Enfermeiros:
Uma Força para a Mudança

12 de maio de 2015
Dia Internacional do Enfermeiro

Enfermeiros: Uma Força para a Mudança

Eficiência + Eficácia = Ganhos em Saúde

DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO 2015

Ficha Técnica

Título: Enfermeiros: Uma força para a Mudança – *Eficiência + Eficácia = Ganhos em Saúde:* Dia Internacional do Enfermeiro 2015 – do original – << Nurses: A force for change – *Care Effective, Cost Effective*: International Nurses Day 2015>>

Tradução: Enf.ª Sandy Severino

Revisão: Enf.º Bruno de Noronha Gomes

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

Copyright © 2015 pelo International Council of Nurses

3, place Jean-Marteau, 1201 Genebra, Suíça

ISBN: 978-92-95099-28-9

ÍNDICE

	Carta do Presidente e CEO	
Capítulo 1:	Introdução ……	1
Capítulo 2:	Financiamento da Saúde ……	11
Capítulo 3:	Ser Mais Eficiente e Eficaz……	17
Capítulo 4:	Valor da Enfermagem para os Sistemas de Saúde "Cuidados Efetivos, Custos Efetivos"……..	27
Capítulo 5:	Perspectivas e Papel dos Enfermeiros e ANEs ……	34
Capítulo 6:	Conclusão ……	39
Anexo 1:	ICN Declaração de Posição: Promover o Valor e o Custo-Eficácia da Enfermagem ……	41
Anexo 2:	ICN Declaração de Posição: Participação dos Enfermeiros na Tomada de Decisão e Desenvolvimento de Políticas dos Serviços de Saúde ……	43
Anexo 3:	ICN Declaração de Posição: Gestão de Serviços de Saúde e Enfermagem ……	45
Anexo 4:	Serviços de saúde acessíveis e com financiamento público……..	47

maio 2015

Caros Colegas,

Os custos dos cuidados de saúde estão a aumentar em todo o mundo, colocando um encargo financeiro pesado aos sistemas de saúde e às populações a nível mundial. Os enfermeiros, como maior grupo de profissionais da saúde, estão bem posicionados para conduzir melhorias de eficiência e eficácia, proporcionando um atendimento de qualidade e alcançando resultados ótimos nos doentes e populações.

Os enfermeiros estão preocupados e compreendem o panorama dos cuidados de saúde, incluindo o financiamento, rentabilidade e gestão de recursos, custo da saúde e acesso aos cuidados. As decisões que cada enfermeiro faz várias vezes por dia durante a sua prática pode fazer uma diferença vital na eficiência e eficácia de todo o sistema. Os enfermeiros estão no cerne de atingir o melhor equilíbrio qualidade / acesso / custo. Portanto, é essencial que os enfermeiros e os decisores políticos se concentrem sobre o papel da enfermagem nos cuidados efetivos e custo-efetivos dos sistemas de saúde como uma prioridade fundamental e determinante para o alcance da igualdade, oferecendo cobertura de saúde universal e, fundamentalmente, melhorar os resultados de saúde a nível mundial.

O tema para o DIE 2015, *Enfermeiros: Uma força para a Mudança: Eficiência + Eficácia = Ganhos em Saúde* reflete o compromisso do ICN para fortalecer e melhorar os sistemas de saúde em todo o mundo. O ICN aproveita a contribuição que os enfermeiros podem fazer e reconhece que como profissão chegamos às pessoas que os outros profissionais nunca vêem, tanto em áreas urbanas como em comunidades rurais e remotas. Em suma, a saúde global não pode ser alcançada sem enfermeiros e sem as nossas contribuições proactivas e a nossa participação em todos os níveis do sistema de saúde.

O nosso *kit* DIE pretende fornecer ferramentas e informações para apoiar e encorajar os enfermeiros e as associações nacionais de enfermeiros para se comprometerem com e serem conhecedores do financiamento do sistema de saúde como um meio importante para conseguir uma qualidade de cuidados e segurança do doente de uma forma sustentável. O *kit* fornece uma visão global do financiamento da saúde, incluindo a utilização eficiente dos recursos e olha para a prestação eficiente de serviços, gestão eficaz, força de trabalho efetiva da saúde e do valor da enfermagem. Os exemplos que apresentamos representam uma pequena amostra do que é possível quando os enfermeiros trazem a sua criatividade e perspetiva profissional para a agenda da transformação. Como sempre, incluímos alguns recursos que podem destacar e utilizar amplamente. Completámos o *kit* com ações-ideias para os enfermeiros e as associações nacionais de enfermagem que irão apoiá-los no desempenho desta iniciativa crítica.

Temos a certeza que a sua associação terá os seus próprios exemplos e outros recursos que desenvolveram – pedimos que os partilhem connosco para que os possamos partilhar com outros. Os enfermeiros, como os profissionais de saúde mais próximos das pessoas em todos os contextos da sociedade, podem ter um impacto enorme na redução de custos de saúde e no aumento da qualidade dos cuidados.

