

Conselho Internacional de Enfermeiros

ENFERMEIROS: Uma força para a mudança

**PARA UM SISTEMA DE
SAÚDE MAIS RESILIENTE**



12 MAIO 2016

DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO

#IND2016



Enfermeiros: Uma força para a mudança

Para um Sistema de Saúde mais resiliente



DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO 2016

Ficha Técnica:

Título: Enfermeiros: uma força para a mudança – Para um Sistema de Saúde mais resiliente: Dia Internacional do Enfermeiro 2016 – do original – «Nurses: A Force for Change: Improving health systems resilience»

Tradução: Dra. Elisa Fontenete – Alphatrad Portugal, Unipessoal Lda.

Revisão: Enf.ª Graça Silveira Machado, Vice-presidente do Conselho Diretivo e Responsável Política pelas Relações Internacionais da Ordem dos Enfermeiros – Mandato 2016/2019; Enf.ª Ana Fonseca, Presidente do Conselho de Enfermagem – Mandato 2016/2019; Enf.º Rui Gonçalves, Vice-presidente do Conselho de Enfermagem – Mandato 2016/2019

Todos os direitos reservados, incluindo a tradução para outros idiomas. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por impressão, por meio de fotocópias ou de qualquer outra forma, ou ser arquivada num sistema de recuperação, transmitida de qualquer forma ou vendida sem a autorização expressa por escrito do Conselho Internacional de Enfermeiros. Pequenos excertos (inferiores a 300 palavras) podem ser reproduzidos sem autorização, desde que a fonte seja indicada.

Copyright © 2016 pelo Conselho Internacional de Enfermeiros
3, place Jean-Marteau, 1201 Genebra, Suíça

ISBN: 978-92-95099-38-8

Índice

	Carta da Presidente e da CEO do ICN	
Capítulo 1:	Introdução.....	7
Capítulo 2:	Desenvolver um Sistema de Saúde Forte.....	19
Capítulo 3:	O que é a Resiliência dos Sistemas de Saúde?.....	23
Capítulo 4:	Melhorar a Resiliência Organizacional.....	29
Capítulo 5:	Desenvolver a Resiliência Pessoal.....	35
Capítulo 6:	O Futuro e o Papel dos Enfermeiros e das Associações Nacionais de Enfermeiros (ANE)	39
Capítulo 7:	Conclusão.....	45
Anexo 1:	O Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (DRHS).....	47
Anexo 2:	Serviços de saúde acessíveis e financiados pelas autoridades públicas..	53
Anexo 3:	A participação dos enfermeiros nos processos de decisão e no desenvol- vimento das políticas nos serviços de saúde.....	57
	Referências e Fontes	61



Maio 2016

Caros colegas,

A necessidade de sistemas de saúde fortes e resilientes, capazes de responder eficazmente aos desafios, é fundamental para a realização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS). Podemos questionar como é que cada um de nós, enquanto enfermeiro, pode contribuir para fortalecer os sistemas de saúde em todo o mundo. Como membros do maior grupo de profissionais de saúde, com presença em todos os ambientes, os enfermeiros podem ter um enorme impacto sobre a resiliência dos sistemas de saúde. Cada uma das decisões que nós tomamos na nossa prática pode conduzir a uma alteração significativa na eficiência e eficácia de todo o sistema.

Este *kit* “Dia Internacional do Enfermeiro” passa em revista as muitas maneiras de os enfermeiros poderem contribuir para o desenvolvimento de sistemas de saúde fortes e resilientes a todos os níveis (local, nacional e global) e fornece orientações para os enfermeiros e os decisores políticos. Os instrumentos, informações e ideias de ação do *kit* vão ajudar e incentivar os enfermeiros e as associações nacionais de enfermeiros (ANE) a tornarem-se mais intervenientes na política.

As páginas que se seguem analisam os desafios cada vez maiores com que se debatem os sistemas de saúde, como podemos melhorar a resiliência organizacional e de que formas os enfermeiros podem fortalecer e desenvolver a sua própria resiliência e a dos seus colegas para que possam comprometer-se plenamente com as metas ambiciosas dos ODS. Estas páginas mostram o que é possível alcançar quando os enfermeiros põem os seus conhecimentos e a sua criatividade ao serviço da transformação. Em muito do nosso trabalho no âmbito do ICN, constatámos como a nossa capacidade de resiliência e de participação ativa na política faz toda a diferença na tomada de decisões e na saúde da população.

É imperativo identificar nas nossas organizações e em nós mesmos as oportunidades para fortalecer e desenvolver a resiliência. Ao promover a voz dos enfermeiros, podemos orientar as melhorias introduzidas na qualidade dos serviços de saúde que prestamos e contribuir para o fortalecimento dos sistemas de saúde. A contribuição dos enfermeiros para as políticas do setor da saúde vai ajudar a garantir que, na reforma das políticas, sejam tidos em conta ambientes de trabalho favoráveis à prática. É nosso dever assegurar que os governos e os responsáveis políticos compreendam que líderes de enfermagem confiantes e bem informados, que sabem qual é o seu papel no desenvolvimento de uma força de trabalho capaz de fazer face a novos desafios, são essenciais para garantir o sucesso dos ODS e para enfrentar os desafios do futuro.

Atenciosamente,

Judith Shamian
Presidente

Frances Hughes
Chief Executive Officer

“Resiliência: a capacidade de recuperar de dificuldades”
(Dicionário de Inglês da Oxford)

Contexto

Qualquer que seja o lugar do mundo onde esteja, é muito provável que venha a descobrir que a saúde e a satisfação das necessidades de saúde constituem um tema importante de debate e preocupação das pessoas. Na verdade, parece que a saúde está sempre presente no noticiário. Isto pode ser explicado por uma série de razões, algumas previsíveis e outras menos. Por exemplo, em muitas partes do mundo, deparamos com crescentes desafios de saúde relacionados com o envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e de outras doenças prolongadas, expectativas crescentes dos cidadãos relativamente a mais e melhores serviços de saúde e progresso tecnológico. Todos estes aspetos funcionam como fatores de pressão para um aumento do financiamento dos serviços de saúde. Os serviços de saúde por todo o mundo estão a ser desafiados para encontrar soluções tomando em consideração novas formas de trabalhar e novos modelos de prestação de cuidados aos cidadãos.

O impacto inesperado da crise financeira global sobre os sistemas de saúde continua a ter repercussões nas finanças públicas. A evidência da vulnerabilidade dos sistemas de saúde globais também tem sido um desafio. O surto de Ébola de 2014 na África Ocidental mostrou que, na proteção da saúde, é essencial uma ação global: as infeções, tal como as pessoas, atravessam as fronteiras e viajam para todos os cantos do globo. De igual forma, os desastres naturais e os conflitos não respeitam fronteiras nacionais e exigem respostas em todo o mundo.

Esta ligação a nível global é um conceito difícil de entender sem nos sentirmos esmagados rapidamente pela sua complexidade. A incerteza e a sensação de impotência que ele provoca é perfeitamente compreensível. Por onde começamos? Como podemos atuar de forma positiva? É fácil sentirmo-nos muito pequenos. No entanto, o impacto da globalização continua a crescer e afeta a nossa vida do dia-a-dia. Estamos todos intimamente ligados e, enquanto uma das maiores forças de trabalho em todo o mundo, os enfermeiros têm de funcionar em conjunto para entender e garantir que a globalização pode ser uma força positiva, proporcionadora de bem-estar.

“Definição de globalização: um processo de crescentes ligações globais, interdependência e integração, especialmente na área económica, mas que também afeta aspetos culturais, sociais e políticos, ecológicos e tecnológicos da vida.” (Tuschudin and Davis 2008, p. 4)

Conforme é referido no Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ONU 2015), o mundo assistiu a progressos substanciais na consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (OMS 2015a), salvando milhões de vidas e melhorando as condições de muitas mais pessoas. No entanto, o relatório também reconhece “sucessos desiguais”, “deficiências em muitas áreas” e trabalho incompleto. As abordagens específicas da doença dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) causaram em muitos países fragmentações no atendimento aos pacientes e precaridade nos sistemas de prestação de serviços. Como resultado, muitos dos países que receberam ajuda para o desenvolvimento não construíram sistemas de saúde capazes de prestar os serviços essenciais a todas as pessoas necessitadas.

Como já mencionámos, o surto do vírus Ébola na África Ocidental demonstrou claramente que, sem um sistema de saúde capaz de responder rápida e eficazmente, uma epidemia pode propagar-se rapidamente através das fronteiras e causar enormes problemas (OMS 2014). Quando foram atingidos pelo surto, os países mais afectados padeciam de um sistema de saúde frágil, com um número insuficiente de profissionais de saúde (OMS 2015b). Por esta razão, a resposta ao surto não foi atempada; os serviços de saúde existentes foram abalados e muitos trabalhadores de saúde que cuidaram de pessoas afetadas morreram (OMS 2015c), ameaçando ainda mais a saúde das populações (David *et al.*, 2015). Na verdade, o relatório preliminar de Maio de 2015 da OMS (2015c) sobre os trabalhadores de saúde infetados com o Ébola constata que, dos 815 profissionais de saúde infetados pelo vírus Ébola desde o início da epidemia, mais de 50% eram enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Dois terços dos trabalhadores de saúde que foram infetados acabaram por morrer.

Este surto levantou muitas questões: Como podemos responder rapidamente a uma falta de profissionais de saúde devido a doença ou mesmo morte? Como podemos formar rapidamente profissionais de enfermagem para prestar cuidados em ambientes muito diferentes? Como obter rapidamente acesso a equipamento adequado? Como comunicar com o público de uma forma eficaz? Há uma clara necessidade de sistemas de saúde capazes de responder a esses choques de uma forma atempada e eficaz, ao mesmo tempo que continuam a prestar os serviços de saúde necessários.

“A resiliência de um sistema de saúde é a sua capacidade de resposta, adaptação e fortalecimento quando exposto a um choque, como um surto de doença, desastre natural ou conflito.”

Campbell *et al.* (2014)

A complexidade deste trabalho inclui a resposta rápida necessária, a disponibilidade de recursos no lugar certo no momento certo e conseguir lidar com infra-estruturas danificadas e um pessoal de saúde esgotado. Portanto, precisamos de estar preparados antes de surgir a próxima emergência, de ter à disposição as medidas de emergência, as pessoas que podem ser mobilizadas com as competências certas e planos para canalizar os recursos.

Na vida movimentada da maioria dos enfermeiros, não é uma atividade habitual pensar sobre como podemos apoiar e fortalecer o sistema de saúde em que trabalhamos. No entanto, a necessidade de desenvolver a nossa reflexão, planeamento e perfil nesta área importante é mais do que evidente. Somos uma força vital para as mudanças de que o sistema precisa.

Responder a novos desafios

Na enfermagem há uma longa tradição de resposta à evolução das necessidades da sociedade. Nós desenvolvemos a nossa prática de forma a enfrentar os desafios da saúde pública e a assegurar a prestação de cuidados de qualidade. Ao longo do século XX e no século XXI, houve uma evolução significativa no aumento da expectativa de vida e na redução de muitos dos fatores de risco associados à mortalidade infantil e materna. Os enfermeiros deram contributos importantes para melhorar a sobrevivência infantil, e o impacto desses contributos está bem documentado (Awoonor-Williams *et al.*, 2013). Foram alcançados grandes progressos na acessibilidade da água potável, na melhoria do saneamento, na redução da malária, tuberculose e poliomielite e na diminuição da propagação do VIH (Marmot *et al.*, 2012). Os enfermeiros têm estado na vanguarda de muitos destes avanços (ICN 2013), mas todos reconhecemos que mais pode ser feito. A acrescentar a problemas de saúde conhecidos, enfrentamos ameaças globais, tais como a resistência antimicrobiana, novas pandemias, infeções emergentes, desastres naturais, alterações climáticas globais, conflitos armados e migrantes. O que é que este cenário pode significar para nós, enfermeiros?

Há muitas provas factuais da capacidade de resposta dos enfermeiros e do importante contributo que prestamos para a saúde da população, o que tem sido cada vez mais reconhecido pelos governos e pela Organização Mundial de Saúde (OMS 2003, 2015d). Na verdade, os enfermeiros são cada vez mais qualificados e capazes de se conectarem com os cidadãos, as comunidades, os decisores políticos e outros agentes da sociedade. No entanto, a necessidade de uma adaptação e mudança mais rápida é evidente e os desafios com que nos iremos deparar nos próximos 15 anos vão exigir uma nova geração de inovação e liderança. Como as respostas locais, nacionais e internacionais desenvolvidas pelos enfermeiros estão a ganhar uma maior visibilidade, precisamos de ter líderes confiantes e bem informados que entendam perfeitamente qual o papel que podem desempenhar no desenvolvimento de profissionais capazes de fazer face a novos desafios.

Investir nos profissionais da saúde para fortalecer os sistemas de saúde. O aumento da procura nos nossos sistemas de saúde tem sido associado a um aumento da expectativa de financiamento e é agora evidente que há uma forte ligação entre o económico e a saúde geral da população. No entanto, em tempo de crise económica, ter esperanças de receber e receber efectivamente uma fatia maior das finanças públicas são duas coisas diferentes; a capacidade de se obter sempre mais financiamento é um verdadeiro desafio a todos os níveis, desde os indivíduos até aos governos. Em alguns casos, como os governos procuram realizar poupanças a curto prazo, assistimos a reduções reais nos gastos de saúde (Karaniklos, 2013) o que tem consequências a curto e a longo prazo. Se as despesas de saúde não são suportadas pelos governos, o custo dos cuidados de saúde para os indivíduos pode conduzir a um aumento da pobreza. Um relatório da OMS e Banco Mundial (2015) mostra que 400 milhões de pessoas não têm acesso a serviços de saúde essenciais e 6% das pessoas nos países de baixos e médios rendimentos caem na pobreza ou são empurradas ainda mais para a pobreza extrema por causa das despesas pessoais com a saúde. No entanto, como a saúde tem um valor em si mesma, sendo ao mesmo tempo uma condição prévia para o progresso económico, as melhorias na saúde influenciam as condições económicas e vice-versa.

O relatório da Comissão Lancet “Saúde Global 2035: um mundo convergente no espaço de uma geração” (Jamison *et al.*, 2013) defende, com argumentos económicos sólidos, a atribuição de uma maior prioridade à saúde pelos ministros da economia, afirmando que “Os retornos dos investimentos na saúde são impressionantes. As reduções na mortalidade são responsáveis por cerca de 11% do crescimento económico recente em países de baixos e médios rendimentos, medidos em termos de rendimento nacional.” (Jamison *et al.*, 2013, p. 1898).

