

Enfermeiros: Uma força para Mudar – *Um Recurso Vital para a Saúde*



DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO 2014

Ficha Técnica

Título: Enfermeiros: Uma força para Mudar – *Um Recurso Vital para a Saúde: Dia Internacional do Enfermeiro 2014* – do original – <<*Nurses: A force for change – A Vital Resource for Health: International Nurses Day 2014*>>

Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros – maio 2014

Tradução: Enf.^a Sandy Severino

Revisão Técnica: Enf. Bruno Noronha

Capa: Conselho Internacional de Enfermeiros - ICN

ISBN da Versão Inglesa: 978-92-95099-19-7

ISBN da Versão Portuguesa: 978-989-8444-27-1

Esta obra foi redigida ao abrigo do Acordo Ortográfico.

Todos os direitos, incluindo a tradução noutras línguas, reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por qualquer meio eletrónico, mecânico, gravação, fotocópia ou outros, sem a autorização expressa do Conselho Internacional dos Enfermeiros ou do Centro Internacional de Recursos Humanos em Enfermagem. Pequenos excertos (menos de 300 palavras) poderão ser reproduzidos sem autorização, na condição da fonte estar indicada.

Copyright © 2014 pelo International Council of Nurses

3, place Jean-Marteau, 1201 Genebra, Suíça

Índice

Capítulo 1:	Introdução.....	7
Capítulo 2:	Olhar para o Quadro Geral.....	11
Capítulo 3:	Planeamento da força de trabalho.....	15
Capítulo 4:	Medição da Carga de Trabalho de Enfermagem	19
Capítulo 5:	A Importância do Ambiente de Trabalho.....	25
Capítulo 6:	Melhorar a Aprendizagem e os Resultados.....	29
Capítulo 7:	Considerações Principais	31
Anexo 1:	Exemplos de ferramentas de planeamento profissional, <i>websites</i> e <i>links</i>	33
Anexo 2:	Exemplos de Ferramentas do Ambiente de Trabalho dos Profissionais.	36
Anexo 3:	ICN Declaração de Posição: Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (HHRD).....	41
Anexo 4:	ICN Declaração de Posição: Promover o valor e o custo-efetividade da enfermagem.....	45
Anexo 5:	ICN Ficha Técnica: Planeamento de Recursos Humanos em Saúde.....	49
Anexo 6:	ICN Ficha Técnica: Ambientes de Prática Positiva.....	54
Referências	59



maio 2014

Caros Colegas,

Existe o reconhecimento crescente que profissionais de saúde suficientes, adequadamente formados e motivados, são essenciais para a saúde da população mundial. O acesso equitativo aos serviços de saúde necessários e de boa qualidade não se consegue atingir sem um número adequado de enfermeiros adequadamente preparados. Esta é a razão pela qual o ICN decidiu focar no recurso vital que são os profissionais de Enfermagem para o tema do DIE¹ deste ano.

Como o maior grupo de profissionais de saúde, os que estão mais próximos e habitualmente os únicos profissionais de saúde disponíveis para a população, os enfermeiros têm uma grande responsabilidade para melhorar a saúde da população assim como, contribuir para o atingir dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio.

Este *kit* DIE é uma ferramenta essencial para compreender o panorama do mercado de trabalho da saúde: a lacuna entre a oferta e a procura dos profissionais de saúde, os efeitos da crise financeira, migração e a vida profissional útil dos enfermeiros. Realça-se a importância do planeamento da força de trabalho e a ligação com a segurança de doentes; como medir a carga de trabalho dos enfermeiros e planear para obter dotações seguras. A mudança nos âmbitos da prática e a influência das novas tecnologias também têm mudado a forma como os enfermeiros trabalham.

É claro que enquanto existir uma falta de enfermeiros em vários países, a solução não é simplesmente adicionar mais enfermeiros; a melhoria do ambiente de trabalho é o aspeto fundamental para melhorar a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados de saúde. Ao longo deste *kit* de ferramentas do DIE esperamos inspirar os enfermeiros a “mudar a imagem” e a demonstrar aos governos, empregadores e à sociedade que os enfermeiros são um recurso vital para a saúde. ***É essencial que os enfermeiros e os líderes mundiais se foquem sobre a força de trabalho global de enfermagem como uma prioridade chave para atingir melhor saúde para todos.***

Sinceramente,

Judith Shamian
Presidente

¹ NT= DIE = Dia Internacional do Enfermeiro

Capítulo 1

Introdução

Uma força de trabalho de enfermagem educada + um bom ambiente de trabalho = cuidados de elevada qualidade

Esta equação simples, e baseada na evidência, seja ela aplicada a nível global ou local nos sistemas de saúde, é fundamental para compreender como fazer o melhor com o recurso vital que é a Enfermagem.

Durante as últimas décadas, temos visto mudanças na carga de doença assim como na demografia. A carga está cada vez mais pesada nas doenças não transmissíveis (DNT) que inclui distúrbios mentais e uma sociedade envelhecida que têm obrigado os governos e as profissões de saúde a pensar de forma diferente. Isto levou a um foco crescente sobre a prevenção e promoção de saúde e uma mudança no local da prestação de cuidados das instituições para os cuidados de saúde primários baseados na comunidade. Novos riscos infecciosos, ambientais e de estilos de vida numa altura de mudanças demográficas rápidas ameaçam a segurança de saúde de todos (Frenk et al 2010). Isto também nos aproximou da necessidade de focar novamente sobre o cuidar holístico nomeadamente nos cuidados centrados na pessoa e uma abordagem ao longo do ciclo de vida.

Ao mesmo tempo, temos reconhecido a iniquidade na saúde (WHO 2008) (ver Caixa 1). Enquanto a data alvo dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) de 2015 se aproxima, tem-se notado que existem variações significativas apesar das conquistas globais. A carga das DNT é maior em países com rendimentos baixos e médios onde o acesso a cuidados de saúde, incluindo serviço de saúde mental, é limitado. O papel de todos os profissionais de saúde na redução desta variável é há muito reconhecido e tem sido realizado progresso no desenvolvimento de trabalhadores de saúde, nomeadamente, na última década. Contudo, ainda existe muito que se pode fazer (GHWA & WHO 2013). O World Health Report, Working Together for Health, de 2006 reconhece que a escassez de profissionais de saúde é mais grave nos países mais pobres, nomeadamente na África Subsaariana, onde os profissionais são mais precisos (WHO 2006). Adicionalmente, o 3º Fórum Global sobre Recursos Humanos para a Saúde (HRH)² refere na sua declaração que “a agenda HRH transcende fronteiras nacionais: má distribuição geográfica e migração internacional afetam países com rendimentos baixos, médios e elevados, em alguns casos limitando mesmo a provisão dos serviços de saúde essenciais. Dado o papel central dos serviços de saúde na relação entre os cidadãos e os governos, abordar estes problemas de forma eficaz irá reforçar a coesão de sociedades e acelerar o crescimento social e económico” (GHWA 2013, para 8).

²NT: HRH = Human Resources for Health = Recursos Humanos para a Saúde

Caixa 1: Iniquidade na Saúde

“Os nossos filhos têm hipóteses de vida completamente diferentes dependendo de onde nascem. No Japão ou na Suécia podem esperar viver mais do que 80 anos; no Brasil, 72 anos; Índia, 63 anos; e, num dos vários países Africanos, menos que 50 anos. E, dentro de países, as diferenças nas hipóteses de vida são dramáticas e observadas mundialmente. Os mais pobres dos pobres têm elevados níveis de doença e de mortalidade prematura. Mas, saúde pobre não está confinada apenas aos que estão pior. Em países com todos os níveis de rendimento, a saúde e a doença seguem um gradiente social: quanto mais baixa a posição socioeconómica, pior a saúde.

Não tem que ser desta forma e não está correto ser assim. Onde diferenças sistemáticas na saúde são julgadas como sendo evitáveis através de ações razoáveis, estas são simplesmente injustas. É isto que intitulamos de iniquidade na saúde. Corrigir estas iniquidades – as diferenças enormes e remediáveis na saúde entre e dentro de países – é uma questão de justiça social.”

(WHO 2008, p1)

Nestas circunstâncias, tem existido uma atenção crescente em relação aos direitos humanos e à equidade na saúde. Líderes mundiais têm dado o seu apoio à cobertura de saúde universal como um objetivo internacionalmente acordado em termos da política de saúde e de desenvolvimento. Profissionais de saúde suficientes, adequadamente formados e motivados são essenciais para a saúde da população (WHO 2006). Acesso equitativo aos serviços de saúde adequados e de boa qualidade não pode ser atingido sem um número adequado de enfermeiros adequadamente preparados.

Investir em enfermagem pode fazer a diferença. Um número de investigadores têm demonstrado que intervenções de enfermagem acessíveis podem contribuir eficazmente para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio assim como, reduzir a carga das DNT (WHO 2013a). O fortalecimento dos cuidados de saúde primários será essencial na abordagem da carga da doença crónica assim como para alcançar os membros mais vulneráveis e marginalizados da sociedade, sendo que os enfermeiros terão um papel chave nisto (Browne et al 2012). Para utilizar os enfermeiros da melhor forma possível no sistema de saúde, estes devem ser encorajados e apoiados para desempenhar funções no seu potencial máximo.

A World Health Assembly³ (WHA), o órgão supremo de decisão da OMS, tem reconhecido repetidamente a necessidade essencial de fortalecer os serviços de enfermagem e de parteiras de forma a atingir melhor saúde para os indivíduos, as famílias e as comunidades. O relatório de progresso da OMS (2013b) descreve resultados em resposta à série de resoluções adotadas pela WHA para fortalecer os serviços de enfermagem e de parteiras. Contudo, este relatório conclui que em relação à prestação de serviços de saúde este podem se manter com falta de pessoal no que se refere a enfermeiros e parteiras que, por sua vez, podem estar sub-formados e pouco desenvolvidos (WHO 2013b).

Como o maior grupo de profissionais de saúde, os que são os mais próximos e frequentemente os únicos profissionais de saúde disponíveis para a população, os enfermeiros têm a grande responsabilidade de melhorar a saúde da população assim como contribuir para atingir os objetivos de desenvolvimento global. **É essencial que os enfermeiros e os líderes mundiais se focalizem sobre**

³ NT = World Health Assembly = Assembleia de Saúde Mundial

a força de trabalho global de enfermagem como uma prioridade chave para atingir melhor saúde para todos.

O clima económico global atual tem tido muitas consequências, e os serviços de saúde, devido à sua utilização significativa de recursos, não têm sido excluídos de escrutínio significativo. Este escrutínio é muitas vezes impulsionado por uma visão que a despesa nos serviços de saúde é um custo em vez de um investimento. Esta abordagem tem introduzido uma linguagem, dentro de muitos sistemas de saúde, que é retirada do setor industrial. Esta linguagem utiliza termos tal como retorno sobre o investimento, eficiência e custo efetividade e favorece metodologias de melhoria vindas da fabricação tal como, processos de reengenharia e de redução. De fato, embora estas ideias possam ter algo a oferecer, caso sejam implementadas de uma forma apropriada, também podem ser percebidas como filosoficamente em desacordo com os valores profissionais definidos pelos enfermeiros. Este conjunto de valores é conduzido por um compromisso com o serviço público, equidade de acesso e uma ética de cuidados (North & Hughes 2012). É cada vez mais aparente que esta forma de gestão que é associada a restrições fiscais graves levou os enfermeiros a uma situação difícil, já que os governos e os empregadores tentam manter os custos da saúde baixos. Como a maior e logo, em termos de custos totais, a mais cara força de trabalho, os enfermeiros têm constatado a revisão de misturas de pessoal, o corte nos postos de enfermagem e uma redução constante, ou até a supressão, dos seus salários. As consequências para a confiança do doente, a motivação do pessoal de enfermagem, a qualidade e segurança, e, em última análise, o recrutamento futuro e a retenção são significativas. Isso também levou a uma tomada de decisões a curto prazo que têm consequências a longo prazo (Keogh 2013).

É claro que, globalmente, a enfermagem agora tem que se justificar tanto financeira como profissionalmente. O valor socioeconómico da enfermagem e das parteiras tem sido recentemente sujeito a uma rápida revisão sistemática de verificações (Caird et al 2010). As conclusões são retiradas de 32 revisões conduzidas em países da OCDE e direcionadas a três áreas de importância estratégica: a enfermagem de saúde mental, condições a longo prazo e a substituição de papéis. Apesar das dificuldades metodológicas, a revisão encontrou exemplos dos benefícios da enfermagem e das parteiras através das intervenções ao domicílio, da prática de enfermagem geral e especialista incluindo a prevenção e o tratamento. De facto, houve evidência clara dos benefícios da enfermagem e das parteiras num leque de resultados (Browne et al 2012; Maben et al 2012).

A educação em enfermagem tem lutado para se manter a par dos desafios. O investimento na educação de profissionais de saúde é insuficiente considerando as necessidades (ver Caixa 2). Existem problemas em todo o sistema no que concerne à educação dos profissionais de saúde com um desencontro entre as competências e

Caixa 2: Global Expenditure on Health Education

A despesa total global para a educação de profissionais de saúde é aproximadamente \$100 bilhões de dólares americanos por ano. Este valor é menos que 2% da despesa de saúde mundial.

(Frenk et al. 2010)

as necessidades do doente e da população; a estratificação persistente de género quanto ao estatuto profissional e o desequilíbrio quantitativo e qualitativo nas profissões de saúde (Frenk et al 2010). Como identificado pelo ICN (2009), a capacidade dos programas formativos para preparar enfermeiros competentes e com segurança clínica é habitualmente colocado em causa devido à alocação de tempo e reduzido ênfase na aprendizagem clínica; a ausência de resultados de formação clínica claramente definidos; a utilização de metodologias de ensino clínico ineficazes; locais de prática clínica desadequada, de baixa qualidade ou lotados; e uma falta de modelos clínicos

adequados. Adicionalmente, a equipa da faculdade de enfermagem partilham os mesmos desafios demográficos que o resto da força de trabalho.

A interdependência dos setores de saúde e da educação é soberana e um equilíbrio entre os dois sistemas é fundamental para a eficiência, a eficácia e a equidade. Existem dois interfaces críticos: o primeiro é o mercado de trabalho, que governa o ajuste ou desajuste entre a oferta e a procura de profissionais de saúde; e o segundo é a fraca capacidade de muitas populações, especialmente as mais pobres, de traduzir as suas necessidades de saúde e de educação numa procura eficaz dos respetivos serviços (Frenk et al 2010).

A segurança da oferta de enfermeiros mantém-se um problema real e evidente em muitos países.

Estamos num mundo de mudança constante e responder a estas mudanças torna-se difícil caso apenas tenhamos uma abordagem local. Enquanto o contexto local é fundamental para compreender e desenhar serviços, estamos cada vez mais ligados globalmente. Esta ligação pode ser vista na movimentação de pessoas, tecnologias, finanças, conhecimento e informação. Isto quer dizer que estamos cada vez mais interdependentes em termos de recursos chave e a saúde não é exceção. Os mercados de trabalho para profissionais de saúde com credenciais internacionalmente reconhecidas não são apenas nacionais como também globais. A educação pode ser fornecida à distância ou através de uma concessão e pode ou não estar alinhada com as necessidades educativas e de saúde do praticante e dos cidadãos que serve. As regras estão a mudar em todo o lado e muitas das suposições que fizemos no passado simplesmente não se aplicam a este novo mundo (ver Caixa 3).

Caixa 3: Alteração de Regras para os Profissionais de Saúde	
Abordagem Atual	Novas regras para os cuidados de saúde do século XXI
Os cuidados são baseados primariamente nas visitas	Os cuidados são baseados em relações de cura contínua
Autonomia profissional conduz a variabilidade	Os cuidados são personalizados de acordo com as necessidades e os valores do doente
Os profissionais controlam os cuidados	O doente é a fonte do controlo
A informação é um registo	O conhecimento é partilhado e a informação flui livremente
A tomada de decisão é baseada na formação e na experiência	A tomada de decisão é baseada na evidência
Não fazer mal é uma responsabilidade individual	A segurança é uma propriedade do sistema
O segredo é necessário	A transparência é necessária
O sistema reage às necessidades	As necessidades são antecipadas
Procura-se a redução de custos	O desperdício é continuamente diminuído
A preferência é dada a papéis profissionais em detrimento do sistema	A cooperação entre clínicos é uma prioridade

Adaptado de: Changing rules for the Healthcare Workforce in the 21st century and the implications. Institute of Medicine (2001)

Até à data, os mercados de trabalho têm sido frequentemente caracterizados por múltiplos desequilíbrios sendo que o mais importante, em termos de segurança de oferta, está relacionado com a suboferta, o desemprego e o subemprego de profissionais de saúde. Igualmente, como foi mencionado anteriormente, os governos habitualmente influenciam a oferta de profissionais de saúde em resposta a questões políticas conduzidas por preocupações financeiras mais do que racionalidade do mercado ou realidade epidemiológica. A ajuda também pode ter um efeito distorcido enquanto organizações não-governamentais (ONGs) inadvertidamente recrutam os melhores profissionais baseadas nas suas prioridades e ao fazê-lo mudam condições de trabalho locais que podem, por sua vez, criar uma inflação de salários locais resultando num sistema dependente de ajuda.