Sinceramente,

Judith Shamian
Presidente

David C. Benton
Chief Executive Officer

ICN • CIE • CII
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva - Switzerland - Tel.: +41 22 908 01 00
Fax: +41 22 908 01 01 - e-mail: icn@icn.ch - web: www.icn.ch

Capítulo 1
Introdução

Não siga onde o trajeto possa ir, vá por onde não há caminho e deixe uma trilha – Ralph Waldo Emerson.

Na sua Visão para o Futuro da Enfermagem, o International Council of Nurses (ICN) afirmou que "*Unidos dentro do ICN, os enfermeiros de todas as nações falam com uma só voz. Falamos como defensores de todos aqueles a quem servimos, e por todos que não estão servidos, insistindo que a justiça social, a prevenção, os cuidados e a cura são o direito de cada ser humano. Estamos na vanguarda do progresso dos cuidados de saúde, moldando a política de saúde em todo o mundo através da nossa experiência, a força dos nossos números, as nossas contribuições estratégicas e económicas, o alinhamento dos nossos esforços, e a nossa colaboração com o público, os profissionais de saúde, outros parceiros e indivíduos, as famílias, as comunidades, para quem oferecemos atendimento* "(ICN 1999).

É dentro desta visão nobre do ICN que o tema deste ano do Dia Internacional do Enfermeiro (DIE) *Enfermeiros: uma força para a mudança: Eficiência e Eficácia = Ganhos em Saúde,* ressoa como compromisso de ação para mudar os sistemas de saúde ao redor do mundo para alcançar melhores resultados em saúde para todos. Para fazer isso, os enfermeiros precisam de uma compreensão do panorama da prestação de cuidados de saúde, incluindo o financiamento, rentabilidade e gestão de recursos, custo da saúde e acesso aos cuidados.

Devido aos números absolutos de enfermeiros e os seus múltiplos papéis em ambientes variados, as decisões que cada enfermeiro toma várias vezes por dia podem fazer uma diferença vital na eficiência e eficácia do sistema de saúde. É essencial que os enfermeiros e os decisores políticos se concentrem sobre o papel da enfermagem nos cuidados eficazes e custo-eficientes dos sistemas de saúde como uma prioridade fundamental para conseguir uma melhor saúde para todos.

Aumento do custo dos cuidados de saúde

O custo dos cuidados de saúde está a aumentar em todo o mundo em grande parte impulsionado pelo fardo pesado e crescente de doenças não transmissíveis (DNT), incluindo distúrbios de saúde mental, o envelhecimento das sociedades, as inovações de tratamentos e técnicas caras e crescentes exigências dos clientes (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico OCDE 2013). O aumento do custo dos cuidados de saúde coloca um pesado encargo financeiro sobre os sistemas de saúde e populações a nível mundial. A informação sobre custos é importante para o processo de planeamento e tomada de decisão sobre como fazer melhor tendo em conta as limitações de recursos financeiros, humanos e outros.

É prudente fazer o melhor uso dos recursos disponíveis. Os enfermeiros, como o maior componente dos profissionais de saúde, estão bem posicionados para fazer mais com menos, proporcionando um atendimento de qualidade e resultados positivos para os doentes. É imperativo que os enfermeiros desenvolvam uma compreensão adequada do financiamento dos cuidados de saúde, orçamentação, alocação de recursos e planeamento estratégico. Tais competências facilitarão a participação dos enfermeiros na formulação de políticas e alocação de recursos, a fim de liderar a partir da linha da frente como a força de mudança e como profissionais com custos e cuidados eficazes.

A mensagem-chave do *kit* de ferramentas DIE é que os enfermeiros fazem parte da solução para conseguir uma melhor saúde para todos através de uma forma de cuidar rentável e eficaz.

Os fatores determinantes do aumento do custo dos cuidados de saúde

Em todos os países, a procura de cuidados de saúde e cuidados de longa duração está a aumentar o custo dos cuidados de saúde. Os geradores de despesas de saúde são demográficos e não-demográficos. Os fatores demográficos incluem o crescimento da população e o envelhecimento da população. Populações mais velhas exigem e consumem mais cuidados de saúde devido ao aumento da prevalência de doenças crónicas e não transmissíveis que requerem cuidados de internamento prolongado (Palangkaraya & Yong 2009).

O envelhecimento também está associado ao aumento da frequência de multimorbilidade. Por exemplo, no mundo industrializado 25 por cento das pessoas entre os 65 e os 69 anos de idade, e 50 por cento das pessoas entre os 80 e 84 anos, vive com dois ou mais problemas de saúde crónicos (OMS 2008a), o que exige mais serviços especializados em saúde e comunitários e mais cuidados a longo prazo.