O relatório descreve a possibilidade de uma “grande convergência” na saúde, que pode ser alcançável durante a nossa vida. Ele faz uma análise detalhada que mostra que, com investimentos reforçados para

expandir as tecnologias de saúde e melhorar os sistemas de prestação de cuidados, será possível reduzir para níveis universalmente baixos as taxas de mortalidade infantil e materna, bem como as taxas de mortalidade por doenças infecciosas. Na maioria dos países de baixos e médios rendimentos essas taxas passariam a ser idênticas às presentemente observadas nos países de rendimentos médios que revelam um melhor desempenho. Como Jamison *et al.* (2013) escrevem, “A realização desta convergência evitaria cerca de 10 milhões de mortes em 2035 em todos os países de baixos e médios rendimentos...” (p. 1898).

Além disso, o relatório assinala que o emprego no setor da saúde pode fortalecer as economias locais. A força de trabalho no setor da saúde é significativa e emprega um grande número de mulheres. Enfermeiros bem formados são, portanto, bons para a saúde económica de um país.

Novas metas: Dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

Há hoje um consenso generalizado de que, para haver um desenvolvimento sustentável e qualquer que seja a natureza dos desafios a enfrentar, é essencial concentrar os esforços em assegurar uma vida saudável e em promover o bem-estar para todos e em todas as idades. A necessidade de sistemas de saúde fortes e resilientes, capazes de responder a rápidas mudanças, está no centro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS).

Os 17 ODS (ver Quadro 1) e 169 metas foram adoptados pelos Estados-Membros da Assembleia Geral das Nações Unidas em Setembro de 2015 (resolução da AGNU 70/1). Baseando-se nos ODM, os ODS são relevantes para todos os países e cobrem os pilares económico, ambiental e social do desenvolvimento sustentável, com uma prioridade forte atribuída à equidade e abordando as causas profundas da pobreza. Estes objetivos estão todos interligados entre si, o que reflecte o facto de o desenvolvimento sustentável exigir, em qualquer país, que muitas partes do sistema trabalhem em conjunto.

Quadro 1. Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

1	Erradicar a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares;
2	Erradicar a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável;
3	Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades;
4	Assegurar a educação inclusiva, equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos;
5	Alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e meninas;
6	Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água potável e saneamento para todos;
7	Assegurar o acesso a fontes de energia fiáveis, sustentáveis, a preços acessíveis e modernas para todos;
8	Promover o crescimento económico sustentado, inclusivo e sustentável, o emprego pleno e produtivo e o trabalho digno para todos;
9	Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação;
10	Reduzir as desigualdades dentro dos países e entre eles;
11	Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis;
12	Assegurar padrões de consumo e de produção sustentáveis;
13	Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus impactos (Reconhecendo que a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima é o fórum internacional intergovernamental primário para negociar a resposta global à mudança do clima);
14	Conservar e usar de forma sustentável os oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável;
15	Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação dos solos e travar a perda de biodiversidade;
16	Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis;
17	Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a Parceria Global para o Desenvolvimento Sustentável.

O terceiro objetivo, que é o mais específico para a saúde e o bem-estar, tem 13 metas (3.1-3.9) e facilitadores (3.a-3.d) (ver Quadro 2).

Quadro 2. As 13 metas de saúde do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 – Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

3.1	Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nados-vivos;
3.2	Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países a tentarem reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nados-vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nados-vivos;
3.3	Até 2030, acabar com as epidemias de Sida, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis;
3.4	Até 2030, reduzir num terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar;
3.5	Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas e uso nocivo de álcool;
3.6	Até 2020, reduzir pela metade, a nível global, o número de mortes e feridos devido a acidentes rodoviários;
3.7	Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais;
3.8	Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais para todos de forma segura, eficaz, de qualidade e a preços acessíveis;
3.9	Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças devidas a químicos perigosos, contaminação e poluição do ar, água e solo.
	Facilitadores
3.a	Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco em todos os países, conforme apropriado;
3.b	Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afectam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que dita o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos;
3.c	Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, formação, e retenção dos profissionais de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento;
3.d	Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos nacionais e globais de saúde.

Espera-se que tudo isto seja implementado através de uma série de atividades e planos de ação em todos os sistemas de saúde. Muito embora a maioria das atividades se concentre no Objetivo 3, muitas dos outros objetivos também exigem ação por parte dos profissionais de enfermagem e os enfermeiros que participam nas decisões políticas têm um papel de liderança a desempenhar neste processo.

Uma das metas (3.8) é a Cobertura Universal de Saúde (CUS), que tem recebido muita atenção por ser um fator-chave para o desenvolvimento sustentável.

Cobertura Universal de Saúde (CUS)

O objetivo da CUS é o de assegurar que todas as pessoas podem ter acesso à promoção da saúde e a serviços de saúde preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos de qualidade suficiente, ao mesmo tempo que se assegura que a utilização destes serviços não causa dificuldades financeiras aos seus utilizadores (OMS 2013).

O recente relatório “Avaliação da cobertura universal de saúde: Primeiro relatório de acompanhamento global” (Grupo OMS e Banco Mundial 2015) mostra que ainda estamos longe da sua realização. O relatório, que é o primeiro do seu tipo a utilizar a cobertura de serviços de saúde e a proteção financeira para avaliar o progresso dos países com vista à CUS, debruçou-se sobre o acesso global aos serviços essenciais de saúde em 2013, incluindo o planeamento familiar, cuidados pré-natais, a assistência profissional dos partos, a vacinação infantil, a terapia anti-retroviral, o tratamento da tuberculose e o acesso à água potável e ao saneamento. Como já mencionado, o relatório constatou que pelo menos 400 milhões de pessoas não tinham acesso a, pelo menos, um desses serviços, e que muitas pessoas caíam na pobreza ou eram empurradas para uma pobreza extrema porque tinham que pagar do seu próprio bolso os serviços de saúde.

“As populações mais desfavorecidas do mundo não têm acesso nem aos serviços mais básicos... A essência da Cobertura Universal de Saúde é um compromisso com a equidade. As políticas e os programas de saúde devem centrar-se na prestação de serviços de saúde de qualidade às populações mais pobres, mulheres e crianças, populações rurais e grupos minoritários.”

Dr. Marie-Paule Kieny, Directora-Geral Adjunta, Sistemas de Saúde e Inovação, OMS
(OMSaúde & Banco Mundial 2015)

O Grupo OMS e o Banco Mundial (2015) recomendam que os países que visam a CUS devem procurar alcançar um mínimo de 80% de cobertura da população com os serviços essenciais de saúde e que todas as pessoas, em todos os lugares, devem estar ao abrigo de despesas com a saúde desastrosas e empobrecedoras.

Os enfermeiros desempenham um papel central na realização da CUS; há inúmeros exemplos de enfermeiros que alargaram o acesso a serviços essenciais de saúde (ICN 2011, 2015a). Algumas das iniciativas do ICN com vista ao alargamento do acesso incluem os Centros de Bem-estar para os Agentes de Saúde do ICN (ver www.icn.ch/what-we-do/wellness-centres-for-health-care-workers/) e o projeto TB/MDR TB do ICN (ver www.icn.ch/tb-mdr-tb-project/welcome-to-the-icn-tb-mdr-tb-project.html).

Novas Expectativas dos Profissionais de Enfermagem

O Objetivo 3 do Desenvolvimento Sustentável, *Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades*, é essencial para a realização dos outros ODS. A CUS significa não só chegar a todas as pessoas necessitadas, mas também assegurar a prestação de serviços de saúde de qualidade e centrados nas pessoas. Isso requer um sistema de saúde que funcione bem e com um número suficiente de profissionais de saúde bem-treinados e motivados. Prevê-se que haverá um défice de 10,1 milhões de profissionais de saúde qualificados (enfermeiros, parteiras e médicos) em 2030 (GHWA – Aliança Mundial dos Trabalhadores do Setor da Saúde 2015). Muitos dos países que lutaram para alcançar os ODM confrontam-se com escassez e má distribuição de profissionais de saúde (ICN 2014). A escassez de profissionais de saúde qualificados, incluindo enfermeiros, destaca-se como um dos maiores obstáculos para alcançar a eficácia do sistema de saúde (Buchan e Aiken, 2008). O investimento em profissionais de saúde continua baixo e as projeções para o futuro continuam a demonstrar que os países de baixos rendimentos terão de enfrentar um fosso cada vez maior entre a oferta e a procura de trabalhadores de saúde (Tangcharoensathien *et al.*, 2015). Há a expectativa crescente de que tanto os países ricos como os pobres desenvolvam uma auto-suficiência nacional para gerir a oferta e a procura de recursos humanos para a saúde dentro do país, através de um planeamento adequado dos recursos humanos em saúde (ICN 2014).

A este respeito, a OMS desenvolveu a Estratégia Global sobre os Recursos Humanos no Setor da Saúde (RHS): Força de Trabalho 2030, que será submetida à Assembleia Mundial da Saúde (AMS) em Maio de 2016 para adoção.

Quadro 3. Estratégia Global sobre os Recursos Humanos no Setor da Saúde: Força de Trabalho 2030 – Versão 1.0 apresentada ao Conselho Executivo (138 Sessão) (OMS 2015e)

Visão: Acelerar a progressão para a Cobertura Universal de Saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, assegurando o acesso universal aos trabalhadores da saúde.

Objetivo global: Melhorar a saúde e o desenvolvimento socioeconómico dos profissionais de saúde, assegurando-lhes a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade universais dos serviços de saúde, através de investimentos adequados e da implementação de políticas eficazes a níveis nacional, regional e global.

Princípios

- Promover o **direito à saúde**;
- Prestar **serviços de saúde** integrados e **centrados nas pessoas**;
- Fomentar **comunidades** com poder e participativas;
- Preservar os **direitos** pessoais, laborais e profissionais **de todos os trabalhadores da saúde**, incluindo ambientes de trabalho seguros e decentes e liberdade em relação a todos os tipos de discriminação, coerção e violência;
- Eliminar a **violência**, a discriminação e o assédio **baseados no género**;
- Promover a **colaboração e a solidariedade internacionais**, em sintonia com as prioridades nacionais;
- Assegurar **práticas de recrutamento respeitadoras da ética**, em conformidade com o disposto no Código Global das Práticas de Recrutamento Internacional de Trabalhadores do Setor da Saúde da OMS;
- Mobilizar e apoiar a **participação política e financeira** e fomentar a **inclusão** e a colaboração entre todos os setores e círculos eleitorais;
- Promover a **inovação e a utilização de evidências**.

Objetivos

1. Optimizar o desempenho, a qualidade e o impacto dos profissionais de saúde através de políticas baseadas em evidências sobre os recursos humanos no setor da saúde, contribuindo para uma vida saudável e para o bem-estar, uma Cobertura Universal de Saúde eficaz, resiliência e segurança na saúde a todos os níveis;
2. Alinhar o investimento em recursos humanos para o setor da saúde com as necessidades atuais e futuras da população tendo em conta as dinâmicas do mercado de trabalho, para permitir melhorias máximas nas prestações de saúde, na criação de empregos e no crescimento económico;
3. Construir nas instituições, ao nível subnacional, nacional e internacional, uma efetiva capacidade de liderança e governação nas acções relativas aos recursos humanos para a saúde;
4. Reforçar os dados sobre os recursos humanos para a saúde, para monitorizar e garantir uma responsabilização pela implementação das estratégias nacionais e da Estratégia Global.

O ICN há muito reconheceu a importância de um melhor planeamento em relação aos profissionais de enfermagem (ICN 2014) e apoiou o desenvolvimento desta estratégia. Uma vez aprovada pela MAS (Assembleia Mundial da Saúde), espera-se que sejam desenvolvidas ações locais, pelo que será vantajoso para as Associações Nacionais de Enfermeiros (ANE) começar desde já a trabalhar para estes objetivos e metas.

Por que razão é que os enfermeiros se devem implicar no fortalecimento do sistema de saúde?

Estamos todo de acordo que o mundo nunca teve ao seu dispor um leque tão vasto de intervenções e tecnologias que permitem curar doenças e aumentar a esperança de vida. No entanto, as lacunas nos resultados da saúde continuam a aumentar (Crisp e Chen, 2014). O impacto positivo das intervenções existentes não é igualado pela prestação desses serviços pelos sistemas de saúde aos mais necessitados, de uma forma abrangente e a uma escala adequada.

O papel da saúde pública na construção e fortalecimento dos sistemas de saúde e no reforço da sua capacidade de resiliência é claramente uma prioridade para todos os enfermeiros. O investimento na promoção da saúde e na prevenção da doença pode ter um impacto positivo, na medida em que, potencialmente, poderá aliviar a procura nos sistemas de saúde por parte das pessoas doentes e contribuir economicamente para a sociedade através de cidadãos saudáveis e produtivos (Jamison *et al.*, 2013). Tal como constatado por Tangcharoensathien *et al.* (2015) no seu artigo sobre a CUS e os ODS: “Os cuidados de saúde primários, a que a maioria da população pobre pode aceder, atuam como uma importante plataforma de aplicação das intenções da CUS na prática.”

Todas as recomendações de políticas detalhadas nos ODS e na proposta sobre os RHS deixam claro que a ação sobre os determinantes sociais da saúde deve ser uma parte essencial da atividade dos profissionais de saúde, uma vez que melhora os resultados clínicos e economiza tempo e dinheiro a mais longo prazo. Mas, argumento ainda mais persuasivo, tomar medidas para reduzir as desigualdades na saúde é uma questão de justiça social.

O que é a justiça social?

“Justiça social significa a distribuição equitativa dos recursos e responsabilidades entre os membros de uma população, atendendo à posição relativa de um grupo social em relação aos outros grupos na sociedade bem como às causas da origem de disparidades e às soluções para as eliminar” (CNA 2009).

Quando a justiça social é aplicada à saúde e aos cuidados de saúde, o termo “recursos” significa mais do que o acesso aos serviços de saúde. Ele inclui também o acesso a outros recursos, como habitação, saneamento, transporte, trabalho e educação. No seu conjunto, estes recursos são referidos como os determinantes sociais da saúde. Tomar medidas para a justiça social significa agir para reduzir as diferenças e promover a igualdade de acesso. **Como a maioria dos enfermeiros tem diariamente contacto com exemplos de desigualdade, é evidente que os enfermeiros têm, na sua prática diária, um papel significativo a desempenhar na criação de sistemas fortes.** No centro da promoção da saúde e bem-estar, um princípio

fundamental para todos os enfermeiros é a noção de justiça social (CNA 2009, Sheridan 2011, PJN 2013, ICN 2011).

“Todos os profissionais de saúde podem agir como defensores vigorosos dos indivíduos, comunidades, profissionais de saúde e população em geral, uma vez que muitos dos fatores que afetam a saúde estão fora do setor da saúde, na experiência dos primeiros anos de vida, na educação, na vida ativa, no rendimento e nas condições de vida e ambientais. O profissional de saúde pode precisar de usar tanto o seu estatuto de especialista da saúde como o de profissional respeitado e de confiança para incentivar ou instigar a mudança em outras áreas.”