Enquanto os países individuais desenham as suas soluções locais para mudar os seus sistemas de saúde eles precisam de estar plenamente conscientes de que existe uma lacuna prevista entre a procura e a oferta de profissionais de saúde nos países desenvolvidos para os próximos 20 anos. Isto está previsto para estar entre 22% e 29% globalmente (OECD 2012). Conforme observado num estudo dos Estados Unidos da América (EUA) por Buerhaus et al (2009), o número total de enfermeiros registados ⁴(RN) a tempo inteiro *per capita* foi previsto culminar por volta do ano 2007 e diminuir progressivamente depois, dado que as maiores coortes de RN entram na reforma. Em 2020, prevê-se que o número de RNs será aproximadamente o mesmo que hoje, diminuindo para aproximadamente 20% abaixo da necessidade projetada de RNs. A situação dos enfermeiros dos EUA pode ser vista em repetição em todos os países da OCDE.

O terceiro Fórum Global sobre Recursos Humanos para a Saúde que decorreu no Recife (2013) reviu o progresso global de HRH e declarou: “desafios persistem: o investimento em HRH mantém-se baixo; discrepâncias fundamentais existem entre a oferta e a procura de trabalhadores de saúde; o planeamento HRH é comumente enfraquecido por intervenções descoordenadas sobre assuntos singulares, focando num quadro ou doença individual e não na prevenção; e a adoção e implementação de políticas eficazes mantêm-se pouco regulares. Como consequência de graves carências, deficiências na distribuição e desempenho, desequilíbrios de género e ambientes de trabalho deficitários para os funcionários de saúde continuam a ser assuntos de grande preocupação” (GHW 2013, para 6)

A segurança da oferta também é afetada pela migração. A lacuna na oferta identificada pela OCDE pode ser preenchida por enfermeiros migrantes de outros sítios no sistema de saúde global. De facto, a Austrália, o Canadá e os EUA já indicaram que veriam a sua lacuna futura de competências a ser preenchida por enfermeiros de fora das suas próprias fronteiras (RCN 2012). O efeito desta migração sobre o sistema local/nacional pode ser tanto positivo (i.e. em termos de oportunidade para o indivíduo e o dinheiro gerado que é enviado para casa) ou negativo (i.e. em termos da perda de competências vitais num sistema de saúde habitualmente vulnerável). Alguns esforços estão a decorrer para minimizar os aspetos negativos da migração com a introdução das ações e recomendações da OMS mas continua uma área política fortemente debatida, muitas vezes com visões altamente polarizadas (Buchan 2008, DeLeon & Malvarez 2008). Como Kingma (2007) concluiu, num estudo global detalhado sobre a migração de enfermeiros, “A procura atual para trabalhadores é uma caça global altamente organizada para talento que inclui enfermeiros. Migração internacional é um sintoma dos problemas sistemáticos maiores que fazem com que os enfermeiros

⁴ NT = Enfermeiros registados = registered nurses = RN

Caixa 4: Fluxo Internacional de Enfermeiros Europeus

“Os enfermeiros da UE têm mobilidade livre, não são sujeitos a controlos de imigração e de uma perspetiva de política e planeamento do Reino Unido são um influxo “não gerido”: eles não podem ser direcionados e o tempo de permanência no Reino Unido não pode ser determinado. Dada a facilidade de mobilidade e custos de viagens relativamente baratos também é provável que existirá um número crescente de enfermeiros da UE a se mobilizarem. Estas dinâmicas salientam que os fluxos internacionais serão menos abertos à serem geridos por criadores políticos e reguladores do Reino Unido, com a maioria do influxo sendo da UE e o tempo de permanência no Reino Unido sendo determinado maioritariamente por escolha individual e pelas circunstâncias do enfermeiro.”

(RCN 2012, p15)

deixem os seus empregos. A mobilidade de enfermeiros começa a ser um assunto major apenas num contexto de exploração migratória ou falta de enfermeiros. Injetar enfermeiros migrantes num sistema de saúde disfuncional, aqueles que não têm a capacidade de atrair e reter funcionários de forma doméstica, não irá resolver a escassez de enfermeiros.” (p.1281)

Contudo, ainda existe a necessidade real de melhor compreender a migração dado que está relacionada com os enfermeiros, especificamente, e a disponibilidade de informação nesta área não é clara. Por exemplo, na União Europeia os enfermeiros têm mobilidade livre, logo, não estão sujeitos a controlos de imigração (ver Caixa 4).

Num estudo recente realizado por Squires et al (2013), que considera os padrões migratórios dos enfermeiros de

El Salvador, da Guatemala, das Honduras, do México e dos Estados Unidos, os autores utilizaram a revisão para explorar como os governos podem se tornar mais eficazes na gestão da migração através destes países. O relatório conclui com oito recomendações para fomentar a migração como uma forma de ir de encontro às necessidades de cuidados de saúde em todos os países em estudo. Estas recomendações incluem investimentos em sistemas educativos; formas de facilitar o credenciamento dos enfermeiros através das fronteiras; desenvolver vistos baseados na melhoria de concordância de língua entre os enfermeiros e os doentes desproporcionalmente afetados pelas disparidades em saúde; integrar programas educativos transacionais como parte do processo de credenciamento para enfermeiros internacionalmente formados; e formas de capitalizar os “enfermeiros escondidos” de herança hispânica que atualmente estão a residir nos Estados Unidos.

A migração interna também é um fator importante para muitos sistemas de saúde que têm o desafio de reter profissionais de saúde em contextos rurais e remotos. Os enfermeiros habitualmente migram de áreas rurais para urbanas (Squires et al 2013) e a migração interna pode exacerbar problemas de desigualdade na saúde dado que os profissionais de saúde procuram melhor educação e serviços de saúde para as suas próprias famílias.

A mudança de duração das carreiras de enfermagem

Um fator adicional, significativo para compreender o quadro geral, é a mudança na vida útil de trabalho dos enfermeiros. Até à data, muitos dos modelos governamentais utilizados para calcular a participação da força de trabalho têm sido baseados numa compreensão de como os homens participam na força de trabalho e de fato, o termo “planeamento de recursos humanos” é ainda utilizado ocasionalmente. Contudo, a enfermagem é, na maioria dos países, uma profissão dominada por mulheres e, como tal, pode ser difícil desenvolver um modelo que é suficientemente sensível para reconhecer os modos particulares em que os enfermeiros participam na força de trabalho. Na

maioria dos países, a idade estatutária para a aposentação para as mulheres é menor que para os homens. Adicionalmente, existe uma tendência global para os profissionais de saúde se aposentarem mais cedo (WHO 2006). A crise financeira global recente pode afetar isto ainda mais e realça a necessidade para uma compreensão adequada e planeamento cuidadoso dos trabalhadores. A idade legal da aposentação habitualmente difere da idade real na qual os enfermeiros se aposentam, com os ambientes de trabalho pobres a contribuir para a sua aposentação antecipada. A distribuição de idade atual dos enfermeiros e os padrões de trabalho diferentes (i.e. horas a tempo parcial) são fatores adicionais. Adquirir um conhecimento muito melhor sobre como este conjunto complexo de fatores se relacionam tem sido cada vez mais reconhecido pela profissão de enfermagem como uma prioridade e resultou num foco muito maior sobre o entendimento das necessidades da nossa força de trabalho através de um melhor planeamento e de uma melhor gestão da força de trabalho. Consultar o documento do ICN International Centre for Human Resources in Nursing (ICHRN) hiperligação www.icn.ch/pillarsprograms/ichrn-publications.

Reflexões: Cada reflexão foca sobre duas perspetivas: pessoal e política. Estas permitem-nos considerar o assunto chave de ambos os pontos de vista para encorajar uma conversação ativa a todos os níveis do sistema de saúde.

Pessoal: Pense na sua própria carreira até à data. Como é que tem mudado? Pensa que você e os seus colegas podiam estar mais bem preparados para estas mudanças? Precisamos de um melhor conhecimento da contribuição que os enfermeiros fazem para a sociedade ao longo da sua vida profissional?

Política: Será que o legado de modelos de planeamento de *manpower* contribuiu para termos uma compreensão fraca sobre profissões dominadas por mulheres tal como a de enfermagem? Será que temos mesmo uma compreensão das carreiras das enfermeiras contemporâneas?

Capítulo 3

Planeamento da Força de Trabalho

Não podem existir dúvidas de que é uma responsabilidade de todo o sistema de saúde e educativo planejar e sustentar o futuro dos enfermeiros. Como referimos anteriormente, existe uma necessidade clara para alargar este planeamento do governo ao empregador e para o mesmo ser constantemente monitorizado. As ligações fortes, agora apoiadas por evidência investigativa, entre carga horária mais reduzida para enfermeiros e melhores resultados para os doentes sugerirá que o caso para um seguro investimento nos enfermeiros foi feito, contudo ainda continua a ser uma área muito debatida (Mitchell & Mount 2010). O tamanho e a complexidade da força profissional dos enfermeiros significa que qualquer aumento sugerido é enfrentado com uma resistência forte mesmo quando apenas se considera os custos. É evidente que precisamos ser claros sobre a forma de melhor identificar os trabalhadores que temos disponíveis assim como as oportunidades para utilizar este recurso escasso da melhor forma. A investigação ainda é limitativa acerca de como melhorar as dotações de enfermagem de forma a reduzir a carga de trabalho e os resultados adversos para os doentes, nomeadamente nos contextos não hospitalares. Para melhorar esta situação precisamos de boa evidência retirada de dados e de análise de elevada qualidade, permitido pela utilização sistemática das ferramentas de carga de trabalho e do planeamento da força de trabalho.

Planeamento da força de trabalho é um processo contínuo utilizado para alinhar todas as necessidades e prioridades da organização com as dos seus trabalhadores para assegurar que conseguem ir de encontro aos seus objetivos legislativos, reguladores, requisitos de serviços e produção, e objetivos organizacionais. O planeamento da força de trabalho permite estratégias de desenvolvimento de trabalhadores baseadas na evidência.
(Sloan 2010)

Ao desenvolver qualquer abordagem para os trabalhadores o objetivo mais frequentemente citado é *ter os trabalhadores certos com as competências certas e comportamentos certos no local certo a fazer a coisa certa na hora certa.*

O planeamento da força de trabalho também tem que ser visto no contexto do tempo de vida profissional de um enfermeiro. Pode ser útil pensar nisto nos termos de entrada para a enfermagem, desempenho dos trabalhadores existentes e saída da profissão. A entrada em enfermagem envolve planejar o número de novos recrutamentos necessários para cuidar da população. Claramente um grande objetivo é produzir o número suficiente de enfermeiros competentes. Para atingir este objetivo é necessário planeamento ativo, boas instituições formativas com professores bem qualificados, regulamentação profissional forte e a possibilidade de recrutar. **Um enfermeiro recrutado agora poderá ainda estar ativo na profissão no ano de 2050.** Esta preparação inicial requer uma relação de trabalho forte entre os setores da educação e da saúde. Um equilíbrio entre os dois sistemas é crucial para a eficiência, a efetividade e a equidade. Contudo, pode ser o caso em que existe uma desconexão entre as práticas filosóficas e de gestão nos dois setores, com a saúde sendo um modelo mais de gestão e a educação um modelo conduzido pelo mercado. Isto pode

causar um excesso de oferta de alguns profissionais de saúde onde a procura de educação é elevada – por exemplo, o excesso de médicos na Índia (WHO 2008) – e uma suboferta de outros devido a uma reduzida oferta de oportunidades educativas. A educação profissional está cada vez mais ligada ao planeamento da força de trabalho e isto pode possibilitar uma partilha mais rápida de currículos e de competências (ver Caixa 5).

O desempenho dos trabalhadores existentes é também uma consideração chave; trabalhadores produtivos reduzem a necessidade de mais enfermeiros. Melhorar a produtividade requer um leque de condições que serão consideradas mais tarde em maior pormenor, mas incluem apoio para o desenvolvimento e a formação contínua, supervisão, compensação adequada e bons ambientes de trabalho.

A altura em que os enfermeiros escolhem sair da sua vida profissional é outro aspeto fundamental do planeamento da força de trabalho. A erosão/desgaste na força de trabalho devido à migração,, preocupações de saúde, agitação civil e insatisfação geral com as condições podem sair caro, dado que os indivíduos precisam de ser substituídos e existe um custo de formação de substituição. A perda de experiência dos trabalhadores também é um custo de oportunidade e pode significar que conhecimento essencial é perdido do sistema. Existe uma necessidade crítica para planear de forma mais sistemática para esta transferência de conhecimento dado que a perda de perícia, experiência e conhecimento com a reforma pendente de um grande coorte de enfermeiros atualmente com 50 anos de idade pode ter consequências significativas sobre a capacidade dos profissionais de enfermagem responderem aos desafios que enfrentam.

Existe também uma necessidade de considerar o desenvolvimento de planeamento de sucessão. Isto pode ser latamente definido como o processo para identificar e desenvolver o potencial de líderes futuros ou gerentes seniores, assim como, indivíduos para ocupar outros cargos críticos, tanto a curto como a longo prazo. Adicionalmente as atividades formativas e de desenvolvimento e os programas de planeamento de sucessão incluem tipicamente a provisão de experiência de trabalho prática e adaptada que será relevante para os futuros papéis seniores ou chave. Planeamento de sucessão desadequado tem sido identificado como um desafio chave associado à enfermagem em comunidades rurais e remotas (WHO 2006).

Os enfermeiros habitualmente têm um padrão de compromisso com o local de trabalho e isto pode ser conduzido por vários fatores – responsabilidade de cuidar são as mais frequentes. As necessidades (e números) dos que regressam à profissão são muitas vezes subestimados e apoiar os enfermeiros a voltar depois de uma pausa na carreira é uma área onde muito mais pode ser feito em muitos sistemas (ICN 2010a). Enquanto os reguladores profissionais se movem para manter registos de inscritos atualizados e consideram a revalidação, é importante planear reter as competências e abordar as necessidades deste recurso que é invisível mas importante.

Caixa 5: Cinco características da globalização da educação profissional:

1. Ter cada vez mais um conjunto global de talento profissional de saúde.
2. Existe uma aspiração universal e um desafio dos cuidados de saúde primários que decorre em contextos muito diferentes.
3. Uma interdependência crescente em todos os assuntos de saúde.
4. Mudança de instituições para estabelecer campus filiados em outros lugares.
5. A expansão da saúde global como um campo de investigação.

O planeamento da força de trabalho ocorre a diferentes níveis: global, nacional, regional e local. Idealmente os resultados dos sistemas utilizados localmente irão formar a base dos planos regionais e nacionais. Logo, ter uma base segura para planear as dotações a um nível local é crítico, e os níveis separados de planeamento devem ser integrados. Planeamento da força de trabalho local pode:

- Identificar carências e superávits e prevenir crises de dotações
- Definir (ou redefinir) a organização do local de trabalho, tarefas e papéis e incentivar trabalho de equipa entre prestadores de serviços
- Contribuir para assegurar a segurança dos doentes através da obtenção de competências adequadas de forma a prestar cuidados eficazes
- Identificar condutores tanto de procura e oferta
- Estabelecer as necessidades educativas e formativas dos profissionais
- Fornecer conhecimento e compreensão dos trabalhadores e das suas atividades e assegurar que existe um processo para abordar de forma sistemática os fatores que estão a influenciar a mudança dos trabalhadores e do local de trabalho
- Fornecer opções para os decisores
- Melhorar a qualidade das decisões
- Fornecer uma implementação ordenada de atividades ou de recursos
- Fornecer um quadro para monitorizar e avaliar o progresso para os objetivos estabelecidos (NHS Education Scotland 2013)

Existem muitos recursos disponíveis para apoiar o planeamento da força de trabalho; alguns encontram-se mencionados no **Anexo 1**. Todos reconhecem que um conhecimento robusto dos trabalhadores locais é fundamental e o envolvimento dos enfermeiros a todos os níveis da tomada de decisão no que refere aos enfermeiros profissionais é uma mais-valia. É comum ter enfermeiros a nível governamental com um papel direcionado para o planeamento de enfermagem e que, por sua vez, servem de ligação a enfermeiros chave dentro de todo o sistema (ICN 2010b).