Impulsionadores de custos não-demográficos incluem a inflação salarial, tecnologia e custo dos medicamentos. A tecnologia na área da saúde, tais como medicamentos novos e caros e equipamentos para diagnóstico e tratamento, levou a grandes melhorias nos serviços de saúde e no estado de saúde das populações, mas também é um dos principais motores da despesa em saúde (OECD 2013; Costa et-Font al., 2009). O custo crescente dos cuidados de saúde também está relacionado com a pobre literacia em saúde. Pessoas com baixa literacia em saúde tendem a ser hospitalizadas mais vezes e por períodos de tempo maiores, têm resultados em saúde mais pobres e, portanto, custos de cuidados de saúde mais elevados (Baker et al 2002; Berkman et al 2004).

A despesa anual global de saúde é de cerca de 5,3 triliões de dólares (2010a OMS). Com o fardo das doenças transmissíveis a continuar a aumentar em algumas partes do mundo assim como da prevalência de doenças não transmissíveis - doenças cardíacas, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas – a aumentar em todo o lado, o custo da saúde vai continuar a subir. Esta tendência será agravada pelo uso de medicamentos e procedimentos mais sofisticados que estão a ser desenvolvidos (WHO, 2010b). A realidade é que novos medicamentos e tecnologias curativas e de diagnóstico são introduzidos no sistema de saúde mais rápido do que a disponibilidade de novos recursos financeiros, inflacionando assim o custo dos cuidados de saúde e conduzindo à necessidade de serem mais eficientes.

O custo dos cuidados de saúde também é influenciado pelo compromisso de um número crescente de países para alcançar a cobertura universal de saúde (CUS) de populações com cuidados de saúde essenciais.

Cobertura universal de saúde

Impulsionada pela equidade em saúde, a cobertura universal de saúde (CUS) tornou-se o objetivo internacionalmente acordado das políticas de saúde e de desenvolvimento. A CUS visa assegurar que todas as pessoas possam usar a promoção, prevenção, os curativos, a reabilitação e os serviços de saúde paliativos com qualidade suficiente, e, ao mesmo tempo, garantem que o uso destes serviços não causa dificuldades financeiras aos consumidores (OMS 2013a).

No entanto, a CUS não é um "tamanho único" de cobertura para todas as pessoas, pelo que não significa a cobertura de tudo. Por exemplo, a Tailândia oferece prevenção de doenças, promoção da saúde, medicamentos sujeitos a receita médica, o atendimento em ambulatório e de internamento gratuito, bem como serviços médicos mais caros tais como radioterapia e quimioterapia para o tratamento do cancro, cirurgias e cuidados críticos devido a acidentes e emergências. Contudo, a Tailândia não cobre, por exemplo, a terapia de substituição renal para a doença renal em estádio

terminal. Outros países oferecem diferentes serviços com base nas suas políticas e recursos (OMS 2010b).

A CUS representa três objetivos relacionados (Carrin et al., 2005):

- Equidade no acesso aos serviços de saúde - aqueles que precisam dos serviços devem tê-los e não apenas aqueles que podem pagar por eles;
- A qualidade dos serviços de saúde é suficientemente boa para melhorar a saúde dos que recorrem aos serviços; e
- Proteção do risco financeiro, garantindo que o custo da utilização de cuidados não coloca as pessoas em risco de dificuldades financeiras.

Isto significa que os governos devem gerar recursos para a CUS, distribuir os recursos de forma equitativa e usá-los de forma eficiente para atender às necessidades de saúde, assegurando a qualidade do atendimento e protegendo os utilizadores de dificuldades financeiras devido a despesas do próprio bolso (Özaltin & Cashin 2014).

O ICN acredita que as pessoas têm o direito a serviços de saúde equitativos e que estes serviços devem ser centrados no doente e na família e baseados em evidências (ICN 2012a). Como o ICN afirmou na sua Declaração de Posição, "*equidade e acesso aos serviços de cuidados de saúde primários, nomeadamente os serviços de enfermagem, são fundamentais para melhorar a saúde e bem-estar de todas as pessoas*" (ICN 2007). A cobertura de saúde universal é um meio para atingir melhores resultados de saúde para todas as pessoas.

Saúde e desenvolvimento

A saúde é fundamental para o desenvolvimento; é uma condição prévia para, assim como um indicador e um resultado do desenvolvimento sustentável. Isto ocorre porque a saúde dá um contributo importante para o desenvolvimento económico, dado que populações saudáveis vivem mais e são mais produtivas. Em contraste, as populações não saudáveis podem corroer os ganhos económicos de um país. Por exemplo, os ganhos em saúde e o aumento da esperança de vida em África foram revertidos pela epidemia de VIH /SIDA com um efeito económico devastador (Bloom et al., 2004).

