 - 2016. Para as orientações técnicas, foram considerados vários estudos e métodos. A carga de trabalho como indicador das necessidades de pessoal (INP),

(WHO/HRB/98.2, 1998); é utilizada como instrumento para calcular e avaliar a necessidade de recursos humanos na saúde. Também se assinala que no trabalho realizado foi adoptado o sistema de classificação do doente (Mário Chaves, 1993), que define o grau de dependência de um doente do profissional de saúde, com a utilização do Índice de Segurança Técnica (IST), para cobrir as ausências do pessoal por, faltas, férias, entre outros, nunca inferior a 15% das necessidades e incluindo a desagregação dos seguintes níveis de cuidados:

- *Assistência mínima/auto-cuidado: doentes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas (3 horas/dia de enfermagem).*
- *Assistência intermediária: doentes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, requerendo avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de saúde, para o atendimento das necessidades humanas básicas.*
- *Assistência semi-intensiva: doentes recuperáveis, sem risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (8 horas/dia de enfermagem).*
- *Assistência intensiva: pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (15,8 horas/dia de enfermagem). Este método foi adoptado com as devidas adaptações no contexto do desenvolvimento do país. O Escritório Regional da OMS (2008) estabelece os princípios que devem nortear os planos nacionais de recursos humanos em saúde.*

Síntese da leitura do documento 3

- **Ponto forte:** *O presente plano estratégico visa **responder às necessidades de saúde da população cabo-verdiana**, face à transição demográfica e epidemiológica, que coloca novos problemas que o Serviço Nacional de Saúde terá de resolver tendo em conta o desafio da qualidade, da diferenciação, cada vez mais especializada, dos RHS e do reforço dos cuidados primários de saúde. O plano visa ainda promover a equidade na distribuição dos RHS e o acesso universal aos serviços de saúde.*

- **Ponto forte:** *Apresenta em seguida a Contextualização Económico-social, Geografia, População, Política, Sistema Nacional de Saúde, Principais problemas de saúde em Cabo Verde, Orçamento do Ministério da Saúde, Evacuações Sanitárias, de uma forma clara e objectiva.*

- **Ponto forte:** *Formação, colaborar na programação da formação inicial na área da saúde, em articulação com o MESCI, com base nas necessidades previamente definidas pelo sector.*

Reforço do acesso à formação de especialistas no país e no exterior, nas diferentes categorias profissionais de saúde, com base em necessidades previamente definidas. Reforço da formação contínua para as diferentes categorias profissionais, com base na avaliação das competências e nas prioridades definidas pelo SNS.

- Ponto forte: *Melhoria da distribuição de RHS, nos diferentes níveis de prestação, com base nas normas e critérios de dotação de pessoal e o contexto socioeconómico, nomeadamente a disponibilidade de profissionais para a prestação de cuidados e profissionais da área da gestão.*

- Ponto forte: *Adequação dos perfis profissionais com base nas necessidades do SNS.*

Estratégias de intervenção:

- Ponto forte: *Adequação da gestão de RHS às prioridades sanitárias e ao desenvolvimento do SNS.*

- Ponto forte: *Criação e implementação de incentivos (financeiros e não financeiros) para a fixação e motivação dos profissionais de saúde.*

- Ponto forte: *Sistema de Informação de RHS através de disponibilização de informações atempadas, fiáveis e pertinentes, para a gestão dos RHS.*

Ponto forte: *Monitorização e Avaliação, a monitorização e avaliação dos RHS exige uma boa colaboração entre o Ministério da Saúde e outros sectores que possam ser fontes seguras de informações, principalmente, o Instituto Nacional de Estatística; o Ministério das Finanças e do Planeamento; a Secretaria de Estado da Administração Pública; o Ministério de Ensino Superior, Ciência e Inovação; as Ordens e as Associações Profissionais. Uma monitorização e avaliação eficaz dos RHS requerem a existência de um conjunto básico de indicadores, de modo a informar as autoridades nacionais e outros intervenientes sobre a execução do plano.*

Ponto forte: *A avaliação do PEDRHS será feita através de: 1. Avaliação anual e a meio percurso; 2. Avaliação final, no segundo semestre de 2020. Apresenta os indicadores a serem usados na avaliação.*

Ponto forte: *Definição das Necessidades actuais e futuras em RHS através da consulta de vários documentos como: a Política Nacional de Saúde no horizonte 2020 e o PNDS 2012 - 2016. Para as orientações técnicas, foram considerados vários estudos e métodos. A carga de trabalho como indicador das necessidades de pessoal (INP), (WHO/HRB/98.2, 1998); é utilizada como instrumento para calcular e avaliar a necessidade de recursos humanos na saúde. Neste trabalho foi adoptado o sistema de classificação do doente (Mário Chaves, 1993), que define o grau de dependência de um doente do profissional de saúde, com a utilização do Índice de Segurança Técnica (IST), Este método foi adoptado com as devidas adaptações no*

contexto do desenvolvimento do país. **O Escritório Regional da OMS (2008)** estabelece os princípios que devem nortear os planos nacionais de recursos humanos em saúde. **O relatório CPI 2009 (Cooperação Espanhola)** faz uma avaliação da dependência externa de Cabo Verde, analisa as transferências de doentes e propõe mecanismos para a optimização do sistema hospitalar, sobretudo em relação aos Recursos Humanos Especializados, (CPI 2009). **O Relatório (PALOP / WHO, 2010) faz uma análise de Recursos Humanos da Saúde nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa**

Ponto forte: as projecções sobre as Necessidades actuais e futuras em RHS, em enfermagem, são colocadas as fórmulas de cálculo de necessidades de enfermeiros nos serviços de internamento, Necessidade de enfermeiros para a Unidade de Cuidados Intensivos, Necessidade de enfermeiros para o Serviço de Urgência, enfermeiros instrumentistas para o turno de Urgência/sala cirúrgica, Necessidade de enfermeiros para os Serviços de Neonatologia, Necessidade de enfermeiros para os Serviços de Neonatologia trabalho

- **Ponto fraco:** Apesar dos esforços realizados na oferta de formação contínua constata-se que há domínios ainda não suficientemente cobertos e uma insuficiente coordenação, planificação, seguimento e avaliação das acções de formação. As formações requerem ser institucionalizadas, com carácter regular, obrigatório e necessitam ser consideradas na avaliação de desempenho anual dos profissionais de saúde. PNDS 2012-2016, pág.28.

Pontos fracos: Assinalamos ainda os constrangimentos identificados relativamente ao desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde:

- Iniquidade na distribuição dos RHS quer a nível da pirâmide sanitária, quer a nível geográfico, como também a nível das estruturas que prestam cuidados;
- Dotação insuficiente de RHS;
- Equipas-tipo incompletas;
- Insuficiência da disponibilidade de equipas multidisciplinares para a prestação de cuidados;
- Inadequação do sistema de avaliação de desempenho;
- Inadequação entre o perfil requerido pelo posto e a formação profissional;
- Falta de definição de quadro de profissionais necessários por cada estrutura de saúde e também a nível central;
- Dependência da cooperação técnica internacional em algumas áreas;
- Deficiência do sistema de informação sobre os RHS;
- Inexistência de formação médica e especializada no país;
- Insuficiente política de motivação, retenção e fixação de técnicos;
- Não programação atempada da substituição dos profissionais em situação de aposentação;
- Inexistência de mecanismos objectivos de alocação, distribuição e integração de RHS;
- Carta Sanitária desactualizada. Afigura-se como factor de instabilidade na gestão dos RHS com repercussões negativas no desempenho do sector a forte mobilidade dos técnicos

particularmente dos médicos das Delegacias de Saúde para os Hospitais Centrais e vice-versa.
PNDS 2012-2016, pág. 29.

Ponto fraco e forte: Pelo que é referido neste documento PEDRHS 2015-2020, não foram consultados documentos existentes desde 2006 sobre dotações seguras em cuidados de enfermagem, que se irão analisar nas fichas 4 e 5.

Visto que além dos documentos serem mais recentes, relativos à profissão de enfermagem não terem sido consultados, acrescentaremos que o facto de não existir uma Ordem dos Enfermeiros de Cabo Verde é muito significativo para que um documento legal sobre dotações seguras em Enfermagem, não tenha sido proposto, o que como se sabersá muito em breve uma realidade muito positiva, a criação da referida Ordem.

No entanto considerar-se-á que este documento introduz aspectos muito importantes e que serão uteis no futuro para a constituição de um documento legal sobre as dotações seguras em enfermagem em Cabo Verde.

FICHA DE LEITURA DOCUMENTAL Nº4

REFERÊNCIA DO DOCUMENTO: Conselho Internacional de Enfermagem (ICN, 2006).
Dotações Seguras em Enfermagem Salvam Vidas, Genebra, ICN.

Termos - chave a pesquisar no documento:

Recursos humanos em saúde

Recursos em enfermagem

Rácios de enfermeiros por habitantes

Rácios de médicos por habitantes

Rácios de Enfermeiros por Médicos

Indicadores de saúde

Dotações seguras em enfermagem

Qualidade de cuidados de enfermagem

Qualidade de cuidados em saúde

Em primeiro lugar deve-se dizer que os termos a pesquisar no documento, Recursos humanos em saúde, Recursos em enfermagem, Rácios de enfermeiros por habitantes, Rácios de médicos por habitantes, Rácios de Enfermeiros por Médicos, Indicadores de saúde, Dotações seguras em

enfermagem, Qualidade de cuidados de enfermagem, Qualidade de cuidados em saúde surgem focados no documento.

Será descrito em seguida o trabalho realizado, que constitui o processo de análise documental de todo o documento, e que se traduz na elaboração de uma ficha de leitura documental, com a apresentação de pontos fortes e pontos fracos, isto é os que sugerem elementos que favorecerão uma futura documentação legal sobre dotações seguras em enfermagem, ou os que se sugerem como limitadores de tal criação, claro que após as leituras flutuantes, se considerou que se estavam condições de apresentar as fichas críticas e reflexivas documentais.

Leitura crítica e reflexiva

Apresentação de pontos fortes e pontos fracos:

Um **Ponto forte** que se regista é que se faz **uma revisão do conceito de dotações seguras em enfermagem, assinalando o percurso histórico em que tem sido desenvolvido.**

O documento assinala que o conceito das dotações seguras emergiu em resultado das alterações ao sistema de cuidados de saúde em todo o mundo.

Referenciamos a título de exemplo a seguinte citação:

A prestação de cuidados de saúde é encarada pela maior parte dos países como sendo uma prioridade. O grau de responsabilidade pelos serviços de saúde e o conceito de prestação de cuidados estão na linha da frente da maior parte das discussões políticas. No entanto, a responsabilidade torna-se difícil quando há um fornecimento inadequado em pessoal de cuidados de saúde, tal como no caso dos enfermeiros. Em África, por exemplo, a falta de enfermeiros é uma questão continuamente debatida em jornais e revistas, mas há pouca resolução ao nível nacional. O conceito das dotações seguras emergiu em resultado das alterações ao sistema de cuidados de saúde em todo o mundo. É interessante, contudo, que haja poucas definições que aliem o conceito de segurança com as dotações. A Federação Americana de Professores (1995) declara: “As dotações seguras significam está disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidado dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos.”...

As práticas de dotações seguras incorporam a complexidade das actividades e intensidades de enfermagem; os níveis variáveis de preparação, competência e experiência dos enfermeiros; o desenvolvimento do pessoal de cuidados de saúde; apoio da gestão de saúde aos níveis

operacional e executivo; ambiente contextual e tecnológico das instalações; apoio disponível dos serviços; e a prestação de protecção a quem comunique situações anómalas. Pág. 5 e 6.

Por que são importantes as dotações seguras?

O movimento pela segurança dos doentes

Ponto forte: O documento assinala de forma exaustiva a importância das dotações seguras e faz uma associação ao movimento da segurança dos doentes.