Contudo, também é evidente que conhecer o número de enfermeiros disponíveis é apenas uma parte da resposta. Isto tem que ser ligado a uma compreensão do trabalho que necessitam fazer, em termos de volume e complexidade e de acordo com as competências disponíveis. Isto tem conduzido ao desenvolvimento de um leque de ferramentas para melhor compreender a carga de trabalho dos enfermeiros.

Reflexões:

Pessoal: Compreende a forma que o planeamento da força de trabalho funciona na sua organização? Está ativamente envolvido no desenvolvimento e melhoria contínua dos sistemas que são utilizados?

Política: Existem abordagens consistentes e interligadas utilizadas para o planeamento da força de trabalho de enfermagem no seu sistema de saúde?

Capítulo 4

Medição da Carga de Trabalho de Enfermagem

O conceito de carga de trabalho de enfermagem tem sido bem explorado na literatura de enfermagem mas não existe apenas uma definição (Walker & Hendry 2009). Definições precoces tendem a focar no volume e no nível do trabalho de enfermagem mas estes foram criticados como demasiado restritos devido ao facto que não têm em conta o trabalho que os enfermeiros fazem em nome dos doentes, famílias e comunidades, como também o trabalho que fazem para os seus colegas, tal como formação e administração. Um grupo de enfermeiros seniores na Nova Zelândia identificou um leque de fatores que também influenciam a carga de trabalho de enfermagem. Estes incluem:

- Necessidades dos doentes: circunstâncias do doente, complexidade e *casemix*
- Complexidade ambiental: ambiente físico e recursos, serviços de apoio, redesenhar e reestruturação, financiamento e *casemix*
- Complexidade médica: diagnóstico médico, tomada de decisão e escolha de tratamentos
- Processos de qualidade e resultados: orientação, formação educativa
- Resultados sensíveis ao trabalho de enfermagem: os resultados dos doentes diretamente influenciados pelo trabalho de enfermagem
- Intensidade de enfermagem: a quantidade de cuidados necessitados por cada doente
- Competências dos enfermeiros: o número de atributos que os enfermeiros necessitam e disponibilizam
- Sistemas de trabalho: alívio dos recursos humanos escalados, apoio clínico, documentação, condições de serviço, recrutamento e retenção.

(Adaptado de Walker e Hendry 2009, p12)

Estes fatores claramente identificam a complexidade associada a medir a carga de trabalho em enfermagem na sua totalidade. A maioria das ferramentas utilizadas pelas organizações tendem apenas a medir alguns destes fatores. Tendo dito isto, compreender e utilizar medições de carga de trabalho pode fornecer dados fidedignos e baseados na evidência e ajudar a informar os gestores da equipa de enfermagem. Usado juntamente com outros dados, pode demonstrar como a relação entre dotações e carga de trabalho podem alterar a qualidade e os custos dos cuidados e como o ambiente de trabalho pode facilitar ou limitar estes resultados. A medição da carga de trabalho tende a ser mais bem desenvolvida em sistemas baseados em hospitais e ainda existe muito a ser feito para desenvolver ferramentas eficazes para os cuidados primários.

Dados da carga de trabalho fornecem informação para:

- Justificar níveis de recursos humanos e financeiros
- Explicar a utilização de recursos
- Justificar a alocação de recursos
- Apoiar a análise de tendências
- Apoiar as decisões dos gestores em relação a cargas de trabalho, escalas, e orçamentos

(NHS Education Scotland 2013)

Reflexões:

Pessoal: Porque é que é muito mais difícil desenvolver medidas de carga de trabalho para ambientes de cuidados primários e da comunidade? Enquanto os contextos de trabalho começam a ficar mais diversificados quais as consequências para os enfermeiros de não conseguirem avaliar a carga de trabalho de forma mais eficaz?

Política: Quais os passos a tomar para transferir o nosso conhecimento do setor hospitalar para o contexto comunitário? Quais as lacunas que têm de ser analisadas para tornar o planeamento das dotações comunitárias uma realidade?

Trabalhadores que demonstram bom desempenho são os que trabalham de forma a darem resposta, são justos e eficientes para atingir os melhores resultados possíveis, considerando os recursos e as circunstâncias disponíveis.

(WHO 2006, p67)

As abordagens mais frequentemente utilizadas para planear as dotações dependem do volume de cuidados de enfermagem a serem prestados, habitualmente baseadas no tamanho da população, *mix* de doentes e tipo de serviço. Isto é depois relacionado com as atividades realizadas por diferentes elementos da equipa. Os sistemas variam de acordo com a quantidade de pormenores considerada, desde rácios básicos descendentes que relacionam as dotações ao número de camas ou à população total, até sistemas que requerem dados pormenorizados sobre a natureza e o volume dos cuidados necessários (dependência do

doente) e repartir a forma de como a atividade de enfermagem de diferentes elementos da equipa varia em relação a isto. Os sistemas de informação em saúde estão cada vez mais desenvolvidos para apoiar isto, mas muitos destes sistemas têm as suas vias para quantificar a atividade baseadas nos custos e têm recebido respostas variadas por parte da profissão de enfermagem. Contudo, a importância de um bom sistema de informação e melhor recolha de dados permanece (Cipriano & Hamer 2013). A pouca compreensão destes assuntos foi realçada num estudo internacional realizado por Dowding et al (2013). Este inquérito internacional recente procurou identificar prioridades de investigação para informática de enfermagem sobre os cuidados aos doentes. O relatório reconhece que, apesar da base de evidência crescente sobre o desenho e a avaliação da tecnologia de informação em saúde (TIS)⁵, estas tecnologias focam principalmente sobre a prática médica. O estudo encontrou que as duas áreas de elevada importância para os enfermeiros foram o desenvolvimento de sistemas para fornecer *feedback* em tempo real aos enfermeiros e a avaliação dos efeitos da TIS sobre os cuidados de enfermagem e os resultados dos doentes. Para mais informação sobre informática da saúde consulte www.thetigerinitiative.org

O foco sobre os *inputs* para uma compreensão da carga de trabalho e da medição da carga de trabalho tem sido uma metodologia dominante quando considerando assuntos dos trabalhadores. Contudo, antes de escolher qualquer metodologia é importante compreender que *as necessidades dos doentes, mesmo quando identificadas, habitualmente espera-se que se equilibrem contra outras*

⁵ NT = Tecnologia de informação em saúde (TIS) = health information technology (HIT)

funcionalidades organizacionais tal como atingir as metas do contrato ou mantendo-se dentro do orçamentado. Isto é, possivelmente, menos bem compreendido e explorado. A relação entre a disponibilidade de trabalhadores, cultura sistémica e outputs e resultados dos trabalhadores não tem em consideração uma diferença significativa na qualidade dos cuidados.

Melhores práticas no planeamento das dotações de enfermagem

Dada a falta de fiabilidade provada ou de recomendações acerca de que sistemas a utilizar e os vários fatores diferentes que determinam as necessidades de funcionários, a triangulação é essencial. Os sistemas devem, no mínimo, considerar a dependência dos doentes, a atividade dos enfermeiros e devem ser revistos por um parecer de um enfermeiro perito. Sistemas simples e fáceis de utilizar para o planeamento das dotações de enfermagem existem e estão delineados no Anexo 1.

As melhores abordagens para apoiar a adoção de um conjunto de princípios chave para assegurar o planeamento das dotações e a revisão das cargas de trabalho são implementadas com sucesso. Estes princípios chave são que as revisões das dotações necessitam de:

- Ter um compromisso a nível dos conselhos de administração (com um diretor de enfermagem/enfermeiro chefe como um requisito chave)
- Envolver ativamente os profissionais e ser transparente no seu processo
- Utilizar abordagens estabelecidas e aplicá-las consistentemente
- Triangular (i.e. Sistemas de classificação de dependência para medir a carga de trabalho, juízo profissional e *benchmarks*)
- Ser avaliadas regularmente (utilizando os dados dos doentes e das dotações)
- Envolver-se ativamente com o setor da educação e envolver-se mais com os cuidados sociais
- Agir sobre os resultados.

Assegurar dotações seguras depende do nível de base correto de dotações. *Inúmeros fatores podem “corroer” as dotações planeadas para que mesmo com as dotações diárias “corretas” os níveis possam ser insuficientes para ir de encontro às necessidades dos doentes com segurança.* Dotações seguras dependem da boa gestão para que os postos orçamentados sejam preenchidos e implementados de forma eficaz, e que os empregados estejam disponíveis para trabalhar. A utilização regular de funcionários temporários e sem competências adequadas está associada a uma redução na qualidade dos resultados (RCN 2012).

Apoiar os papéis em mudança

O aumento da nossa compreensão da natureza dos funcionários e a nossa capacidade de escrutínio de “quem faz o quê” tem dado clareza ao surgimento de novos papéis e à possibilidade de considerar de forma mais ativa o impacto desta substituição de papéis nos resultados dos doentes. A divisão do trabalho na área da saúde está em constante mudança em várias direções e aplica-se a vários papéis no sistema de saúde. Existe um debate animado acerca do uso de substituição de papéis, ou mudança de tarefas, e a sua importância para a enfermagem. Isto ocorre quando os enfermeiros assumem a responsabilidade de trabalho atualmente realizado por outros profissionais

“A complexidade aumentada das intervenções e uma proporção mais elevada de idosos com comorbilidades significa que mesmo as tarefas designadas como “básicas” requerem que os que as desempenham tenham que cuidar e ter compaixão como também ter um conhecimento seguro das ciências relevantes ...”

(Hunt 2013)

de saúde e vice-versa. Existe um argumento para um aumento rápido na mudança de tarefas de saúde para o quadro de profissionais de saúde menos qualificados (WHO 2006). Isto pode ser feito para aliviar lacunas de recursos humanos a curto prazo. Contudo, após inúmeras avaliações desta abordagem, existe uma necessidade clara para ser cauteloso; esta abordagem pode ter um impacto imprevisto e dispendioso sobre os resultados a longo prazo (Cavendish Review 2013, WHO 2006).

De facto, a evidência sugere que está longe de ser uma solução de curto prazo barata, a eficácia e a sustentabilidade a longo prazo dos trabalhadores básicos de saúde depende de uma articulação adequada com outros profissionais de saúde. Muitos programas comunitários para profissionais de saúde não têm tido sucesso porque não incorporavam os profissionais com êxito no *mix* de trabalhadores. Os profissionais de saúde são os planeadores e decisores políticos líderes dentro dos sistemas de saúde. Eles geralmente fornecem a formação e a supervisão que apoia as necessidades dos formadores para serem capazes de manter as suas competências e fazer referência para outros profissionais de saúde adequadamente formados (WHO 2006). Os sistemas de saúde precisam de se comprometer com um sistema de desenvolvimento de competências que permita a todos os profissionais entrarem, saírem e articularem claramente sobre como podem progredir no apoio ao contínuo de cuidados e para o seu próprio desenvolvimento pessoal. Um exemplo é o Quadro de Conhecimento e Competências (QCC)⁶, um quadro de competências para apoiar o desenvolvimento pessoal e progressão na carreira dentro do National Health Service (NHS) no Reino Unido. Consultar www.ksf.scot.nhs.uk).

Isto sugeria que a utilização de ferramentas mais detalhadas para avaliar as mudanças de papel em termos do seu impacto seria, claramente, de valor para os profissionais de enfermagem nomeadamente em tempos de desafio e, no caso de papéis de consultoria de enfermagem, asseguraria um planeamento de dotações, um desenvolvimento de papéis e uma preparação formativa mais eficaz (Kennedy et al 2011).

Caixa 6: Estudo caso: Aperfeiçoamento profissional utilizando a tele saúde

Papéis em mudança e aperfeiçoar os profissionais existentes é difícil em comunidades diversificadas e rurais. Em El Salvador a abordagem de tele saúde tem sido utilizada para melhorar as competências para atingir os objetivos institucionais de forma a melhorar o acesso da população à saúde como um direito humano fundamental. El Salvador é um país muito pequeno de 5,7 milhões de habitantes, a tentar implementar um sistema de saúde pública em todo o seu território, um processo que ainda está em desenvolvimento. Neste contexto, a formação de recursos humanos tem um papel estratégico, com várias iniciativas incorporando atividades de aprendizagem à distância. As ações de tele saúde começaram em outubro de 2010 através de um grupo interinstitucional. Até agora, está a ser desenvolvido a nível nacional com uma plataforma de *software* gratuita que permitirá uma intercomunicação mais fácil entre equipas e especialistas, assim como, melhorar as comunicações entre as diferentes instituições de saúde.

(Marroquin e Martin 2013)

⁶ NT = Knowledge and Skills Framework (KSF) = Quadro de Conhecimento e Competências (QCC)

Autogestão dos doentes

Outra área fundamental a ser considerada em relação à mudança de papéis (algumas vezes referida como substituição de tarefas ou mudança de tarefas) é o papel dos doentes e das comunidades na gestão ativa das suas próprias necessidades. De facto, as mudanças rápidas na sociedade também significam que a descrição de famílias e das comunidades está a mudar de acordo com as necessidades e os desejos. Por exemplo, a constituição de comunidades de aposentados que têm uma capacidade intrínseca de fomentar o bem-estar físico, psicológico e social.

Existe uma expansão significativa do uso de tecnologias para juntar grupos de indivíduos. A utilização da comunicação social neste contexto é muito evidente. Tal permite a partilha de conhecimento e de compreensão não apenas das suas necessidades de saúde, como também, a melhor forma de fomentar o sistema. Existem muitos exemplos de como o acesso aumentado a dados e à informação está a mudar a forma como os doentes, os cuidadores e os cidadãos utilizam os serviços de saúde (ver Caixa 7).

As consequências são emocionantes como também potencialmente perturbadoras e os enfermeiros necessitarão de se sentirem confiantes para responder às diferentes relações que irão emergir. Isto também inclui a compreensão dos enfermeiros sobre a necessidade de prestar cuidados de novas formas tal como a utilização de novas formas de comunicação social. Os enfermeiros necessitarão de reconhecer que irão ter uma presença profissional digital.

Caixa 7: Mudanças Perturbadoras

A atual perturbação nos cuidados de saúde corresponde ao facto de que os doentes podem aceder a ferramentas para recolher informação, agregar dados, agir e ver resultados em tempo real.

- **Medicina:** Os doentes estão mais comprometidos na gestão da sua própria doença, receber melhores resultados.
- **Investigação:** Os doentes podem ter conhecimento sobre ensaios clínicos que estão a ser realizados em qualquer parte do mundo e participar *online* ou mesmo criar os seus próprios programas de investigação – considerado cada vez mais como credível no mundo de avaliação por pares.
- **Comércio:** Pagadores querem pagar por resultados melhores, não transações. Têm que provar que o comprimido é mais eficaz do que as alternativas existentes no mundo real, que não é apenas um placebo num ensaio clínico controlado.
- **Segurança:** Os doentes podem submeter os seus próprios eventos de segurança em tempo-real e entrar em diálogo com os fabricantes sobre como melhorar os seus produtos.