Apesar da contribuição da saúde para o desenvolvimento, a comunidade internacional e em particular os países de baixo rendimento, têm dado pouca atenção aos investimentos em serviços de saúde em geral e às questões do pessoal de saúde, em particular. A força de trabalho da saúde parece ser considerada como um fardo no orçamento e não um investimento para o desenvolvimento económico e a redução da pobreza. Alguns países até refreiam o recrutamento de profissionais de saúde e, assim, ocorre o desemprego de profissionais de saúde mesmo quando as necessidades de serviços de saúde são elevadas (WHO & World Bank 2002).

A deterioração dos serviços de saúde e o fornecimento de recursos humanos de enfermagem é consequência de um processo de reforma da saúde implementada através de programas de ajustamento estrutural (PAE) do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI). Estas reformas foram destinadas a contenção de custos através de uma melhor gestão dos salários da função pública, da redução dos gastos públicos, da privatização de empresas públicas, da eliminação de subsídios, da liberalização da economia, e da desvalorização da moeda nacional (Liese & Dussault, 2004).

Saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), com o ponto-final em 2015, têm sido uma força poderosa para manter o apoio político para o desenvolvimento da saúde por causa da clareza dos objetivos e das metas mensuráveis. O debate sobre como a próxima geração de metas de

desenvolvimento pós-2015 será enquadrada está em fase de conclusão. As discussões destacam a necessidade de prioridades em saúde pós-2015 para analisar os elementos negligenciadas dos ODM, tais como os determinantes sociais da saúde, incluindo a educação das meninas, a equidade na saúde e a igualdade de género, os direitos humanos e a dignidade humana (WHO 2012a). Além disso, há um alerta para várias novas prioridades que precisam ser abordadas: o envelhecimento e as doenças não transmissíveis (DNT), o impacto das alterações climáticas na saúde e da mobilidade humana e dos refugiados. Há também um alerta para a clareza das relações entre a saúde e o desenvolvimento sustentável. Há um consenso de que a saúde deve ter um lugar nas metas de desenvolvimento pós-2015; no entanto, não está claro como estes objetivos e as metas de saúde serão enquadradas (WHO 2012a).

A agenda de desenvolvimento pós-2015 é impulsionada pela Organização das Nações Unidas (ONU), que convocou um Painel de Alto Nível de Pessoas Eminentes composta por líderes do governo, da sociedade civil e do setor privado, que apresentou o seu relatório em junho de 2013. O Painel de Alto Nível recebeu um relatório de uma Equipa de Trabalho das Nações Unidas, que estabeleceu um quadro amplo para pós-2015, com quatro pilares: o desenvolvimento económico inclusivo; sustentabilidade ambiental; desenvolvimento social inclusivo - incluindo a saúde; e paz e segurança, tendo por base os direitos humanos, a igualdade e a sustentabilidade (WHO 2013b).

Prevê-se que os processos de consulta resultarão em novos objetivos e metas que visam a agenda de desenvolvimento pós-2015 e a saúde constituirá um elemento-chave. É esperado que essa agenda aborde o "negócios inacabados" dos ODM, bem como ter o novo panorama da saúde em conta. Enquanto mantém as metas de saúde dos ODM, também é esperado o desafio crescente das doenças não transmissíveis e também se espera que os seus fatores de risco sejam incluídos, com indicadores claros (WHO 2012b).

O impacto da escassez mundial de enfermeiros

Impacto da crise económica na enfermagem e no acesso a cuidados de saúde

A crise económica mundial iniciada em 2008 teve um impacto devastador sobre a força de trabalho de enfermagem e o acesso aos cuidados, agindo como um freio sobre os níveis de recrutamento e de pessoal, numa altura em que a escassez mundial de enfermeiros enfrenta uma crescente procura de cuidados de saúde. Em muitos países em todo o mundo os governos cortaram na despesa em cuidados de saúde e, em particular, na enfermagem. Em muitos países em desenvolvimento o progresso em direção a uma cobertura de saúde universal é dificultada pela escassez de profissionais de saúde na quantidade certa, no local certo, e com as competências adequadas para prestar serviços de qualidade a toda a população (WHO 2006). Os países desenvolvidos também não estão imunes a uma grave escassez de profissionais de saúde por causa de cortes no orçamento devido à desaceleração da economia global (Sousa et al. 2013). Alguns dos países mais pobres da Europa, como a Roménia, reduziram os seus orçamentos de saúde em 25 por cento (International Medical Travel Journal 2011).

Além disso, a crise fez com que muitos enfermeiros fossem obrigados a procurar trabalho noutro lugar, ou fora do seu país ou fora da profissão. Por exemplo, em novembro de 2013, a Organização de Enfermeiras e Parteiras Irlandesas (INMO)[1] disse que "o Conselho de Enfermagem e de Obstetrícia da Irlanda revelou que 1.231 enfermeiros procuraram certificados para trabalhar no estrangeiro nos primeiros dez meses deste ano [...] para além dos 5.000 enfermeiros estimados que deixaram a Irlanda entre 2009 e 2012. O INMO descreveu os números como extremamente preocupantes e advertiu que a "fuga de cérebros" iria intensificar dado que 1.500 novos licenciados procuravam trabalho. O secretário-geral do INMO, Liam Doran, [...] acrescentou que os números indicaram que 50 novos licenciados por semana procuram papéis para trabalhar no estrangeiro e que cada enfermeiro e parteira que sai custam entre € 75.000 e 80.000 para se formar durante a sua formação académica de quatro anos "(INMO 2013/2014).