Ilustramos este ponto com a seguinte citação: O movimento pela segurança dos doentes é importante porque se concentra numa diversidade de indicadores de saúde. É uma área muito vasta que foi legitimada através da documentação de eventos adversos resultantes dos cuidados tipicamente prestados nos ambientes hospitalares. Os eventos adversos, tais como quedas, erros de medicação e cirurgias inadequadas, foram documentados como sendo factores que aumentavam a morbilidade e mortalidade dos doentes. Pág.7

Ponto forte: No documento é reforçada a associação do conceito de dotações seguras à **Saúde ocupacional: a saúde dos enfermeiros.**

Um registo que se ilustra no documento diz: *os ambientes de trabalho contemporâneos incluem uma pressão e stress profissionais aumentados, que resultam de preocupações sobre a segurança profissional, segurança no local de trabalho, apoio dos gestores e colegas, controlo sobre a prática, horário de trabalho, liderança e dotações inadequadas. verificou-se que os rácios elevados doente-enfermeiro estavam associados a um risco aumentado de exaustão emocional e insatisfação com o emprego actual. Os enfermeiros que trabalham continuamente em horas extraordinárias ou que trabalham sem apoios adequados tendem a ter um maior absentismo e pior saúde. Pág. 13.*

Um outro aspecto que se considerou um **ponto forte** é ser assinalada a **Responsabilidade profissional** onde os enfermeiros se sentem frequentemente comprometidos em situações de cuidados aos doentes nas quais não existe pessoal adequado. A condição de ser responsável por, ou estar sujeito a algo, estar apto ou ter a probabilidade de fazer algo; aquilo por que alguém é responsável; um atributo ou traço que coloca alguém em desvantagem; por conseguinte, alguém ou algo que constitui um fardo ou uma desvantagem, uma dificuldade.

Para ilustrar este aspecto será apresentada a citação: *Houve casos de enfermeiros que foram considerados como culpados pelos resultados dos cuidados que prestaram. A questão da responsabilidade concentra-se em aspectos de cuidados que incluem o indivíduo, bem como a*

equipa. Portanto, independentemente da situação (ou seja, do contexto em que os erros ocorrem), o enfermeiro é responsável. As dotações seguras constituem portanto um elemento crítico para os enfermeiros, já que têm impacto sobre a sua capacidade para efectuar cuidados adequados. A responsabilidade aumenta num contexto clínico no qual haja infra-estruturas e dotações inadequadas. Em muitos ambientes de cuidados de saúde, a falta de pessoal pode ser uma questão de fornecimento (ou seja, o país não estar a produzir profissionais de saúde em número suficiente para suportar o sistema). Ocorre uma situação alternativa quando os profissionais estão a migrar a um ritmo mais rápido do que aquele ao qual o país está a produzir novos enfermeiros. Pág. 14.

Oportunidades

Neste aspecto dever-se-á assinalar como **forte** que como é assinalado no documento:

Segundo a Associação de Enfermeiros da Califórnia (California Nurses Association, CNA; n.d.), os hospitais com níveis seguros de dotações podem conseguir poupanças financeiras consideráveis. Os resultados das dotações inadequadas relativamente aos custos adicionais decorriam das maiores taxas de rotação de enfermeiros e na necessidade de contratar enfermeiros a título temporário. O investimento a longo prazo no pessoal a tempo inteiro origina poupanças de custos tanto no recrutamento como na retenção. As dotações seguras mostraram repetidamente contribuir para melhores resultados dos doentes, o que, em última instância, se manifesta em custos reduzidos de saúde para os indivíduos, as famílias e as comunidades e em receitas aumentadas de impostos, uma vez que os doentes regressam à força de trabalho activa. Pág.15.

O **ponto forte** que aborda a **combinação de competências**: clarificação dos papéis é ilustrada pela seguinte citação:

Os erros na combinação de enfermeiros poderão levar a erros clínicos, que poderão por sua vez resultar em resultados adversos para o doente e para a organização (Associação Canadiana de Enfermagem; Canadian Nurses Association 2003). É necessária uma maior colaboração aos níveis local e nacional para aumentar a compreensão das contribuições de diversos profissionais e voluntários de saúde. O documento procura endereçar: indicações de medidas no que respeita à investigação para a combinação de pessoal; estruturas e instrumentos para a tomada de decisão; rácios legislados de dotações; e desafios nas tomadas de decisão adequadas no que respeita à combinação de pessoal. Pág.15.

Ponto forte: Neste documento é apresentado de forma clara **a relação entre as dotações seguras e as restrições económicas.**

Como ilustraremos com a seguinte citação: *Os sistemas de cuidados de saúde são dispendiosos. Há muitos interesses que competem pelo dinheiro destinado à saúde e os países diferem no seu investimento nas questões de saúde. Em larga medida, os custos esmagadores incluem os serviços farmacêuticos, tecnologia e medicina. O dinheiro que resta vai para instituições e cuidados comunitários nos quais estão inseridos os cuidados de enfermagem e as dotações seguras. Porque o contexto de dotações seguras está inserido num vasto espectro de preocupações com custos, as dotações seguras poderão não receber a atenção adequada a menos que sejam emparelhadas com a segurança dos doentes. ...Os hospitais recebem poucos benefícios por aumentarem a sua qualidade nos cuidados, mas o resultado disso poderá consistir em gastos elevados. Em resultado, ainda que maiores dotações de enfermeiros possam beneficiar o cuidado dos doentes, os custos associados a ter mais enfermeiros ultrapassam os ganhos para os hospitais. No entanto, fontes de custos, tais como o absentismo, rotação de pessoal e morbilidade e mortalidade mais elevadas têm de ser consideradas como um custo global e contínuo para o sistema e a sociedade.* Pág.19.

Um outro **ponto forte** é o que realça que a falta de instrumentos eficazes de medição da carga laboral pois durante muitos anos, a enfermagem lutou por quantificar o trabalho dos enfermeiros.

Para ilustrar este ponto incluíremos a seguinte citação:

... Não há dúvida de que questões tais como a do trabalho em equipas multidisciplinares de cuidados de saúde e a questão em evolução das contribuições do doente e da família contribuem ainda mais para aumentar a indefinição na discussão de quem faz o quê. Pág.20.

Os documentos que vimos a fazer uma síntese reflexiva, apresenta como **ponto forte** o facto de clarificar aspectos associados a **como fazer para incrementar as dotações seguras** em enfermagem, dando ênfase à **legislação** e ao **juízo profissional**, como é assinalado na citação seguinte:

Legislação

Alguns países conseguiram decretar legislação para melhorar as dotações seguras para os enfermeiros...

Uma outra abordagem para assegurar as dotações adequadas para a enfermagem consiste na legislação de rácios de dotações seguras (ICN n.d.). Os rácios consistem no número máximo

de doentes que podem ser atribuídos a um enfermeiro (no original: registered nurse, RN) durante um turno e variam segundo as unidades de cuidados de emergência (CNA 2003)... Alguns autores tentaram quantificar o pessoal necessário para o espectro de problemas dos doentes, mas este cálculo é considerado complexo. Revê-se um algoritmo que se baseia no julgamento profissional, uma fórmula para calcular o número de enfermeiros por turno, o método do número de enfermeiros por cama ocupada, o método da qualidade da acuidade, o método tempo/tarefa/actividade e o método de análise de regressão. Todos estes métodos requerem dados e documentação consideráveis e poderão ser difíceis em ambientes que já estão comprometidos em termos de dotações adequadas.

Juízo profissional

Ao invés de legislar rácios de dotações seguras, alguns autores sugerem que as organizações deveriam identificar a sua própria definição de dotações seguras, com base em variáveis tais como a acuidade dos doentes os valores dos rácios e a combinação do pessoal. A ANA apoia também o juízo profissional na determinação das dotações seguras, tal como demonstrado na sua legislação para as dotações seguras que culminou na Lei para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Quality Nursing Care Act) de 2004. Esta lei baseia-se nos Princípios para as Dotações Seguras da ANA (ANA's Principles for Nurse Staffing), que advogam que os sistemas de dotações seguras requerem a contribuição de enfermeiros (no original: registered nurse, RN) para os cuidados directos, juntamente com a consideração do número de doentes, experiência dos enfermeiros na unidade, gravidade do estado dos doentes e disponibilidade dos sistemas e recursos de apoio (ANA 1999; Artz 2005; Donnellan 2003; "Safe Staffing Initiatives" 2004). Esta abordagem permitiria a consideração da diversidade de prestadores de cuidados que possam estar disponíveis em ambientes distintos. Pág.21-22.

Encontra-se ainda o **ponto forte** que assinala o **papel das estruturas profissionais**, como se ilustra na citação seguinte:

Os enfermeiros, individualmente, podem encontrar-se numa situação na qual não disponham de uma estrutura adequada "no país" para suportar a procura de dotações adequadas... Numa situação ideal, poderá haver estruturas regulamentares, linhas de orientação para a prática profissional e linhas de orientação para as melhores práticas ao nível local; todas estas reforçam a importância dos cuidados de enfermagem e a necessidade de suportes adequados, ambientais e de pessoal (Pan American Health Organization 2004; OMS 2002). Na ausência

destes suportes, os enfermeiros têm que contar com a documentação externa para reforçar a sua argumentação para dotações mais seguras. Pág. 25.

*Um **ponto forte** a assinalar é o que se refere ao **papel das associações nacionais de enfermagem (ANEs).***

No documento refere-se: As associações nacionais de enfermagem (ANEs) têm influência no estabelecimento de agendas locais, nacionais e internacionais. Identificam áreas prioritárias de preocupação e falhas na informação. Estabelecem contactos com instituições de ensino e investigação, servindo assim como fonte inestimável de dados ou de especialização e por vezes liderando o esforço de investigação. As associações de enfermagem são parceiros sociais credíveis, bons candidatos a bolsas de financiamento para a recolha de dados e a análise da situação.

...Tomada de medidas

Os líderes de enfermagem com iniciativa têm conhecimento sobre as realidades no campo e são peritos na resolução de problemas. As partes interessadas no sector da saúde e os enfermeiros procuram nas ANEs orientações e estratégias eficazes para procurarem endereçar a falta crítica de enfermeiros sentida em muitos sistemas de saúde em todo o mundo. As ANEs introduziram processos de acreditação para as organizações de cuidados de saúde, tendo as dotações seguras como um dos critérios. A sua tomada de medidas gerou uma nova função para as ANEs, que desempenham agora um papel mais alargado no sector da saúde. Os representantes das ANEs tendem a ser membros activos da direcção do organismo nacional de regulamentação. Nalguns casos, as ANEs poderão funcionar como organismos nacionais de regulamentação para os enfermeiros e a enfermagem. Nesta qualidade, desenvolvem estruturas que apoiam a segurança dos doentes, que deverão incluir as dotações adequadas e estabelecer o papel das associações nacionais de enfermagem 28 mecanismos de monitorização e aplicação de medidas para dotações adequadas. Podem ser recolhidos do registo dados valiosos sobre os fluxos de entrada e de saída nesta qualidade, no caso de este ser um registo “ao vivo”. Pág.27.

Advocacia, no sentido de defesa, é um outro **ponto forte** que é ilustrado pela seguinte citação:

As ANEs desempenham um papel crucial na advocacia para os ambientes de trabalho saudáveis e para as práticas de dotações seguras. Tal poderá ocorrer a nível nacional ou na qualidade de grupo de interesse/ especialidade...As suas recomendações baseiam-se em estudos que demonstram taxas aumentadas de morbilidade e mortalidade dos doentes quando não estão disponíveis dotações adequadas. Pág.28.

No mesmo sentido consideramos **pontos fortes** que se referem à **Representação e Negociação** que as ANEs podem desenvolver, com se vê na seguinte citação:

Num ambiente no qual o litígio está a aumentar, os enfermeiros vêem-se legalmente e por vezes financeiramente responsáveis por eventos adversos originados por sistemas de saúde deficiente (p. ex. com falta de pessoal), e não por negligência ou pelo erro de qualquer indivíduo em particular. As ABES têm a responsabilidade de representar e defender os seus membros, quer no tribunal, quer no organismo de regulação. Algumas associações têm sido capazes de introduzir legislação relativa aos informantes – protecção legal para o pessoal que denuncia práticas inseguras quando as tentativas internas para a correcção de problemas no local de trabalho não tiveram sucesso – prestando assim assistência antes da ocorrência de uma crise.