Institute of Health Equity (2013), p. 5

O Código Deontológico dos Enfermeiros do ICN estabelece que é responsabilidade dos enfermeiros agir por sua própria iniciativa para colmatar necessidades de saúde e sociais do público, em particular as de populações vulneráveis (ICN 2012a). O papel do enfermeiro como advogado da igualdade e justiça social aparece na orientação de muitas Associações Nacionais de Enfermeiros e também há exemplos de profissionais de saúde que trabalham em conjunto para maximizar a influência que podem ter sobre os decisores políticos com vista a melhorar as oportunidades nesta área (Allen *et al.*, 2013).

Definição de Enfermagem

“A enfermagem abrange cuidados autónomos e em colaboração a pessoas de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou não, independentemente dos contextos. A enfermagem inclui a promoção da saúde, a prevenção da doença e os cuidados a pessoas doentes, deficientes ou moribundos. A sensibilização, promoção de um ambiente seguro, investigação, participação na formulação da política de saúde e na gestão dos pacientes e sistemas de saúde e a educação são também papéis fundamentais de enfermagem.” (ICN 2002)

Como Tomblin-Murphy e Rose (2015) referem no seu resumo da literatura relevante sobre a liderança da enfermagem no fortalecimento dos cuidados de saúde primários para apoiar os ODS e a Cobertura Universal de Saúde em todo o mundo, os enfermeiros são educados com uma lente holística para que todas as facetas da saúde e bem-estar de uma pessoa sejam consideradas aquando do planeamento e prestação de cuidados. Eles observam que cada vez mais se dá prioridade aos determinantes da saúde, mas sublinham que os modelos atuais de prestação de cuidados de saúde ainda tendem a centrar-se essencialmente sobre o tratamento da doença. Eles salientam a importância dos cuidados primários em comunidades remotas e/ou em países de baixos e médios rendimentos, onde a maior parte da assistência prestada a nível local depende da competência dos agentes comunitários de saúde ou auxiliares de enfermagem. É fundamental para o desenvolvimento futuro o papel dos enfermeiros e da enfermagem no apoio aos colegas nas

comunidades, através da sensibilização, orientação e colaboração, bem como reconhecer a importante contribuição dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde na manutenção de serviços locais (Dick *et al.*, 2007).

Reflexão

Parece assente que, em muitos sistemas de saúde, a saúde é definida por um “sistema de doença” que dá prioridade aos indivíduos e suas doenças (OMS 2007); esta prioridade tem conduzido a um sistema de saúde que não serve devidamente as necessidades de uma sociedade mais alargada. Concorda com esta análise e o que podemos fazer para mudar este estado de coisas?



“A investigação mostra que, quanto mais dividida está uma sociedade, menos provável é a adoção de políticas de saúde pública. Como podemos trabalhar para melhorar a coesão nas comunidades que procuramos servir?”
(McKee and Mackenbach 2013)

Capítulo 2

Desenvolver um Sistema de Saúde Forte

Uma visão mais completa dos sistemas de saúde

Os sistemas de saúde abrangem vários subsistemas, tais como recursos humanos, sistemas de informação, finanças da saúde e governação da saúde (Quadro 4).

Quadro 4: O que é um sistema de saúde?

“Um sistema de saúde compreende todas as organizações, instituições, recursos e pessoas cujo objetivo principal é melhorar a saúde. Isto inclui os esforços para influenciar os determinantes da saúde, bem como as atividades mais dirigidas para a melhoria da saúde. O sistema de saúde presta intervenções preventivas, de promoção, curativas e de reabilitação através de uma combinação de ações de saúde pública e da pirâmide de unidades de saúde que prestam cuidados pessoais de saúde - tanto através de atores estatais como não estatais. As ações do sistema de saúde devem ser expeditas e financeiramente justas e, ao mesmo tempo, tratar as pessoas com respeito. Para funcionar, um sistema de saúde precisa de pessoal, fundos, informação, fornecimentos, transportes, comunicações e orientação e direção gerais.”

WHO (2007)

Em 2007, a OMS identificou o fortalecimento dos sistemas de saúde como uma prioridade estratégica global, argumentando que esta prioridade era “um assunto de todos” (WHO 2007).

Eles identificaram **seis elementos fundamentais** para a construção de um sistema forte, que se descrevem abaixo:

1. Os bons **serviços de saúde** são os que prestam intervenções de saúde eficazes, seguras, de qualidade, pessoais ou não pessoais, aos necessitados, quando e sempre que necessário, com um desperdício mínimo de recursos;
2. Uma **força de trabalho de enfermagem** competente é a que trabalha de forma expedita, justa e eficiente para alcançar os melhores resultados de saúde possíveis, tendo em conta os recursos disponíveis e as circunstâncias (isto é, o pessoal é suficiente em número e está bem distribuído; o pessoal é competente, expedito e produtivo);

3. Um sistema de **informação de saúde** que funciona bem é um sistema que assegura a produção, análise, divulgação e o uso de informação de confiança e oportuna sobre os determinantes da saúde, o desempenho dos sistemas de saúde e o estado de saúde;
4. Um sistema de saúde que funciona bem assegura o acesso equitativo a **produtos médicos, vacinas e tecnologias** essenciais de qualidade, segurança, eficácia e rentabilidade garantidas, e um uso dos mesmos de uma forma cientificamente rigorosa e rentável;
5. Um bom sistema **financeiro de saúde** dispõe dos financiamentos adequados para a saúde, de forma a assegurar que as pessoas podem utilizar os serviços necessários e estão protegidas contra uma perda financeira grave e o empobrecimento por terem que pagar os serviços do seu próprio bolso. Este sistema concede incentivos aos fornecedores e aos utilizadores para que sejam eficientes;
6. **A liderança e a governação** pressupõem a existência de um enquadramento de estratégia política e estão ligadas a uma visão eficaz do sistema no seu todo, à construção de coligações, regulamentação, atenção dada à concepção do sistema e à prestação de contas.
(WHO 2007, p. vi)

São necessários sistemas de saúde que funcionem bem para prestar cuidados de saúde de qualidade a todas as pessoas quando necessitam deles, onde os necessitam e a um preço que possam suportar. Fortalecer os sistemas de saúde, no entanto, é um grande desafio dada a sua complexidade. A USAID (s.d.) identificou este desafio na sua descrição do fortalecimento dos sistemas de saúde:

“Um processo que se concentra em garantir que as pessoas e instituições, tanto públicas como privadas, desempenham funções essenciais do sistema de saúde (governança, financiamento, prestação de serviços, força de trabalho em saúde, informação e medicamentos/vacinas/outras tecnologias) de uma forma mutuamente enriquecedora, para melhorar os resultados da saúde, proteger os cidadãos contra prejuízos financeiros graves e um empobrecimento devido à doença, e garantir a satisfação do consumidor, de forma equitativa, eficiente e sustentável.”

Diferentes tipos de constrangimentos podem fragilizar os subsistemas de um sistema de saúde. Por exemplo, os cuidados de saúde podem ser muito caros, levando as pessoas a retardar a procura de cuidados ou a renunciar completamente a eles. O orçamento de saúde de um país pode não cobrir todas as necessidades de saúde da sua população. Em consequência, os resultados da saúde de um país podem acusar estas fragilidades.

Na maioria dos sistemas de saúde, as despesas com o pessoal representam aproximadamente 70% das despesas recorrentes (OMS 2006). No entanto, é importante sublinhar que um sistema de saúde forte não pode ser alcançado sem profissionais competentes. Por outras palavras, a saúde da população não pode ser alcançada sem investimento nos profissionais da saúde. Está mais que provado que, além do benefício económico de manter as pessoas saudáveis, os investimentos em recursos humanos de saúde podem ter impactos positivos sobre o desenvolvimento socioeconómico (GHWA 2015). A nossa maneira tradicional de considerar os profissionais de saúde como um custo ou gasto recorrente precisa de ser transformada de forma a considerarmos o investimento nos profissionais da saúde como uma estratégia para alcançar a saúde para todos e para ajudar o crescimento das economias através da criação de empregos qualificados no setor público.

Um sistema de saúde fraco não pode ser resiliente. No próximo capítulo veremos como podemos melhorar a resiliência dos sistemas de saúde.

Reflexão

Tendo em mente o local onde trabalha, consegue descortinar os seis elementos fundamentais da OMS (2007) em ação? Onde é que eles precisam de ser fortalecidos? O que é que você pode fazer e quem o pode ajudar?



“Um sistema de saúde sustentável apresenta três atributos principais: acessibilidade para os pacientes e famílias, empregadores e governo; aceitação por parte dos elementos-chave, nomeadamente os pacientes e profissionais de saúde; e capacidade de adaptação, porque as necessidades de saúde e dos cuidados de saúde não são estáticas.”

(Fineberg 2012, p. 1020)

Capítulo 3

O que é a Resiliência dos Sistemas de Saúde?

“A **resiliência do sistema de saúde** pode ser definida como a capacidade de os atores da saúde, instituições e populações se prepararem para as crises e lhes darem uma resposta eficaz; manterem as suas principais missões quando confrontados com uma crise; e, com base nos ensinamentos retirados da crise, se reorganizarem, se as condições o exigirem.”
Kruk *et al.* (2015) p. 1910

O que é a resiliência dos sistemas de saúde e como é que ela pode ser melhorada?

Sistemas de saúde resilientes são essenciais para a prestação da CUS e podem dar uma resposta rápida a surtos de doenças. Como a Oxfam observa no seu relato dos ensinamentos retirados do surto de Ébola (2015) e conforme é apoiado por constatações de outras fontes, os sistemas de saúde resilientes exigem investimentos a longo prazo em seis áreas-chave que correspondem aos seis elementos fundamentais dos sistemas de saúde definidos pela OMS (2007):

1. Profissionais de saúde habilitados e em número adequado;
2. Medicamentos disponíveis;
3. Sistemas de informação sólidos, incluindo sistemas de alerta;
4. Infra-estruturas apropriadas;
5. Financiamento público suficiente;
6. Um setor público forte para prestar serviços de qualidade e equitativos.

Ponto de reflexão

Considere criticamente os seis elementos associados a um sistema de saúde resiliente.

Como “pontuaria” a sua organização/sistema? Que ações pode tomar, individualmente ou com colegas, para melhorar a sua organização/sistema?

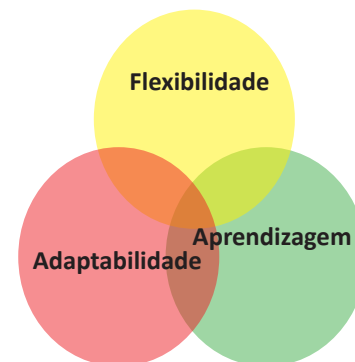


Embora muito tenha sido feito para desenvolver sistemas de saúde fortes, parece-nos que isso não é suficiente; os sistemas, e os indivíduos que os compõem, também precisam de ser capazes de fazer face à mudança e aos desafios.

O objetivo de um sistema de saúde com sucesso é ser capaz de se adaptar, aprender e ser flexível. Estes três principais conceitos são fundamentais para a construção e o desenvolvimento da resiliência.

- A **flexibilidade** caracteriza-se pela capacidade da organização de mudar facilmente os seus processos. Estes podem relacionar-se com fatores como as condições de trabalho dos profissionais ou os modelos de prestação de serviços;
- A **adaptabilidade** é a capacidade de uma organização de mudar ou ser mudada de forma a se encaixar ou trabalhar melhor numa determinada situação ou para um determinado objetivo;
- Uma organização de **aprendizagem** é uma organização que facilita a aprendizagem dos seus membros e que se transforma continuamente a ela própria.

Figura 1. Os três fatores da resiliência



Num artigo que se baseia nos resultados da investigação sobre a resiliência noutras áreas, Kruk *et al.* (2015) exploram a resiliência do sistema de saúde. Eles descrevem a resiliência como uma qualidade emergente do sistema de saúde como um todo, que não pode necessariamente ser abordada considerando apenas o contexto nacional. Eles consideram a resiliência do sistema de saúde como um bem público global que precisa de uma resposta coletiva da comunidade global.

Kruk *et al.* (2015) identificam cinco elementos-chave para um sistema de saúde resiliente:

1. Um sistema resiliente é um sistema atento: usa a informação para compreender e adaptar os riscos e as respostas;

2. Um sistema resiliente é diverso: tem capacidade para fazer face a um leque vasto de desafios graças à variedade dos recursos disponíveis, nomeadamente cuidados primários, capacidade dos profissionais (este aspeto é mais viável quando há uma CUS);
3. Um sistema resiliente é auto-regulador: pode conter e isolar ameaças e, ao mesmo tempo, continuar a prestar cuidados de saúde essenciais e deslocar recursos adicionais, se necessário;
4. Um sistema resiliente é integrado: gera fortes ligações com outros parceiros-chave, comunidades e agências;
5. Um sistema resiliente é adaptável; não apenas em tempos de crise mas também em tempos normais, por exemplo, ele pode alterar-se para ter em conta necessidades demográficas, pessoas deslocadas internamente e diferentes métodos de prestação de serviços.

Levanta-se, portanto, a questão de saber onde investir os recursos limitados que estão disponíveis para a criação de sistemas de saúde resilientes. Como observou a Oxfam (2015): “Embora o financiamento público tenha sofrido ao longo dos tempos de subinvestimento crónico e se tenham levantado algumas preocupações quanto à qualidade dos serviços, as evidências mostram que o financiamento público ainda é o modelo mais eficaz e equitativo de prestar cuidados de saúde a todos” (p. 21). É importante lembrar que os cuidados de saúde primários (CSP) são o meio preferencial e mais eficaz de prestação de serviços essenciais de saúde a um custo que os governos e as comunidades podem pagar (OMS 2008). Um sistema nacional de saúde é mais eficaz quando se baseia em CSPs que prestam à população uma gama de serviços de saúde essenciais financiados pelas autoridades públicas, universalmente acessíveis e equitativos. Nos países que alcançaram uma cobertura de saúde quase universal, os serviços de saúde são financiados através de sistemas de receitas fiscais (OMS 2010a). Os mecanismos de financiamento devem permitir o acesso universal aos cuidados de saúde, sem sobrecarregar excessivamente os mais pobres. Isto significa aplicar um modelo de financiamento sólido que remova as barreiras ao acesso – como despesas com a saúde a serem suportar diretamente pelos pacientes, a distância e o tempo de viagem para a unidade de saúde – e a cuidados de alta qualidade (ICN 2015a, p. 9).

Como muitos relatórios têm salientado, quando os custos com a saúde se tornam um encargo financeiro pesado, a pobreza aumenta, especialmente entre as mulheres. Por outro lado, os serviços de saúde públicos e grátis não só melhoram a saúde da população como também suprimem os encargos financeiros e contribuem para a redução da desigualdade (OMS 2010a). Da mesma forma que intervenções como vacinas básicas para as crianças são um bem público global, o investimento em resiliência na saúde deve também ser visto como um bem público global (Oxfam 2015).