[1] NT= INMO = Irish Nurses and Midwives Organisation = Organização de Enfermeiras e Parteiras Irlandesas

Os enfermeiros são o maior grupo de profissionais de saúde e são responsáveis por uma grande parte dos custos totais de saúde. Como resultado, em tempos de austeridade económica os enfermeiros são muitas vezes os primeiros a serem reduzidos, o que é prejudicial para a segurança e qualidade do atendimento ao doente. Para ilustrar, a crise económica teve um impacto negativo sobre os enfermeiros na Islândia onde houve fusão das unidades de saúde para diminuir custos, demissões ou cortes e reduções nas horas extraordinárias e subsídios de turno, resultando em altos níveis de insatisfação (ICN 2010). Da mesma forma, um estudo de enfermeiros em 12 países europeus mostrou que uma grande percentagem estavam insatisfeitos e manifestaram a sua intenção de deixar os seus empregos. A insatisfação dos enfermeiros estava relacionada com os salários, oportunidades educacionais e falta de progressão profissional (Aiken et al. 2013).

A escassez mundial de Enfermagem

Os exemplos dos países abaixo mencionados retratam um quadro sombrio da escassez de enfermagem.

- No Malawi, há uma grave escassez de enfermeiros e o país tem apenas 25% dos números necessários. Em 2010 o Malawi tinha um rácio enfermeiro / população de 1,7: 10.000 e diz-se que o rácio melhorou para 3,4 enfermeiros por 10.000 habitantes; mas este ratio ainda é baixo em comparação com o recomendado pela OMS de 50 enfermeiros por 10.000 habitantes (Mphande 2014).

A situação é semelhante noutros países da África Austral (Nullis 2007).

- A África do Sul tem 39,3 enfermeiros por 10.000 habitantes, mas uma elevada percentagem destes trabalham no setor privado e a escassez ocorre especialmente nas zonas rurais. Essa escassez é um dos desafios para a expansão dos cuidados e serviços de tratamento de SIDA no país.
- No Lesoto, que também é devastado pela SIDA, existem apenas 6,3 enfermeiros por 10.000 habitantes e mais de metade dos postos de trabalho de enfermagem estão vagos levando à falta de acesso a serviços de saúde.
- Em Moçambique, existem dois enfermeiros por 10.000 habitantes, e, como resultado, num distrito muitos doentes morreram durante uma espera de dois meses para iniciar o tratamento antirretroviral.

A escassez de enfermeiros em cinco países da Comunidade do Caribe (CARICOM), nomeadamente a Guiana, Jamaica, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas e Trinidad e Tobago, é crítica. Estima-se que existam cerca de 7.800 enfermeiros (em 2007) na região. Isso traduz-se numa proporção de 12,5 enfermeiros por 10.000 habitantes, o que é comparativamente desfavorável em relação aos países da OCDE, onde os índices tendem a ser 10 vezes superiores (World Bank 2009). Nos países da CARICOM menos de 10 por cento dos enfermeiros estão a prestar cuidados de saúde primários; um nível que é provavelmente insuficiente para responder de forma eficaz aos desafios de saúde associados às transições demográficas e epidemiológicas. A taxa de desocupação é de 30 por cento. Embora a escassez de enfermeiros tenha muitas razões, a taxa de retenção anual de 8 por cento devido à migração contribui para a perda. Estima-se que o número de enfermeiros falantes de Inglês formados pela CARICOM[2] que trabalham no exterior seja cerca de três vezes mais que o número a trabalhar na CARICOM de língua inglesa (World Bank 2009).

Nas Américas, o número de enfermeiros por 10.000 habitantes varia entre os países com o menor número, como o Chile, que tem um rácio de 1,4 enfermeiros por 10.000 habitantes, e aqueles com rácios mais elevados, como o Canadá com 92,9 enfermeiros por 10.000 habitantes (WHO 2014).

[2] NOTA: A CARICOM de língua inglesa inclui os seguintes países: Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Dominica, Granada, Guiana, Jamaica, Montserrat, St. Kitts e Nevis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, e Trinidad e Tobago

Com uma prevalência relativamente alta de VIH / SIDA e um crescendo de doenças não transmissíveis, o reduzido número de enfermeiros que prestam cuidados de saúde primários tem implicações importantes para a capacidade do CARICOM de prevenir e controlar essas condições através de intervenções eficazes (UNAIDS 2007; Hennis & Fraser, 2004). De facto, estudos anteriores da CARICOM indicaram que serviços de cuidados de saúde primários bem geridos por enfermeiros, por exemplo, o controle glicémico em doentes diabéticos, precisam ser fortalecidos e ampliados, mas a escassez de enfermeiros limita o acesso a estes serviços (Hennis & Fraser 2004).