Negociação

Em termos das faltas de enfermeiros críticos, o planeamento dos recursos humanos é frequentemente citado como sendo uma das primeiras medidas necessárias para mudar a situação. As ANEs têm um papel crítico a desempenhar ao darem voz aos enfermeiros e à enfermagem, negociando um fornecimento adequado de enfermeiros a entrarem na prática activa (p. ex. estágios, subsídios e bolsas para estudantes) e fazendo pressão no sentido da existência de condições de trabalho que retenham os enfermeiros competentes no sector da saúde (p. ex. dotações seguras). Em todo o mundo, as ANEs estão envolvidas, quer directa quer indirectamente, na negociação da vida profissional dos enfermeiros. Os acordos colectivos em apoio de níveis de dotações seguras constituem instrumentos de vinculação legal que conduzem a cargas laborais viáveis, bem como à segurança dos doentes. A negociação tem lugar não apenas no contexto do trabalho mas também a nível do parlamento. Tal como mencionado, a legislação a nível regional e do estado introduziu medidas para o assegurar das dotações seguras. Tal, no entanto, não teria sido possível sem a negociação contínua e eficaz das ANEs interessadas. As dotações seguras exigem claramente uma abordagem multifacetada, com as ANEs a mobilizarem os seus recursos, bem como todos os seus contactos. Pág.28 e 29.

O documento assinala ainda algumas **recomendações** que são muito úteis, pelo que se considera um **ponto forte**, como se vê na citação:

As dotações inadequadas nalguns ambientes atingiram proporções de crise. A ênfase nas dotações seguras destacou muitas questões relacionadas com o cuidado dos doentes. Acumulam-se as evidências em apoio da exigência de pessoal de saúde adequado para a

prestação de cuidados de saúde polivalentes. Os ambientes de cuidados de saúde variam, mas a necessidade de dotações adequadas é partilhada. Esta necessidade vai além do mínimo necessário para a prestação de cuidados de padrões inferiores e reflecte a necessidade das dotações seguras para a prestação de cuidados óptimos. Abaixo, descreve-se um guia para o aumentar o apoio para as dotações seguras. As recomendações destinam-se às associações profissionais. 1. Determinar a extensão do problema; 2. Definir o que são as dotações seguras no contexto das necessidades dos doentes; 3. Recolher quaisquer dados relevantes; 4. Utilizar um instrumento de avaliação para refinar mais as questões; 5. Preparar um plano de comunicação que influencie a tomada de decisão; 6. Utilizar o conjunto de instrumentos para fornecer dados de enquadramento para apoiar as iniciativas relativas às dotações seguras; 7. Participar no planeamento dos recursos humanos para a saúde e no desenvolvimento de medidas ao nível governamental; 8. Apoiar estudos de avaliação de impacto, para que as consequências das alterações potenciais ou efectivas nas **Capítulo 7 Recomendações 32** *medidas sejam conhecidas em termos do pessoal ou das condições de trabalho, bem como em termos da segurança dos doentes; 9. Exercer pressão junto das entidades empregadoras no sentido de estas proporcionarem ambientes de trabalho saudáveis e dotações adequadas; 10. Educar o público relativamente à importância dos serviços de enfermagem; e 11. Trabalhar em iniciativas locais que promovam ambientes de trabalho saudáveis para os enfermeiros.* Pág.31-42.

Síntese da leitura do documento 4

O documento apresenta ainda diversos **pontos fortes**, como um **conjunto de instrumentos para o tema das dotações seguras salvam vidas**.

Ponto forte:No documento podem ler-se clarificações importantes sobre:Dotações seguras: o que podem fazer os enfermeiros; Princípios da Associação Americana de Enfermagem para as dotações seguras; Selecção e aplicação de métodos para a estimativa da dimensão e combinação das equipas de enfermagem; Segurança, higiene e saúde no trabalho para os enfermeiros, Posição do ICN; Segurança, higiene e saúde no trabalho para os enfermeiros, Posição do ICN; Segurança dos doentes, Posição do ICN.

Ponto forte: Assinalam-se factores que pode conduzir a eventos adversos, *ainda que as intervenções de cuidados de saúde se destinem a beneficiar o público, há um elemento de risco*

de que ocorram erros e eventos adversos devido à complexa combinação de processos, tecnologias e factores humanos relacionados com os cuidados de saúde.

Ponto forte: A clarificação do que é um evento adverso: *Um evento adverso pode ser definido como um dano ou lesão provocados pelo tratamento de uma doença ou estado de um doente por profissionais de saúde e não pela doença ou estado em si. As ameaças comuns à segurança dos doentes incluem os erros de medicação, infecções contraídas no hospital, exposição a elevadas doses de radiação e utilização de medicamentos falsificados.*

Ponto forte: Clarificação de factores além dos humanos que conduzem ou podem conduzir a eventos adversos: *Apesar dos erros humanos desempenharem um papel nos eventos adversos graves, há geralmente factores inerentes ao sistema que, se tivessem sido apropriadamente dirigidos, teriam prevenido os erros. Há uma evidência crescente de que os níveis institucionais inadequados de dotações estão correlacionados com o aumento nos eventos adversos, tais como quedas dos doentes, úlceras por pressão, erros de medicação, infecções hospitalares e taxas de readmissão que podem levar a estadias mais prolongadas no hospital e taxas de mortalidade hospitalar aumentadas.*

Ponto forte: Indicação de factores associados a falta de motivação: *As faltas de pessoal e o fraco desempenho do pessoal devido a pouca motivação ou a competências técnicas insuficientes são também determinantes importantes na segurança dos doentes. Os cuidados de saúde de fraca qualidade provocam um número substancial de eventos adversos com um sério impacto financeiro nas despesas com os cuidados de saúde.*

Ponto forte: Aborda **exemplos de rácios enfermeiro-doente**, que se revela muito útil para toda a profissão de Enfermagem..

FICHA DE LEITURA DOCUMENTAL Nº5

REFERÊNCIA DO DOCUMENTO:Portugal, Diário da República, 2.ª série - N.º 233 - 2 de Dezembro de 2014,Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 533/2014 Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

Termos - chave a pesquisar no documento:

Recursos humanos em saúde

Recursos em enfermagem
Rácios de enfermeiros por habitantes
Rácios de médicos por habitantes
Rácios de Enfermeiros por Médicos
Indicadores de saúde
Dotações seguras em enfermagem
Qualidade de cuidados de enfermagem e de saúde

Leitura crítica e reflexiva

Apresentação de pontos fortes e pontos fracos:

Ponto forte: *No quadro da promoção do desenvolvimento sustentável do Sistema de Saúde Português, considerando as características demográficas da população, as tecnologias de saúde e diversidade de métodos/metodologias de gestão, torna - se premente reflectir um modelo de organização de recursos humanos que garanta qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, contribuindo para o reforço dos cuidados de enfermagem, como há muito é preconizado internacionalmente.*

Ponto forte: *A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspectos 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.*

Ponto forte: *O cálculo da dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspectos como as competências profissionais, a arquitectura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar.*

Ponto fraco: *Considerando a importância desta matéria, a Ordem dos Enfermeiros divulgou em 2011 o “Guia de **Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde - Indicadores e Valores de Referência**”, que veio a revelar-se insuficiente como instrumento regulador.*

Ponto forte: *Apresenta-se a nova norma opta em que se pelo sistema que permite determinar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados, com recurso ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E), da Administração Central do Sistema de Saúde, cujas actualizações deverão passar a constituir referência nos cálculos realizados ao abrigo da presente Norma.*

Ponto forte: Âmbito de aplicação da norma das dotações seguras em enfermagem:

A presente norma tem âmbito nacional, aplicando-se a todo o território continental e regiões autónomas, nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no Sistema de Saúde Português, em instituições públicas, privadas, cooperativas e do sector social, nos termos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado em anexo à Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro.

Ponto forte: Fórmulas de cálculo e valores de referência para dotação de enfermeiros.

Pressupostos genéricos da Norma

Tendo em conta que não existe um método único para cálculo de dotação de enfermeiros, a presente Norma considera para os serviços de internamento o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que permite determinar as necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados, o qual possui uma base de dados nacional com cerca de 32 milhões de registos, decorrentes da informação produzida durante os 26 anos de existência deste programa. Para efeitos do cálculo do número de horas de trabalho considera-se que cada enfermeiro trabalha 261 dias por ano (365 dias anuais -104 (52×2) dias de fim - de semana) deduzindo ainda os dias para férias, feriados, formação e faltas. Assim, para a determinação do valor do número de horas de trabalho prestado por cada enfermeiro por ano, devem ser considerados os seguintes valores de referência com as devidas adaptações: a) Enfermeiro em regime de trabalho de 35 horas/semana — 1414 horas/ano — tendo por base as seguintes deduções: 26 dias (182 h) para férias (1) + 9 dias (63 h) para feriados (2) + 15 dias (105 h) para formação (3) + 8 dias (56 h) para faltas (4); b) Enfermeiro em regime de trabalho de 42 horas/semana (horário acrescido) (5) — 1697,4 horas/ano — tendo por base as seguintes deduções: 26 dias (218 h) para férias + 9 dias (75,6 h) para feriados + 15 dias (126 h) para formação + 8 dias (67 h) para faltas; c) Enfermeiro em regime de trabalho de 40 horas/semana

(Código do Trabalho) (6) — 1733 horas/ano - tendo por base as seguintes deduções: 22 dias (176 h) para férias (7) + 9 dias (72h) para feriados (8) + 4,375 dias (35 h) para formação (9) + 8 dias (64 h) para faltas. Esta diferença no número de horas de trabalho/ano resulta do facto de, a par dos trabalhadores com relação jurídica de emprego público integrados na carreira especial de enfermagem, existirem enfermeiros contratados ao abrigo do regime consagrado no Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro (10). Na determinação da dotação adequada de enfermeiros, as instituições de saúde devem utilizar os seus indicadores institucionais para preencher as variáveis “dias de férias” e “dias para faltas” (11). O mesmo se aplica para efeitos de determinação do período normal de trabalho prestado por cada enfermeiro por ano. Devem igualmente os enfermeiros mobilizados para funções de direcção e chefia, ser substituídos para manter a adequação das horas de cuidados de enfermagem às necessidades identificadas. De igual modo, as ausências prolongadas (maiores ou iguais a 30 dias) devem ser substituídas para garantir a manutenção da adequação das horas de cuidados às necessidades dos cidadãos. Para as dotações que a seguir se apresentam em cada um dos contextos de prestação de cuidados foi tida em conta a legislação aplicável já existente. **Cuidados de Saúde Primários (CSP):** Os CSP são o núcleo do sistema de saúde e devem desenvolver -se no centro das comunidades. A concepção da enfermagem comunitária centrada no trabalho com as famílias enquanto entidade responsável pela contínua prestação de cuidados, desde a concepção até à morte, envolve as intervenções no âmbito da promoção e da protecção da saúde, da prevenção da doença, da reabilitação e da prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou em estádios terminais de vida e, pela natureza dos cuidados que presta, actua adoptando uma abordagem sistémica e sistemática e em complementaridade funcional com outros profissionais. No que concerne aos CSP a enfermagem tem vindo a desenvolver e a afirmar a vertente familiar e comunitária, enquanto áreas prioritárias para o bem-estar e melhoria do estado de saúde das populações.

A.1 -Unidade de Saúde Familiar, para efeitos de fixação da dotação do número de enfermeiros necessários (EN) em cada Unidade de Saúde Familiar (USF), aplica -se o seguinte rácio: 1 - Enfermeiro/1.550 utentes ou 1 - Enfermeiro/350 famílias;

A.2 -Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, na fixação da dotação de pessoal de enfermagem que integra cada Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), considera- se adequado observar o seguinte rácio: 1 - Enfermeiro/1.550 utentes ou 1 - Enfermeiro/350 famílias

A.3- Unidade de Cuidados na Comunidade, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) assenta em equipas técnicas multidisciplinares constituídas por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, higienistas orais, terapeutas da fala, nutricionistas, em permanência ou em colaboração parcial (12).

Neste contexto, e considerando a especificidade destas unidades e o quadro legal aplicável, a UCC é dotada dos necessários recursos humanos que respondam às necessidades de saúde e sociais identificadas no diagnóstico de saúde e permitem assegurar o conjunto de actividades essenciais da sua missão e atribuições, explicitando no seu Plano de Acção, o compromisso assistencial, os objectivos, os indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, do desempenho assistencial, da qualidade e da eficiência. Em conformidade com a legislação aplicável, a dotação de enfermeiros da UCC é definida tendo como referência os seguintes parâmetros: A área geográfica dos Centros de Saúde que integram o ACES; A geodemografia da comunidade abrangida (dimensão, concentração e dispersão populacional); O diagnóstico de saúde da comunidade; As equipas domiciliárias da RNCCI que a integram [Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Equipas Comunitárias Suporte Cuidados Paliativos (ECSCP)]. As UCC devem ser constituídas no rácio de, pelo menos, 1 (um) enfermeiro por cada 5.000 habitantes, preferencialmente especialistas, dependendo das características geodemográficas e sociais da população, do número e tipologia de projectos e das horas necessárias para os programar, implementar e avaliar resultados. Enquanto não existir evidência para a identificação adequada para a prestação de cuidados seguros são considerados os tempos previstos no quadro , quando aplicável as seguintes fórmulas.