Da mesma forma, o controlo de doenças infecciosas, como o VIH/SIDA ou a tuberculose, é considerado um bem público global (OMS 2016), mas precisamos de sistemas de saúde resistentes – sistemas que sejam adaptativos, atentos e integrados – para lidar eficazmente com surtos de doenças infecciosas como o vírus Ebola 2014. O investimento em sistemas de saúde resilientes deve ser visto como um bem público global e a “ajuda”, como uma contribuição para benefício mútuo de todos. Em vez da concentração num programa ou política particular, como uma doença ou o reforço das capacidades, a “ajuda” de um doador a um país seria uma contribuição para o financiamento de sistemas de saúde resilientes naquele país, para benefício dos seus cidadãos e dos cidadãos fora das suas fronteiras.

“Bens públicos globais são aqueles de que ninguém deve ser excluído e cujo uso por uma pessoa não reduz a sua utilização por outras pessoas.”

Oxfam (2015)

Ponto de reflexão

Acredita que o investimento na resiliência do sistema de saúde é um bem público global? A sua opinião sobre a distribuição da “ajuda” seria diferente se esse investimento fosse entendido nestes termos?



Os enfermeiros no centro da resiliência

Os enfermeiros prestam uma contribuição significativa para o desenvolvimento e a manutenção da resiliência nos sistemas de saúde. Nós contribuimos para o desenvolvimento do serviço; supervisionamos e participamos na formação de outros membros da equipa; trabalhamos com os pacientes e defendemos os seus interesses, as suas carreiras e comunidades; recolhemos dados e damos forma ao desenvolvimento de evidências.

É reconhecida a importância da enfermagem a todos os níveis do sistema de saúde, incluindo os níveis governamentais e políticos, para o fortalecimento dos sistemas de saúde. Ventura *et al.* (2015) analisaram a evolução das iniciativas da OMS para o fortalecimento da enfermagem e obstetrícia e encontraram provas claras da importância crescente dos enfermeiros, como membros de uma equipa multidisciplinar de saúde, e do seu papel na melhoria dos sistemas de saúde. Os líderes de enfermagem envolvidos na capacitação dos sistemas de saúde trazem conhecimentos das necessidades da população e podem assegurar que as estratégias estão de acordo com essas necessidades.

Há também uma ligação clara entre o papel vital que os enfermeiros desempenham e a disponibilidade de evidências. Os líderes de enfermagem devem estar presentes a todos os níveis do sistema de saúde, a fim de participarem numa capacitação desses sistemas baseada nas necessidades da população (Ventura *et al.*, 2015).

Shamian *et al.* (2015) listam nove áreas em que os enfermeiros podem dar um contributo essencial para a discussão sobre os sistemas de saúde e o reforço das competências dos profissionais de saúde. Estas áreas de impacto são exploradas abaixo.

Os enfermeiros e a enfermagem podem:

1. **Conduzir e apoiar a educação interprofissional (EIP) e a prática de colaboração interprofissional (PCIP).**

A colaboração interprofissional é uma solução inovadora para o fortalecimento dos sistemas de saúde. A EIP prepara profissionais de saúde para a colaboração interprofissional e é um precursor essencial para uma prática de colaboração. A PCIP cria uma força de trabalho forte e flexível, graças à partilha das melhores práticas dos profissionais de saúde face às oportunidades e desafios. A prática de colaboração representa para os enfermeiros uma oportunidade de maximizarem as suas competências e prática até ao máximo da sua capacidade (WHO2010b);

Encorajam-se os enfermeiros a exigir a inclusão da EIP nos programas de ensino fundamentais e nos programas de formação dos profissionais de saúde. Em todos os contextos em que trabalham, os enfermeiros líderes têm um papel importante na promoção da colaboração interprofissional e em garantir que ela é apoiada por uma adequada gestão, política, ambiente e modelos de prestação de cuidados (Sullivan 2015);

2. **Defender uma reorientação de paradigma e de processos na área da saúde que equilibre a atenção particular acordada à doença com a saúde da população.** As agendas e planos globais “devem reconhecer que estamos no negócio da saúde e não no negócio da doença” (Shamian *et al.*, 2015). Como os cuidados de enfermagem se centram nas pessoas, somos da opinião que é necessário um equilíbrio entre sistemas de saúde baseados na doença e sistemas de saúde baseados na população. Os enfermeiros podem defender uma abordagem da saúde da população na sua prática. Esta abordagem incorpora estratégias de bem-estar baseadas na comunidade e reconhece os determinantes da saúde das populações (ver ponto 9 abaixo);
3. **Identificar e pugnar por estratégias globais e nacionais para responder à má distribuição dos profissionais de saúde e à migração.** Estas estratégias devem basear-se em evidências e ser adaptadas ao contexto local. Devem ter por objetivo abordar a regulamentação sobre o ensino da enfermagem, as competências mistas, as condições de trabalho e os ambientes de trabalho, o desenvolvimento profissional contínuo e as estruturas da carreira. As associações nacionais de enfermeiros podem cooperar com os órgãos de decisão, governamentais e não-governamentais, para obterem uma planificação adequada dos recursos humanos, estratégias de recrutamento éticas e sólidas políticas nacionais sólidas em matéria de imigração e emigração de enfermeiros (ICN 2007);
4. **Reforçar e diversificar os cuidados de saúde primários.** Os cuidados de saúde primários (CSP) criam resiliência, eficácia e equidade nos sistemas de saúde. Fortalecer os CSP requer um quadro internacional, nacional, educacional e institucional e regulamentação e apoio individual adequados. Podemos agir de muitas maneiras para construir, apoiar e sustentar o papel do enfermeiro nos CSP. Exemplos de contributos dos enfermeiros: a luta por uma legislação e política que permitam aos enfermeiros pôr em prática todas as suas capacidades, a participação na investigação em CSP; a influência nas políticas educacionais no sentido de incluir conceitos e princípios dos CSP como elementos, no mínimo, básicos dos programas de enfermagem; o encorajamento das comunidades para fazerem pressão em favor dos CSP;
5. **Assegurar aos enfermeiros uma voz forte em todos os diálogos sobre desenvolvimento e planeamento da política da saúde e do sistema social.** O ICN acredita que todos os enfermeiros devem contribuir para a elaboração de políticas públicas e de planeamento relacionadas com os sistemas de prestação de cuidados de saúde, financiamento da saúde, ética nos cuidados de saúde e determinantes da saúde (ICN 2008). Na qualidade de agrupamento, gozamos de um enorme potencial para construir e expandir o nosso capital político. No entanto, a chave para a realização deste potencial reside na capacidade de os enfermeiros individualmente assumirem e exprimirem a sua própria voz. Os enfermeiros que não estão familiarizados com o envolvimento na formulação de políticas podem começar, primeiro, por adquirir conhecimentos sobre o processo político;

Existem já vários exemplos de como os enfermeiros em diferentes partes do mundo têm trabalhado para coordenar as suas acções e defender políticas de serviço público e de saúde (Benton 2012). Há numerosas oportunidades de envolvimento na política a nível micro, especialmente no que respeita ao desenvolvimento de políticas relacionadas com necessidades da força de trabalho de enfermagem (Patton *et al.*, 2015, p. 17);

O ICN apela as ANE a empregar uma série de estratégias para contribuir para o desenvolvimento de políticas eficazes, incluindo a avaliação da utilização dos enfermeiros no mercado de trabalho, a incorporação de novos modelos e estratégias de gestão, a divulgação contínua de uma imagem positiva da enfermagem aos principais interessados na gestão e aos decisores da política nacional e internacional, a disseminação do conhecimento e da investigação relevante e o contínuo desenvolvimento e manutenção de redes adequadas para permitir relações de trabalho de colaboração com organizações governamentais e não-governamentais (ICN 2008);

- 6. Avaliar a influência da regulamentação e da legislação no sistema de saúde e no planeamento de questões de RHS.** Atender às exigências de RHS implica profissionais de enfermagem qualificados e competentes, capazes de satisfazer as necessidades da população. O ICN apela a uma regulamentação com objetivos claros, transparente, responsável, prioritária, flexível, eficaz, representativa e proporcional; e a uma colaboração com as partes interessadas, a fim de garantir que os enfermeiros têm competências suficientes e estão a praticar as suas funções com todos os conhecimentos adquiridos na sua educação e formação;
- 7. Conceber e melhorar as infraestruturas de informação e recolha de dados para apoiar a reformulação e o planeamento do sistema de saúde.** As infraestruturas de informação podem recolher informações sobre a dimensão, as combinações de competências, o tipo de licença, a demografia, a distribuição e a educação dos profissionais de enfermagem. Estes dados sobre a enfermagem são necessários para tomar decisões informadas relativamente à reformulação e planeamento do sistema de saúde;
- 8. Participar na investigação relacionada com os RHS e na pesquisa e avaliação dos sistemas de saúde,** a fim de criar e sintetizar as melhores evidências. A investigação em enfermagem vai desempenhar um papel importante no planeamento e desenvolvimento de RHS e na abordagem de questões do sistema de saúde e políticas necessárias para o fortalecimento dos sistemas de saúde. A investigação dos sistemas de saúde alimenta o conhecimento baseado em evidências que pode ser utilizado a nível da política e do planeamento, do programa e da prática. A avaliação analisa as inovações e resultados de saúde. Dentro da comunidade de enfermagem, é necessária uma maior consciência dos benefícios da investigação sobre os sistemas de saúde para sublinhar a importância da participação dos enfermeiros nesta área;
- 9. Considerar a influência de questões sociais e de género complexas e omnipresentes, como as dos determinantes da saúde e a desigualdade e a inequidade.** A investigação de RHS indica que os desequilíbrios sistémicos de género representam um grande desafio para os profissionais de saúde (Newman 2014). As mulheres devem participar no processo de tomada de decisão e de definição de políticas e ter um papel de liderança na definição da agenda de saúde. Os enfermeiros educadores e gestores são encorajados a promover a igualdade de género nos seus ambientes de trabalho. Antecipar as necessidades do ciclo de vida dos profissionais de saúde e reconhecer que os fatores socioculturais exigem vigilância pode contribuir para assegurar a igualdade de oportunidades e a não discriminação (Newman 2014).

Capítulo 4

Melhorar a Resiliência Organizacional

Os enfermeiros estão bem situados para contribuir para o desenvolvimento dos sistemas de saúde mas, para a maioria deles, é ao nível individual, da equipa de cuidados de saúde e das organizações que podem ter um maior impacto.

No entanto, como os protocolos de cuidados mudam, até o próprio termo “organização” pode ser difícil de descrever. Algumas vezes até mesmo a pergunta “Para quem é que eu trabalho?” pode não ter uma resposta óbvia.

A capacidade de estar preparado para os diferentes desafios é cada vez mais vista como um resultado-chave de uma organização que funciona bem, razão pela qual as equipas estratégicas de liderança conferem prioridade a este aspeto. A preparação organizacional ou resiliência é uma competência nuclear de uma equipa de direção (CIPD 2011).

O British Standard BS65000 (2014) define a “resiliência organizacional” como a “capacidade de uma organização de antecipar, preparar o terreno, responder e adaptar-se à transformação gradual e às ruturas súbitas, para sobreviver e prosperar.”

A partir de uma abordagem estruturada da resiliência, é possível considerar os seguintes exemplos que podem ocorrer na prática:

- um departamento de urgências antecipa um aumento da procura dos seus serviços na sequência de um acidente grave;
- uma instituição de saúde que trata de idosos antecipa uma resposta a um surto de gripe;
- uma instituição de saúde isolada antecipa um cenário em que condições climáticas adversas limita as comunicações;
- uma falha no controlo de uma infeção numa clínica de uma comunidade afeta centenas de residentes;
- um departamento pediátrico antecipa um aumento das doenças respiratórias das crianças no inverno.

Quando se olha para estes cenários, torna-se evidente que há muitas partes do sistema de saúde que, quando confrontadas com desafios, precisam de trabalhar em conjunto a fim de evitar ruturas graves na capacidade do sistema para prestar os cuidados adequados.

As organizações resilientes esforçam-se por estar preparadas para o melhor, mas também para o pior, restabelecendo rapidamente a sua capacidade de atividade quando confrontadas com perturbações graves. Os indivíduos nas organizações resilientes estão atentos e conscientes de que podem ocorrer perturbações e estão continuamente à procura de mecanismos para melhorar a fiabilidade das operações em toda a organização.

Reflexão



1. Qual foi o efeito da última mudança importante e inesperada na sua organização? O que aprendeu sobre essa mudança? Como compartilhou essas lições com outros?
2. Como é que a sua organização se prepara para as mudanças no mundo dos cuidados de saúde? Será que trabalha com parceiros para este objetivo?
3. Que processos tem a sua organização para identificar e analisar as tendências emergentes? Que ações efetivas são postas em prática em relação a essas tendências? Quais as mudanças necessárias que foram feitas?
4. O que mais pode fazer para contribuir para a resiliência da sua organização?

Abordagens para desenvolver a resiliência

Num guia desenvolvido para ajudar as organizações a desenvolver a resiliência, o Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD 2011) identifica quatro domínios a considerar no desenvolvimento de abordagens. Estes domínios são: as características de trabalho de uma pessoa; a cultura e os procedimentos operacionais de uma organização; as características e a influência de líderes na organização; e eventos externos e o contexto no qual a organização opera. O CIPD (2011) descreve cada um deles da seguinte forma:

1. **Descrição da função** – a resiliência está dependente das características do trabalho de uma pessoa, isto é, quão exigente é o seu trabalho, quanto controlo tem do seu trabalho e que tipo de motivações ou recompensas (internas e externas) estão associados a um determinado trabalho;
2. **Cultura e estrutura organizacionais** – a cultura da organização e a forma como a organização adopta processos e procedimentos de trabalho são considerados essenciais na resiliência. Por exemplo, uma organização com uma estrutura burocrática e uma cultura de comando e controlo pode ser prejudicial para as pessoas que na organização têm capacidade para responder a desafios e adaptar-se a eles;

3. **Liderança** – a liderança emergente (liderança de gestores médios) e estilos de liderança participativos e encorajadores podem influenciar fortemente a capacidade de resiliência dos empregados quando confrontados com eventos adversos;
4. **Ambientes sistêmicos/externos** – o ambiente externo e as relações sociais são considerados essenciais para a resiliência. Se não estão estabelecidas redes de relações que funcionam bem, tanto para os empregados como para a organização, a organização pode não ter recursos para se adaptar às mudanças de forma eficaz e positiva. O apoio social e institucional é considerado essencial a todos os níveis. De igual forma, a resiliência organizacional é considerada dependente da resiliência das partes interessadas, de concorrentes e do setor industrial em que opera.