(Hodgkin 2012)

Consultar também:

www.patientslikeme.com

Aumentar a autogestão dos doentes demonstrou melhorias nos resultados de saúde, mas, enquanto as pressões financeiras aumentam, também se torna um assunto de sustentabilidade importante. O apoio à autogestão dos doentes tem sido reconhecido como um papel necessário e em evolução para os prestadores de cuidados de saúde (CCL 2007). Abordar os desafios da literacia em saúde dos doentes é um dos componentes do apoio à autogestão dos doentes. *Níveis baixos de literacia em*

saúde apresentam um desafio significativo à difusão e à utilização eficaz da autogestão dos doentes. Esta é uma área para os profissionais de enfermagem desenvolverem e explorarem ativamente. A enfermagem tem uma longa história de encorajar e capacitar os doentes para serem gestores dos seus processos e, se possível, independentes nos seus cuidados. Existem muitos exemplos de doentes a gerirem, com sucesso, um elevado grau de complexidade mas é o aumento da utilização de

Se a tecnologia permite uma mudança na produtividade, os funcionários sociais e da saúde irão necessitar de competências e capacidades adequadas para abraçar esta tecnologia a apoiar novas formas de trabalhar.

tecnologias para os apoiar que está a transformar as possibilidades. Existe um aumento no interesse da inovação liderada por doentes dado que as pessoas não são apenas recipientes de serviços mas reais coprodutores da sua própria educação e saúde. Como descrito por Berwick et al. (2009), a centralização no doente reflete uma “experiência (à medida que o doente informado, individualmente, o deseja) de transparência, individualização, reconhecimento, dignidade e escolha em todas as matérias – sem exceção – relacionado com a pessoa, circunstâncias e relações na saúde.”

Reflexões

Pessoal: Identificar o acesso que os enfermeiros atualmente têm no seu local de trabalho para apoiar o desenvolvimento de literacia em saúde e formular pontos-chave de forma a melhorar a situação.

Política: Apoiar doentes e cuidadores na gestão da sua própria saúde poderá requerer uma realocação de recursos das formas tradicionais de prestação. Como é que isto é discutido com o público?

A literacia em saúde tem um papel fundamental na autogestão da doença crónica. Para gerir a doença crónica ou de longo prazo no dia-a-dia, os indivíduos têm que ter a capacidade de compreender e avaliar a informação em saúde (habitualmente um regime médico complexo), planear e fazer mudanças nos seus estilos de vida, tomar decisões informadas e compreender como avaliar os cuidados quando precisam. Contudo, de acordo com o Inquérito de Literacia Adulta e Competências de Vida, mais de metade (55%) dos canadianos em idade ativa não tem os níveis adequados de literacia em saúde e apenas um em cada oito adultos (12%) com mais de 65 anos tem competências de literacia em saúde adequadas.

(Canadian Council on Learning CCL 2007)

Capítulo 5

A Importância do ambiente de Trabalho

A importância do ambiente de trabalho tem sido gravemente subestimada como um aspecto chave na compreensão da implementação de recursos de enfermagem (Aiken et al 2011a; Brown et al 2010). Sem ter um bom ambiente de trabalho, adicionar mais enfermeiros aos profissionais poderá ter pouco ou nenhum efeito, contudo, adicionar enfermeiros a um local com boa cultura de trabalho terá um benefício significativamente maior (Aiken et al 2011b). Como Aiken et al (2011b) referem “a interação significativa entre os profissionais de enfermagem e o ambiente de trabalho implica que o efeito dos profissionais de saúde é condicionante para o ambiente de trabalho e, alternadamente, o efeito do ambiente de trabalho é condicionante para os profissionais de enfermagem” (p.6). Foram capazes de demonstrar que nos hospitais quanto melhor o ambiente de trabalho para enfermagem menor as hipóteses de mortes e falhas em toda a equipa de enfermagem do hospital (ver Caixa 8).

Este trabalho pode ser complementado por um estudo Nigeriano (Ayamolowo et al 2013) que considerou a relação entre a satisfação no trabalho e o ambiente de trabalho dos enfermeiros de cuidados de saúde primários. Este estudo também concluiu que um ambiente de trabalho saudável era um fator importante na melhoria da satisfação no trabalho, reduzindo a intenção de rotatividade e melhorando os resultados. Das cinco facetas do ambiente de trabalho abordadas no estudo, na percepção dos enfermeiros, a gestão de práticas e o apoio da estrutura, tinham o maior valor.

Embora adicionar mais enfermeiros tenha um custo inicial, melhorar o ambiente de trabalho não requer o mesmo nível de recursos; contudo, requer que o sistema de saúde se gira e se lidere de forma diferente. Isto também pode trazer mais benefícios aos doentes e às suas famílias. Um esquema inovador criado pelo ICN e os seus parceiros na Suazilândia foi iniciado depois de um inquérito demonstrar que 80% dos profissionais de saúde estavam a deixar a profissão por se sentirem descuidados e subvalorizados (Beleta 2008). Em 2006, o Centro de Bem-estar da Suazilândia, o primeiro do género no mundo, foi construído. Fornece aos profissionais de saúde e às suas famílias um leque de serviços de forma a combater muitas das barreiras de bem-estar dos serviços enfrentadas pelos mesmos; permitindo uns profissionais de saúde mais fortes e mais capazes de ir de encontro às necessidades de saúde da população (ICN 2011).

O relatório de 2006 da OMS reforça este ponto de vista e observa que as estratégias para apoiar e aumentar o desempenho dos profissionais são importantes por quatro razões:

1. Eles estarão propensos a mostrar resultados mais cedo do que as estratégias para aumentar os números.
2. A possibilidade de aumentar a oferta de profissionais de saúde será sempre limitada.
3. Trabalhadores motivados e produtivos irão encorajar o recrutamento e a retenção
4. Os governos têm uma obrigação para com a sociedade para assegurar que os recursos humanos e financeiros limitados são utilizados de forma mais justa possível (p. 67).

Caixa 8: A importância do ambiente de trabalho

“A equipa de Penn observou que cada doente a mais por enfermeiro está associado com um aumento entre 6 a 9 por cento na probabilidade de reinternamento do doente dentro de 30 dias, dependendo da patologia. Bons ambientes de trabalho para os enfermeiros estavam associados a taxas mais baixas em 7%, 6% e 10% para insuficiência cardíaca, enfarte agudo do miocárdio e pneumonia, respetivamente.”

(Wood 2013)

Manter esta compreensão da importância do ambiente de trabalho é particularmente crítico em tempos de mudanças significativas, nomeadamente quando os serviços estão a ser redesenhados. Muitos membros da profissão necessitam de mais formação e preparação para desenvolver os seus novos papéis de forma rápida para poderem responder de forma eficaz. Cada vez mais vemos clínicas e serviços de proximidade liderados por enfermeiros e papéis de enfermagem avançada, todos os quais criam um ambiente de cuidar e de cultura associada diferente. É demasiado fácil ignorar o papel vital que os enfermeiros têm que ter e os enfermeiros precisam de ser considerados como parceiros completos neste processo.

A ligação entre ambientes de trabalho positivos e empregadores que trabalham para melhorar a satisfação dos funcionários conduziu a um leque de iniciativas para melhorar a saúde e bem-estar dos funcionários. Como Boorman (Department of Health 2009) refere, organizações que priorizam a saúde e o bem-estar dos funcionários têm melhores desempenhos e taxas mais baixas de absentismo por doença. Isto tem resultado numa variedade de atividades lideradas pelos empregadores para abordar o equilíbrio vida-trabalho dos enfermeiros e melhorar o compromisso dos funcionários (ver Anexo 2). Isto está cada vez mais ligado às melhorias no envolvimento e compromisso dos doentes e do público através da procura ativa de *feedback* e encorajá-los a serem ativos no desenvolvimento de serviços e de mudanças (Kutney- Lee et al 2009).

Enfermeiros líderes, a todos os níveis, devem-se sentir confiantes sobre terem a responsabilidade de identificar problemas e assuntos no ambiente de trabalho como também por providenciar soluções se vamos evitar algumas das falhas em todo o sistema como referimos anteriormente.

Reflexões:

Pessoal: Quais os assuntos mais importantes que queria ver abordados no seu ambiente de trabalho? Em que aspeto é que podem ser abordados?

Política: Como é que desenvolvemos a expectativa que os empregadores podem avaliar de forma regular a qualidade do seu ambiente de trabalho e agir sobre esta informação?

Cultura eficaz no local de trabalho

Muita atenção tem sido dada à importância da cultura organizacional e corporativa mas talvez menos atenção tem sido dada às condições locais que permitem melhores práticas (Laschinger & Leiter 2006). Numa análise detalhada de conceitos baseada numa teoria de desenvolvimento da prática, um grupo internacional de enfermeiros identificaram cinco atributos que consideram necessários para julgar a cultura do local de trabalho eficaz (Manley et al 2011). Estas são:

Atributo 1: Valores específicos partilhados no local de trabalho; apoio elevado e desafio elevado; desenvolvimento de liderança; envolvimento e participação de *stakeholders* chave; utilização e desenvolvimento de evidência; mudança de atitude positiva e desenvolvimento contínuo; comunicação aberta; trabalho de equipa; segurança.

Atributo 2: Visão e missão partilhada com responsabilidade individual e coletiva.

Atributo 3: Adaptabilidade, inovação e criatividade mantêm a eficácia do local de trabalho.

Atributo 4: Mudança apropriada conduzida pelas necessidades dos doentes/comunidades.

Atributo 5: Sistemas formais existem para permitirem e avaliarem a formação, o desempenho e o *governance* partilhado, de forma contínua.

Os autores desenvolvem os atributos num quadro para ajudar o desenvolvimento das equipas. Embora reconhecendo a interdependência entre a cultura organizacional, a corporativa e a do local de trabalho, argumentam que *é no local de trabalho que existe o maior potencial para transformar a prestação de cuidados e a experiência do doente.*

Desenvolver equipas de elevado desempenho

A equipa de elevado desempenho é agora amplamente reconhecida como uma ferramenta essencial para construir um sistema de saúde mais centrado no doente, coordenado e eficaz. Como resultado, um vasto número de modelos têm sido desenvolvidos e implementados para coordenar as atividades dos prestadores de saúde. Dado o leque e complexidade de informação e de conexões interpessoais, não é apenas difícil para um clínico prestar cuidados de forma isolada, como também, potencialmente nocivo. Dado que múltiplos clínicos prestam cuidados ao mesmo doente ou família, os clínicos formam uma equipa. Isto pode ser definido como um grupo que trabalha com pelo menos um objetivo comum. Cada clínico depende de informação e de ações de outros elementos da equipa. Contudo, sem reconhecimento explícito e desenvolvimento intencional da equipa, muitas das oportunidades para melhorar problemas sistemáticos mantêm-se inatingíveis (Mitchell et al 2012).

Princípios de cuidados de saúde baseados em equipas

- **Objetivos partilhados:** A equipa – incluindo o doente, e quando adequado, membros da família ou outras pessoas de apoio – trabalha para estabelecer objetivos partilhados que refletem as prioridades do doente e da família e que podem ser claramente articulados, compreendidos e apoiados por todos os elementos da equipa.
- **Papéis claros:** Existem expectativas claras para cada membro da equipa em termos de funções e responsabilidades, que otimizam a eficiência da equipa e habitualmente fazem com que a equipa tire partido da divisão de trabalho, logo atingindo mais do que a soma das partes.

- **Confiança mútua:** Os elementos da equipa conquistam a confiança uns dos outros, criando normas fortes de reciprocidade e mais oportunidades para concretizações partilhadas.
- **Comunicação Eficaz:** A equipa prioriza e aprimora continuamente as suas competências comunicacionais. Tem canais consistentes para comunicação sincera e completa, que são acedidos e utilizados por todos os membros da equipa através de todos os contextos.
- **Processos e resultados mensuráveis:** A equipa concorda sobre e implementa *feedback* fiável e atempado sobre os sucessos e insucessos tanto do funcionamento da equipa como do atingir dos objetivos da equipa. Estes são utilizados para controlar e melhorar o desempenho de forma imediata e através do tempo.

Reflexões:

Pessoal: Quantas vezes é que a equipa com a qual trabalha reflete sobre os seus processos e resultados? O que gostaria que a equipa fizesse de forma diferente?

Política: Como é que desenvolvemos um sistema de saúde que desenvolve e recompensa o desempenho de equipa, assim como, o desempenho individual?

Capítulo 6

Melhorar a aprendizagem e os resultados

Uma força de trabalho mais competente torna-se mais produtiva mas, como observado, as competências por si só não irão resultar em maior produtividade. Tem que haver um reconhecimento da inter-relação de todos os elementos chave do sistema (procura e oferta) e uma maior sensibilização por parte de todos os *stakeholders* acerca do potencial do local de trabalho para desenvolver as capacidades e o talento dos seus funcionários (IOM 2010). O objetivo chave para a maioria das organizações não é a aprendizagem mas a prestação de serviços com sucesso. A aprendizagem tem um papel importante para atingir este objetivo, logo precisamos de assegurar que o local de trabalho é um lugar para todos os tipos de aprendizagem e que os líderes e gestores no sistema desenvolvam ativamente este recurso. A melhor forma de aprendizagem no local de trabalho tem significado e benefícios tanto para o empregador como para o enfermeiro.

Caixa 9: Uma organização de aprendizagem

- Autonomia dos empregados e envolvimento na tomada de decisão (i.e. equipas de trabalho autogeridas, círculos de qualidade)
- Apoiar o desempenho dos empregados (i.e. sistemas de avaliação e avaliação por pares, tutoria e supervisão)
- Recompensa pelo desempenho dos empregados (i.e. salários, pagamento relacionados com o desempenho, participação nos lucros)
- Partilha de informação e conhecimento (i.e. sistemas para comunicar com empregados e para assegurar que o *feedback* dos empregados é utilizado para desenvolver estratégias organizacionais)

Adaptado de Ashton & Sung (2002)

Dado que as organizações já compreenderam a necessidade para melhorar e desenvolver continuamente, é agora possível distinguir entre estas práticas as que estão associadas a organizações de “desempenho elevado” (Ashton & Sung 2002) (ver Caixa 9). Os comportamentos que eles identificam para os empregadores também requerem que os empregados desenvolvam as suas competências para aceder com êxito às oportunidades existentes. Isto requer um investimento contínuo por parte dos enfermeiros de forma individual para ativamente se envolverem e se comprometerem com a aprendizagem ao longo da vida. Já não é o caso que os enfermeiros possam ficar sentados à espera que os gestores os enviem para cursos, os envolvam em projetos a curto prazo ou reajam às exigências externas; uma relação mais dinâmica é necessária.

Agora existe um claro contínuo de desenvolvimento que os governos, empregadores e enfermeiros precisam de apoiar para permitir que todos os *stakeholders* sejam envolvidos na mudança sustentável e na melhoria contínua. Isto requer que os enfermeiros aceitem a responsabilidade para

aprender e desenvolver a sua própria prática. Em alguns sistemas de enfermagem isto está descrito pelo regulador profissional e contém os seguintes elementos: tutoria para os alunos de enfermagem que frequentam programas aprovados; precetoria para novos enfermeiros e para aqueles que estão a regressar à profissão; e supervisão clínica para apoiar o desenvolvimento contínuo. **A utilização mais eficaz dos recursos de enfermagem ocorre quando os enfermeiros são capazes de praticar em toda a extensão da sua educação, formação e capacidades.** Isto requer que muitas partes do sistema trabalhem de forma flexível e cada vez mais numa velocidade que apoie oportunidades melhoradas para aprendizagem e desenvolvimento. Para um exemplo consulte www.nipec.hscni.net/preceptorship.

Líderes a todos os níveis

Tem havido inúmeros relatórios sobre o papel crítico dos líderes, a todos os níveis do sistema de saúde, para construírem ambientes de trabalho com qualidade e implementar novas formas de prestação de cuidados. Talvez menos compreendido é o tipo de liderança que irá conseguir isto. Numa revisão sistemática realizada por Cummings et al (2010) foram capazes de identificar abordagens de liderança específicas que são mais eficazes a obterem resultados positivos para os enfermeiros. Este estudo realça a importância das competências relacionais (ao contrário das competências baseadas nas tarefas). Enquanto os papéis mudam e as práticas de trabalho são redesenhadas é importante lembrar que temos que envolver todos os profissionais neste processo como parceiros iguais. Esta atividade tem um impacto emocional significativo nas equipas. **Líderes a todos os níveis na organização precisam de se preocuparem com os seus empregados como indivíduos e de trabalhar em colaboração para atingir os objetivos que identificaram para os seus doentes e comunidades.**

Colaboração ampla do sistema

A colaboração acrescida dentro da profissão de enfermagem e entre profissionais de saúde será necessária para maximizar âmbitos da prática e abordar o sistema de saúde em mudança. Isto incluirá modernizar quadros reguladores que são integrais para o sistema de saúde. Esta colaboração irá depender cada vez mais da partilha de dados dos profissionais e de um compromisso para sistemas de informação de elevada qualidade que tem de ser desenvolvido com os enfermeiros como parceiros neste desenvolvimento. O *lobbying* tornar-se-á cada vez mais importante dado que o campo político (cinco anos) e a escassez global iminente de enfermeiros (cinco a sete anos) convergem. Isto fornece uma oportunidade atempada de reforçar a mensagem relativamente à **necessidade para o planeamento dos recursos humanos de saúde globais; aumento do número de profissionais de saúde; aumentar a produtividade; e melhorar a qualidade da resposta formativa** – que podem ser todos necessários.