Quadro III - Tempos previstos para prestação de cuidados seguros

Fórmula para cálculo
$\frac{AT \times HCN/AC}{T}$

AT — Atendimentos por ano

HCN/AC — Horas de cuidados necessários por sessão/atividade/área de intervenção

T - Período normal de trabalho por enfermeiro/ano

Ponto forte: Horas de cuidados de necessários em enfermagem por actividade

HCN Tempo médio/minutos

Quadro IV – Horas de cuidados necessários em enfermagem por actividades

Tipo de actividades	HCN Tempo médio/minutos
Consulta de Enfermagem	30
Tratamento de feridas	30
Administração de terapêutica	15
Educação para a Saúde em grupo	60
Visitação domiciliária (incluindo deslocação)	60

Consulta de Enfermagem. 30 Tratamento de feridas. 30 Administração de terapêutica. 15 Educação para a Saúde em grupo. 60 Visitação domiciliária (incluindo deslocação). 60

Nota. - A dimensão da equipa multidisciplinar da UCC é avaliada anualmente, de forma a assegurar o ajustamento à evolução das necessidades em cuidados de saúde à comunidade, podendo também esta unidade “propor ao Director Executivo do ACES o reforço de recursos humanos para respostas a necessidades devidamente identificadas e excepcionais.” (13).

A.4 -Unidade de Saúde Pública; as Unidades de Saúde Públicas (USP) assentam em equipas técnicas multidisciplinares, constituídas por médicos e saúde pública, por enfermeiros de saúde pública ou saúde comunitária e por técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração parcial, quando possível, outros profissionais considerados necessários para o cumprimento dos programas e actividades. De acordo com a legislação aplicável, em cada USP deve ser observado, de forma indicativa, de acordo com os recursos humanos disponíveis e conforme as características geodemográficas da zona de intervenção, o seguinte rácio: 1 Enfermeiro/30.000 habitantes

A.5 -Comissão de Controlo de Infecção; a Comissão de Controlo de Infecção (CCI) é constituída por uma equipa multidisciplinar de profissionais das unidades de saúde, que tem

por missão, planear, implementar e monitorizar um plano operacional de prevenção e controlo da infecção, de acordo com as directivas Ministeriais, nacionais e regionais e as características e especificidades das unidades de saúde. Neste contexto, e de acordo com a legislação e normas aplicáveis, as CCI têm de dispor, no mínimo, de 1 (um) enfermeiro, o qual deve ser especialista com competência reconhecida na área do controlo de infecção.

A.6 -Segurança e Saúde do Trabalho/Saúde Ocupacional *A existência de riscos profissionais nos serviços de saúde e a dimensão tanto dos ACES como da sede das Administrações Regionais de Saúde, IP, justifica a existência/organização/funcionamento de serviços de Segurança e Saúde do Trabalho/Saúde Ocupacional (SST/SO). O serviço de SST/SO é constituído por uma equipa multiprofissional com competências técnico - científicas multidisciplinares, que podem ser comuns a outro serviço ou unidade de saúde, mas com horário independente definido de acordo com as necessidades e expressamente contratualizado. A equipa de Saúde Ocupacional do ACES deve integrar, pelo menos, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente, especialista e detentor de perfil de competências adequado ao exercício das funções e reconhecido na área da Saúde no Trabalho/Saúde Ocupacional. A actividade dos enfermeiros deve ser desenvolvida num número de horas mensais superior ao valor mínimo, calculado segundo o critério de uma hora por cada 10 trabalhadores ou fracção (14).*

Ponto forte: *Aborda os aspectos relativos à Comissão da Qualidade e Inovação em Enfermagem, a dotação de enfermeiros para o Departamento/Comissão de Qualidade do ACES deve contribuir para a promoção e disseminação de uma cultura de melhoria contínua da qualidade nas instituições prestadoras de cuidados de saúde. Assim, deve o Departamento/Comissão de Qualidade do ACES integrar 1 (um) enfermeiro, o qual deve ser especialista e detentor de perfil adequado ao exercício das funções e competência reconhecida na área da Qualidade. Adicionalmente, deve este enfermeiro coordenar o desenvolvimento das actividades de planeamento e concretização de projectos de formação e de investigação.*

Ponto forte: Equipa Coordenadora Local - *As Equipas Coordenadoras Locais (ECL), no âmbito da RNCCI, articulam com a coordenação a nível regional, asseguram o acompanhamento e a avaliação da rede a nível local, bem como a coordenação dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência, de forma a proporcionar uma resposta integrada efectiva às reais necessidades da pessoa dependente/cuidador/família. Para melhor funcionamento das ECL, considera - se que o enfermeiro esteja em regime de trabalho a tempo*

completo e seja detentor do título de Enfermeiro Especialista, preferencialmente em Enfermagem de Reabilitação ou Comunitária.

Ponto forte: Para o cálculo de dotação de enfermeiros na área dos cuidados hospitalares utilizam-se as fórmulas apresentadas, de acordo com os indicadores disponíveis. Os valores de referência para os indicadores a utilizar correspondem aos consolidados nos últimos dois anos (Taxa de Ocupação, Dias de Internamento, Atendimentos ou Sessões, etc.). Nota. - Às HCN indicadas deve diminuir-se 13,5 %, correspondente ao apoio prestado aos cuidados de enfermagem pelos assistentes operacionais, ou outras profissões equiparadas.

Ponto forte: Para os Serviços de Internamento, são utilizados os valores das horas de cuidados necessários em enfermagem por dia de internamento (HCN/DI) do SCD/E, tendo como referência o valor médio dos anos de 2011 e 2012 (Anexo I), utilizando as seguintes fórmulas: Fórmulas para cálculo: $LP \times TO \times HCN \times NDF/A \times T \times DI \times HCN \times T$

São utilizados os valores das horas de cuidados necessários em enfermagem por dia de internamento (HCN/DI) do SCD/E, tendo como referência o valor médio dos anos de 2011 e 2012 (Anexo I), utilizando as seguintes fórmulas:

O número de enfermeiros por posto de trabalho deve ser ajustado à realidade de cada organização,

Horas de cuidados de enfermagem necessárias por atividade/área de intervenção

Tipo de Atividades	HCN Tempo médio (minutos)
Consulta de Enfermagem	30
Tratamento de feridas	30
Administração de medicação	1
Educação para a Saúde em grupo	60
Visitação domiciliar (incluindo deslocamento)	75

Fórmulas para cálculo

<u>LPxTOxHCNxNDF/A</u> T	<u>DIxHCN</u> T
-----------------------------	--------------------

Ponto forte: Consulta Externa, o número de enfermeiros por posto de trabalho deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as actividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas. Para efeitos de cálculo das HCN, são utilizados os valores identificados nas Fórmulas para cálculo: $AT \times HCN/AC$ $T PT \times HF/D \times NDF/ano$

Ponto forte: Apresenta as horas de cuidados de enfermagem necessárias por actividade/área de intervenção.

Tipo de actividades

HCN3 Tempo médio (minutos)

Consulta de Enfermagem. 30 Tratamento de feridas. 30 Administração de medicação. 15 Educação para a Saúde em grupo. 60 Visitação domiciliária (incluindo deslocação). 75 B.3-Hospital de Dia O número de enfermeiros por hospital de dia deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as actividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas. Os valores a utilizar são os do Quadro 3 que caracteriza as HCN por sessão nos diferentes hospitais de dia, utilizando para o efeito as fórmulas seguintes: Fórmulas para cálculo: $AT \times HCN/AC$ $T PT \times HF/D \times NDF/A T$

Ponto forte: Apresenta as horas de cuidados de enfermagem necessárias por sessão e por Hospital de Dia, Hospital de dia, HCN Tempo médio/ (horas), Hemato - oncologia. 1,60 Infeciologia 2,09 Oncologia 1,60 Psiquiatria 1,07, Outros Hospitais 1,59.

Nota.- As HCN dos “Outros Hospitais” resultam da média das horas dos Hospitais de Dia contemplados.

Ponto forte: Destacam-se os aspectos relativos ao Bloco Operatório aonde se considera a existência dos seguintes funções/ postos de trabalho: Enfermeira Circulante, Instrumentista e de Anestesia, em cada sala operatória. No horário de funcionamento, considerar o tempo previsto para as actividades perioperatórias. Nas Unidades de Recobro pós - anestésico, devem ser alocados no mínimo 2 (dois) enfermeiros, devendo o rácio, em função da intensidade dos cuidados necessários e das características específicas dos utentes, ser de 1 (um) enfermeiro por cada 3 a 6 utentes, aplicando -se a seguinte fórmula: Fórmula para cálculo: $PT \times HF/D \times$

NDF/A T Nota: PT para Cirurgia Diferenciada = 3 enfermeiros por sala. PT para Cirurgia de Urgência = 3 enfermeiros por sala

Ponto forte:*Cirurgia de ambulatório: Nos Blocos Operatórios de Cirurgia de Ambulatório considera -se a existência de Enfermeiro Circulante, Instrumentista e de Anestesia, em cada sala operatória, bem como a dotação de enfermeiros.*

Ponto forte:*Recobro tardio- 1 Enfermeiro por 6 leitos Cirurgia minor/Pequena cirurgia - 1 Enfermeiro por sala Consulta/Tratamentos - 1 Enfermeiro por sala.*

Ponto forte:*Nos Serviços de Urgência a fórmula a utilizar é por “Posto de Trabalho” adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada Serviço de Urgência. Deve promover-se a avaliação das HCN através de sistemas específicos de cálculo para consensualizar o correspondente valor de referência das HCN. Nos SO/Urgência considera-se uma linha de orientação centrada na utilização das HCN, tendo o valor das Unidades de cuidados intermédios como referência mínima.*

Serviço de Urgência:

Fórmulas para cálculo	
<u>ATxHCN/ACPTxHF/DxNDF/A</u>	T

SO/Urgência:

Fórmulas para cálculo	
<u>PTxHF/DxNDF/ADixHCN</u>	T

Ponto forte: Horas de cuidados de enfermagem necessárias por dia de internamento nas UCI, UCI HCN Tempo médio/horas Polivalente 16,94 Cardiologia 13,34 Cirurgia Cardiotorácica 15,62 Cirurgia 11,23 Neurocirurgia 14,28 Queimados 15,56

Ponto forte: Para as unidades de UCI pediátricos e neonatologia adequar o valor de referência das HCN considerando, pelo menos, o valor máximo da tabela, apropriado às características próprias de cada unidade (número de leitos efectivos de cuidados intensivos e de cuidados intermédios). As Unidades de Transplantação hepática e cardíaca devem utilizar as HCN de UCI Polivalente, as de transplantação renal, de medula e outras as HCN de UCI Cirurgia.

Ponto forte: Unidade de Cuidados Intermédios Face às diferentes tipologias existentes a nível nacional, define - se como referência mínima 7 horas de cuidados necessários.

Ponto forte: Unidade de Diálise, é utilizada a fórmula por “Posto de Trabalho”. O número de enfermeiros por Unidade de Diálise deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as actividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas. Fórmulas para cálculo: $PT \times HF/D \times NDF/A$ T Nota.

Recomenda - se o mínimo de 1 enfermeiro por 4 camas/lugares = 1 PT Ponderar no cálculo o número de enfermeiros para tratamento de doentes com necessidades especiais, nomeadamente, portadores de Hepatite B e C e VIH na definição dos postos de trabalho de acordo com a legislação em vigor. Ponderar também a necessidade de colmatar respostas de diálise a unidades de cuidados intensivos que lhe são externas.

Ponto forte: Unidades de Exames Especiais é utilizada a fórmula por “Posto de Trabalho”. O número de enfermeiros por Unidade de Exames Especiais deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as actividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas. Fórmulas para cálculo: $PT \times HF/D \times NDF/A$ T Nota: Posto de trabalho = 1 (um) enfermeiro por sala. Posto de trabalho em Unidade de Exame com Anestesia = 2 (dois) enfermeiros por sala.