Da mesma forma, os países da OCDE têm expressado preocupação com a escassez de enfermeiros e o seu impacto sobre o acesso, segurança e qualidade dos serviços de saúde. A maioria dos países da OCDE referem uma escassez de enfermeiros: a Austrália prevê um deficit de 109 mil enfermeiros em 2025 (Health Workforce Australia 2012). Num inquérito recente do Reino Unido (NHS Employers 2014, p.14), 83 por cento das organizações inquiridas relataram estarem a enfrentar uma escassez de mão-de-obra qualificada de enfermagem.

Os efeitos negativos da escassez de enfermeiros nos doentes

Os enfermeiros são uma força vital para a prestação de cuidados de qualidade em tempos difíceis, ajudando o sistema a ser mais eficiente e a ter cuidados eficazes. O nível de dotações de enfermeiros e o ambiente de trabalho tem implicações diretas para a assistência ao doente.

De acordo com um relatório da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, dotações de enfermagem inadequadas nos EUA têm sido um fator em 24 por cento dos casos que envolvem a morte, lesão ou perda permanente da função do doente. O relatório também diz que 90 por cento das instalações de cuidados de longa duração apresentam dotações de enfermagem inadequadas para a prestação dos cuidados mais básicos e, em 2020, haverá ainda menos enfermeiros. No entanto, os "Hospitais Íman" nos EUA reconhecidos para a assistência com qualidade ao doente, excelência em enfermagem e inovações na prática profissional de enfermagem, têm evitado ou superado com sucesso a escassez por causa das condições de trabalho positivas e o aumento do financiamento (Joint Commission 2005).

A evidência mostra que hospitais com uma maior proporção de enfermeiros para doentes têm taxas de mortalidade mais baixas (Aiken et al. 2014). Da mesma forma, dotações de enfermagem inferiores, o aumento da carga de trabalho e ambientes de enfermagem instáveis estavam ligados a resultados negativos, incluindo quedas e erros de medicação (Duffield et al. 2011).

Melhores ambientes de trabalho e a redução no rácio de doentes foram associados com o aumento da qualidade de cuidados e satisfação do doente (Aiken et al. 2012). O estudo também concluiu que os défices em termos de qualidade de cuidados hospitalares eram comuns e concluiu que a melhoria dos ambientes de trabalho do hospital pode ser uma estratégia com um custo relativamente baixo para melhorar a segurança e a qualidade nos cuidados hospitalares e aumentar a satisfação do doente.

Enquanto a escassez global de enfermeiros está a prejudicar os sistemas de saúde e os doentes, esta também tem impactos negativos sobre os enfermeiros.

O efeito da escassez de enfermeiros nos enfermeiros

As comunidades exigem a excelência aos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente. Por sua vez, os enfermeiros merecem que as condições de trabalho e de remuneração sejam compatíveis com a qualidade de seus cuidados. Em grande parte do mundo, no entanto, o bem-estar socioeconómico dos enfermeiros é deficiente ou inadequado. Alguns enfermeiros trabalham em condições muito difíceis. Tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, os enfermeiros estão estressados e sobrecarregados pelo aumento da carga de trabalho.

A escassez de enfermagem fez com que os enfermeiros trabalhem muitas vezes longas horas sob condições estressantes, que podem resultar em fadiga, lesões e insatisfação no trabalho. Os enfermeiros em países com escassez têm cargas de trabalho pesadas e estão esgotados, dado que outros enfermeiros saíram para empregos mais bem pagos no sector privado ou para oportunidades no exterior. A insatisfação com o trabalho está em ascensão devido ao aumento da carga de trabalho, mais horas e não ter os recursos para prestar cuidados de qualidade (Aiken et al. 2013).

Por estas razões, e outras, o ICN está empenhado em melhorar a segurança no local de trabalho para os enfermeiros em todo o mundo através dos seus projetos, incluindo o programa Liderança para a Negociação e a campanha Ambientes Favoráveis à Prática (PPE)[3]. Lançada em 2010, a campanha PPE teve como objetivo melhorar a qualidade dos serviços de saúde através da sensibilização, da identificação de boas práticas e do desenvolvimento de ferramentas para os gestores e profissionais de saúde, e da implementação de projetos nacionais e locais para melhorar os ambientes de prática. A campanha promoveu ambientes de trabalho seguros, custo efetivos e saudáveis, portanto, em última análise, fortalecendo os sistemas de saúde e melhorando a segurança do doente (ICN 2013a).