Abordagem em equipa

A abordagem em equipa é um conceito importante para a resiliência organizacional na medida em que, nos complexos sistemas de prestação de cuidados de saúde de hoje, é impossível para um único grupo profissional prestar um *continuum* de cuidados e consultas centrados nas pessoas. Em vez disso, interligações e referências são necessárias para assegurar a coordenação e continuidade dos cuidados. As evidências dos benefícios de uma abordagem em equipa são cada vez em maior número e incluem melhores resultados de saúde, a melhoria da satisfação dos clientes e funcionários e um menor custo para as instituições de saúde (Mezzich *et al.*, 2015), todos estes fatores contribuindo para tornar as organizações mais resilientes.

Ambiente de trabalho

As organizações podem apoiar a resiliência ao garantir um ambiente favorável à prática (AFP) que ofereça um local de trabalho seguro e saudável, oportunidades continuadas de educação e de desenvolvimento profissional, o acesso ao equipamento e provisões necessários, cargas de trabalho adequadas e condições de trabalho atraentes (WHPA 2008). A cultura organizacional para apoiar um trabalho em equipa eficaz, como a comunicação aberta, a transparência, o apoio, a supervisão e a orientação, são outros elementos dos AFP.

O recrutamento e a fidelização dos empregados podem afetar a resiliência dos sistemas de saúde. Um modelo de trabalho flexível é um elemento importante dos esforços para recrutar e manter funcionários qualificados e melhorar a distribuição das competências de enfermagem disponíveis (ICN 2012b). Os benefícios das práticas de trabalho flexíveis, em que os enfermeiros gozam de influência ou controlo, incluem a melhoria da saúde e bem-estar, a melhoria da satisfação no trabalho e no empenhamento da organização e reduções nas preocupações com o pessoal, como o absentismo e uma grande rotatividade. A escolha é o elo crítico entre práticas de trabalho flexíveis e melhores resultados; o envolvimento dos enfermeiros nas decisões sobre o pessoal e o planeamento pode fazer a diferença entre sucesso e fracasso (ICN 2012b).

Abordagens à gestão dos riscos

Uma parte significativa do desenvolvimento de sistemas flexíveis, adaptáveis e de aprendizagem está ligada à capacidade de identificar e gerir os riscos. Os efeitos adversos dos riscos identificados para a saúde podem ser evitados ou reduzidos pela aplicação de uma gama mais ampla de medidas de gestão de risco pelo Ministério da Saúde e outros setores que trabalham em conjunto com as pessoas que estão em risco face a esses eventos. Isto incluirá trabalhar ativamente com grupos de paICNntes e da comunidade como parceiros no desenvolvimento de respostas inovadoras.

Muito foi já escrito sobre a avaliação e gestão dos riscos e há muitos recursos à disposição para apoiar a aprendizagem nesta área. Na sua forma simples, a análise dos riscos procura responder a quatro questões:

- O que pode correr mal?
- Com que frequência?
- Qual é a gravidade?
- Há necessidade de acção?

Normalmente, não é possível eliminar todos os riscos, mas a equipa de saúde têm o dever de proteger os pacientes até onde é “razoavelmente praticável.” Isto significa que devemos evitar todos os riscos desnecessários. O melhor é concentrarmo-nos nos riscos que realmente importam – aqueles que potencialmente podem causar danos. Se o processo de avaliação dos riscos se torna muito complicado, isso só prejudica a finalidade real, que consiste em tomar medidas para prevenir que os riscos ocorram.

A nossa compreensão do risco e a resiliência precisam de estar ligadas entre si. Investigações recentes neste campo defendem que uma compreensão conjunta destes elementos é útil para desenvolver uma nova visão sobre as disparidades de saúde (Panter-Brick 2014). Mais concretamente, os investigadores têm defendido um conhecimento sofisticado do risco, uma compreensão mais fundamentada da resiliência e medições abrangentes e relevantes do risco e da resiliência através das culturas.

Tal como sublinhado por Panter-Brick (2014), “Nas questões de saúde, a investigação sobre o risco muitas vezes ultrapassa a investigação sobre a resiliência. No entanto, assiste-se cada vez mais na investigação e na prática da saúde a uma deslocação do foco da atenção do risco para a resiliência.”

Cada vez mais, as evidências comprovam a ligação estreita entre a resiliência da organização e os resultados. Estratégias positivas que apoiem o desenvolvimento da resiliência nas organizações podem conduzir a benefícios significativos tanto para os indivíduos como para a organização, incluindo produtividade melhorada, bem-estar aumentado e absentismo e rotatividade reduzidos (McAlister e McKinnon, 2009).

“**Gestão de riscos** é avaliação, análise e gestão dos riscos. Consiste simplesmente em identificar os acontecimentos (perigos) que podem conduzir a danos no futuro e minimizar a sua probabilidade (com que frequência?) e consequências (que gravidade?).”

NHS Direct (2007)

Ponto de reflexão



Que riscos identifica na sua organização? Como se pode preparar para esses riscos? Um exemplo a considerar: um membro da equipa de saúde adoece e ausenta-se do trabalho durante um dia.

Que áreas precisam de ser reforçadas para melhorar a resiliência da sua organização? Como pode responder a essa necessidade?

Capítulo 5

Desenvolver a Resiliência Pessoal

Os enfermeiros e a enfermagem estão sujeitos a pressões crescentes, incluindo revisões regulares e reorganizações, alterações à prestação de serviços e modelos de cuidados de saúde, pressões financeiras, alargamento do âmbito da prática e expectativas acrescidas sobre o que os profissionais de enfermagem devem conseguir fazer (ICN 2015b, 2015c). Os enfermeiros, juntamente com outros profissionais de saúde, também experimentam o stress físico e psicológico causado por longas horas de trabalho. A experiência de stress acrescido e de ambientes de trabalho difíceis contribui para o aumento das taxas de doença e uma fraca fixação do pessoal (McAlister e McKinnon, 2009). A escassez de pessoal daí resultante pode causar uma pressão adicional sobre a restante equipa. Vimos o que pode ser feito a nível organizacional, tal como garantir AFP. Este capítulo debruça-se sobre as soluções a nível individual.

Muito tem sido escrito sobre as tensões do ambiente de cuidados de saúde, que são verdadeiras e válidas; a solução para resolver estas tensões encontra-se em dar prioridade à investigação. O stress crónico pode conduzir a distúrbios de diminuição cognitiva e de saúde mental, com efeitos sobre as emoções, as funções da memória e a capacidade para pensar com clareza (Jackson *et al.*, 2007). Muitas abordagens para lidar com o stress centram-se em estratégias de sobrevivência e não necessariamente em ajudar o indivíduo a construir resiliência e a superar as dificuldades à medida que elas acontecem ou a reagir a desafios (Sull *et al.*, 2015). De igual forma, é interessante saber por que é que alguns enfermeiros adoptam estratégias de autoproteção, mas que podem reduzir a capacidade de se envolverem com pacientes e colegas de forma solidária, enquanto outros desenvolvem formas positivas de fazer face a estas situações. **Cada um de nós tem a responsabilidade de cuidar de si mesmo e de desenvolver estratégias de resiliência. Se os enfermeiros e as organizações na área da saúde não podem cuidar de si mesmos, como podem cuidar das populações e comunidades que servem?**

O Guia CIPD (2011) sobre a resiliência identifica três abordagens possíveis para que os indivíduos desenvolvam a sua resiliência. As abordagens podem ser agrupadas de acordo com a ênfase colocada nos atributos internos da pessoa, no ambiente social ou numa combinação dos dois:

- 1. Personalidade/caraterísticas individuais** – a resiliência é interna ao indivíduo e é vista como uma competência inata, que faz parte de sua personalidade. Esta competência pode incluir: locus interno de controlo (controlo sobre a sua própria vida), perseverança, gestão emocional e consciência, otimismo, perspetiva, sentido de humor, autoeficácia (confiar nas próprias capacidades) e competência para resolver problemas;
- 2. Ambiente** – a resiliência é completamente dependente das experiências de uma determinada pessoa com o seu ambiente, de tal forma que fatores externos ao indivíduo (como, por exemplo, o apoio social que recebeu), determinarão o grau de resiliência de uma pessoa;

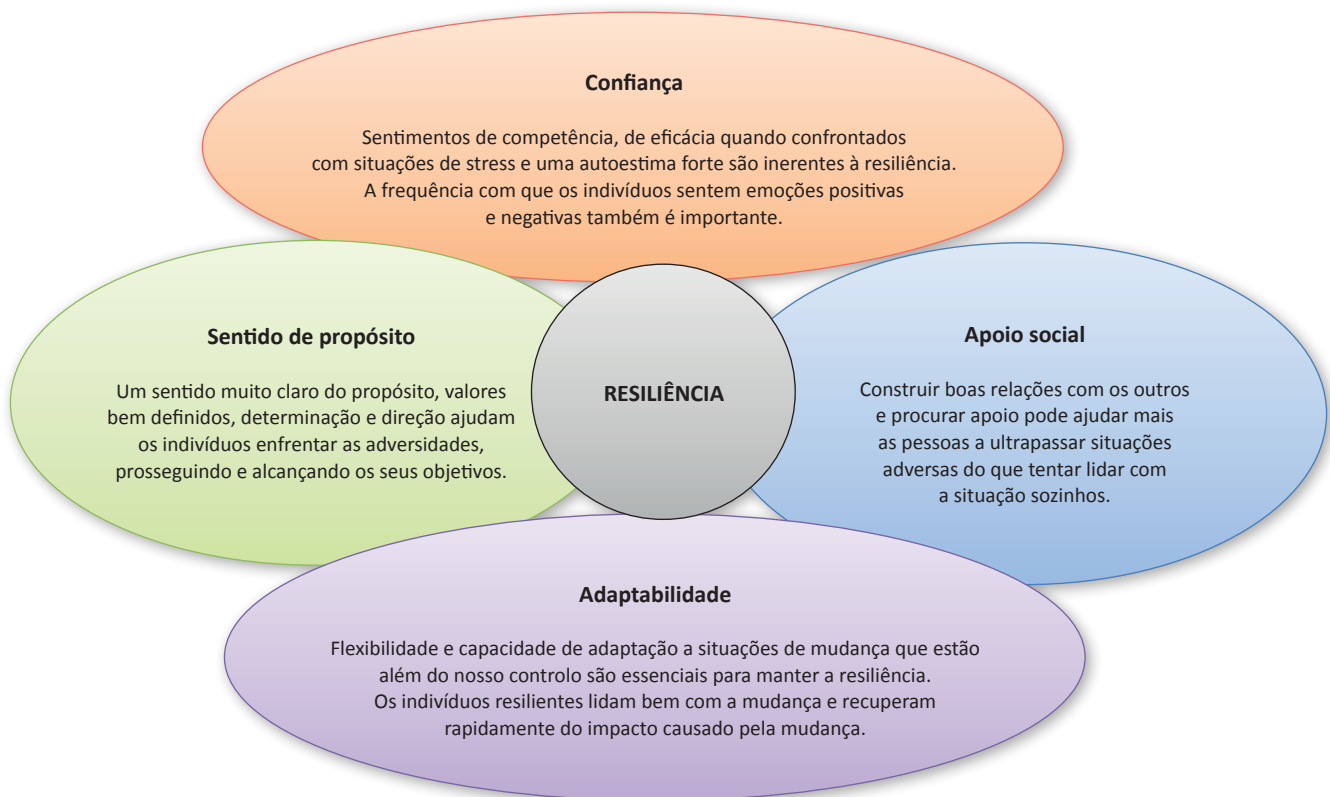
3. Pessoa-ambiente – a resiliência é um produto da personalidade de uma pessoa em combinação com as influências ambientais, como a família, os pares e o ambiente social.

As pessoas reagem diferentemente quando confrontadas com os mesmos desafios. A resiliência pessoal é um conjunto de características pessoais e de competências adquiridas; cada vez mais, se considera que contribuir para desenvolver a resiliência nos indivíduos é benéfico tanto para os indivíduos como para os pacientes e as organizações.

Sull *et al.* (2015) fazem um forte apelo a que as organizações apoiem atividades de aprendizagem da resiliência pessoal no local de trabalho, tendo em conta a importância do bem-estar dos profissionais e o seu impacto nos cuidados aos pacientes. No Reino Unido, a NHS Health and Wellbeing Review (Dept. of Health 2009) estabeleceu uma relação clara entre a saúde e o bem-estar dos profissionais e a segurança do paciente, a experiência do paciente e a eficácia dos cuidados de saúde. O relatório recomenda que todas as organizações nacionais de saúde no Reino Unido desenvolvam uma estratégia clara e uma visão para o futuro.

Figura 2. Modelo de Resiliência Pessoal Robertson Cooper

Disponível na página: <http://www.robertsoncooper.com/blog/entry/how-non-psychologists-build-personal-resilience-1>



Especialistas do bem-estar, como Robertson Cooper (Figura 2), descrevem a resiliência pessoal como a capacidade de manter o bem-estar e um bom desempenho no trabalho quando sob pressão, incluindo a capacidade de reagir de forma eficaz a contratemplos. Estes especialistas desenvolveram um modelo que é usado para apoiar abordagens de formação e desenvolvimento para fortalecimento da resiliência. Eles defendem que a resiliência pode ser desenvolvida de forma positiva num indivíduo, qualquer que seja o seu ponto de partida.

Este ponto de vista também é apoiado por Jackson *et al.* (2007), que sugerem que os enfermeiros, em especial, podem reduzir a sua vulnerabilidade face à adversidade no trabalho, desenvolvendo e reforçando a sua resiliência pessoal. É cada vez mais recomendado que formação em resiliência seja incorporada na educação dos enfermeiros e que o apoio profissional seja encorajado através de programas de tutoria.

Resiliência, bem-estar e saúde mental: um papel maior para os enfermeiros

Uma melhor compreensão da relação entre a resiliência pessoal e a nossa capacidade de prestar cuidados irá contribuir para alargar as nossas competências para o exterior e apoiar a melhoria da resiliência pessoal na população em geral. Sabemos que muitos dos choques sociais mencionados anteriormente têm impactos imediatos na saúde mental e bem-estar, incluindo o aumento dos riscos potenciais de suicídio e violência interpessoal. O desemprego é um importante fator de risco para a saúde mental. Globalmente, os distúrbios depressivos maiores são a segunda principal causa de incapacidade durante anos seguidos. Embora os principais custos para as sociedades digam respeito à perda de produtividade do trabalho e outras atividades económicas, os custos humanos também estão bem documentados (McDavid 2013).