Ponto forte: Unidades de atendimento ao parto e nascimento, as Unidades de atendimento ao parto e nascimento consideram o seguinte rácio de enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica/cliente (15): Intra - parto: 1.º estágio de trabalho de parto: 1/2 2.º estágio de trabalho de parto: 1/1 Antes e pós parto: Sem complicações: 1/6 De acordo com a legislação aplicável, o

bloco de partos deverá dispor, em permanência, de 2 parteiras por cada 1000 partos/ano, atualmente enfermeiras especialistas em Saúde Materna e Obstétrica.

Ponto forte: Equipa de Gestão de Altas/Equipa Intra - Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos A Equipa de Gestão de Altas (EGA) integra, no mínimo, 1 (um) enfermeiro, a tempo completo, por equipa. A dimensão da organização pode justificar um número maior de enfermeiros por equipa. Nas equipas intra - hospitalares de suporte em cuidados paliativos, importa dimensionar a adequação de enfermeiros às necessidades de acordo com as fórmulas seguintes: Fórmulas para cálculo: $PT \times HF/D \times NDF/A \ T \ AT \times HCN/AC \ T$

Ponto forte: Comissão de Controlo de Infecção A afectação deste enfermeiro às Unidades de Internamento e Unidades de Ambulatório deve contemplar os recursos e especificidades de cada Unidade de Saúde. O rácio a observar para afectação deste enfermeiro às Unidades de Internamento e Unidades de Ambulatório é o seguinte: 1 (um) enfermeiro especialista, com competências reconhecidas na área do controle de infecção, para cada 110 a 140 camas. Acresce mais 1 (um) Enfermeiro CCI por cada 250 camas, além da dotação.

Ponto forte:Esterilização: É utilizada a fórmula por “Posto de Trabalho” ou por actividades de enfermagem realizadas, desde que registadas e contabilizadas. Fórmulas para cálculo: $PT \times HF/D \times NDF/A \ T$ Nota. — Posto de trabalho = 1 enfermeiro por equipa.

Ponto forte:Segurança e Saúde do Trabalho/Saúde Ocupacional A equipa de Saúde Ocupacional integra, pelo menos, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente, especialista e detentor de perfil de competências adequado ao exercício das funções e reconhecido na área da Saúde no Trabalho/Saúde Ocupacional, por equipa, com horário independente definido de acordo com as necessidades e expressamente contratualizado. A actividade dos enfermeiros deve ser desenvolvida num número de horas mensais superior ao valor mínimo, calculado segundo o critério de uma hora por cada 10 trabalhadores ou fracção (16).

Ponto forte:Comissão da Qualidade e Inovação em Enfermagem: no sentido de contribuir para a promoção de uma cultura de melhoria contínua da Qualidade, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, a Comissão da Qualidade e Inovação em Enfermagem deve integrar 1 (um) enfermeiro especialista, detentor de perfil adequado ao exercício das funções e competência reconhecida na área da Qualidade. Este enfermeiro será apoiado por uma rede de enfermeiros nos serviços/unidades. Esta Comissão da Qualidade e Inovação em Enfermagem tem como

unidade central a Qualidade e articula - se com as actividades instrumentais da formação e investigação.

Ponto forte: Considerando a relevância da formação em serviço para cumprimento do direito e dever deontológico de actualização e aperfeiçoamento do desempenho individual, corrigindo inconformidades e suportando projectos de melhoria, assim como a dinâmica requerida neste domínio pelo maior grupo profissional da saúde, nos serviços de formação, a alocação mínima é de 1 (um) enfermeiro especialista, em regime de trabalho a tempo completo, acrescendo um por cada 500 profissionais de enfermagem.

Ponto forte: Considerando a necessidade de incrementar o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, nomeadamente em linhas de investigação aplicada centradas na melhoria da prática de cuidar dos enfermeiros, bem como a necessidade de incorporarem novos conhecimentos provenientes da investigação, é imprescindível que exista a possibilidade efectiva de investigar sobre a essência do cuidar para além dos contextos académicos, nos contextos da acção. A materialização deste desiderato requer enfermeiros dedicados à produção de conhecimento específico, promovendo programas e projectos de investigação, orientando a investigação de outros e participando em equipas de pesquisa. Assim, estabelece - se para a área de investigação, a alocação mínima de 1 (um) enfermeiro especialista, em regime de trabalho a tempo completo.

Ponto forte: Enfermeiros em assessoria, os enfermeiros em assessoria técnica ou de gestão são substituídos para manter a adequação das horas de cuidados de enfermagem às necessidades identificadas.

Ponto forte: Os Enfermeiros em funções de direcção e chefia, os enfermeiros nomeados para o exercício de funções de direcção e chefia são substituídos para manter a adequação das horas de cuidados de enfermagem às necessidades identificadas, se anteriormente desempenhavam funções na área de prestação de cuidados.

Ponto forte: **Cuidados Continuados Integrados (CCI)**, O Decreto -Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, criou a RNCCI. *Com a RNCCI foi criado um sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social visando capacitar os seus clientes no sentido da promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados que pretende reabilitar e suportar os clientes, Tal desiderato implica o trabalho integrado e pró - activo de equipas de saúde e de apoio social com o envolvimento dos clientes e familiares/cuidadores informais, respeitando as suas necessidades e preferências. A RNCCI promove a abertura organizacional para novos*

modelos de cuidados que incorporam novos paradigmas orientados para prestar cuidados numa óptica global e de satisfação das necessidades das pessoas que apresentam dependência e que exigem respostas de natureza intersectorial e multiprofissional. Os CCI fundamentam-se numa gestão de caso onde são identificados os problemas mais complexos dos clientes com o objectivo de proporcionar os cuidados adequados a cada situação. Criou-se, assim, um conjunto de unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados. Nos termos do Decreto - Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, a prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por unidades de internamento e de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias - cf. n.º 1 do Artigo 12.º Constituem unidades de internamento, as unidades de convalescença, as unidades de média duração e reabilitação, as unidades de longa duração e manutenção e as unidades de cuidados paliativos - cf. n.º 2 do citado Artigo 12.º A unidade de convalescença é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico, que tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. Esta UCCI destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão, assegurando a prestação de cuidados médicos, de enfermagem e de fisioterapia; a realização de exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados, a prescrição e administração de fármacos; apoio psicossocial, higiene, conforto e alimentação e convívio e lazer. A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável, que tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontra na situação prevista no número anterior. O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão, assegurando cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer. A unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas

com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Estas unidades têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. A unidade de longa duração e manutenção pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano. A unidade de longa duração e manutenção é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente, actividades de manutenção e de estimulação, cuidados de enfermagem diários, cuidados médicos, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, animação sociocultural, higiene, conforto e alimentação, apoio no desempenho das actividades da vida diária. A unidade de cuidados paliativos é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde. A unidade de cuidados paliativos assegura, designadamente, cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados, prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades, acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual, actividades de manutenção, higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer. Deste modo, e considerando que: A filosofia subjacente à RNCCI é a de que o doente deve ser sempre o centro dos serviços prestados; Os cuidados continuados integrados visam “...promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” em que os objectivos passam pelo “apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação” mediante a articulação e coordenação em rede; A nova abordagem de cuidados de saúde e de apoio social pretende atingir objectivos partilhados e constantes num Plano Individual de Intervenção; O doente, em particular com doença crónica, deve continuar a envolver-se em situações de vida no dia-a-dia e desempenhar as suas actividades, ainda que de uma forma adaptada; O primeiro passo é avaliar a dependência e as necessidades do cliente; Nas unidades actualmente existentes a avaliação de enfermagem é efectuada utilizando como orientação uma matriz de focos de atenção de enfermagem, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

(CIPE); A análise para determinar as HCN para dotações de enfermeiros nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) decorre da adaptação dos focos de atenção às actividades descritas no âmbito do SCD/E. Contudo, a utilização do nível de dependência de cuidados com enfoque apenas na dependência física é redutora, uma vez que para os utilizadores da RNCCI são relevantes outras necessidades, as quais carecem de identificação/caracterização, as quais implicam outro tipo de respostas profissionais (ex: adaptação ao novo estado de saúde, adesão ao regime, capacitação da pessoa e do prestador de cuidados entre outros).

Ponto forte: Unidades de cuidados continuados, para efeitos de determinação das HCN das unidades de cuidados continuados, são utilizados os valores aplicando as seguintes fórmulas de cálculo: Fórmulas para cálculo: $LP \times TO \times HCN \times NDF/A$ $T \text{ DI} \times HCN \text{ T}$

Horas de cuidados de enfermagem necessárias por UCCI

Unidade de cuidados continuados integrados

HCN/DI Tempo médio/horas

Convalescença 5,23 Média Duração e de Reabilitação 4, Longa Duração e de Manutenção 4, Paliativos 5,95.

Nota. — Os dados apresentados serão consolidados através de monitorização. Às HCN indicadas deve subtrair - se, pelo menos 13,5 %, correspondente ao apoio prestado aos cuidados de enfermagem pelos assistentes operacionais, ou outras profissões equiparadas.

Ponto forte:Enfermeiros em funções de coordenação As UCCI têm 1 (um) enfermeiro coordenador, o qual deve ser detentor do título de Enfermeiro Especialista, com competência em gestão, que organiza e supervisiona as actividades e a qualidade dos cuidados de enfermagem, integrados na gestão do processo de prestação de cuidados de saúde, e indissociáveis do mesmo.

Ponto forte:Unidades de Convalescença e de Média e Longa Duração e de Reabilitação, as Unidades de Convalescença e Média e Longa Duração e de Reabilitação integram enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, praticando um horário que possibilite a prestação de cuidados especializados diariamente.

Ponto forte:Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), as ECCI integram enfermeiros especialistas de Reabilitação, num rácio de 7 utentes/Enfermeiro, atendendo a que

devem ser tidas em conta as questões de acessibilidade de base geográficas e o nível de dependência. O perfil de serviços a prestar por estas equipas integra: Cuidados de enfermagem domiciliários de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas; Apoio na satisfação das necessidades básicas, no desempenho das actividades de vida diária e nas actividades instrumentais da vida diária; Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; Educação para a saúde dos doentes, familiares e cuidadores; Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

Ponto forte:Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), as ECSCP integram, maioritariamente, enfermeiros especialistas a prestar o seguinte perfil de serviços: Avaliação integral do doente, tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos; Assessoria aos familiares e ou cuidadores e assessoria e apoio às equipas de CCI; Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual; Formação em cuidados paliativos; Gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os diferentes recursos sociais de saúde; Na falta de uma fórmula segura para calcular as dotações necessárias, recomenda -se que o cálculo seja feito numa base local, orientado e adequado às necessidades concretas das pessoas, bem como às características geográficas, tendo como alicerce grupos de actividades considerando os tempos de cada uma.

Ponto forte:Estruturas Residenciais para Idosos, em cada Estrutura Residencial para Idosos, terá de ser designado um enfermeiro coordenador, responsável pela gestão dos cuidados de enfermagem, com o título profissional de enfermeiro especialista. Este enfermeiro especialista será também responsável pela implementação da avaliação do nível de dependência dos residentes, preferencialmente através da Escala Independência Funcional de Barthel Modificada ou de outra que venha a ser considerada mais adequada. As horas de cuidados de enfermagem necessárias, nas 24 horas, são, no mínimo, as seguintes: Para residentes independentes, com dependência ligeira ou moderada, 5 horas por cada 10 residentes (de acordo com uma média de 30 minutos por cada residente); Para os residentes com nível de dependência severa ou total, aplica - se a fórmula de cálculo utilizada nas Unidades de Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Ponto forte:Serviços de Saúde do Trabalho/Saúde Ocupacional em Empresas, para efeitos de fixação da dotação do número de enfermeiros necessários em cada serviço de saúde ocupacional das empresas do nosso tecido empresarial, deve aplicar -se o seguinte rácio: Em estabelecimento industrial ou estabelecimento de outra natureza com risco elevado, pelo menos

uma hora por mês por cada grupo de 10 trabalhadores ou fracção; Nos restantes estabelecimentos, pelo menos uma hora por mês por cada grupo de 20 trabalhadores ou fracção.

Ponto forte: Acompanhamento e Monitorização

As fórmulas de cálculo e valores de referência para dotação de enfermeiros estabelecidas no presente documento serão utilizadas como referencial nas visitas de acompanhamento do exercício profissional, realizadas pelos Conselhos de Enfermagem Regionais, ao abrigo do previsto na alínea d) do n.º 3 do Artigo 37.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado em anexo à Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro. (1) O valor apresentado foi obtido em função da idade dos enfermeiros constante no Balanço Social Global do Ministério da Saúde de 2008, elaborado em conformidade com o disposto no n.º 1 do artigo 173.º do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas (RCTFP).