O paradoxo de enfermeiros desempregados

Apesar da escassez global de enfermeiros, os recém-licenciados em enfermagem em alguns países são incapazes de encontrar emprego. Por exemplo, em 2006, a OMS informou que os enfermeiros em Grenada, Uganda e Zâmbia foram confrontados com o desemprego dado que os seus sistemas de saúde não tinham dinheiro para pagar os seus salários (WHO 2006). Mesmo em países desenvolvidos, como a Austrália, há enfermeiros que estão sem emprego. A Australian Nursing and Midwifery Federation (ANMF) relata que mais de 3.000 enfermeiros australianos altamente formados em enfermagem e obstetrícia são incapazes de encontrar postos de trabalho permanentes e que este continua a ser um dos maiores problemas da força de trabalho da profissão (ANMF 2014).

Isto significa que dentro de um contexto de escassez, há o paradoxo de desemprego dos enfermeiros. Por exemplo, em 2005, Volqvartz descobriu que, embora metade de todas as posições de enfermagem no Quénia estivessem preenchidas, um terço de todos os enfermeiros quenianos estavam desempregados (Volqvartz 2005). Da mesma forma muitos enfermeiros na Tanzânia, Filipinas, e partes da Europa Oriental foram obrigados a trabalhar de graça, a fim de manter as suas competências, com a esperança de que o sistema iria empregá-los quando uma posição orçamentada ficasse disponível (Kingma 2008). Embora estes dados não sejam atuais não há nenhuma evidência para sugerir que a situação melhorou.

Como observado anteriormente, o desemprego de profissionais de saúde ocorreu quando os profissionais de saúde foram considerados um custo no orçamento e alguns países até colocaram um travão no recrutamento de profissionais de saúde mesmo quando a necessidade de serviços de saúde era elevada (WHO & World Bank, 2002). A reforma da saúde impulsionada por medidas de contenção de custos, tais como a redução da despesa pública e dos salários, a privatização dos serviços públicos, a desvalorização da moeda e a eliminação de subsídios resultou na deterioração dos serviços e na erosão do pessoal de saúde (Liese & Dussault 2004).

[3] NT= Ambientes Favoráveis à Prática = Positive Practice Environments (PPE)

As evidências apontam para o aumento das dotações de enfermagem para obter melhores resultados nos doentes. Um planeamento de dotações adequado e de acordo com as necessidades da população ajudaria a melhorar a saúde da população.

Porque os enfermeiros devem envolver-se no financiamento e políticas de saúde

O Código de Ética para Enfermeiros do ICN (ICN 2012b) sustenta a responsabilidade profissional dos enfermeiros nos cuidados continuados e também o papel mais amplo do enfermeiro na defesa da equidade e da justiça social. O papel dos enfermeiros na abordagem dos determinantes sociais da saúde e na redução da violência contra as mulheres e as crianças são alguns exemplos de contribuições adicionais da enfermagem para a sociedade. O envolvimento de enfermeiros no desenvolvimento do diálogo político da saúde sustentável é fundamental para a realização do potencial da enfermagem.

Baseando-se no seu legado profissional como defensores dos doentes, peritos na prestação de cuidados e um foco na comunidade, os enfermeiros estão idealmente posicionados para fazer uma grande contribuição para a formulação da política de saúde que é sustentada por equidade e custo-efetividade (Lathrop 2013). Sua estreita interação com os consumidores de cuidados de saúde em variados contextos dá aos enfermeiros uma boa compreensão das necessidades de saúde; como fatores ambientais afetam a saúde dos doentes e das suas famílias; e como as pessoas reagem a serviços e intervenções diferentes. No entanto, os enfermeiros muitas vezes têm falta de apoio por parte dos políticos ou de financiamento para introduzir inovações no atendimento. Por exemplo, os enfermeiros gestores vêem a prática baseada na evidência (PBE) como condutor de cuidados de qualidade, da segurança do doente e de melhores resultados dos doentes. No entanto, falta-lhes financiamento e apenas uma pequena percentagem do orçamento é alocado a PBE (Elsevier Clinical Solutions 2014).

Os enfermeiros são uma parte fundamental da equipa de saúde. Eles entendem a interação dos doentes e suas famílias com o alcance dos outros profissionais envolvidos no seu atendimento. Os enfermeiros trabalham dentro de um contexto de restrições no âmbito do custo-qualidade e estão na posição de aconselhar sobre o impacto das políticas destinadas à relação custo-eficácia nos cuidados de saúde. Para que os enfermeiros possam influenciar e moldar decisões, é essencial que eles compreendam claramente como a política é feita e aplicada, assim como o seu contexto mais amplo. Sem essa compreensão do desenvolvimento de políticas, a enfermagem não será incluída no processo (ICN 2005a).

Os enfermeiros têm uma contribuição importante para fazer no planeamento da tomada de decisão dos serviços de saúde e no desenvolvimento de políticas de saúde apropriadas e eficazes. Eles podem e devem contribuir para a política pública relacionada com a preparação de profissionais de saúde, sistemas de prestação de cuidados, financiamento em saúde, ética na saúde e determinantes de saúde.