Trabalhar sem constrangimento

O constrangimento de recursos existente em todos os sistemas de saúde irá necessitar que os enfermeiros, que estão ou irão estar, em posições de liderança chave estejam preparados para gerir mudanças rápidas num mundo de globalização e movido pela tecnologia onde os recursos financeiros e humanos são limitados. Isto requer o desenvolvimento de competências para os enfermeiros desenvolverem e gerirem de forma eficaz e eficiente os profissionais de enfermagem. Isto inclui colaboração eficaz, desenvolver alianças e parcerias estratégicas, competências de negociação, competências de comunicação oral e escrita de alto nível, construir e motivar equipas e tomadas de decisão. **Reconhecer as diferentes etapas com enfermeiros e ANE⁷s requer que várias**

⁷ NT= ANE = Associações Nacionais de Enfermeiros = National Nurses Associations (NNA)

ferramentas sejam desenvolvidas ou adaptadas para um impacto maximizado; isto é uma prioridade relativamente elevada nos serviços comunitários e de cuidados primários.

Um compromisso com a educação e a aprendizagem

Existe uma necessidade para desenvolver um sistema de educação e de aprendizagem com o objetivo de melhorar o desempenho dos sistemas de saúde através da adaptação de competências profissionais básicas a contextos específicos, enquanto utilizando o conhecimento global. Para muitos sistemas de saúde isto requer uma discussão ativa entre os setores da saúde e educação no que refere ao planeamento e desenvolvimento dos profissionais. O desequilíbrio atual no sistema é o desperdício e ambos os sistemas são demasiado lentos para responder devido a esta desconexão. **Todos os profissionais de saúde incluindo os enfermeiros devem ser educados para mobilizarem o conhecimento e se envolverem no raciocínio crítico e conduta ética para que sejam competentes para participar em sistemas de saúde centrados no doente e na população como membros de equipas localmente responsivas e globalmente ligadas** (Frenk et al 2010).

Uma responsabilidade pessoal

Finalmente, enquanto consideramos os enfermeiros e a forma como agimos como uma força para a mudança, precisamos de avaliar de forma crítica a nossa própria responsabilidade. Se estamos infelizes com a forma como os enfermeiros são vistos ou tratados no local de trabalho temos então uma obrigação de fazer algo para mudar (Darbyshire 2010). Temos que reconhecer a nossa própria responsabilidade sobre a imagem dos enfermeiros e como o público nos vê. Somos membros vibrantes e ativos de muitas comunidades; ligamos redes extensivas. Contudo, muito frequentemente, a comunicação pública conta uma história diferente; se apenas mostramos uma imagem de histórias negativas acabamos por nos tornar parte do problema.

Precisamos de utilizar o Dia Internacional do Enfermeiro para “mudar a imagem”; para reforçar de como a resposta de um enfermeiro competente pode transformar vidas, famílias, comunidades e, na verdade, países. Precisamos de modelar esta mensagem, não apenas neste dia mas a partir deste dia em diante.

Neste dia de ação esteja preparado para descrever:

- **Como fez a diferença.**
- **Como a sua equipa tem feito a diferença.**
- **Como a vossa associação de enfermeiros tem feito a diferença.**
- **Como o seu governo PODE fazer a diferença.**

Exemplos de ferramentas de planeamento profissional, *websites* e *links*

Health Workforce New Zealand: www.healthworkforce.govt.nz/

Ferramentas e recursos - "HWNZ⁸ tem uma responsabilidade global para o planeamento e desenvolvimento dos profissionais de saúde, assegurando que as dotações estão em linha com o planeamento da prestação de serviços e que os nossos profissionais de saúde estão aptos para o fim."

<http://healthworkforce.govt.nz/tools-and-resources>

Empregadores do NHS: www.nhsemployers.org

Estrutura da Carreira de Enfermagem – Uma ferramenta interativa do Departamento de Saúde ajuda os enfermeiros a planear a carreira. Esta estrutura pode ser utilizada para ajudar os empregadores a planear e a desenvolver os seus profissionais.

www.nhsemployers.org/PlanningYourWorkforce/Nursing/toolsandresources/Pages/TheNursingCareerFramework.aspx

Planeamento da força de trabalho-

www.nhsemployers.org/PlanningYourWorkforce/Modernising-Scientific-Careers/MSC-latest-news/Pages/Healthcarescienceresources-newworkforceplanningtoolspage.aspx

Educação NHS para a Escócia [NES]: www.nes.scot.nhs

'Ferramenta de Aprendizagem e Planeamento para a Carga de Trabalho de Dotações de Enfermeiros e Parteiras', NES, 2013,

www.nes.scot.nhs.uk/education-and-training/by-discipline/nursing-and-midwifery/resources/publications/nursing-and-midwifery-workload-and-workforce-planning-learning-toolkit.aspx

National Quality Board⁹ (NQB), NHS Inglaterra: www.england.nhs.uk

Como assegurar que as pessoas certas, com as competências certas, estão no sítio certo no tempo certo: um guia para a enfermagem, as parteiras e capacidade e aptidão dos recursos humanos da saúde

Esta orientação delinea um conjunto de expectativas dos prestadores e comissários relacionado com as dotações e fornece aconselhamento sobre como podem ser atingidas. Indica as ferramentas e os recursos baseados na evidência e fornece exemplos de boa prática. Inclui ligações a recursos externos

www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/11/nqb-how-to-guid.pdf

⁸ NT: HWNZ = Health Workforce New Zealand

⁹ NT: National Quality Board = Conselho Nacional de Qualidade

Royal College of Nursing: www.rcn.org.uk

Recursos do RCN – planeamento de dotações - [Inclui ligações a recursos externos]

http://www.rcn.org.uk/development/practice/clinical_governance/staff_focus/other_support/guidance_and_tools

'Safe Staffing levels - Setting safe nurse staffing levels. An exploration of the issues', London: Royal College of Nursing 2003

De: RCN Publications:

Este trabalho foi elaborado em resposta à preocupação expressa pelos membros do RCN acerca da falta de uma "fórmula universal" objetiva e racional para dotações, que pode garantir a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de elevada qualidade. Apesar do foco principal serem as dotações de enfermagem nos hospitais, muitos dos assuntos discutidos são igualmente relevantes para os enfermeiros na comunidade e nos cuidados de saúde primários.

www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0008/78551/001934.pdf

'Guidance on safe nurse staffing levels in the UK', London: Royal College of Nursing. 2010, www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0005/353237/003860.pdf

'RCN Policy Position: evidence-based nurse staffing levels', London: Royal College of Nursing.2010 www.rcn.org.uk/development/publications

Skills for Health¹⁰: <http://skillsforhealth.org.uk>

"Skills for Health é o Conselho de Competências do Setor, para todos os empregadores em saúde do NHS, independente e do setor terciário. Tudo o que fazemos é conduzido pelas suas competências e necessidades profissionais."

Nursing Workforce Planning Tool - *"Esta ferramenta tenciona ajudar no planeamento de dotações de enfermagem e ajudar na melhor tomada de decisão acerca de números custo-efetivos e misturas de enfermeiros."* https://tools.skillsforhealth.org.uk/nursing_planning/

World Health Organization (WHO): www.who.int

'Models and tools for health workforce planning and projections',

Human Resources for *Health Observer*, Issue No. 3.

"O objetivo deste artigo é fazer um balanço dos métodos e das ferramentas disponíveis para o planeamento e a projeção de profissionais de saúde, e descrever os processos e recursos necessários para realizar tal exercício. Esta revisão não pretende ser exaustiva, mas ilustrativa das ferramentas e dos recursos disponíveis e geralmente utilizados nos países."

www.who.int/hrh/resources/observer3/en/

¹⁰ NT: Skills for Health = Competências para a Saúde

How to Recruit and Retain Health Workers in Rural and Remote Areas in Developing Countries¹¹, a nota da World Bank Guidance “Health, Nutrition and Population - Documento de Discussão” de Edson Araújo e Akiko Maeda, Junho (2011), fornece um resumo da evidência sobre os fatores que contribuem para este desequilíbrio; apresenta um conjunto sistemático de intervenções políticas que estão a ser implementadas globalmente para abordar o problema de recrutamento e retenção de profissionais de saúde em regiões rurais e remotas dos países em desenvolvimento; e para introduzir a aplicação potencial dos Discrete Choice Experiments¹² (DCEs) para licitar as preferências dos profissionais de saúde e determinar fatores mais prováveis para aumentar a probabilidade de aceitar um trabalho num local rural e remoto

www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/wb_retentionguidancenote/en/index.html

¹¹ *NT*: How to Recruit and Retain Health Workers in Rural and Remote Areas in Developing Countries = Como Recrutar e Reter Profissionais de Saúde em Áreas Rurais e Remotas em Países em Desenvolvimento

¹² *NT*: Discrete Choice Experiments (DCEs) = Experiências de Escolhas Discretas

Exemplos de Ferramentas de Ambiente de Trabalho dos Profissionais

Empregadores do NHS: www.nhsemployers.org

Melhorar o Compromisso da Equipa -

www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Pages/ImprovingStaffEngagement.aspx

Saúde, Trabalho e Bem-estar - 5 secções

1. O caminho para a saúde e o bem-estar – Para construir estratégias, recolha de evidência e iniciativas de melhores práticas.
 2. Manter a equipa bem – Para medidas preventivas, apoio proactivo e aprender através dos outros.
 3. Sustentar o impulso – Como usar os dados e o inquérito dos funcionários para comprometer a sua equipa.
 4. Ação na Ausência – Tudo o que precisa de saber para reduzir a ausência por doença.
 5. Liderar o Caminho – Quem está à frente da curva e como podemos aprender com eles?
- www.nhsemployers.org/HealthyWorkplaces/Pages/Home-Healthy.aspx

American Association of Critical Care Nurses¹³ [AACN]: www.aacn.org/

Iniciativa de um Ambiente de Trabalho Saudável - "A AACN priorizou três iniciativas major da advocacia: ambientes de trabalho saudáveis, cuidados paliativos e de fim de vida, e desenvolvimento de profissionais e dotações."

Documentos de padrões da AACN - ligar os ambientes de trabalho saudáveis e a segurança do doente, a retenção e o recrutamento de enfermeiros

"A ligação entre ambientes de trabalho saudáveis e a segurança do doente, a retenção e o recrutamento de enfermeiros e, assim sendo, o ponto de partida, é irrefutável.

A AACN acredita que todos os locais de trabalho podem ser saudáveis se os enfermeiros e os empregadores forem resolutos no seu desejo de abordar não apenas o ambiente físico, como também barreiras menos tangíveis para a segurança dos profissionais e dos doentes. Contudo, sabemos que isto não irá acontecer sem uma compreensão dos fatores que contribuem para ambientes de trabalho pouco saudáveis e um compromisso para adotar soluções.

Os ingredientes para o sucesso – competências comunicacionais, verdadeira colaboração, tomada de decisão efetiva, dotações adequadas, reconhecimento significativo e liderança autêntica são descritos nos Padrões da AACN para Estabelecer e Sustentar Ambientes de Trabalho Saudáveis."

Versão Completa: www.aacn.org/WD/HWE/Docs/HWEStandards.pdf

Sumário Executivo: www.aacn.org/WD/HWE/Docs/ExecSum.pdf

Ferramenta de Avaliação de Ambientes de Trabalho Saudáveis -

www.aacn.org/hwehome.aspx?pageid=331&menu=hwe

¹³NT: American Association of Critical Care Nurses = Associação Americana dos Enfermeiros de Cuidados Críticos

Predictive Index¹⁴ [PI Worldwide]: www.piworldwide.com/

Sessões Informativas de saúde sobre o Predictive Index: Wood D, 2013, 'Creating a Great Nurse Work Environment to Improve the Bottom Line', Jan 18, 2013:

"O Predictive Index ajuda as organizações de saúde tal como a Indiana University Health (Hospital de Bloomington) criar uma cultura de local de trabalho positiva." [Por Debra Wood, RN, Contribuidora.]
<http://www.piworldwide.com/healthcare-briefings-creating-a-great-nurse-work-environment-to-improve-the-bottom-line/>

Registered Nurses' Association of Ontario¹⁵ (RNAO): <http://rnao.ca>

The Healthy Work Environments¹⁶ (HWE) Best Practice Guidelines¹⁷ (BPG) "são desenhados para apoiar as organizações de saúde na criação e sustentação de ambientes de trabalho positivos. Este trabalho é liderado pela *Registered Nurses' Association of Ontario*, com financiamento por parte do *Ministério de Saúde e dos Cuidados a Longo Prazo do Ontário, Gabinete de Políticas de Enfermagem*. O objetivo inicial do programa foi o desenvolvimento de seis diretrizes e de revisões sistemáticas da literatura relacionados com ambientes de trabalho saudáveis. As seis áreas incluíam liderança, prática colaborativa, carga de trabalho e dotações, profissionalismo, abraçar a diversidade e saúde, segurança e bem-estar do local de trabalho. Para o projeto, um ambiente de trabalho saudável foi definido como "um contexto de prática que maximiza a saúde e bem-estar dos enfermeiros, resultados de qualidade e desempenho organizacional e do sistema".

<http://rnao.ca/bpg/guidelines/hwe>

Departamento de Saúde da Região de Durham : www.durham.ca/

Passos Simples para um Local de Trabalho Saudável

Existem passos de sucesso comprovados que os locais de trabalho podem implementar para criar um ambiente de trabalho saudável.

1. Obter Compromisso.
2. Criar uma Equipa Saudável.
3. Avaliação Situacional: Aprender quais as prioridades do seu local de trabalho saudável, e o que os funcionários querem.
4. Criar um plano de Saúde.
5. Implementar o Plano.
6. Avaliar.
7. Celebrar e Planear para o Próximo Ano.

O Kit de Ferramentas de um Local de Trabalho Saudável pode ajudar pois tem vários exemplos e mais informação sobre a concretização destes passos. O *kit* de ferramentas também possui algumas ferramentas e modelos que lhe ajudam a concretizar os passos e a criar um Plano para um Local de Trabalho Saudável.

Kit de Ferramentas de um Local de Trabalho Saudável:

www.durham.ca/departments/health/haw/hwToolkit.pdf

¹⁴ NT: Predictive Index = Índice Preditivo

¹⁵ NT: Registered Nurses' Association of Ontario = Associação de Enfermeiros Registados do Ontário

¹⁶ NT: Healthy Working Environments = Ambientes de Trabalho Saudáveis

¹⁷ NT: Best Practice Guidelines = Padrões de Boas Práticas

Health & Safety Ontario¹⁸: www.healthandsafetyontario.ca

'Locais de Trabalho Saudáveis: Uma caminhada para a Excelência'.

"Seis capítulos dedicados a ajudar-lhe a estabelecer um local de trabalho saudável, incluindo definições, como começar e benefícios versus custos."

www.healthandsafetyontario.ca/Resources/TopicList/Healthy-Workplaces.aspx

Centre for Workforce Intelligence¹⁹: www.cfw.org.uk

CFWI, 2011, 'Riscos e oportunidades da força de trabalho: Enfermagem e Parteiras'

www.cfw.org.uk/publications/workforce-risks-and-opportunities-nursing-and-midwifery

Fundação Robert Wood Johnson: www.rwjf.org

'Novo estudo demonstra que melhorar os ambientes de trabalho dos enfermeiros e as dotações pode reduzir readmissões hospitalares para doentes do Medicare'

"Os nossos resultados indicam que ao melhorar o ambiente de trabalho dos enfermeiros e ao reduzir a carga de trabalho pode-se reduzir as readmissões de doentes do Medicare com doenças comuns," segundo McHugh. "Certamente valerá a pena aos administradores hospitalares examinarem estes dois fatores e explorar se podem ser otimizados para melhorar os resultados dos doentes e reduzir readmissões."

www.rwjf.org/en/about-rwjf/newsroom/newsroom-content/2013/01/new-study-shows-improving-nurses-work-environments-and-staffing-.html

'Hospital nursing and 30-day readmissions among Medicare patients with heart failure, acute myocardial infarction, and pneumonia,' *Medical Care*, Vol. 51 No. 1: pp 52-59, McHugh MD & Chenjuan MA (2013).