No Quadro V apresentam-se os tempos médios de horas de cuidados de enfermagem necessárias por dia de internamento por valência/serviço

Quadro V – Horas de cuidados de enfermagem necessárias por dia de internamento por valência/serviço
(Fonte: Dados divulgados pela ACSS, relativos ao SCD/E)

Valência/Serviço	HCN/DI Tempo médio/horas		
	Proposta 2011	Circular N.º 1	Média 2011/2012
Cardiologia	4,97	4,20	4,39
Doença Cérebro Vascular	7,1	-----	6,86
Cirurgia	5,1	3,66	4,92
Cirurgia Cardiorácica/Cirurgia-Torácica	4,82	4,33	4,48
Cirurgia Máxilo-Facial	4,57	-----	4,23
Cirurgia Vascular	4,36	3,89	4,69
Cirurgia Plástica	5,1	3,83	4,9
Dermatologia	3,92	2,7	4,45
Endocrinologia	4,1	3,23	3,92
Gastroenterologia	4,49	3,61	4,86
Ginecologia	4,26	3,66	4,1
Hematologia	5,45	2,88	5,45
Infeciologia	4,78	3,63	4,78
Lesões VertebroMedulares	6,00	-----	5,46
Medicina	6,33	3,78	6,22
Medicina Física e de Reabilitação	5,1	3,14	5,37
Nefrologia	4,94	4,84	4,68
Neurocirurgia	6,33	4,93	5,83
Neurologia	6,36	3,34	5,73

Neurotraumatologia	6,80	-----	5,84
Obstetrícia	3,61	3,86	3,58
Oftalmologia	4,1	3,32	4,02
Oncologia	6,01	5,43	4,97
Ortopedia	5,46	3,93	5,23
Otorrinolaringologia	4,10	3,58	4,19
Pediatria	5,01	4,78	4,10
Pneumologia	5,1	3,48	5,2
Urologia	4,82	3,45	4,43
Cuidados Paliativos	-----	-----	5,93
Convalescença	-----	-----	5,1

Ponto forte: Por não existirem quadros de classificação para Neonatologia e Psiquiatria, e não se disporem valores do SCD/E, são utilizadas as horas apontadas pela Circular Normativa N.º 1 da Secretaria-geral do Ministério da Saúde, de 12 de Janeiro de 2006: Neonatologia 9,87h. Relativamente aos serviços de Psiquiatria, urge definir instrumentos de avaliação fiável das necessidades em cuidados de enfermagem, alinhada com o novo plano nacional de saúde mental. Sempre que sejam divulgados novos dados pela ACSS ou emitida nova Circular sobre a matéria, esses devem prevalecer relativamente aos agora publicados, dada a sua actualização.

Ponto forte: Número de dias de ausências por Enfermeiro (2005 -2008)

BS 2005 BS 2006 BS 2007 BS 2008; N.º de dias de ausências/Enfermeiro. . . . 12,9 9,1 8,0 8,0; Fonte: ACSS - Dados dos Balanços Sociais reportados aos anos 2005, 2006, 2007 e 2008. Nota. - As faltas por licença de maternidade/paternidade e doença de longa duração não foram consideradas.

Sempre que sejam divulgados novos dados pela ACSS, esses devem prevalecer relativamente aos agora publicados, dada a sua atualização.

Ponto forte: Recomendação de requisitos mínimos para Unidades de Cuidados Intensivos, a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos classifica as UCI em três níveis de cuidados. Esta classificação é ainda hoje adotada pela Direção Geral de Saúde em Portugal. Para cálculo da dotação de enfermeiros deve atender -se aos rácios expressos: Descrição das UCI e dos rácios enfermeiro/utente.

Nível I - Descrição Rácio enfermeiro/utente, visa basicamente monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades/serviços de nível superior. **1/3**; II Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais: pode não proporcionar de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico - cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior. **1/1.6**; III Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/UCI, que devem ter preferencialmente quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista por 24 horas. Pressupõe acesso aos meios de monitorização e de diagnóstico e terapêutica necessários. Deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de

ensino e treino em cuidados intensivos. Por definição UCI nível III são UCI polivalentes, em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes porque se é responsável.1/1

Apresentamos as **siglas e abreviaturas pois podem facilitar a leitura do documento:**

Síntese da leitura do documento 5

Assinalaremos os pontos fortes do documento, no sentido em que clarificam o que são as dotações seguras em enfermagem, e fornecem os elementos para os cálculos a constar numa possível norma orientadora em Cabo Verde.

Desde já identificaremos os três pontos fortes seguintes que contextualizam os elementos que constam no documento, e aspectos relevantes quanto ao conceito de dotações seguras em enfermagem e ainda o ponto fraco relativo a um prévio documento: Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde - Indicadores e Valores de Referência”, que se veio a revelar-se insuficiente.

Ponto forte:*No quadro da promoção do desenvolvimento sustentável do Sistema de Saúde Português, considerando as características demográficas da população, as tecnologias de saúde e diversidade de métodos/metodologias de gestão, torna - se premente reflectir um modelo de organização de recursos humanos que garanta qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, contribuindo para o reforço dos cuidados de enfermagem, como há muito é preconizado internacionalmente.*

Ponto forte:*A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspectos 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.*

Ponto forte:*o cálculo da dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspectos como as competências profissionais, a arquitectura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar.*

Ponto forte: *Apresenta-se a nova norma em que se opta pelo sistema que permite determinar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados, com recurso ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E), da Administração Central do Sistema de Saúde, cujas actualizações deverão passar a constituir referência nos cálculos realizados ao abrigo da presente Norma, relativas ao contexto português.*

Ponto forte: *Âmbito de aplicação da norma das dotações seguras em enfermagem, no contexto da organização do Serviço Nacional de Saúde em Portugal.*

Ponto forte: *Fórmulas de cálculo e valores de referência para dotação de enfermeiros, no contexto da organização do Serviço Nacional de Saúde em Portugal.*

Pressupostos genéricos da Norma. Tendo em conta que não existe um método único para cálculo de dotação de enfermeiros, a presente Norma considera para os serviços de internamento o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que permite determinar as necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados.

Ponto Forte: *Clarifica-se a filosofia subjacente à RNCCI é a de que o doente deve ser sempre o centro dos serviços prestados; Os cuidados continuados integrados visam “...promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” em que os objectivos passam pelo “apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação” mediante a articulação e coordenação em rede; A nova abordagem de cuidados de saúde e de apoio social pretende atingir objectivos partilhados e constantes num Plano Individual de Intervenção; O doente, em particular com doença crónica, deve continuar a envolver-se em situações de vida no dia-a-dia e desempenhar as suas actividades, ainda que de uma forma adaptada; O primeiro passo é avaliar a dependência e as necessidades do cliente; Nas unidades actualmente existentes a avaliação de enfermagem é efectuada utilizando como orientação uma matriz de focos de atenção de enfermagem, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE);*

Ponto forte: Apresentam-se as horas de cuidados de enfermagem necessárias por dia de internamento nas unidades/serviços intra-hospitalares, de ambulatório, e extra-hospitalares.

1.4 - DISCUSSÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Na fase de discussão, análise e interpretação dos dados obtidos, teremos em vista fazer a discussão possível, através da comparação entre os vários documentos e bibliografia relacionada, fazer uma análise e interpretação que permita retirar ideias para responder à questão de partida e questões subsequentes e aos objectivos geral e específicos traçados para este trabalho.

Para relembrar, coloca-se, aqui, de novo, a questão de partida:

- Qual o modelo de dotações seguras de enfermagem, que existe ou não, que garante cuidados de enfermagem de qualidade e que satisfaçam as expectativas dos doentes/utentes e também a satisfação dos profissionais de enfermagem nas diversas estruturas de saúde em Cabo Verde?

Desta questão decorrem as seguintes:

- Existem critérios na distribuição dos recursos em Enfermagem no Ministério da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde?**
- É levado em conta durante a distribuição dos Recursos humanos, as características das diferentes regiões onde se inserem as Estruturas de Saúde?**

Relembra-se também o objectivo geral: identificar um modelo de dotações seguras de enfermagem, que garanta cuidados de enfermagem de qualidade e que satisfaçam as expectativas dos doentes/utentes, contribuindo assim para a elaboração de um guia nacional sobre normas de dotações seguras de Enfermeiros em Cabo Verde.

Conforme refere Freitas, 2015, pág 21 a realidade transformouo “*Direito a cuidados de saúde*”, em “*Direito a cuidados de saúde de qualidade*”, sendo previsível dado o aumento do nível de exigência e de expectativa das pessoas, conduzindo a uma evolução para “*Direito a cuidados de saúde de excelência*”. Para os cidadãos já não é expectável que lhes sejam apenas prestados cuidados de saúde, mas sim cuidados de saúde com qualidade, que garantam a sua segurança e a satisfação das suas necessidades em

cuidados em saúde.” Pensa-se que em Cabo Verde também se torna visível que os cidadãos vão cada vez mais tendo essa consciência.

O conceito de dotações seguras e qualidade dos cuidados de enfermagem está aliado aos conceitos de qualidade e segurança. Segundo o ICN (2006) o conceito de dotação é tido como a dotação de pessoal que dá resposta às necessidades do utente, num determinado contexto, assegurando segurança e qualidade. Por sua vez, a *American Federation of Teachers* (AFT) (1995), a *Canadian Nurses Association* (CNA) (2005) e a *American Nurses Association* (ANA) (2015) consideram que se está na presença de uma dotação segura de enfermagem adequada quando em qualquer momento são asseguradas condições de trabalho isentas de risco e está disponível a quantidade de horas de enfermagem disponíveis e o número de enfermeiros, com uma experiência, formação e combinação de competências adequadas, que permita satisfazer as necessidades dos utentes em cuidados de enfermagem, seja ao nível dos cuidados de saúde primários seja ao nível dos cuidados de saúde secundários.

Assim sendo, a *North Carolina Nurses Association* (2005), declarou que as dotações seguras de enfermagem pressupõem resultados positivos para os utentes, para os enfermeiros e para a organização e envolvem a complexidade das necessidades dos utentes, a especificidade das intervenções de enfermagem, níveis variáveis de preparação, competência, experiência e desenvolvimento pessoal dos enfermeiros, apoio da gestão ao nível operacional e executivo, ambiente contextual e tecnológico, articulação entre serviços e a existência de sistemas de comunicação de situações anómalas (erros, negligência, abuso de poder, entre outros), bem como protecção para quem relata essas situações.

A primeira entidade a propor uma definição para o conceito DSE, foi a *American Federation of Teachers* (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2006, p.5-6), que o define como: “ (...) *estar disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidado dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos*”.

Estes aspectos que reforçaremos dar-nos-ão a noção histórica do progresso na elaboração de documentos legais sobre as dotações seguras em enfermagem,

Ao fazer-se uma certa comparação dos documentos de 1 a 5 poder-se-á verificar que, sendo Cabo Verde um país jovem, encontrar-se-ão um conjunto de documentos que se inserem numa visão humanista, integradora a nível social, com uma grande vontade de

se interligar aos contextos internacionais, considerando as condições económicas de forma realista e não pessimista.

No que concerne à organização dos serviços de saúde há sempre uma afirmação de princípios como equidade, igualdade no acesso a cuidados de saúde, promover a maior qualidade possível de qualidade dos cuidados de saúde, valorizando a pessoa, e os seus contextos socio-económicos e culturais, privilegiando os cuidados de proximidade com a devida articulação com todos os níveis de prestação de cuidados.

No entanto teremos de referir que ressalta uma certa carência a nível de profissionais de saúde, da sua organização, monitorização, por entidades competentes dos cuidados prestados, carência também a nível da formação de enfermeiros, visto não ser percebido o padrão aceitável na formação a nível superior, por não se encontrarem nenhum documento que referencie a avaliação do funcionamento dessas instituições, e também um esquema de formação positivo, mas organizado de uma forma que se compreenda aonde se faz a avaliação rigorosa das necessidades de formação contínua, tendo em conta um desenvolvimento de competências profissionais e pessoais, de acordo com os princípios, assinalados no Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 2015 – 2020, de equidade na distribuição dos RHS; de Humanização dos cuidados; de Funcionalidade em rede do SNS; de Solidariedade institucional; de Valorização e desenvolvimento de competências dos RHS, que, como é referido no enquadramento teórico deve sair das salas de aula e prosseguir de forma concertada e complementar.