Um bom ambiente de trabalho é benéfico para o bem-estar físico e mental. Muito embora algum nível de stress e exigências elevadas possam ser boas para a saúde, um ambiente de trabalho degradado pode ter um impacto adverso (Jackson *et al.*, 2007). Uma vez isto aceite, é de esperar que os empregadores na área da saúde assumam um papel de liderança na conceção de melhores práticas dentro do sistema. Mudanças nas práticas de trabalho, reestruturações e mudanças súbitas de limites podem aumentar a possibilidade de stress psicológico, fadiga, esgotamento e perturbações depressivas. Se o sistema de saúde trabalha ativamente para limitar estas mudanças, isso pode repercutir-se numa diminuição dos seus efeitos negativos.

Reflexão



Que aspetos limitam a sua resiliência pessoal no local de trabalho?

Como pode obter apoio no seu local de trabalho?

O Futuro e o Papel dos Enfermeiros e das Associações Nacionais de Enfermeiros (ANE)

Nos capítulos anteriores, vimos como os enfermeiros podem contribuir para o fortalecimento dos sistemas de saúde e melhorar a resiliência. Há muitos exemplos de casos em que os enfermeiros foram promotores de mudança transformacional; eles lideraram melhoramentos significativos na prestação de muitos serviços a todos os níveis do sistema, desde a política à prática. Por essa razão, a nossa resposta pode naturalmente tender a ser uma resposta na continuidade, para continuar a fazer o que já fazemos agora. Mas agora, mais do que nunca, precisamos de considerar o nosso papel num âmbito mais amplo. Há três áreas prioritárias associadas aos novos conjuntos de competências para o futuro, e, para muitos de nós, essas áreas devem ser uma prioridade para o desenvolvimento, se quisermos acelerar o ritmo da mudança e nosso impacto profissional. Precisamos de ser flexíveis, adaptáveis e abertos a novas formas de aprendizagem. As três áreas de que falamos são: 1) o papel do enfermeiro em relação à adoção das tecnologias digitais, 2) a comprovação da qualidade e do impacto, e 3) sistemas de liderança.

1. A adoção das tecnologias digitais

Como observado pela OMS (2007, 2010b) nos seus elementos fundamentais para um sistema de saúde forte, há necessidade de sistemas de informação que funcionem bem e os enfermeiros devem ser dotados dos recursos necessários para esse objetivo. A conectividade dos sistemas de saúde e as rápidas mudanças nas tecnologias de comunicação permitiram que as inovações nos cuidados de saúde fossem desenvolvidas e partilhadas mais rapidamente do que nunca. Os enfermeiros estão a usar tecnologias para se conectarem a unidades de cuidados primários remotas, de formar a assegurar que o aconselhamento especializado é acessível a mais pessoas. Numa base diária, o enfermeiro utiliza tecnologias para monitorar os sinais vitais, administrar os medicamentos e medir resultados. Ser digital requer estar aberto a reexaminar toda a nossa forma de prestar cuidados e compreender onde há novas possibilidades.

A adoção de novas tecnologias vai exigir que os enfermeiros sejam assertivos nas suas exigências de um suporte tecnológico adequado. Demasiadas vezes a tecnologia é vista como um projeto imposto pela hierarquia/de cima para baixo e os enfermeiros são envolvidos no processo de mudança muito tarde, o que conduz a implementações lentas e ineficazes. Em vez disso, precisamos de ser líderes no sistema e promover a compreensão de que as tecnologias podem transformar as vias de prestação de cuidados e melhorar a segurança dos pacientes e a qualidade. A tecnologia digital afeta todos os aspetos da prática de enfermagem em todos os ambientes clínicos e precisamos de garantir que os nossos líderes estão à altura do desafio. Como Cooper (2013) nota “valorizar a tecnologia e a informação exige formação, planeamento estratégico e um “apetite” por dados de saúde, de forma a melhorar a forma como trabalhamos” (Cooper 2013, p. 11).

“No global, gastamos mais de 4 trilliões de dólares americanos em cuidados de saúde cada ano, mas só uma pequena fração serve para usar a tecnologia digital para transformar os serviços. É claro que a tecnologia digital, por si só, não constitui uma solução; se não está incorporada numa cultura mais ampla de mudança, o seu impacto será negligenciável.”

Wilson and Langford 2015

Reflexão

Tem apetência por dados de saúde? Se não tem, como o pode desenvolver? Como é que os dados de saúde podem melhorar a forma como trabalha?



2. Comprovação da qualidade e do impacto

Uma infraestrutura de informações sólida (ou seja, a tecnologia digital) é uma condição prévia para a segunda área prioritária. A forma como os enfermeiros demonstram a qualidade e o impacto do seu trabalho é fundamental para garantir que o resto do sistema compreende e valoriza o papel que os enfermeiros desempenham. Isto irá assegurar que os recursos e ambientes necessários sejam mobilizados para otimizar as contribuições dos enfermeiros para a melhoria da resiliência. O trabalho dos enfermeiros é muitas vezes invisível para os outros e o uso de tecnologias no ponto onde os cuidados são prestados pode ajudar a melhorar a sua visibilidade. No entanto, é essencial que os enfermeiros estejam ativamente envolvidos no desenvolvimento de padrões de qualidade e tenham maiores oportunidades de influência sobre as mudanças ao nível da política e dos sistemas. Isto irá permitir um maior impacto dos conhecimentos de enfermagem sobre a qualidade e os sistemas centrados nas pessoas. A todos os níveis de governação e de formulação de políticas, as competências dos enfermeiros devem ser visíveis e valorizadas como atores fundamentais na prestação de cuidados de qualidade em todo o sistema de saúde.

Reflexão



Como pode comprovar o impacto dos cuidados que presta? Dispõe de que instrumentos diferentes para esse efeito? Faz uso de todas as oportunidades para mostrar que os enfermeiros prestam um contributo indispensável?

3. Sistemas de liderança

Muito tem sido escrito sobre a natureza da liderança e a sua importância para a enfermagem e cuidados de saúde (Benton 2012). No entanto, como já descrevemos, os líderes atuais de enfermagem são confrontados com um número sem precedentes de desafios e mudanças, tanto esperados como inesperados, o que os vai obrigar a trabalhar de uma forma flexível e rápida.

Os modelos tradicionais de liderança que se baseiam num modelo único de organização combinado com uma estrutura organizacional hierárquica passarão a ser simplesmente não sustentáveis. Principalmente na liderança do setor público, assiste-se a um esbatemento das fronteiras organizacionais, profissionais e geográficas na medida em que os serviços são integrados, as vias de prestação de cuidados transformadas, os recursos partilhados e a equipa mobilizada de formas muito diferentes. Investigadores nesta área (Fillingham e Weir, 2014) sugerem que “é necessário agora que os líderes desloquem o centro de atenção da lealdade para com a organização para a lealdade para com o cidadão e a população em geral” (p. 23). Esta é uma mudança central subjacente à importância da visão partilhada e da co-produção de soluções.

Fillingham and Weir descrevem uma abordagem chamada “liderança dos sistemas.” Esta abordagem pode ser definida através de dois atributos distintos e inter-relacionados: i) colaborativo e ii) cruzando fronteiras – organizacionais, profissionais e virtuais – e dessa forma estendendo a liderança para além dos limites usuais das responsabilidades e autoridades dos líderes. Os autores descrevem os atributos da “grande” liderança do sistema e sugerem que estes devem ser desenvolvidos de forma mais determinada pelos indivíduos, educadores e organizações (Quadro 8).

7 – Responder a necessidades emergentes: El Salvador

Apesar da grande evolução na prestação de serviços de saúde à sua população, El Salvador ainda enfrenta muitos problemas. Preocupada com o número de pacientes com dengue que via numa clínica remota e rural, uma enfermeira decidiu arregaçar as mangas e desenvolver um plano de mudança. Ela sabia que precisaria de obter o apoio do seu gestor local, um médico. Assim, com base nas recomendações da OMS, decidiu reunir provas factuais. Esta enfermeira não tinha qualquer formação em saúde pública; no entanto, ela não deixou que isso fosse um obstáculo. Pesquisou nos livros e na Internet e descobriu que, se criasse um mapa geográfico dos casos, podia saber qual a sua localização e a magnitude do problema. Também percebeu, ao olhar para os registos, que o problema se estava a agravar. Depois de ter apresentado esta informação, juntamente com a sugestão de que a clínica devia desenvolver sessões de informação de saúde para os grupos locais mais afetados, o progresso na luta contra a dengue foi impressionante. As pessoas da região estão atualmente a ajudar na luta contra este grave problema; e esta enfermeira, que agora faz parte da equipa de gestão local, está a ajudar a desenvolver programas similares em outras clínicas para problemas semelhantes.

(Benton 2012)

Quadro 8 – Grande liderança dos sistemas

Os líderes demonstram muitas vezes uma grande capacidade de liderança dos sistemas, graças:

- Aos seus valores pessoais essenciais – ex.: estimular a partilha de um objetivo e assumir certos riscos na defesa dessa causa comum;
- À forma como percebem as coisas – ex.: avaliar uma informação através de dados obtidos fora da sua área de trabalho ou aplicar uma abordagem nova para melhorar a reflexão atual;
- À forma como pensam e analisam – ex.: partilhar uma visão através da comunicação para criar credibilidade e confiança ou instilar o sentido de responsabilidade gerindo e apoiando o desempenho;
- À forma como se relacionam com os outros – ex.: conectar serviços através da adaptação a diferentes padrões e abordagens exteriores à organização;
- Aos seus comportamentos e ações – ex.: desenvolver capacidades através da criação de planos de sucessão;
- Às suas qualidades pessoais e forma de ser – ex.: incentivar a obtenção de resultados através do desenvolvimento de agendas e consensos colaborativos.

NHS Leadership Academy (2015)

A abordagem da liderança acima descrita sublinha a importância do estabelecimento de alianças e parcerias autênticas. Estes são líderes que percebem que a mudança sustentável requer tempo, empenho e uma constância de visão. Esta abordagem supõe trabalhar fora das fronteiras e através de redes de colaboração para que a resiliência dos sistemas de saúde seja melhorada.

Reflexão

O que pode fazer para tornar a sua organização e sistema de saúde mais resilientes?



Um Plano de Ação

Uma vez considerados os diferentes aspectos para fortalecer e melhorar os sistemas de saúde e desenvolver a sua resiliência, é possível agora resumir algumas ações-chave e preparar o plano de resposta:

Enfermeiros individuais

- ✓ Preservar a sua saúde e bem-estar;
- ✓ Dar prioridade ao desenvolvimento da sua resiliência pessoal e apoiar o desenvolvimento da resiliência dos seus colegas;
- ✓ Refletir sobre formas de trabalhar ativamente com os pacientes, prestadores de cuidados de saúde e comunidades para que possam compreender melhor como aperfeiçoar os cuidados que têm com eles próprios e influenciar o desenvolvimento dos serviços;
- ✓ Desenvolver as suas capacidades para demonstrar o impacto positivo que a enfermagem de grande qualidade tem nos resultados da saúde;
- ✓ Desenvolver a sua reflexão sobre os sistemas de saúde, criando redes fortes através de todo o sistema.

Instituições/empregadores

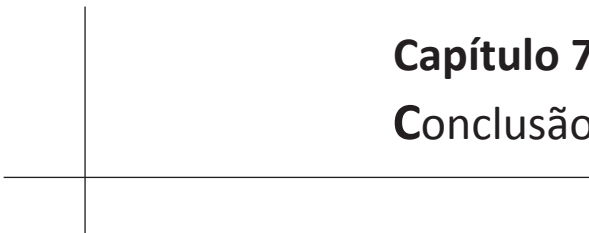
- ✓ Assegurar AFP para os profissionais da saúde;
- ✓ Apoiar a saúde e o bem-estar dos profissionais da saúde;
- ✓ Proporcionar aos empregados oportunidades de aprendizagem;
- ✓ Assegurar a existência de um sistema de revisão dos incidentes críticos;
- ✓ Estabelecer planos de emergência no local.

Responsáveis políticos

- ✓ Estabelecer e implementar legislação para proteger os trabalhadores da saúde e assegurar AFP;
- ✓ Planificar e gerir de forma adequada a força de trabalho da saúde. Estabelecer e aplicar um plano nacional de RHS;
- ✓ Acelerar a passagem de um sistema centrado de forma dominante na doença para um sistema que se centra nos serviços preventivos e na promoção da saúde;
- ✓ Assegurar que um planeamento sobre a resiliência faz parte da estratégia de desenvolvimento do sistema de saúde;
- ✓ Estimular a participação dos enfermeiros a nível político para assegurar a utilização otimizada das competências de enfermagem através de todo o sistema.

Papel das Associações Nacionais de Enfermeiros

- ✓ Assegurar o desenvolvimento de uma política de saúde eficaz para que os enfermeiros possam desempenhar um trabalho ao nível das suas melhores competências, maximizar dessa forma a sua contribuição;
- ✓ Desenvolver enfermeiros líderes para maximizar a contribuição dos enfermeiros em todos os níveis do sistema.



Capítulo 7

Conclusão

O ponto central deste “kit” de instrumentos tem sido o de saber como é que os enfermeiros podem contribuir para aumentar a resiliência dos sistemas de saúde. É claro que precisamos de trabalhar em conjunto para contruir sistemas de saúde fortes que são resilientes para fazer face aos desafios futuros e alcançar os objetivos ambiciosos definidos nos ODS.

Prestar serviços de saúde de qualidade a todas as pessoas é uma responsabilidade ética e profissional dos enfermeiros. Os enfermeiros, enquanto profissionais empenhados, inovadores e orientados para as soluções, continuam a prestar cuidados com resiliência e versatilidade, mesmo se com poucos ou nenhuns recursos ou apoio por parte da organização. No entanto, a melhoria da resiliência dos sistemas de saúde requer esforços intersetoriais de todos os atores e a todos os níveis. Os enfermeiros que prestam a maioria dos cuidados de saúde em colaboração com colegas, dos setores da saúde e de outros setores, têm um papel importante neste processo.

Outra razão para o envolvimento dos enfermeiros na reforma das políticas do setor da saúde prende-se com o grande impacto que estas políticas têm no ambiente de trabalho dos enfermeiros. Através do nosso envolvimento nas decisões sobre o fortalecimento dos sistemas de saúde, podemos promover ambientes de prática positivos que, por seu turno, vão contribuir para melhorar a resiliência dos sistemas de saúde e os resultados da saúde.

Os enfermeiros devem desempenhar um papel fundamental na condução do processo de mudança. Com sistemas de saúde redesenhados e uma participação plena dos enfermeiros na política, estaremos melhor equipados para prestar cuidados de qualidade a todos, mesmo em tempos de crise.