London Health Sciences Centre²⁰ (LHSC) Equipa de Recursos de Enfermagem: www.lhsc.on.ca

Unidade de Recursos de Enfermagem: www.lhsc.on.ca/Careers/Nursing/Clinical_Programs/NRU.htm

LHSC a liderar o caminho da melhoria contínua da qualidade para a enfermagem:

www.lhsc.on.ca/About_Us/LHSC/Media_Room/Media_Releases/2013/May7.htm

"...dados foram recolhidos para utilizar pelos líderes e funcionários para criar estratégias de Ambientes de Trabalho Saudáveis (ATS) direcionados para melhorar a qualidade dos cuidados aos doentes."

'Building a Healthy Work Environment: A Nursing Resource Team Perspective' *Nursing Leadership*, Vol. 26[Special Issue] (May): pp 70-77, Vaughan L & Slinger T (2013).

www.longwoods.com/content/23322

¹⁸ NT: Health & Safety Ontario = Saúde e Segurança do Ontário

¹⁹ NT: Centre for Workforce Intelligence= Centro para Inteligência da Força de Trabalho

²⁰ NT: London Health Sciences Centre = Centro de Ciências de Saúde de Londres

Agência para Investigação em Saúde e Qualidade²¹ e a Fundação Robert Wood Johnson:

www.ahrq.gov/index.html

Segurança do Doente e Qualidade: Um Guia baseado na Evidência para Enfermeiros

"Os enfermeiros precisam de saber quais as técnicas e intervenções comprovadas que podem utilizar para melhorar os resultados dos doentes. Para abordar esta necessidade a Agência para Investigação em Saúde e Qualidade (AHRQ), com financiamento adicional por parte da Fundação Robert Wood Johnson Foundation, preparou este guia compreensivo, de 1,400 páginas, para enfermeiros sobre a segurança do doente e a qualidade—*Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*". (AHRQ Publicação No. 08-0043).

www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesbdbk/index.html

Centre for Health & Social Care Research, Universidade de Sheffield Hallam:

<http://research.shu.ac.uk/hwb/ncimpact/index.html>

Gerrish K, McDonnell A, e Kennedy F (2011), '**Capturing impact: A practical toolkit for nurse consultants**', Sheffield: Sheffield Hallam University (July). "Este kit de ferramentas foi desenhado para ajudar os enfermeiros consultores avaliar o impacto que têm sobre os doentes, os profissionais com quem trabalham, a sua organização, e a contribuição que fazem fora da sua organização. Foi desenvolvido como parte de um projeto de investigação encomendado pelo Burdett Trust for Nursing que examinou abordagens para medir o impacto dos enfermeiros consultores."

<http://research.shu.ac.uk/hwb/ncimpact/NC Toolkit final.pdf>

International Council of Nurses [ICN]: www.icn.ch

Dia Internacional do Enfermeiro 2007: 'Ambientes de prática positiva: Locais de trabalho com qualidade = cuidados ao doentes com qualidade'. [Desenvolvido por Andrea Bauman]:

"O kit é desenhado para fornecer dados sobre ambientes de prática positivos para todos os stakeholders de saúde que estão interessados em melhorar a prestação de serviços de qualidade. As páginas... exploram o interface enfermeiro/local de trabalho, sobrepondo fatores que moldam o ambiente de trabalho dos enfermeiros, o custo de locais de trabalho pouco saudáveis ..."

Fundação Robert Wood Johnson/Institute of Medicine: www.thefutureofnursing.org

Relatório sobre o Futuro de Enfermagem -'O relatório do Institute of Medicine, *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*²², é um exame completo para os profissionais de enfermagem. As recomendações oferecidas no relatório focam sobre o cruzamento entre as necessidades de saúde das populações de doentes diversificadas e em mudança através do ciclo de vida e das ações dos enfermeiros'

www.thefutureofnursing.org/IOM-Report

Historias de Sucesso -

²¹ NT: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) = Agência para Investigação em Saúde e Qualidade

²² NT: The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health = O Futuro de Enfermagem: Liderar a Mudança, Avançar a Saúde

Em comunidades através do país os enfermeiros estão a liderar programas inovadores para melhorar a saúde dos seus doentes. Os estudos de casos e histórias pessoais aqui incluídas ajudam a ilustrar o trabalho de enfermeiros e modelos inovadores que foram desenvolvidos por enfermeiros ou que apresentam enfermeiros num papel de liderança. - www.thefutureofnursing.org/success-stories



Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde²³ (HHRD)

Posição do ICN:

O International Council of Nurses (ICN) julga que o desenvolvimento de recursos humanos em saúde (HHRD) – planeamento, gestão e desenvolvimento – requer uma abordagem interdisciplinar, intersectorial e multisserviço. Isto reconhece os papéis complementares dos prestadores de cuidados de saúde e valoriza a contribuição das diferentes disciplinas. *Inputs* são necessários dos *stakeholders* chave – consumidores, prestadores de serviço, educadores, investigadores, empregadores, gestores, governos, financiadores e organizações de profissionais de saúde. Igualmente, o ICN reconhece que sistemas de informação de recursos humanos em saúde integrados e compreensivos e modelos de planeamento, assim como, práticas de gestão de recursos humanos eficazes são resultados desejados deste processo de consultoria.

As necessidades do doente devem determinar as categorias dos profissionais de saúde e a associação de competências necessárias para prestar cuidados. Quando novas categorias de profissionais de saúde são criadas ou mudanças no seu papel são introduzidas, estruturas de carreira e resultados dos doentes e da comunidade precisam de ser identificados e planeados à partida. Estes irão incluir acordos de financiamento e impactos organizacionais. O planeamento disto deve ter em consideração:

- Necessidades e prioridades em saúde.
- Competências disponíveis dentro dos prestadores de cuidados de saúde, incluindo competências partilhadas por mais de um grupo de prestadores de cuidados.
- Desenvolvimento de um conjunto de competências iniciais.
- Mudanças de competências, tais como papéis novos e avançados para enfermeiros.
- Implicações educativas no que refere à mudança de papéis e contextos de prática, incluindo fornecimento de programas de aprendizagem contínua.
- Supervisão apropriada e acessível e programas de tutoria.
- Fatores de qualidade e eficácia, quando decidimos o âmbito da prática dos enfermeiros e dos outros.
- Equidade como um valor básico do sistema de saúde.
- Consequências para a organização, gestão, prestação e financiamento do serviço.
- Condições e ambiente de trabalho dos enfermeiros e outros profissionais de saúde.

²³ NT = Health human resources development (HHRD) = Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde

- Implicações regulamentares.
- Impacto sobre a responsabilidade dos trabalhadores que já estão no sistema de saúde.
- Efeito sobre os percursos de carreira para profissionais de saúde já existentes e estruturas de carreira disponíveis para novos tipos de profissionais de saúde.

Para uma participação eficaz da enfermagem em HHRD, o âmbito central de enfermagem tem que ser identificado e completamente articulado. Isto irá minimizar duplicação e sobreposição entre o trabalho dos enfermeiros e outros profissionais de saúde. O ICN considera que a enfermagem tem que ser um líder de mudança, reavaliar continuamente as consequências de mudanças no sistema de saúde, planeadas e não planeadas, sobre a enfermagem, os enfermeiros e os resultados dos doentes. A avaliação contínua de e a investigação da contribuição da enfermagem para os cuidados de saúde deve formar uma parte importante dos processos de HHRD. Isto deverá incluir dados da prática baseada na evidência, informando as tomadas de decisão futuras.

Associações nacionais de enfermeiros (ANEs) e outras organizações de enfermagem precisam de:

- Identificar assuntos críticos relacionados com a oferta e procura de profissionais de enfermagem, incluindo fatores que influenciam o recrutamento, retenção e motivação.
- Assegurar o envolvimento dos enfermeiros na política, tomada de decisão, planeamento, gestão e monitorização a todos os níveis de HHRD. Os enfermeiros devem participar em revisões interdisciplinares dos papéis dos diferentes tipos de profissionais de saúde, estudos de investigação e avaliação, e na tomada de decisão no que diz respeito às funções de categorias, existentes e novas, de prestadores de cuidados de saúde.
- Ajudar os enfermeiros a adquirir e a melhorar as competências de investigação, realizar investigação e utilizar resultados de investigação como uma base para a tomada de decisão em HHRD.
- Se envolver no debate público sobre respostas adequadas à procura de serviços de saúde.
- Promover o desenvolvimento de ambientes de prática com qualidade, incluindo oportunidades para crescimento e desenvolvimento profissional e sistemas de recompensa justos como uma característica positiva de programas de recrutamento e retenção.
- Reconhecer e refletir sobre a diversidade cultural da sociedade no Desenvolvimento de Recursos Humanos na Saúde.
- Promover a capacitação na área do setor da saúde na gestão de recursos humanos, incluindo enfermeiros que trabalham num nível sénior e executivo.
- Assistir no desenvolvimento de uma abordagem humanística do HHRD.
- Oferecer uma análise interdisciplinar e desenvolver intervenções eficazes para abordar as necessidades de saúde.

Os enfermeiros precisam de utilizar serviços de RH nos seus locais de trabalho. Políticas de HHRD devem envolver fatores de educação, de regulação e de prática.

As políticas de HHRD precisam de se focar na autossustentabilidade, garantindo um núcleo de profissionais de saúde em número adequado e com as competências corretas, capazes de ir ao encontro das necessidades da população alvo.

Enquadramento

A obtenção do nível de saúde mais elevado possível num país depende em um grau substancial da disponibilidade de profissionais de saúde suficientes, adequadamente preparados e distribuídos, capazes de fornecer serviços de qualidade custo-efetivos. O objetivo do HHRD é assegurar que a qualidade, quantidade, mistura e distribuição correta de profissionais de saúde está disponível para ir de encontro às necessidades de saúde num ambiente que apoia uma prática eficaz e segura. Alguns dos fatores que influenciam decisões sobre números, tipos e distribuição de prestadores de saúde incluem:

- Avanços na ciência e tecnologia da saúde, que alteraram padrões na entrega de cuidados de saúde nos hospitais e na comunidade; alterações demográficas e a emergência de novos padrões de doença.
- O crescimento da consciencialização pública da disponibilidade de serviços de saúde, resultando numa maior procura por serviços.
- Custos aumentados quanto aos cuidados de saúde, recursos de saúde limitados habitualmente necessitando uma revisão contínua de prioridades, e a criação de novas categorias de prestadores de cuidados de saúde.
- Leis do trabalho, requisitos de regulação profissional, regras e regulação de funcionários públicos, recursos humanos e políticas de desenvolvimento e de saúde nacionais.
- Fatores de género e culturais.
- Riscos de saúde em mudança.
- Acesso a e nível de educação.
- Crenças de cultura e saúde.
- Acesso à medicina alternativa.
- Fatores intergeracionais.
- Fatores organizacionais.
- Restrições socioeconómicas, financeiras.
- Globalização do mercado de trabalho local, nacional e global.

Os enfermeiros precisam de se envolver nas atividades e esforços de *lobbying* das suas associações e sindicatos profissionais.

Adotado em 1999

Revisto e revisado em 2007

Substitui as Posições do ICN anteriores: “Apoio dos Enfermeiros”, adotado em 1989 e “Proliferação de Novas Categorias de Profissionais de Saúde”, adotado em 1981, revisto em 1993.

Posições do ICN Relacionadas:

- Âmbito da Prática de Enfermagem
- Regulamentação em Enfermagem
- A Proteção do Título “Enfermeiro”
- Profissionais de Assistência ou Apoio de Enfermagem
- Bem-estar socioeconómico dos Enfermeiros
- Desenvolvimento de Carreira em Enfermagem
- Retenção de Enfermagem, Transferência e Migração

Publicações do ICN:

Guidelines on Planning Human Resources for Nursing (1993)

It's Your Career: Take Charge Career Planning and Development (2001)

O International Council of Nurses é uma federação de mais de 130 associações nacionais de enfermeiros representando os milhões de enfermeiros mundiais. Operado por enfermeiros e a liderar a enfermagem internacionalmente, o ICN trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem para todos e políticas de saúde globais sólidas.



Promover o valor e custo-efetividade da Enfermagem

Posição do ICN:

A evidência demonstra que a Enfermagem é um recurso de saúde custo-efetivo embora habitualmente subvalorizado e subutilizado.

Os enfermeiros têm que articular e demonstrar o valor e custo-efetividade da enfermagem e dos resultados de enfermagem aos consumidores, outros profissionais de saúde e decisores políticos a todos os níveis. Precisam, também, de ser capazes de negociar e defender os recursos necessários para prestar cuidados seguros.

Os enfermeiros têm a responsabilidade de se envolverem na investigação e desenvolver modelos de prestação de cuidados inovadores que contribuam com evidência sobre a eficácia da enfermagem para o planeamento, gestão e desenvolvimento de políticas.

A formação em enfermagem, nomeadamente programas de desenvolvimento de gestão e liderança, têm que ajudar os enfermeiros a qualificarem-se e a articularem-se para demonstrar o valor e custo-efetividade da enfermagem para os serviços de saúde. Instituições de formação em Enfermagem, e onde os corpos reguladores da enfermagem sejam relevantes, devem rever regularmente os currículos para assegurar a inclusão de conteúdos relacionados com o valor e custo-efetividade da Enfermagem.

Associações nacionais de enfermagem (ANEs) têm um papel importante em ajudar a determinar e influenciar políticas de saúde e públicas que promovem custo-efetividade e qualidade de cuidados.

Associações nacionais de enfermagem têm que desenvolver estratégias para promover ativamente a participação da Enfermagem na tomada de decisão dos serviços de saúde e no desenvolvimento de políticas de saúde e públicas. Isto requer estratégias de desenvolvimento e de apoio para a preparação de líderes de Enfermagem que são qualificados, que articulam e que são capazes de demonstrar, assim como promover, o valor e custo-efetividade da Enfermagem nos serviços de saúde.

Os Enfermeiros devem afirmar o seu envolvimento profissional na formulação de políticas a todos os níveis.

Com o aumento das necessidades de saúde e custos em saúde, que incluem custos associados com o fornecimento de serviços de Enfermagem, os enfermeiros têm que tomar a iniciativa na definição, examinação e avaliação de resultados em saúde e custos das suas atividades.

Os enfermeiros, especialmente os líderes, têm que ter uma boa compreensão do propósito e natureza das reformas da saúde, e a contribuição que a Enfermagem pode fazer a todos os níveis de prestação de cuidados de saúde, bem como no planeamento, gestão e desenvolvimento de políticas para serviços de saúde. Quando as reformas da saúde estão ainda na fase de planeamento, os líderes da Enfermagem têm que desempenhar um papel de liderança no desenvolvimento de políticas relacionadas com a adequação, natureza e propósito da reforma de saúde.

O International Council of Nurses (ICN) e associações membro podem ajudar a Enfermagem a desenvolver a capacidade de lidar com o custo-efetividade na saúde, através de:

- Promover o papel da enfermagem como um recurso central em cuidados custo-efetivos, assim como, um contribuinte crítico na tomada de decisão sobre os gastos em saúde.
- Oferecer oportunidades de formação aos enfermeiros para ganharem conhecimento de competências políticas, princípios económicos, orçamentação e utilização de recursos, e, custo-efetividade na saúde.
- Apoiar o desenvolvimento de liderança e gestão que inclua o papel de enfermeiros na gestão de recursos, tomada de decisão e desenvolvimento de políticas.
- Promover e apoiar investigação e avaliação que liga e valida metodologias de custo para os resultados de enfermagem e da saúde.
- Encorajar o desenvolvimento de um sistema de bases de dados que permitam a comparação de resultados através de contextos para melhores abordagens aos cuidados e o desenho de sistemas de enfermagem mais eficaz.
- Facilitar a disseminação de informação e *networking* interativo sobre a investigação custo-efetiva, estratégias de redução de custos e *standards* de melhores práticas.
- Estabelecer redes profissionais com *stakeholders* relevantes para fomentar a colaboração colegial e a troca de ideias e informação direcionada para a promoção da qualidade e custo-efetividade.
- Promover equidade nos termos e condições de serviço para os enfermeiros, reconhecendo e apoiando o seu papel na promoção de custo-efetividade e qualidade de cuidados num contexto multidisciplinar.