Poderemos ainda referir que progressivamente na elaboração dos documentos de 1 a 3 se assinala uma perspectiva mais concreta e organizadora do SNS, aprimorando-se por exemplo mecanismos de proximidade, de organização de serviços de saúde, como as propostas de fórmulas para cálculos de necessidades de enfermeiros (e outros profissionais de saúde), de monitorização e de liderança ao nível das unidades prestadoras de cuidados de saúde.

Tentando responder à questão de partida e ao objectivo proposto, sobre qual o modelo de dotações seguras de enfermagem, que existe ou não, que garanta cuidados de enfermagem de qualidade e que satisfaçam as expectativas dos doentes/utentes e também a satisfação dos profissionais de enfermagem nas diversas estruturas de saúde em Cabo Verde?, poderemos pensar que é assertivo dizer que neste momento não existe um modelo de dotações seguras em enfermagem, mas todo o progresso assinalado faz pressupor a

proximidade da concretização de um modelo, segundo padrões internacionais, desde logo pela existência, que é já uma realidade, da Ordem dos Enfermeiros de Cabo Verde.

Dever-se-á constatar que, apesar das dotações seguras em Enfermagem, serem já hoje uma realidade em muitos países do mundo, igualmente em muitos outros se está num estádio idêntico ao de Cabo Verde, e em especial na Região Africana, onde tanto quanto a bibliografia pesquisada, permite dizer, não está ainda implementada.

Quer-se no entanto, afirmar com convicção, que a progressão da profissão em Enfermagem em Cabo Verde se pode considerar como um exemplo para a generalidade dos Países Africanos.

Relativamente às questões secundárias, poderemos dizer que nos documentos consultados, ressalta a existência de critérios muito adequados na distribuição dos recursos em Enfermagem no Ministério da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde. Igualmente é levado em conta durante a distribuição dos recursos humanos, as características das diferentes regiões onde se inserem as estruturas de Saúde. Tais factos clarificam aspectos positivos para um aprofundamento na perspectiva das dotações seguras em Enfermagem, tendo no entanto de se salvaguardar, que dentro da própria profissão, e até, provavelmente nas instituições de ensino, não ser suficientemente conhecido o conceito de dotações seguras em Enfermagem.

Ao refletir-se nos objectivos a que nos propusemos, quanto ao objectivo geral deste estudo que foi o de contribuir para a elaboração de um modelo de Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem, que garanta cuidados de enfermagem de qualidade e que satisfaçam as expectativas dos doentes/utentes, pensamos que efectivamente o trabalho realizado permite uma contribuição efectiva para que se avance nesta perspectiva. Quanto ao objectivo específico de identificar factores dificultadores e favorecedores da possível construção de um documento legal sobre Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem em Cabo Verde, regista-se a ideia central de que apesar de inúmeros aspectos que dificultam a construção de um documento legal sobre dotações seguras em Enfermagem em Cabo Verde, os factores favorecedores estão presentes de forma muito significativa; e até pela identificação clara de factores dificultadores, o que sugere que tal elaboração será feita nos anos mais próximos.

Gostaremos ainda de assinalar que, as fórmulas para a clarificação do número de enfermeiros necessários, de acordo com as horas de cuidados exigidos, que encontramos

no documento Português podem servir de referencial, com os devidos ajustamentos à realidade de Cabo Verde.

Ao encerrar-se este capítulo de discussão, análise e interpretação dos achados/resultados podemos afirmar que sendo um trabalho original e bastante trabalhoso, permitiu responder a questões e objectivos propostos desde início.

1.4- ASPECTOS ÉTICOS E LIMITES DO ESTUDO

Qualquer trabalho de Investigação precisa de se orientar por aspectos éticos definidos por vários autores e que tenham em conta Códigos Éticos como o Código de Nuremberg¹, o Código de Belmont², o Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermagem³. Apresentamos uma *checklist*, ou seja uma lista para se verificar um estudo baseado em Investigação qualitativa, de autoria de Streubert e Carpenter, 2018, 7ª Edição.

¹O **Código de Ética de Nuremberg** foi aprovado pelo Tribunal Internacional de Nuremberg – 1947, define directrizes para a investigação em saúde. Disponível em:

https://pt.wikipedia.org/wiki/C%C3%B3digo_de_Nuremberg

²O **Relatório Belmont** é um relatório criado pelo Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar dos Estados Unidos, intitulado "Princípios éticos e diretrizes para a proteção dos seres humanos na pesquisa" e é um documento histórico importante no campo da ética médica. O relatório foi publicado em 30 de Setembro de 1979 e recebeu o nome do Belmont Conference Center, onde o documento foi preparado. Disponível em: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>

³O **Código de ética do CIE para Enfermeiras/os** O Código Internacional de Ética para Enfermeiras(os) foi adoptado pela primeira vez pelo Conselho Internacional de Enfermeiras(os) em 1953. Desde então, o código foi revisto e reafirmado várias vezes e, mais recentemente, com este reexame e revisão concluídos em 2012. Disponível em:

<http://sobende.org.br/pdf/Codigo%20de%20Etica%20do%20CIE%20-%20revisado%20em%202012.pdf>
No estudo que realizámos cumprimos com os aspectos éticos, garantindo a veracidade e credibilidade de todos os documentos trabalhados, e que esta análise foi feita de acordo com uma triangulação inter investigadores, considerando princípios essenciais da investigação qualitativa, documental, e como um estudo de caso, pois concentrámo-nos num fenómeno único.

Tabela - "Checklist ética": Um guia para Crítica dos Aspectos Éticos de um Estudo de Investigação Qualitativa

<i>Assunto</i>	<i>Perguntas Orientadoras</i>
Fenómeno de interesse	<ol style="list-style-type: none"> 1. O estudo é relevante, importante e mais adequadamente investigado através de um desenho qualitativo? Explique. 2. Existem alguns aspectos da investigação ou do fenómeno de interesse que parecem ser enganosos para os participantes? Explique. 3. A investigação está a ser feita principalmente para ganhos pessoais do investigador ou existe evidência de que, de alguma forma, contribuirá para um bem maior? Quais são os benefícios para os participantes ou para a sociedade como um todo?
Revisão da literatura	<ol style="list-style-type: none"> 1. Toda a literatura disponível foi revista? 2. Todas as citações são rigorosas em termos de referência e citação? 3. A base para inclusão dos artigos referidos está explícita?
Participantes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como é que o investigador protegeu o bem-estar físico e psicológico dos participantes? 2. Há evidência de que o consentimento informado ou o processo de consentimento informado foi obtido e dado de modo livre? 3. De que modo foram as populações vulneráveis recrutadas e protegidas de dano físico ou emocional? 4. A investigação foi aprovada por uma entidade revisora institucional?
Amostra	<ol style="list-style-type: none"> 1. De que modo foi a confidencialidade dos participantes protegida? 2. Há evidência de coerção ou fraude?
Colheita de dados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se houve mais do que um investigador a colher dados, foram adequadamente preparados? 2. Há evidência de dados falsificados ou forjados? 3. Há uso intencional de métodos de colheita de dados para enviesar os resultados? 4. A colheita de dados foi encoberta? Se sim, o investigador explica porquê? 5. Os participantes foram enganados quanto à natureza da investigação? 6. Que mecanismos foram usados pelo investigador para assegurar a autenticidade ou confiabilidade dos dados (por ex. auditoria, diário reflexivo)?

Fonte: Streubert e Carpenter (2018)

1.4.1- Limites do estudo

Assinala-se em primeiro lugar, uma certa inexperiência da autora com o tema e com aspectos metodológicos, sendo que foram obtidos no decorrer da investigação. Um outro limite do estudo pode ser relacionado com inúmeros documentos que poderiam terem sido consultado, mas foi necessário fazerem-se opções, devido à falta de tempo.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Depois da realização dos passos para a investigação, através do estudo concretizado, passa-se a enumerar de forma sintética as conclusões finais do mesmo:

- Quanto ao facto de ser uma dissertação de mestrado na área da gestão de serviços de saúde, pode-se concluir que se abordou um tema inovador, mas altamente significativo para a gestão em saúde, com o foco nos Cuidados de Enfermagem seguros e de Qualidade;
- Assinala-se, no que se refere à dimensão do estudo realizado, que embora tenha limites que foram assinalados, foi um estudo que levou a dispensar-se muito tempo, a estudar elementos associados ao tema, dotações seguras em cuidados de Enfermagem, e ainda aos aspectos metodológicos que se pode dizer, ficaram muito mais clarificados para a autora;
- Conclui-se que um dos elementos dificultadores para a futura elaboração de um guia ou modelo de dotações segura em cuidados de Enfermagem, passa pela identificação clara e uniforme dos ganhos de competências em cuidados de enfermagem, através da formação académica nas diversas universidades e na formação contínua que é realizada pelos profissionais de Enfermagem;
- Respondendo à questão de partida e ao objectivo proposto, sobre qual o modelo de dotações seguras de enfermagem que garanta cuidados de enfermagem de qualidade e que satisfaçam as expectativas dos doentes/utentes e também a satisfação dos profissionais de enfermagem nas diversas estruturas de saúde em Cabo Verde, chega-se à conclusão que neste momento não existe um modelo de dotações seguras em enfermagem em Cabo Verde, mas todo o progresso assinalado nos resultados das análises documentais realizadas, faz pressupor a proximidade da concretização de tal modelo, segundo padrões internacionais, desde logo pela existência, que é já uma realidade, da Ordem dos Enfermeiros de Cabo Verde;
- Pode-se dizer que nos documentos consultados ressalta a existência de critérios na distribuição dos recursos em Enfermagem no Ministério da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde. Nestes documentos que foram analisados, é levado em conta a distribuição dos recursos humanos, as características das diferentes regiões onde se inserem as estruturas de Saúde, o que são claramente, factores favorecedores da

construção de um documento legal sobre as Dotações Seguras em Enfermagem em Cabo Verde.

- Destaca-se que foi encontrada uma lacuna nos documentos de Cabo Verde analisados que é o facto de serem referidas as competências técnicas em Enfermagem, não se realçando as competências éticas e relacionais;
- Considera-se que a perspectiva da construção de um documento legal, em Cabo Verde, sobre Dotações Seguras em Enfermagem, fica mais próximo de uma concretização, com os contributos do estudo realizado, pois são claras as implicações quer na prática quer no conhecimento teórico em Enfermagem, ao aprofundar um tema actual e essencial para a qualidade de Cuidados de Enfermagem que garantam a Segurança dos doentes/utentes, o seu conforto, e também a motivação dos profissionais de Enfermagem.
- Pode-se sugerir que novos estudos sejam realizados, por exemplo sobre a percepção sobre Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem de Enfermeiros Gestores, de Chefias Intermédias e Enfermeiros.
- Concluí-se este trabalho, referindo o sentido de grande satisfação pelo percurso desenvolvido, e pelo sentimento de se ter contribuído para uma nova etapa do desenvolvimento da Enfermagem em Cabo Verde, ao realizar-se um trabalho na área da gestão em cuidados de saúde, em que as lideranças superiores, intermédias e os próprios enfermeiros terão um documento que se considera bastante útil para a futura concretização de normativos legais sobre as dotações seguras e de qualidade dos cuidados de Enfermagem em Cabo Verde.