Desenvolvimento dos recursos humanos da saúde (DRHS)

Tomada de Posição

Tomada de Posição do ICN:

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) considera que o desenvolvimento de recursos humanos de saúde (DRHS) – planeamento, gestão e desenvolvimento – requer uma abordagem interdisciplinar, intersetorial e multiserviços. Esta abordagem reconhece os papéis complementares dos diferentes prestadores de serviços de saúde e valoriza a contribuição das diferentes disciplinas. Os contributos dos principais interessados – consumidores, prestadores de serviços, educadores, investigadores, empregadores, gestores, governos, financiadores e organizações de profissionais de saúde – são necessários. Da mesma forma, o ICN reconhece que recursos humanos de saúde integrados e abrangentes, sistemas de informação e modelos de planeamento, bem como práticas eficazes de gestão dos recursos humanos constituem um efeito desejável do presente processo de consulta.

As necessidades do paciente devem determinar as categorias dos profissionais de saúde e das competências que são necessárias para prestar os cuidados de saúde. Sempre que novas categorias de trabalhadores de saúde são criadas ou são introduzidas alterações nas funções destes, as consequências possíveis sobre os recursos humanos de saúde tanto a nível nacional como local e os resultados a nível das estruturas de carreira, do paciente e da comunidade devem ser identificados e previstas desde o início. Isto deve incluir as adaptações orçamentais e os impactos organizacionais. O planeamento destes pontos deve ter em consideração o seguinte:

- As necessidades e prioridades dos cuidados de saúde;
- As competências disponíveis dentro da equipa de prestação de cuidados de saúde, incluindo as competências partilhadas por mais de um grupo de prestação de cuidados;
- Desenvolvimento do conjunto das competências iniciais;
- Alterações de competências, tais como novas funções ou funções avançadas para os enfermeiros;
- Implicações educacionais das mudanças introduzidas nas funções e âmbito da prática, incluindo a preparação de programas de aprendizagem ao longo da vida;
- Supervisão adequada e acessível e programas de acompanhamento;
- Fatores de qualidade e eficácia, aquando da decisão sobre o âmbito da prática dos enfermeiros e outras profissões;

Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (DRHS), página 2

- A equidade como um valor de base do sistema de saúde;
- Consequências para a organização, gestão, prestação e financiamento do serviço;
- Ambiente de trabalho e condições dos enfermeiros e outros profissionais de cuidados de saúde;
- Implicações regulamentares;
- Impacto sobre as responsabilidades dos trabalhadores que já fazem parte do sistema de saúde;
- Efeito sobre as oportunidades de carreira para os trabalhadores da saúde que já fazem parte do sistema e estruturas da carreira disponíveis para novos tipos de trabalhadores da saúde.

Para uma participação eficaz da enfermagem no DRHS, é preciso identificar e articular completamente o escopo principal da enfermagem. Com isto se minimizará a duplicação e sobreposição do trabalho dos enfermeiros e outros prestadores de cuidados de saúde. O ICN considera que a profissão de enfermagem tem de ser um líder de mudança, reavaliando continuamente as consequências das mudanças planeadas e não planeadas nos serviços de saúde para a profissão de enfermagem, enfermeiros e resultados dos pacientes. A avaliação contínua e a investigação sobre a contribuição da enfermagem para os cuidados de saúde devem constituir uma parte importante dos processos DRHS. Este processo deve incluir também os dados da prática baseada em evidências, que podem servir de sustentação à tomada de decisões.

As associações nacionais de enfermeiros (ANE) e outras organização de enfermagem precisam de:

- Identificar as questões essenciais relativas à oferta e à procura de profissionais de enfermagem, tendo em conta os fatores que influenciam o recrutamento, a fixação do pessoal e a motivação;
- Assegurar o envolvimento dos enfermeiros na política, na tomada de decisões, planeamento, gestão e avaliação a todos os níveis do DRHS. Os enfermeiros devem participar nas revisões interdisciplinares das funções dos diferentes tipos de trabalhadores da saúde, e também na investigação, nos estudos de avaliação e na tomada de decisões relativas às funções das categorias existentes ou novas categorias de prestadores de serviços;

Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (DRHS), página 3

- Ajudar os enfermeiros a adquirirem e a melhorarem as competências de investigação, para conduzirem investigação e utilizarem as conclusões desta como base para a tomada de decisões em matéria de DRHS;
- Participar no debate público sobre as respostas adequadas para as exigências dos serviços de saúde;
- Promover o desenvolvimento de ambientes de prática de qualidade, incluindo oportunidades para o crescimento e o desenvolvimento profissionais e sistemas de recompensa adequados como uma característica positiva dos programas de recrutamento e de fixação do pessoal;
- Reconhecer e refletir a diversidade cultural da sociedade no Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde;
- Promover a formação de competências na área da gestão dos recursos humanos da saúde, incluindo enfermeiros a trabalhar aos níveis sénior e executivo;
- Ajudar no desenvolvimento de uma abordagem humana do DRHS;
- Oferecer uma análise interdisciplinar e desenvolver intervenções eficazes para responder a necessidades da saúde.

Os enfermeiros devem estar conscientes e utilizar os serviços de RH nos seus locais de trabalho. As políticas DRHS devem ter em linha de conta a formação, a regulamentação e a prática.

As políticas de DRHS devem centrar-se na autossustentabilidade, garantindo um grupo nuclear de profissionais de saúde em número adequado e com as necessárias competências, capazes de responder às necessidades de saúde da população-alvo.

Contexto

Para num país se conseguir alcançar o mais alto nível possível de saúde é necessário, em grande medida, que o sistema de saúde tenha profissionais em número suficiente, devidamente preparado e distribuído, capaz de prestar serviços de qualidade a baixo custo. O objetivo do DRHS é garantir a qualidade, quantidade, combinação e distribuição adequadas dos profissionais de saúde para atender às necessidades de cuidados de saúde num ambiente favorável a uma prática eficaz

Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (DRHS), página 4

e segura. Alguns dos fatores que influenciam as decisões sobre os números, tipos e distribuição dos prestadores de cuidados de saúde incluem:

- Progressos na ciência e tecnologia da saúde, padrões alterados na prestação de cuidados de saúde nos hospitais e na comunidade, mudanças demográficas e a emergência de padrões de doenças;
- O crescente conhecimento por parte do público da disponibilização de serviços de saúde, resultando numa procura crescente destes serviços;
- Aumento dos custos com os cuidados de saúde, recursos limitados para a saúde, requerendo com frequência a revisão contínua das prioridades, e a criação de novas categorias de prestadores de serviços de saúde;
- A legislação laboral, os requisitos regulamentares profissionais, as regras e a regulamentação do serviço público, os recursos humanos e as políticas de saúde e desenvolvimento nacional;
- Fatores de género e culturais;
- Alteração dos riscos de saúde;
- Acesso à educação e nível de educação;
- Cultura e crenças relativas à saúde;
- Acesso à medicina alternativa;
- Fatores intergeracionais;
- Fatores organizacionais;
- Constrangimentos socioeconómicos e financeiros;
- A globalização do mercado de trabalho local, nacional e global.

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

**Adoptada em 1999
Revista e corrigida em 2007**

Substitui as Posições precedentes do ICN: “Support of Nurses”, adoptada em 1989 e “Proliferation of New Categories of Health Workers”, adoptada em 1981 e revista em 1993.

Outras Posições do ICN relacionadas com esta matéria:

- Âmbito da Prática de Enfermagem;
- Regulamentação da Enfermagem;
- Proteção do título de “Enfermeiro”;
- Pessoal Assistente ou de Apoio à Enfermagem;
- Bem-estar socioeconómico dos Enfermeiros;
- Desenvolvimento da Carreira em Enfermagem;
- Fixação dos Enfermeiros, Transferência e Migração.

Publicações do ICN:

Orientações para o Planeamento de Recursos Humanos em Enfermagem (1993)

É a Sua Carreira: Assuma o Controlo do Planeamento e Desenvolvimento da Sua Carreira (2011)

O Conselho Internacional de Enfermeiros é uma federação de mais de 130 associações de enfermeiros nacionais, representando milhões de enfermeiros em todo o mundo. Dirigido por enfermeiros e liderando a enfermagem a nível internacional, o ICN desenvolve esforços para assegurar cuidados de enfermagem de qualidade para todos e políticas de saúde sustentáveis a nível global.



Serviços de saúde acessíveis e financiados pelas autoridades públicas

Tomada de Posição

Tomada de Posição do ICN:

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e as suas associações nacionais de enfermeiros (ANE) defendem o desenvolvimento de sistemas de saúde nacionais que prestem uma gama de serviços essenciais à população, universalmente acessível e equitativos, financiados pelas autoridades públicas.

As pessoas têm direito a serviços de saúde equitativos: serviços de promoção, de prevenção, curativos, de reabilitação e paliativos. O ICN defende que estes serviços devem basear-se no paciente e na família, basear-se em evidências e ser continuamente melhorados no que respeita à sua qualidade através de referências padrão e indicadores.

Quando estes serviços não são financiados pelas autoridades públicas, o ICN considera que recai sobre os governos a responsabilidade de assegurar a acessibilidade dos serviços de saúde à população, com um acento nos grupos vulneráveis, nomeadamente os grupos socioeconómicos mais desfavorecidos.¹

O ICN apoia os esforços das associações nacionais de enfermeiros para influenciar as políticas de saúde, educação e públicas que se baseiam nas seguintes prioridades para a saúde do país: equidade, acessibilidade de serviços abrangentes e essenciais, eficiência (incluindo a produtividade), custo-eficácia e qualidade dos cuidados.

O ICN considera que os cuidados de saúde primários são o meio preferido para a prestação dos serviços de saúde essenciais a um custo que é suportável para os governos e as comunidades.²

É necessário estabelecer serviços acessíveis, custo-eficazes e de qualidade, princípios e estruturas regulamentares apropriados, padrões e mecanismos e ambientes de prática positiva, aplicáveis tanto aos serviços privados como aos serviços públicos de saúde.

Os enfermeiros e as ANE têm o dever de lutar por estes serviços de saúde, de monitorizar a sua eficácia e de pugnar pelo desenvolvimento, tomada de decisões e implementação da política da saúde para assegurar que todos têm acesso a serviços de enfermagem e de saúde de qualidade.

¹ Comité sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008). Redução a disparidade em uma geração: A equidade na saúde através da ação sobre os determinantes sociais da saúde. Relatório Final da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

² Relatório da Organização Mundial de Saúde 2008. Cuidados Primários de Saúde Mais Do Que Nunca. Genebra: OMS.

O ICN apoia todos os esforços das ANE para assegurar que a política do governo em matéria de financiamento público e de serviços de saúde acessíveis não diminuam o nível necessário de formação dos enfermeiros para fazer face às exigências complexas destes serviços, já que as evidências mostram que os enfermeiros registados obtêm melhores resultados nos seus cuidados de saúde.³

Contexto

Uma nação saudável é um recurso nacional vital. Um objetivo primeiro de todas as nações deve ser o de alcançar para a sua população o melhor estado de saúde possível dentro dos recursos disponíveis.

Todas as pessoas devem ter acesso a enfermeiros competentes que lhes prestem cuidados, supervisão e apoio nos vários tipos de estabelecimentos de saúde. Os sistemas de saúde devem melhorar a capacidade de enfermagem e englobar uma série de estratégias quanto ao planeamento dos recursos humanos, educação, competências mistas, quadro regulamentar e possibilidades de carreira, para assegurar sistemas de saúde eficazes, eficientes e seguros.

O ICN e os seus membros nacionais precisam de manter redes eficazes com todas as partes interessadas para ajudar a garantir que a alocação de recursos e a disponibilidade dos serviços se baseiam nas necessidades e prioridades, na promoção dos cuidados primários de saúde e na consideração da qualidade e dos custos. Isso inclui lutar pelos recursos necessários para preparar a força de trabalho de enfermagem para o fardo crescente de doenças crónicas e não transmissíveis, lesões, catástrofes e outros desafios de saúde com que as nações e populações se confrontam em todo o mundo.

³ Aiken L, Clarke S, Cheung R, Sloane D & Silber J (2003). Níveis de educação dos enfermeiros dos hospitais e a mortalidade dos pacientes cirúrgicos. *JAMA*, 290, 1617- 1623.

Adoptada em 1995
Revista e reafirmada em 2001
Revista e corrigida em 2012

Posições do ICN relacionadas com esta matéria:

- Promover o Valor e o Custo-eficácia dos Enfermeiros;
- Os Enfermeiros e os Cuidados de Saúde Primários;
- O Desenvolvimento dos Recursos Humanos do Setor da Saúde.

Publicações do ICN:

O Conselho Internacional dos Enfermeiros é uma federação de mais de 130 associações de enfermeiros nacionais, representando milhões de enfermeiros em todo o mundo. Dirigido por enfermeiros e liderando a enfermagem a nível internacional, o ICN desenvolve esforços para assegurar cuidados de enfermagem de qualidade para todos e políticas de saúde sustentáveis a nível global.



A participação dos enfermeiros nos processos de decisão e no desenvolvimento das políticas nos serviços de saúde

Tomada de Posição

Tomada de Posição do ICN:

Os enfermeiros têm uma importante contribuição a dar no que diz respeito ao planeamento e à tomada de decisões nos serviços de saúde e no desenvolvimento de uma política de saúde adequada e eficaz. Eles podem e devem contribuir para a política pública relativa à preparação dos trabalhadores de saúde, sistemas de prestação de cuidados, financiamento dos cuidados de saúde, a ética nos cuidados de saúde e os determinantes da saúde.

Os enfermeiros devem assumir as suas responsabilidades na política e tomada de decisões relativas aos serviços de saúde, incluindo as suas responsabilidades para um desenvolvimento profissional relevante.

As organizações profissionais de enfermeiros têm a responsabilidade de promover e defender a participação dos enfermeiros na tomada de decisões a nível local, nacional e internacional relativas à saúde e na política de desenvolvimento de órgãos e comités. Têm igualmente a responsabilidade de assegurar que os enfermeiros líderes gozem de uma preparação adequada que lhes permita assumir plenamente um papel de atores da política.

Contexto

Em virtude da sua interação estreita com os pacientes/clientes e suas famílias em todos os ambientes de saúde, os enfermeiros interpretam as necessidades e expectativas das pessoas no que respeita aos cuidados de saúde. Os enfermeiros participam na tomada de decisões na prática clínica e também na gestão. Eles utilizam os resultados da investigação e de ensaios como contributos para a tomada de decisões sobre a prestação de serviços de saúde de qualidade e com uma boa relação custo-eficiência. Eles realizam investigação sobre a enfermagem e a saúde que contribuiu com evidências para o desenvolvimento da política. Uma vez que os enfermeiros são muitas vezes coordenadores dos cuidados prestados por outros, eles contribuem com os seus conhecimentos e experiência para o planeamento estratégico e a utilização eficiente dos recursos.