Adotado em 1995
Revisto e reafirmado em 2001

Posições do ICN Relacionadas:

- Âmbito da Prática de Enfermagem
- Participação dos enfermeiros na tomada de decisão e desenvolvimento de políticas dos serviços de saúde
- Serviços de saúde acessíveis financiados publicamente

Publicações do ICN:

- **Cost Nursing Services**, Report of the ICN Task Force on Costing of Nursing Services, Geneva, ICN, 1992
- **Cost-Effectiveness in Health Care Services**, Guidelines for National Nurses' Associations and others, Geneva, ICN, 1993
- **Quality, Cost and Nursing**, International Nurses Day Kit, Geneva, ICN, 1993.
- **Guidelines on Planning Human Resources for Nurses**, Geneva, ICN, 1993.
- **Planning Human Resources for Nursing: Reference Document**, Geneva, ICN, 1994.
- **The Preparation of Nurse Managers and Nurses in General Health Management**, Geneva, ICN, 1990

O International Council of Nurses é uma federação de mais de 130 associações nacionais de enfermeiros representando os milhões de enfermeiros mundiais. Operado por enfermeiros e a liderar a enfermagem internacionalmente, o ICN trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem para todos e políticas de saúde globais sólidas.

Planeamento de Recursos Humanos em Saúde

Planear a oferta e procura de recursos humanos para a saúde é um desafio significativo para a maioria dos países. A escassez de profissionais, subemprego e desemprego, desequilíbrios na mistura de competências e má distribuição geográfica são alguns dos desafios críticos a nível nacional e dentro das organizações. O planeamento de recursos humanos em saúde (HHRP) é essencial para os países e os sistemas assegurarem a presença de funcionários capazes de ir de encontro às necessidades das populações. Contudo HHRP ineficaz é uma fraqueza encontrada em muitos países. Poucos países têm mecanismos de planeamento alocados que consigam prever adequadamente exigências futuras para os cuidados de saúde e proporcionar profissionais eficazes e eficientes.^{24, 25}

HHRP definido

O objetivo do HHRP é fornecer o número certo de prestadores de cuidados de saúde com o conhecimento, competências, atitudes e qualificações adequadas, desempenhando as tarefas corretas no local certo no momento certo para atingir os objetivos de saúde certos.

Benefício de um bom HHRP

HHRP eficaz pode resultar em:

- Melhoria dos resultados de saúde;
- Melhoria dos serviços de saúde e melhoria do funcionamento do sistema de saúde;
- Maior eficiência (tanto financeira e operacional/serviço) através da melhor utilização de recursos;
- Melhor retenção e recrutamento.

Desafios comuns de HHRP

A literatura aponta para um número de desafios/obstáculos chave de HHRP com os quais se deparam os países. Estes incluem:

- Políticas pouco claras/planeamento fraco, e pouco apoio para planeamento estratégico;
- Falta de um plano nacional de HHR ou, nos casos onde existem, fracamente executados ou simplesmente não implementados;

²⁴ ICNM (2007). *Nursing Self Sufficiency/Sustainability in the Global Context* developed by Jim Buchan and Lisa Little for ICNM and ICHRN. Geneva, Switzerland and Philadelphia PA
http://www.intlnursemigration.org/download/SelfSufficiency_EURO.pdf

²⁵ ICN (2005). *Nursing workforce planning: mapping the policy trail* developed by O'Brien-Pallas et al. for ICN. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses
<http://www.icn.ch/global/Issue2workforce.pdf>

- Falta de um corpo nacional coordenador para o HHRP;
- Planeamento de HHR que é realizado de forma independente e isolado de outros aspetos de planeamento no setor da saúde;
- Recursos inadequados e/ou capacidade para implementar o plano;
- Focar apenas uma profissão (“silo”) – planeamento específico versus abordagens integradas;
- Focar apenas no curto prazo em vez no planeamento a médio e longo prazo;
- Consideração limitada do impacto de fatores sociais, políticos, geográficos, tecnológicos e económicos sobre HHRP;
- Falta de dados e informação adequada e precisa sobre os profissionais;
- Falta de acesso a métodos e ferramentas apropriados/adequados necessários para empreender o processo de planeamento;
- Falta de definições claras das funções e âmbito de prática para as inúmeras categorias de profissionais a prestar cuidados;
- Comunicação e coordenação pobre entre prestadores, planeadores, decisores políticos, empregadores, educação e finanças.^{26, 27}

Consequências de um HHRP pobre

As consequências de HHRP pobre podem ser críticas para os sistemas de saúde. Isto inclui:

- Falta de pessoal e necessidades de cuidados não atendidas;
- Acesso inequitativo aos cuidados;
- Desequilíbrios geográficos, ocupacionais, de especialidade e institucionais nos profissionais;
- Sobre-qualificação ou subqualificação nos profissionais;
- Má utilização (incluindo sub/supra-utilização);
- Atrito elevados entre os profissionais;
- Desemprego ou subemprego; e
- Reposta tardia em ir de encontro às tendências dos cuidados de saúde (i.e. nova tecnologia, procedimentos, etc.).²⁸

Características de um bom HHRP

- Realizado por funcionários adequadamente formados;
- Utiliza ferramentas e métodos de planeamento adequados;
- Reflete uma abordagem de planeamento de recursos humanos integrada que é baseada nas necessidades, orientada pelos resultados e informada pelo planeamento de serviço;
- Tem em consideração a influência de fatores sociais, políticos, geográficos, tecnológicos e económicos que têm impacto nas decisões de planeamento e implementação.
- Considera as opções políticas para abordar desequilíbrios na oferta e procura;

²⁶ ICN (2006). *The global nursing shortage: priority areas for intervention*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses <http://www.icn.ch/global/report2006.pdf>

²⁷ Ibid. ICN (2005).

²⁸ ICN (1994). *Planning human resources for nursing: reference document*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

- Baseado nas necessidades de saúde da população;
- Baseado em informação e dados fidedignos sobre os profissionais;
- Envolve os profissionais de saúde no processo de planeamento;
- Envolve monitorização contínua na avaliação do processo de planeamento;
- Assegura coordenação eficaz e contínua entre os decisores políticos, planeadores, governo, *stakeholders* investigadores e administrativos; e
- Focado nas necessidades a curto, médio e longo prazo.^{29, 30}

Princípios para um planeamento eficaz de profissionais

Buchan³¹ descreve oito princípios chave para o planeamento eficaz de profissionais. Estes são:

1. Assegurar compromisso e envolvimento no processo de planeamento pelas funções/*stakeholders* (i.e. finanças, planeador de serviços, prestadores de educação, empregadores do setor público/privado), com linhas de responsabilidade e de responsabilização claramente definidas.
2. Construir a partir de uma base de informação estruturada sobre os funcionários atuais, orçamentos de pessoal e atividade relevante independentemente de estar a planear um serviço, uma organização, região ou país.
3. Avaliar as dinâmicas de trabalho e “fluxos” entre setores e organizações dentro do sistema a ser planeado – avaliar fontes de oferta e rotatividade.
4. Desenvolver uma análise geral para identificar a necessidade de, e âmbito da, mudança.
5. Desenvolver e acordar um conjunto de parâmetros de planeamento que ligam os profissionais e os dados de atividade.

²⁹ Ibid. ICN (2005).

³⁰ Ibid. ICN (2006).

³¹ Buchan J (2007). *Nursing workforce planning in the UK: A report for the Royal College of Nursing*. http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0016/107260/003203.pdf

PC/junho 2008

Todos os direitos, incluindo a tradução noutras línguas, reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por qualquer meio eletrónico, mecânico, gravação, fotocópia ou outros, sem a autorização expressa do Conselho Internacional dos Enfermeiros ou do Centro Internacional de Recursos Humanos em Enfermagem. Pequenos excertos (menos de 300 palavras) poderão ser reproduzidos sem autorização, na condição da fonte estar indicada.

6. Utilizar a análise “e se” para construir cenários diferentes de necessidades de serviços e conseqüente perfil de funcionários.
7. Desenvolver um acordo de plano nacional de funcionários que agrega planos locais/regionais.
8. Estabelecer uma estrutura para monitorizar mudanças nos funcionários em comparação com o plano – desenvolver um ciclo de revisão e atualização.

Ações do ICN/ICHRN

O International Council of Nurses e o seu International Centre for Human Resources in Nursing³² :

- Defendem o desenvolvimento e/ou revisão dos planos nacionais dos trabalhadores que refletem abordagens de planeamento de recursos humanos (RH) integrados; a criação de entidades planeadoras intersectoriais de RH a nível nacional envolvendo todos os *stakeholders* chave; e investimentos para criar e manter a recolha de informação de RH e sistemas de informação para informar políticas e práticas de planeamento a nível nacional.
- Fazer *lobby* para e ajudar a desenvolver conjuntos de dados nacionais mínimos de RH.
- Desenvolver tomadas de posição sobre os assuntos a nível internacional i.e. Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (www.icn.ch/pshhrd.htm), Retenção de Enfermeiros, Transferência e Migração (www.icn.ch/psretention.htm), etc. Consultar também www.icn.ch e www.ichrn.org.
- Trabalhar com outros para fortalecer capacidades estratégias e técnicas dos indivíduos, das organizações e dos sistemas para planear recursos humanos para saúde.
- Desenvolver competências internacionais para o planeamento e gestão de recursos humanos em enfermagem.
- Avaliar e disseminar boas práticas de planeamento de RH através de apresentações em reuniões e outros fóruns e através do *site* do ICN-ICHRN e da publicação de estudos de caso. Consultar www.ichrn.org.
- Apresentar e discutir a investigação e análise dos assuntos de planeamento de RH em conferências internacionais, congressos e fóruns regionais tais como o ICN International Workforce Forum e ICN Asia Workforce Forum.
- Discutir tendências e desafios de HHRP chave durante as reuniões do Workforce Forum.
- Explorar as experiências dos enfermeiros no desenvolvimento de planeamento e de políticas de recursos humanos durante conferências, congressos e fóruns regionais.

Para mais informações, por favor contacte:
ichrn@secretariat.org

³² NT = International Centre for Human Resources in Nursing (ICHRN) = Centro Internacional para Recursos Humanos em Enfermagem

O International Council of Nurses é uma federação de mais de 130 associações nacionais de enfermeiros representando os milhões de enfermeiros mundiais. Operado por enfermeiros e a liderar a enfermagem internacionalmente, o ICN trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem para todos e políticas de saúde globais sólidas.

O International Centre for Human Resources in Nursing foi estabelecido em 2006 pelo International Council of Nurses e a sua primeira fundação Florence Nightingale International Foundation. O Centro é dedicado ao fortalecimento dos profissionais de Enfermagem globalmente através do desenvolvimento, monitorização contínua e disseminação de informação compreensiva e ferramentas sobre políticas de recursos humanos em enfermagem, gestão, investigação e prática.

Ambientes de Prática Positiva

Estamos imersos numa crise global de profissionais de saúde – uma marcada por desequilíbrios críticos. Muitos países são confrontados com o desafio de enfermeiros sujeitos ao subemprego e desemprego lado a lado com escassez. As razões para a crise são variadas e complexas, mas fundamental entre elas são os ambientes de trabalho pouco saudáveis e o clima organizacional pobre que caracteriza muitos locais de trabalho. O subinvestimento contínuo no setor da saúde, acompanhado por condições de trabalho pobres e políticas (tal como exposição a perigos ocupacionais, discriminação e violência física e psicológica; remuneração insuficiente; equilíbrios trabalho-vida desfavorecidos; cargas de trabalho pouco razoáveis, oportunidades de desenvolvimento de carreira limitadas, etc.) têm resultado numa deterioração das condições de trabalho em muitos países. Existe evidência global clara que isto tem um impacto negativo grave no recrutamento e retenção de profissionais de saúde, na produtividade e desempenho de instituições de saúde, e, em última análise, nos resultados dos doentes.

Definição de Ambientes de Prática Positiva

Ambientes de Prática Positiva (APP) são contextos que apoiam a excelência e trabalho decente. Nomeadamente, esforçam-se para assegurar a saúde, segurança e bem-estar pessoal dos funcionários, apoiam cuidados de qualidade e melhoram a motivação, produtividade e desempenho dos indivíduos e organizações.¹

Elementos de Ambientes de Prática Positiva

Ambientes de prática positiva são caracterizados por:

- Políticas de saúde ocupacional, segurança e bem-estar que abordam os perigos, a discriminação, violência física e psicológica dos locais de trabalho e assuntos relativos à segurança pessoal
- Cargas de trabalho justas e geríveis perante as exigências/stress do trabalho
- Clima organizacional como reflexo de práticas de gestão e liderança eficazes, bom apoio de pares, participação de funcionários na tomada de decisão, valores partilhados
- Equilíbrio saudável trabalho-vida
- Oportunidade e tratamento igual
- Oportunidades para desenvolvimento profissional e avanços de carreira
- Identidade profissional, autonomia e controlo sobre a prática
- Segurança de trabalho
- Remuneração e benefícios decentes
- Dotações seguras
- Apoio e supervisão

- Comunicação aberta e transparência
- Programas de reconhecimento
- Acesso a equipamentos, materiais e funcionários de apoio adequados ²

Benefícios de Ambientes de Prática Positiva

Os efeitos benéficos de ambientes de prática positiva sobre a prestação de cuidados de saúde, desempenho do profissional de saúde, resultados dos doentes e inovação estão bem documentados.

- Mudanças positivas no ambiente de trabalho resultam num ratio de retenção de profissionais mais elevado, que o leva a melhor trabalho de equipa, aumento da continuidade de cuidados ao doente, e, melhorias nos resultados dos doentes.
- APP demonstram um compromisso com a segurança no local de trabalho, levando a uma satisfação no trabalho global.
- Quando os enfermeiros estão satisfeitos com o seu trabalho, as taxas de absentismo e rotatividade¹⁴ diminuem, a motivação e a produtividade aumentam, e o desempenho, como um todo, melhora.³
- Fomentar um sentido de comunicação e de liderança dentro do ambiente de trabalho produz um nível de confiança sentido pelos enfermeiros em relação ao seu local de trabalho que também ajuda na satisfação global dos funcionários.⁴
- Manter um nível de autonomia sobre o seu trabalho permite aos enfermeiros sentirem que são membros respeitados e valorizados do seu local de trabalho.
- A investigação demonstra que os enfermeiros sentem-se atraídos para e mantêm-se no seu local de trabalho quando existem oportunidades que lhes permitem avançar profissionalmente, para ganhar autonomia e participar na tomada de decisão, enquanto são justamente compensados.⁵
- Trabalho de equipa de enfermagem eficaz é essencial para o trabalho nas organizações de saúde.⁶ Isto melhora a qualidade de vida profissional dos enfermeiros assim como os cuidados ao doente.⁷
- Um número significativo de estudos de investigação têm ligado números mais elevados e uma mistura mais rica de enfermeiros qualificados a reduções na mortalidade de doentes, taxas de infeções respiratórias, de feridas e urinárias, número de quedas de doentes, incidência de úlceras de pressão e erros de medicação.^{8, 15}

Custo de Locais de Trabalho Insalubres e Inseguros

Locais de trabalho insalubres afetam a saúde física e psicológica dos enfermeiros através do *stress* de cargas de trabalho elevadas, longas horas, estatuto profissional baixo, relações difíceis no local de trabalho, problemas na execução dos papéis profissionais e uma variedade de perigos do local de trabalho. Os custos destes locais de trabalho insalubres e inseguros têm sido bem documentados:

- A evidência indica que longos períodos de tensão no trabalho afetam as relações pessoais e aumentam o tempo de baixa, o conflito, a insatisfação profissional, a rotatividade e a ineficiência.
- Uma desconexão entre o trabalho exigidos aos enfermeiros e o que eles podem razoavelmente prestar ameaça a saúde dos profissionais e coloca os doentes em risco.
- Experiências negativas no local de trabalho ou nas colocações clínicas parece afastar os novos licenciados da profissão,⁹ e contribui para uma maior rotatividade nos primeiros dois anos de trabalho.¹³