BIBLIOGRAFIA

- American Federation of Teachers (1995). Definition of “safe staffing.” Acedido a 8 de Novembro de 2005, a partir de [http:// www.aft.org/topics/healthcarestaffing/definition.htm](http://www.aft.org/topics/healthcarestaffing/definition.htm)
- American Nurses Association (1999). Principles for nurse staffing. Acedido a 8 de Novembro de 2005, a partir de [http://www. nursingworld.org/readroom/stffprnc.htm](http://www.nursingworld.org/readroom/stffprnc.htm)
- American Nurses Association (2012). *ANA’s Principles for Nurse Staffing Second Edition*. Disponível em: <https://www.nursingworld.org/~4af4f2/globalassets/docs/ana/ethics/principles-of-nurse--staffing--2nd-edition.pdf>
- Artz M (2005). *Setting nursepatient ratios: ANA bill calls for development of staffing systems in hospitals*. American Nurses Association, 105(5), 97.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: edição: Edições 70.
- Benchmark Statement for Nursing (2004). *Knowledge, understanding and associated skills that underpin the education and training of nurses, The Quality Assurance for Higher Education* [em linha]. Glasgow [2004.10.04].
- Benner, P.(1984-2001). *From Novice to expert, excellence and power in clinical Nursing practice*. New Jersey. Prentice Hall. Commorative edition, edição portuguesa: Quarteto Editora, tradução de Ana Albuquerque Queiroz).
- Benner, P.; Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring, stress and coping in health and illness*. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing Company.
- Benner, Patricia; Tanner, Christine A.; Chesla, Catherine A. (1996). *Expertise in Nursing practise, Caring, Clinical Judgement and Ethics*. New York, Springer Publishing Company.
- Bogdan, R., C.; Biklen, S., K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Lisboa: Porto Editora.
- Cabo Verde, (2004). Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 41/VI/2004 (B.O. n.º 10, 05/04/2004).
- California Nurses Association (2003). *Fact sheet on RN staffing ratio law*. Acedido a 2 de Novembro de 2005, a partir de [http:// www.calnurse.org/?Action=Print&id=170](http://www.calnurse.org/?Action=Print&id=170)
- Canadian Nurses Association (2003). Patient safety: Developing the right staff mix. Report of think tank. Acedido a 20 de Novembro de 2019, a partir de http://www.cnanurses.ca/cna/documents/pdf/publications/PatientSafety_ThinkTank_e.pdf
- Canadian Nurses Association (2003). Patient safety: Developing the right staff mix. Report of think tank. Acedido a 20 de Novembro de 2019, a partir de http://www.cnanurses.ca/cna/documents/pdf/publications/PatientSafety_ThinkTank_e.pdf
- Cellard, A. (2008). *A análise documental*. In: POUPART, Jean et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008 (Coleção Sociologia).
- Chaves Mário. *Sistema de Classificação do Doente*. 1993.
- Chiavenato, I. (1987). *Teoria geral da administração: abordagens prescritivas e normativas de administração*. São Paulo.
- Chiavenato, I. (2014, 4ªed.). *Gestão de Pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Elsevier.

- Cresswell, J. W.; Plano Clark, V. L. (2013). *Pesquisa de métodos mistos*. 2.ed. Porto Alegre: Penso.
- Creswell, J., W., (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa*. Porto Alegre. Editora Penso.
- Cunha, Miguel P., Rego, Arménio; Cunha, Rita C., Cabral-Cardoso, C.; Marques, Carlos A.; e Gomes, Jorge F. S. (2010). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- Declaração de Islamabad (2007). Islamabad Declaration on Strengthening Nursing and Midwifery, 4-6 March 2007. Disponível em: http://www.whocc.gcal.ac.uk/pdf_files/islamabad.pdf
- Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. (2005). *Introduction: The discipline and practice of qualitative research*. In: The Sage Handbook of qualitative research. 4. ed. Thousand Oaks: Sage.
- Deslandes, S. F. A construção do projeto de pesquisa. (2004). In: Minayo, M. C. S. (Org.) *et al. Pesquisa Social: Teoria, Método, e Criatividade*. Petrópolis: Vozes, pp. 31-50.
- Donnellan C (2003). *Safe staffing bill introduced in the Senate*. American Nurses Association, 103(7), 29.
- Enfermeiros, Ordem & Saúde, Ministério. (2011). *Guia de recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Enfermeiros, Ordem & Saúde, Ministério. (2011). *Guia de recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Enfermeiros, Ordem (2012). *REPE e Estatutos da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Enfermeiros, Ordem (Dezembro de 2014). Regulamento nº 533/2014. *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, II Série nº 233.
- Enfermeiros, Ordem (Maio 2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf.
- Flick, U, (2009). *Introdução à Pesquisa Qualitativa*, 3ªEd. São Paulo: Artmed.
- Fortin, M. F., Côté J.; Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Freitas, M., J., dos S., de (2015). *Dotação Segura para a Prática de Enfermagem: um Contributo para a Gestão de Unidades de Saúde*. Tese de doutoramento na Universidade Católica Portuguesa. Recuperado em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20702/1/TESE%20DOTAÇÃO%20SEGURA%20PARA%20A%20PRÁ>
- Godoy, A., S. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *RAE – Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, vol. 5, n. 3, pp. 20-29.
- Gomes, R. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. (2004). In: Minayo, M. C. S. (Org.) *et al. Pesquisa Social: Teoria, Método, e Criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2004. pp. 67-80.
- Gomes, R. *et al.* (2010). Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo, M. C. S.; Assis, S. G.; Souza, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz. pp. 185-221.
- Guba, E.G.; Lincoln, Y. S. (1981). *Effective Evaluation*. São Francisco: Jossey-Bass.

- Guidelines for Evaluating Basic Nursing and Midwifery Education and Training Programmes in The African Region. World Health Organization Regional Office for Africa. Brazzaville. 2007; disponível em: http://www.afro.who.int/hrh-observatory/documentcentre/guidelines_evaln_nm.pdf
- ICN. International Council of Nurses (2004). *Workload measurement in determining staffing levels*. Geneva, Switzerland: Author.
- ICN. International Council of Nursing (12 May 2006). *Safestaffing-Saves-lives*. Disponível em: <http://www.icn.ch/publications/2006-safestaffing-saves-lives>.
- ICN. International Council of Nursing (May 2002). Disponível em: *Patient Safety*. de http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/20b_FS-Patient_Safety.pdf, de icn.
- Kripka, R.,M., L.; Scheller,M.; Bonnoto, D., de L. (2015). Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. *Investigação Qualitativa em Educação/Investigación Cualitativa en Educación/Volume 2*. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/386285875/Kripka-Scheller-e-Bonotto-2015-Pesquisa-Documental>
- Leddy,S., Pepper,J.,M. (1998). *Conceptual Bases of Professional Nursing*. Philadelphia: Lippincott, 4^a edition.
- Lüdke, M, e André,M.,E.,D. (1986). *A pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Marcondes, N.,A.,V. ; Brisola, E., M., A.; (2014). Análise por triangulação de métodos: um referencial para Pesquisas Qualitativas. *Revista Univap - Revista da Univap.br.São José dos Campos-SP-Brasil*, v. 20, n. 35, jul.2014. ISSN 2237-1753DOI: 10.18066/revunivap.v20i35.228. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/290908112>
- Meleis,A.,I. (1997). *Theoretical Nursing development and Progres*. Third Edition, Philadelphia: Lippincot.
- Minayo, M. C. S. Introdução. (2010). In: Minayo, M. C. S.; Assis, S. G.; Souza, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz.pp. 19-51.
- OMS, Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde e Sistemas de Saúde em Africa, 2008, disponível em http://www.unicef.org/wcaro/WCARO_Mtgs_OuagaDec-Ps.pdf- Política de Saúde para Todos na Região Africana no século XXI: Agenda 2020, AFR/RC50/R1, 2000,http://www.afro.who.int/dsd/pub/health_policy_pr.pdf
- Pan American Health Organization (2004). Nursing and midwifery services contributing to equity, access, coverage, quality and sustainability in the health services: Mid term plan 2002 2005. Acedido a 15 de Dezembro de 2005, a partir de <http://www.paho.org/English/AD/THS/OS/nursvcse.pdf>
- Pizzani, L., da Silva, R.,C.; Bello, S.,F.; Hayashi, M., C., P., I., (2012). A Arte da Pesquisa Bibliográfica na Busca do Conhecimento. *Rev. Dig. Bibl. Ci. Inf., Campinas*, v.10, n.1, p.53-66, jul./dez. 2012 . Disponível em: <file:///C:/Users/maedocinho/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/WIUPVKU2/1896-Texto%20do%20artigo-2549-1-10-20150409.pdf>

- Queiroz, A., M., C., A.; Meireles, M., A.; Cunha, S., R.; (2007). *Investigar para Compreender*. Loures: Editora Lusociência.
- Queiroz, A., A. (1999). *Empatia e Respeito-dimensões centrais na Relação de Ajuda*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Report Of The Consultative Meeting On Nursing And Midwifery Education And Practice In Africa 3-7 April 2000, Durban, South Africa Services Development Who/Afro Division Of Health Systems And Human Resources Development. Disponível em http://www.afro.who.int/dsd/reports/consult_meeting_en.pdf- República de Cabo Verde, - Ministério de Saúde (2016). *Definição dos PCES e revisão da tabela de cuidados em vigor. Definição e Modelo de funcionamento dos PCES*, Praia: Cabo Verde.
- República de Cabo Verde, (2012). *Plano Nacional de desenvolvimento sanitário 2012-2016: Reformar Para Uma Melhor Saúde, volume I*. Praia: Cabo Verde.
- República de Cabo Verde, (2012). *Plano Nacional de desenvolvimento sanitário 2012-2016: Reformar Para Uma Melhor Saúde, volume II*. Praia: Cabo Verde.
- República de Cabo Verde, (2013). *Estudo de caso de Dotação de Recursos Humanos na Região africano da OMS*.
- República de Cabo Verde, Ministério de Saúde (2015). *Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 2015-2020*. Praia: Cabo Verde.
- República de Cabo Verde. Ministério de Saúde (1999). *Carta Sanitária de Cabo Verde*. Praia: Cabo Verde.
- Romulo, M. F. (2007). *Estratégias para a distribuição e Fixação de Médicos em Sistema Nacionais de Saúde: O Caso Brasileiro*.
- Rosana Maria Luvezute Kripka, R., M., L.; Scheller, M.; Bonotto, D., de L. (2015). Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. *Investigação Qualitativa em Educação*//Volume 2.
- Sá-Silva, J. R. ; C. D. Almeida, C. D. ; Guindani, J. F.(2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, São Leopoldo, ano. I, n.I. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000179&pid=S1413-9936201200020000600031&lng=pt
- Sarmiento, Manuela, 1952, guia prática sobre a metodologia científica para a elaboração, escrita e apresentação de tese de doutoramento, dissertações de mestrado e trabalhos de investigação aplicada-2ª ed.
- Serrano, T. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Tese de Doutoramento, Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sheilimar R., B., de S., M. (2006). *Gestão de Recursos Humanos em organizações hospitalares : a utilização de indicadores como ferramenta de gestão*. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública. Disponível na Internet em: http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/sheilimaregina_2006.pdf. - Spagnuolo, R., S. et al. (2017). *Percepção dos usuários sobre a triagem com classificação de risco em um serviço de urgência de Cabo Verde*. DOI: 10.5020/18061230.2017.p249

- Stake, R. E. (2011). *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso.
- Stake, R. E. (2005). Qualitative case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). *The Sage Handbook of qualitative research*. 4.ed. Thousand Oaks: Sage,. p. 443 – 466.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage.
- Streubert, H.; Carpenter, D., R. (2018). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Tumelero, N. (2019). Pesquisa documental: conceito, exemplos e passo a passo. Disponível em: <https://blog.mettzer.com/pesquisa-documental/>
- WHO and Honor Society of Nursing Lead Development of Global Standards for Initial Nursing and Midwifery Education. Bangkok, January 9, 2007; disponível na internet em: <http://www.nursingsociety.org/Media/Pages/who.aspx>
- WHO/HRB/98.2/. (2012). *Análise sobre os Recursos Humanos da Saúde (RHS) nos Países Africanos A Carga de Trabalho como indicador do relatório Regional para África, Roteiro para reforçar os recursos*. Brazzaville: WHO.
- World Health Organization (2007). *Guidelines for Evaluating Basic Nursing and Midwifery Education and Training Programmes in the African Region*. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville.
- World Health Organization Regional Office for Africa; World Bank, International Bank for Reconstruction and Development (2002). *Building Strategic Partnerships in Education and Health in Africa, Consultative Meeting on Improving Collaboration Between Health Professionals, Governments and Other Stakeholders in Human Resources for Health Development*. Addis Ababa, 29 January – 1 February 2002 *Report On The Consultative Meeting*: WHO Regional Office For Africa. Disponível na internet em: [Http://Www.Afro.Who.Int/Hrd/Consultative_Meeting_Report.Pdf](http://www.afro.who.int/hrd/consultative_meeting_report.pdf)
- Yin, R. K. (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Editora Penso.
- Zappellini, M., B., ; Feuershutte, S., G., (2015). O uso da Triangulação na Pesquisa Científica. *Administração Ensino e Pesquisa*. Rio de Janeiro .V. 16 No 2 P. 241–273.