Para poderem tomar parte e contribuir para o planeamento da saúde, a tomada de decisões e o desenvolvimento da política pública, os enfermeiros devem ser capazes de demonstrar o seu valor e convencer os outros da contribuição que podem dar para este objetivo. Isso pode implicar melhorar e expandir o âmbito da preparação dos enfermeiros para a gestão e a liderança, incluindo a sua compreensão dos processos políticos e governamentais. Também pode implicar aumentar a sua visibilidade através de papéis e posições de gestão e liderança, tanto na enfer-

A participação dos enfermeiros nos processos de decisão e no desenvolvimento das políticas nos serviços de saúde página 2

magem como noutros serviços de saúde, encorajando os enfermeiros a participar nos assuntos políticos e governamentais e melhorando e divulgando a imagem da profissão de enfermagem.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e as suas associações nacionais de enfermeiros (ANE) promovem e apoiam todos os esforços para melhorar a preparação dos enfermeiros para a gestão, a liderança e o desenvolvimento das políticas. A preparação dos enfermeiros deve ser alargada e deve incluir o desenvolvimento de conhecimentos e de competências para influenciar mudanças, participar no processo político, na divulgação social, na formação de coligações, trabalhando em conjunto com os meios de comunicação social e outros meios de influência. Essa preparação dos enfermeiros deve ter presente os processos e fatores complexos que condicionam a tomada de decisões eficazes.

As organizações profissionais de enfermagem precisam de usar uma série de estratégias para contribuir para o desenvolvimento eficaz das políticas, nomeadamente a monitorização da utilização do enfermeiros na força de trabalho, a incorporação de novos modelos e estratégias de gestão, a divulgação contínua de uma imagem positiva da profissão às partes-chave interessadas da gestão e da política, tanto a nível nacional como internacional, a disseminação dos conhecimentos relevantes e da investigação e o desenvolvimento e manutenção constante de redes apropriadas para permitir relações de trabalho de cooperação com as organizações governamentais e não-governamentais. Pela sua parte, o ICN vai promover e tornar disponível a informação sobre a contribuição dos enfermeiros na tomada de decisões e no desenvolvimento de políticas na área da saúde.

A participação dos enfermeiros nos processos de decisão e no desenvolvimento das políticas nos serviços de saúde página 3

Revista e corrigida em 2008

Posições do ICN relacionadas com esta matéria:

- Gestão dos Enfermeiros e Serviços de Cuidados de Saúde;
- Promover o valor e o custo-eficácia dos Enfermeiros;
- Serviços de Saúde Acessíveis e financiados pelas Autoridades Públicas.

Publicações do ICN:

- Pacote de Ferramentas para a Saúde, 2007.

O Conselho Internacional dos Enfermeiros é uma federação de mais de 130 associações de enfermeiros nacionais, representando milhões de enfermeiros em todo o mundo. Dirigido por enfermeiros e liderando a enfermagem a nível internacional, o ICN desenvolve esforços para assegurar cuidados de enfermagem de qualidade para todos e políticas de saúde sustentáveis a nível global.

Referências e Fontes

AllenM *et al.* (2013). Working for Health Equity: The Role of Health Professionals, UCL Institute of Health Equity. London.

Awoonor-Williams JK, Bawah AA, Nyongator FK, Asuru R, Oduro A, Ofosu A & Phillips JF (2013). The Ghana essential health interventions program: a plausibility trial of the impact of health systems strengthening on maternal & child survival, *BMC Health Services Research* 2013, 13 (Suppl 2):S3 doi:10.1186/1472-6963-13-S2-S3. Available at: www.biomedcentral.com/1472-6963/13/S2/S3. Accessed 5 February 2016.

Bates I *et al.* (2011). Indicators of sustainable capacity building for health research: analysis of four African case studies, *Health Research Policy and Systems*, Vol. 9 No 3 (March): 14, Available at: www.health-policy-systems.com/content/9/1/14/abstract. Accessed 5 October 2015.

Benton D (2012). Advocating Globally to Shape Policy and Strengthen Nursing's Influence. *The Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 17 No. 1.

British Standards Institution (2014). Guidance on organizational resilience. BS 65000.

Buchan J & Aiken L (2008). Solving nursing shortages: a common priority, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 17 No. 24), 3262-3268.

Campbell J *et al.* (2015). Improving the resilience and workforce of health systems for women's, children's, and adolescents' health. *BMJ* 2015;351:h4148.

Canadian Nurses Association (2009). Ethics In Practice Social Justice in Practice, April 2009.

Cooper A (2013). Paperless In the United Kingdom. *American Nurses Today*, Special Issue, vol. 8, no 11, p11.

Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD) (2011). Developing resilience: An evidence-based guide for practitioners, CIPD London.

Crisp N & ChenL (2014). Global supply of health professionals. *New England Journal of Medicine* Vol. 370, no. 10: pp. 950-957.

David KE *et al.* (2015). Health-care worker mortality and the legacy of the Ebola epidemic, *Lancet Global Health* Volume 3, No. 8, e439–e440, August 2015. Available at: www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2815%2900065-0/fulltext15).

Department of Health (2009). NHS Health and Wellbeing Review, Leeds, UK.

Dick J, Clarke M, Van Zyl H & Daniels K (2007). Primary health care nurses implement and evaluate a community outreach approach to health care in the South African agricultural sector. *International Nursing Review*, 54(4), 383-390.

Fillingham D & Weir B (2014). Systems leadership, Kings Fund, London, UK.

Fineberg HV (2012). A successful and sustainable health system—how to get there from here. *New England Journal of Medicine*, Vol. 366 No.11, pp. 1020-1027.

Global Health Workforce Alliance (2015). Synthesis paper of the thematic working groups. Towards a global strategy on human resources for health. Available at: www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/. Accessed 10 February 2016.

Institute of Health Equity (2013). Working for Health Equity: The Role of Health Professionals Available at: www.instituteofhealthequity.org/projects/working-for-health-equity-the-role-of-health-professionals. Accessed 10 February 2016.

International Council of Nurses (2002) Definition of Nursing. Available at: www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/. Accessed 10 February 2016.

International Council of Nurses (2007). “Position statement: Nurse retention and migration”, Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/C06_Nurse_Retention_Migration.pdf. Accessed: 13 January 2016.

International Council of Nurses (2008), “Position statement: Participation of nurses I health services decision making and policy development”. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D04_Participation_Decision_Making_Policy_Development.pdf. Accessed 10 February 2016.

International Council of Nurses (2011). Closing the Gap: Increasing Access and Equity. International Nurses Day toolkit. Available at: www.icn.ch/publications/2011-closing-the-gap-increasing-access-and-equity/. Accessed 10 February 2016.

International Council of Nurses (2012a). ICN Code of Ethics for Nurses. Available at: www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/. Accessed 10 February 2016.

International Council of Nurses (2012b). Flexible Work practices in Nursing. International Centre for Human Resources in Nursing, Fact sheet. Available at: www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICHRN/Facts_Sheets/Flexible%20Work%20Practices%20in%20Nursing.pdf). Accessed 10 February 2016.

International Council of Nurses (2013). Closing The Gap: Millennium Development Goals 8,7,6,5,4,3,2,1., International Nurses Day toolkit. Available at: www.icn.ch/publications/2013-closing-the-gap-millennium-development-goals-8-7-6-5-4-3-2-1/. Accessed 10 February 2016.

International Council of Nurses (2014). Nurses A Force for Change: A Vital Resource for Health. International Nurses Day toolkit. Available at: www.icn.ch/publications/2014-nurses-a-force-for-change-a-vital-resource-for-health/. Accessed 10 February 2016.

International Council of Nurses (2015a). Nurses a Force for Change: Care Effective, Cost Effective. International Nurses Day toolkit. Available at: www.icn.ch/publications/2015-nurses-a-force-for-change-care-effective-cost-effective/. Accessed 10 February 2016.

International Council of Nurses (2015b), International Council of Nurses Statement on the joint ICN-WHO consultation on Global Strategy on Human Resources for Health, 23 June 2015.

International Council of Nurses (2015c). Consultation on HRH global strategy. Available at: www.icn.ch/what-we-do/the-global-strategy-on-human-resources-for-health-workforce-2030. Accessed 8 November 2015.

Jackson D, Firtko A&Edenborough M (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60; 1-9.

Jamison DT *et al.* (2013). Global health 2035: a world converging within a generation, *The Lancet*, Volume 382 , Issue 9908 , 1898 – 1955. Available at [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4).

Karanikolos M, *et al.* (2013). “Financial crisis, austerity, and health in Europe.”, *The Lancet* Vol. 381 No. 9874: pp. 1323-1331.

Kruk ME *et al.* (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola, *The Lancet*, Vol. 385 No. 9980: pp. 1910-1912.

Marmot M, Allen J, Bell R, *et al.* (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide, *The Lancet*, Vol. 380 Issue 9846: pp. 1011-1029.

McAlister M & McKinnon J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature. *Nurse Education Today*, 29; 371-379.

McDavid D (2013). Mental health: A key challenge for Europe in the 21st century, *Eurohealth*, Vol. 19 no 3 p. 14-17.

McKee M & Mackenbach J (2013). How well are European countries performing in advancing public health? *Eurohealth* Vol. 19 no 3 p7-11.

Mezich JE, Appleyard J, Ghebrehiwet T. (2015). Interdisciplinary Collaboration and the Construction of Person Centered Medicine. *Int J Pers Centered Med.* 2015 Mar 6;4(3):149–55).

Newman C (2014). “Time to address gender discrimination and inequality in the health workforce”, *Human Resources for Health*, vol. 12, no. 25, <http://www.human-resources-health.com/content/12/1/25>. Accessed 13 January 2016.

NHS Direct (2007). Healthcare risk assessment made easy. Available at: www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59825. Accessed 10 February 2016.

NHS Leadership Academy (2015). Systems leadership. Available at: www.leadershipacademy.nhs.uk/about/systems-leadership/. Accessed 10 February 2016.

Oxfam (2015). Never Again: Building resilient health systems and learning from the Ebola Crisis, 203, Briefing paper.

Panter-Brick C (2014). Health, Risk, and Resilience: Interdisciplinary Concepts and Applications *Annu. Rev. Anthropol.* 2014. 43:431–48.

Patton R, Zalon M, Ludwick R (eds.) 2015. *Nurses Making Policy: From Bedside to Boardroom*, e-book, American Nurses Association & Springer Publishing Company, New York, viewed 7 January 2016, https://books.google.ch/books?id=3MyRBQAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Accessed 10 February 2016.

Philippine Journal of Nursing (2013). 'Challenges of Equity and Access to Healthcare', Vol. 83 No. 2 (July-December).

Shamian J *et al.* (2015). No global health without human resources for health (HRH): The nursing lens, *Canadian Journal of Nursing Leadership* Vol. 28 No. 1.

Sheridan *Net al.* (2011). Health equity in the New Zealand health care system: a national survey. *International journal for equity in health*, Vol. 10. No. 1: pp. 1-14.

Sull A, Harland N & Moore A (2015). Resilience of health-care workers in the UK; a cross-sectional survey *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2015, 10:20 .

Sullivan, M, Kiovsy, RD, Mason, DJ, Hill, CD & Dukes, C 2015, "Interprofessional collaboration and education", *American Journal of Nursing*, vol.115, no. 3, pp. 47-54. Available at: http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2015/03000/Interprofessional_Collaboration_and_Education.26.aspx. Accessed 13 January 2016.

Tangcharoensathien V, Mills A, Palu T (2015). Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. *BMC Med.* 2015; 13: 101. Published online 2015 April 29. doi: 10.1186/s12916-015-0342-3.

Tomblin-Murphy G & Rose A (2015). *Nursing Leadership in Primary Health Care for the achievement of SDGs and HRH Global Strategies* Geneva ICN Internal Working Paper.

Tschudin, V and Davis AJ, (2008). *The Globalisation of Nursing* CRC Press.

United Nations (2015). *The Millennium Development Goals Report*. Available at: [www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf). Accessed 8 February 2016.

USAID (n.d.). *What is Health Systems Strengthening?* Available at: www.hfgproject.org/about-hfg/about-health-systems-strengthening/. Accessed 3 February 2016.

Ventura CA, Mendes IC, *et al.* (2015), *The Evolution of World Health Organization's Initiatives for the Strengthening of Nursing and Midwifery*, *Journal Of Nursing Scholarship*, Vol. 47 No. 5, pp. 435-445.

Wilson S & Langford K (2015). *10 ideas for 21st century healthcare*, Innovation Unit London. Available at: www.innovationunit.org/sites/default/files/DIGITAL%20VERSION10%20Ideas%20Final.pdf.

World Health Organization (2003). Fifty-Sixth World Health Assembly, Strengthening Nursing and Midwifery, Report by the Secretariat: A56/19: Provisional Agenda Item, Available at: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf files/>.

World Health Organization (2006). The World Health Report 2006: Working Together for Health, Geneva.

World Health Organization (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Available at: www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf.

World Health Organization (2008). Primary Health Care. Now More than Ever. Retrieved from: <http://www.who.int/whr/2008/en/>.

World Health Organization (2010a). Monitoring the building blocks of health systems. A handbook of indicators and their measurement strategies. WHO Geneva Switzerland.

World Health Organization (2010b). "Framework for action on interprofessional education & collaborative practice", Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1. Accessed 13 January 2016.

World Health Organization (2010c). Health systems financing: the path to universal coverage. Available at: <http://www.who.int/whr/2010/en/>. Accessed 10 February 2016.

World Health Organization (2014). Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa by Kieny MP, Evans DB, Schmets G, Kadandale S. 2014 – Bull World Health Organ 2014;92:850 – <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/12/14-149278/en/#>). CN.

World Health Organization (2015a). Health in 2015: from MDGs to SDGs. Geneva: WHO. Available at www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/.

World Health Organization (2015b). Health workforce density per 1000 population, Global Health Observatory data repository. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=en>).

World Health Organization (2015c). Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone: a preliminary report. – Available at: www.who.int/csr/resources/publications/ebola/health-worker-infections/en/).

World Health Organization (2015d). Realising Nurses' Full Potential, Bulletin of the World Health Organisation, Vol. 93 No. 9 (September): News. Available at: www.who.int/bulletin/volumes/93/9/en/ Accessed 21 September 2015.

World Health Organization (2015e). Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 draft for consultation WHO Geneva Switzerland.

World Health Organization (2016). Global Public Goods. Available at: <http://www.who.int/trade/glossary/story041/en/> Accessed 10 February 2016.

World Health Organization & World Bank (2015). Tracking universal health coverage: First global monitoring report Joint WHO/World Bank Group report, June 2015.

World Health Professions Alliance (2008). Positive practice environments for health care professionals [Internet]. WHPA; 2008. Available at: www.whpa.org/ppe_fact_health_pro.pdf.



3, Place Jean-Marteau
1201 Geneva – Switzerland
Tel.: +41 (22) 908 01 00
Fax: + 41 (22) 901 01 01
E-mail: icn@icn.ch
Website: www.icn.ch