- Um estudo sobre enfermeiros nos Estados Unidos, Canada, Inglaterra, Escócia e Alemanha demonstra que 41% dos enfermeiros hospitalares estavam insatisfeitos com os seus trabalhos e que 22% planeavam sair dali em menos de um ano; os resultados confirmam a relação entre o *stress* no local de trabalho e a motivação dos enfermeiros, a satisfação, compromisso com a organização e a intenção de largar o trabalho.
- A investigação concluiu que numa determinada unidade a carga de trabalho ótima para um enfermeiro é de quatro doentes. Aumentado a carga de trabalho para seis doentes resultava num aumento de probabilidade de morte em 14% dentro dos 30 dias após admissão. Uma carga de trabalho de oito doentes versus quatro estava associada a um aumento de mortalidade de 31%.¹⁰
- Enfermeiros sobrecarregados podem apresentar tempos de reação mais lentos, menos estado de alerta para alterações no estado do doente e erros de medicação, que se traduzem em riscos adversos para o doente.¹¹
- Uma rotatividade elevada, um sintoma de um ambiente de trabalho pobre é suscetível a conduzir a custos mais elevados, tal como no recrutamento e formação de novos trabalhadores e aumento em horas extraordinárias e utilização de uma agência de trabalho temporário para preencher as lacunas. Os custos da rotatividade também incluem a redução inicial na eficiência de novos elementos e o decréscimo na motivação dos profissionais e na produtividade de grupo.¹²

Tornando Ambientes de Prática Positiva uma Realidade

Desenvolver, promover e manter ambientes de prática positiva é um desafio multifacetado que ocorre a vários níveis de uma organização e envolve um leque de elementos (i.e. governos, empregadores, organizações de Enfermagem, órgãos reguladores, sindicatos, escolas de enfermagem, etc.). Da sua parte, os enfermeiros e as suas organizações representativas podem avançar o desenvolvimento de ambientes de prática positiva através de:

- Melhoria do recrutamento e retenção de enfermeiros
 - Continuar a promover o papel do enfermeiro
 - Definir o âmbito da prática de enfermagem para que os enfermeiros trabalhem todo o seu potencial no cuidar dos doentes. Esta estrutura legal pode ser utilizada para aumentar a consciencialização de outras disciplinas, assim como do público, das competências e evolução da profissão
 - Fazer *lobbys* para o reconhecimento e remuneração profissional
- Desenvolver e disseminar uma tomada de posição sobre a importância de um ambiente de trabalho seguro.
- Aumentar a capacidade dos enfermeiros e outros envolvidos no setor de saúde nas posições de gestão e de decisão política.
- Assegurar que a voz dos enfermeiros é ouvida
 - Fortalecendo as organizações de enfermagem
 - Tendo acesso a órgãos decisores
- Apoiar a investigação, recolher dados para as boas práticas e disseminar os dados quando estão disponíveis.
- Encorajar as instituições de ensino para reforçar o trabalho de equipa providenciando oportunidades de colaboração e enfatizando a teoria de trabalho de equipa.
- Apresentando prémios para instituições de saúde que demonstrem a eficácia de ambientes de prática positiva através de iniciativas de recrutamento e de retenção, redução das taxas de abandono, opinião pública, cuidados melhorados e satisfação dos doentes.

- Estabelecer alianças com outros profissionais de saúde e *stakeholders* do setor da saúde, i.e. associações de doentes/consumidores.
- Assegurar que outras disciplinas são envolvidas no desenvolvimento de políticas para ambientes de trabalho seguros.
- Desenvolver uma Chamada à Ação detalhando elementos centrais de um ambiente de prática positiva onde as organizações e os indivíduos se podem inscrever e apoiar.
- Aumentar a consciencialização, compreensão e apoiar todos os intervenientes relevantes acerca do impacto positivo que ambientes de trabalho saudáveis e solidários têm sobre o recrutamento e retenção de profissionais, resultados nos doentes e no setor da saúde como um todo.

Para mais informação, por favor contacte: ichrn@secretariat.org

O International Council of Nurses é uma federação de mais de 135 associações nacionais de enfermeiros representando os milhões de enfermeiros mundiais. Operado por enfermeiros e a liderar a enfermagem internacionalmente, o ICN trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem para todos e políticas de saúde globais sólidas.

O International Centre for Human Resources in Nursing foi estabelecido em 2006 pelo International Council of Nurses e a sua primeira fundação Florence Nightingale International Foundation. O Centro é dedicado ao fortalecimento dos profissionais de Enfermagem globalmente através do desenvolvimento, monitorização contínua e disseminação de informação compreensiva e ferramentas sobre políticas de recursos humanos em enfermagem, gestão, investigação e prática.

Referências

¹ Registered Nurses Association of Ontario (2006). *Healthy work environments best practice guidelines (BPGs) overall project background*. Toronto, Canadá: RNAO.

www.rnao.org/Page.asp?PageID=122&ContentID=1195&SiteNodeID=241

² International Council of Nurse (2007). *Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care. Information and Action Tool Kit* developed by Andrea Baumann for ICN. Genebra, Suíça: International Council of Nurses www.icn.ch/indkit2007.pdf

³ Ibid. International Council of Nurses (2007).

⁴ Registered Nurses Association of Ontario (2006). *Healthy Work Environment Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nursing Teams*. Toronto, Canadá: RNAO

www.rnao.org/Storage/23/1776_BPG_Collaborative_Practice.pdf

⁵ Irvine and Evans 1995 and Shields and Ward 2001, cited in International Council of Nurses (2004). *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions* p.34 developed by James Buchan and Lynn Calman for ICN. Genebra, Suíça: International Council of Nurses.

⁶ Ibid. Registered Nurses' Association of Ontario (2006).

⁷ Joanna Briggs Institute 2005, cited in Registered Nurses' Association of Ontario (2006). *Health Work Environments Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nurses Teams*. Toronto, Canada: RNAO.

⁸ West E, Rafferty AM and Lankshear A (2004). *The future nurse: evidence of the impact of registered nurses*. Londres, Reino Unido: Royal College of Nursing.

⁹ Tovey and Adams 1999, cited in International Council of Nurse (2007). *Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care. Information and Action Tool Kit*

¹⁰ Aiken Linda, et al. 2002, cited in International Council of Nurses. *Nursing Matters: Nurse: Patient Ratios*. Genebra, Suíça: International Council of Nurses.

¹¹ International Council of Nurses. *Nursing Matters: Nurses and Overtime*. Genebra, Suíça: International Council of Nurses.

¹² International Council of Nurses (2005). *Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce*. Developed by Pascal Zurn, Carmen Dolea, and Barbara Stilwell for ICN. Genebra, Suíça: International Council of Nurses and World Health Organization.

¹³ D'ambra AM & Andrews DR (2013) *Incivility, retention and new graduate nurses: An integrated review of the literature* Journal of Nursing Management

¹⁴ Brunetto Y et al, (2013) *The impact of work relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA*. Journal of Advanced Nursing

¹⁵ Irish Nurses and Midwives Organisation (2012) *Safe Staffing: The Evidence: Key tasks from a review of published research findings*. Irish Nurses and Midwives Organisation, Dublin.

ICN/BW/LB/outubro 2013

Todos os direitos, incluindo a tradução noutras línguas, reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por qualquer meio eletrónico, mecânico, gravação, fotocópia ou outros, sem a autorização expressa do Conselho Internacional dos Enfermeiros ou do Centro Internacional de Recursos Humanos em Enfermagem. Pequenos excertos (menos de 300 palavras) poderão ser reproduzidos sem autorização, na condição da fonte estar indicada.

Copyright © 2013 por ICN - International Council of Nurses,
3, place Jean-Marteau, 1201 Genebra (Suíça)

Referências

Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, Finlayson M, Kanai-Pak M & Aunguroch Y (2011a). 'Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries,' *International Journal for Quality in Health Care* Vol. 23, no. 4: pp 357-364.

Aiken L, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L & Neff DF (2011b). 'The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments', *Medical Care*, Vol. 49 No. 12 (dezembro): pp 1047-1053.

Ashton D & Sung J (2002). Supporting workplace learning for high performance working, Geneva, International Labour Office.

Ayamolowo SJ, Omolola I & Mayowa AO (2013). 'Job Satisfaction and Work Environment of Primary Health Care Nurses in Ekiti State, Nigeria: an Exploratory Study', *International Journal of Caring Sciences*, Vol 6. No. 3: pp 531.

Beleta A (2008). ICN Wellness Centre Swaziland: Swaziland nurses the wellbeing of its health workers, *The Lancet*, Vol 371 junho 7, 2008 p1901-1902

Berwick DM (2009). What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions of An Extremist, *Health Affairs*, julho/agosto 2009, vol. 28, no. 4. Disponível em: <http://content.healthaffairs.org/content/28/4/w555.long>

Brown DS, Donaldson N, Burnes Bolton L, Aydin CE (2010). Nursing-sensitive benchmarks for hospitals to gauge high-reliability performance. *Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality*. 32 (6) (pp 9-17).

Browne G, Birch S & Thabane L (2012). 'Better care: An analysis of nursing and healthcare system outcomes', *Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation & Canadian Nurses Association*.

Buchan J (2008). How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply WHO

Buerhaus P, Auerbach DI, Staiger DO & Muench U (2013). Projections of the Long-Term Growth of the Registered Nurse Workforce: A Regional Analysis *Nursing Economics* /janeiro-fevereiro 2013/Vol. 31/No. 1

Canadian Council on Learning (2007). Patient self-management: Health-literacy skills required. Disponível em: www.ccl-cca.ca/pdfs/LessonsInLearning/Jun-19-07-Patient-Self-mana.pdf

Caird J, Rees R, Kavanagh J, Sutcliffe K, Oliver K, Dickson K, Woodman J, Barnett-Page E & Thomas J (2010). The socioeconomic value of nursing and midwifery: a rapid systematic review of reviews *Social Science research Unit, Institute of Education, University of London*.

Cavendish Review (2013). An Independent Review into Healthcare Assistants and Support Workers in the NHS and social care settings. Julho. Disponível em:

www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/236212/Cavendish_Review.pdf

Ciprano PF & Hamer S (2013). Enabling the ordinary: More time to care American Nurse Today Volume 8, Number 11

Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, Muise M, Stafford E (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing studies* 47 p363-385

Darbyshire P (2010). 'Wonderful Workplace or Woeful Workhouse?: Start Creating a More Positive Workplace Culture Today', *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* Vol. 36. No. 1/2 : p 6.

De Leon Siantz ML, Malvarez S (2008). 'Migration of Nurses: A Latin American Perspective', *Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 13 Issue 2(maio): p7

Department of Health UK (2009). NHS Health and Wellbeing – final report (The Boorman report) London DD 299039 Department of Health. Disponível em: www.nhshealthandwellbeing.org/FinalReport.html

Dowding DW, Currie LM, Borycki E, Clamp S, Favela J, Fitzpatrick G, Gardner P, Hamer S, Hardiker N, Johnson O, Lawton R, O'Brien A, Randell R, Westbrook J, Whitewood-Moores Z & Dykes PC (2013). International priorities for research in nursing informatics for patient care. *Stud Health Technol Inform.* 2013;192:372-6.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D & Zurayk H (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, The Lancet Commission, www.thelancet.com
Global Health Workforce Alliance and World Health Organization (2013). A Universal Truth: No Health Without a Workforce, Third Global Forum on Human Resources for Health Report.

Global Health Workforce Alliance (2013). The Recife Political Declaration on Human Resources for Health, World Health Organization.

Hodgkin P (2012). Power to the People. *Ehealth insider*, 2 outubro 2012. Disponível em: www.ehi.co.uk/insight/analysis/962/power-to-the-people7

Hunt J (2013). Registered nurse patient ratios; so important so contentious Discussion paper. Disponível em: www.nhsmanagers.net/wp-content/uploads/2013/08/Registered-Nurse-Patient-Ratios-So-Important-So-Contentious.pdf

International Council of Nurses (2009). 'Reducing the Gap and Improving the Interface between Education and Service', Geneva: ICN.

International Council of Nurses (2010a). "Decent Pensions for Nurses" Developed by Hedva Sarfati for the International Centre for Human Resources in Nursing, Geneva, Suíça. Disponível em: www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICHRN/Policy_and_Research_Papers/Decent_Pensions_for_Nurses.pdf

International Council of Nurses (2010b). 'Nursing Human Resources Planning and Management Competencies' Developed by Una V. Reid and Bridget Weller for the International Centre for Human Resources in Nursing, Geneva, Suíça.

International Council of Nurses (2011). "Focusing on the wellbeing of health care workers in sub-Saharan Africa", International Nursing Review. Disponível em: www.icn.ch/images/stories/documents/news/whats_new/INR_933.pdf

Institute of Medicine (2001). Changing rules for the healthcare workforce in the 21st Century and the implications. Committee on Quality of Health Care in America, Washington National Academy Press

Institute of Medicine (2010). The Future of Nursing: leading change, advancing Health. Outubro

Kennedy F, McDonnell A, Gerrish K, Howarth A, Pollard C & Redman J (2011). Evaluation of the impact of nurse consultant roles in the United Kingdom: a mixed method systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing* 00(0), 000–000. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05811.x

Keogh B (2013). Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England: an overview NHS England

Kingma M (2007). Nurses on the Move: A Global Overview *Health Services Research* Volume 42, Issue 3p2, pages 1281–1298, junho 2007

Kutney-Lee A, McHugh MD, Sloane DM, Cimiotti JP, Flynn L, Felber Neff D & Aiken LH,(2009). 'Nursing: a key to patient satisfaction,' *Health Affairs*, Vol. 28, no. 4: w669-w677.

Laschinger HK & Leiter MP (2006). The impact of nursing work environment on patient safety outcomes: The mediating role of burnout/engagement. *The Journal of Nursing Administration*, 36, 259-267.

Maben J, Morrow E, Ball J, Robert G & Griffiths P (2012). High Quality Care Metrics for Nursing. National Nursing Research Unit, King's College London.

Manley K, Sanders K, Cardiff S & Webster J (2011). 'Effective workplace culture: the attributes, enabling factors and consequences of a new concept,' *International Practice Development Journal* Vol. 1, no. 2.

Marroquin MA & Martin EC (2013). National Telehealth project in El Salvador: features, application process and preliminary results, *Latin Am J Telehealth*, Belo Horizonte, 2010; 2 (3): 279-285

Mitchell PH and Mount JK (2010). Nurse staffing a summary of current research, opinion and policy The William D, Ruckelshaus Center, University of Washington, Washington, EUA

Mitchell P, Wynia M, Golden R, McNellis B, Okun S, Webb CE, Rohrbach V & Von Kohorn I (2012). Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care, outubro 2012 Institute of Medicine, Washington, DC. www.iom.edu/tbc.

NHS Education Scotland (2013). 'Nursing and Midwifery Workload and Workforce Planning Learning Toolkit', NHS Education for Scotland.

North N & Hughes F (2012). A systems perspective on nursing productivity. *J Health Organ Manag.* 2012;26(2):192-214.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2012) *Health at a glance 2011* OECD Paris

Royal College of Nursing (2012). *Overstretched and under resourced. The UK nursing labour market review.*

Sloan J (2010). *The Workforce Planning Imperative* JSMISBN 978192103375

Squires A & Beltran-Sanchez H (2013). 'Strengthening Health Systems in North and Central America: What Role for Migration?', Washington, DC. Migration Policy Institute: Washington DC.

Walker J & Hendry C (2009). 'A review of literature on the measurement of patient dependency, workload and workload planning and allocation within the context of nursing in the community', Wellington: NZNO (District Nurses Section)/Christchurch: New Zealand Institute of Community Health Care, novembro.

Wood D (2013). "Health care Briefings: Creating a Great Nurse Work Environment to Improve the Bottom Line", Press release, PI Worldwide, posted 18 janeiro 2013. Disponível em: www.piworldwide.com/healthcare-briefings-creating-a-great-nurse-work-environment-to-improve-the-bottom-line/

World Health Organization (2006). *The World Health report Working together for Health*, Genebra

World Health Organization (2008). *Closing the gap in a generation*, Genebra

World Health Organization (2013a). *Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of non-communicable diseases*, Genebra

World Health Organization (2013b). *The progress report on nursing and midwifery*, Genebra



3, Place Jean-Marteau
1201 Geneva - Switzerland
Tel.: +41 (22) 908 01 00
Fax: +41 (22) 908 01 01
E-mail: icn@icn.ch
Website: www.icn.ch