ICN (2008a)

Os enfermeiros também precisam trabalhar fora do sector da saúde para partilhar os seus conhecimentos, nomeadamente sobre o desenho de casas e ambientes comunitários que ajudam a manter a independência e a evitar os riscos que podem resultar em trauma. Por exemplo, colocar tomadas elétricas à altura da cintura, em vez de ao nível do chão, facilita a independência das pessoas com problemas de equilíbrio. O uso da cor para permitir que as pessoas evitem escorregar e cair pode desempenhar um papel na manutenção da independência e evitar a necessidade de serviços de saúde.

"Cada um de vós tem que se juntar ao debate, assegurar um lugar na mesa política e fazer com que a voz da Enfermagem seja ouvida. Sem esta voz, a política será incompleta."

Judith Shamian, President do ICN 2013-2017
Relatório Bianual ICN, 2012-2013

Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e o acesso aos serviços de saúde depende da medida em que os mais de 16 milhões de enfermeiros de todo o mundo se mobilizam para serem eficientes e prestarem cuidados eficazes. Depende também do fornecimento de conhecimento e informação atual para os profissionais de enfermagem em questões-chave como o financiamento, a política de saúde e o processo de tomada de decisão. Como a maior profissão da saúde, os enfermeiros são a chave para liderar a mudança na linha de frente em direção à equidade, à cobertura de saúde universal e, finalmente, em direção a melhores resultados em saúde a nível mundial.

A fim de reforçar os sistemas de saúde, os enfermeiros precisam estar devidamente preparados para ajudar a moldar política, trabalhar de forma eficaz em equipas interdisciplinares, planear e gerir os serviços de saúde, envolver as comunidades e os principais interessados no planeamento e prestação de cuidados saúde e para pressionar de forma a aumentar do fluxo de recursos para os sistemas de saúde (ICN 2005b).

Como tal, os enfermeiros devem ser estrategicamente posicionados para fornecer soluções criativas e inovadoras que fazem uma diferença real para a vida do dia-a-dia dos doentes, sistemas de saúde, comunidades e da profissão.

É por isso que os enfermeiros são parceiros essenciais para os governos e outros financiadores para garantir e assegurar cuidados eficazes e sistemas de saúde custo-eficazes.

PONTOS DE AÇÃO

No local de trabalho:

- Descubra o custo dos materiais e equipamentos essenciais utilizados no seu contexto.
- O que é que os enfermeiros podem fazer para reduzir o custo dos cuidados de saúde na sua prática diária?

A nível nacional:

- Quais são as restrições de custo que os enfermeiros no seu país enfrentam atualmente?
- Como podem os enfermeiros abordar essas restrições?

O próximo capítulo abordará modelos de financiamento em saúde e a utilização eficiente de recursos para prestar cuidados de qualidade.

Capítulo 2
Financiamento da saúde

Não podemos resolver problemas utilizando o mesmo tipo de pensamento que usamos quando os criamos – Albert Einstein.

A questão das despesas de saúde continua a ser o centro das atenções na agenda de vários países e uma série de iniciativas de financiamento têm sido implementadas para atender às necessidades de saúde das populações dentro das limitações impostas por recursos finitos. O financiamento da saúde visa satisfazer os custos relacionados com os recursos humanos para a saúde, a tecnologia para diagnóstico e tratamento, medicamentos e outras despesas. Para este fim, o financiamento da saúde tem três elementos-chave: angariar dinheiro suficiente para a saúde; remover os obstáculos financeiros ao acesso; e fazer melhor uso dos recursos disponíveis (WHO 2010b).

Conseguir um atendimento de qualidade a baixo custo exigirá liderança dos enfermeiros para a mudança, para que continuem a ser profissionais eficientes e a prestar cuidados eficazes. Uma boa compreensão dos processos e mecanismos de financiamento da saúde é fundamental para a liderança da enfermagem na defesa da equidade em saúde e da cobertura universal de saúde.

Principais modelos de financiamento da saúde

O financiamento da saúde e a prestação de cuidados de saúde são mais eficazes quando estão intimamente ligados. Os mecanismos de financiamento devem permitir o acesso universal aos cuidados, sem colocar uma carga pesada sobre os pobres. Isto significa colocar em prática um modelo de financiamento sólido que remova as barreiras ao acesso - como o pagamento direto, a distância e o tempo de viagem até a unidade de saúde - e aos cuidados de alta qualidade.

Existem vários mecanismos de financiamento para os serviços de saúde (WHO 2010b; Macdonald 2009). Estes incluem:

Financiamento baseado nos impostos: Este é o modelo de financiamento mais utilizado na maior parte da África Subsaariana e no Sul da Ásia. Neste modelo, os serviços de saúde são pagos através de receitas da administração pública, tais como o imposto sobre o rendimento, direitos de importação e impostos sobre o tabaco e álcool. Em geral, este mecanismo é pró-pobre. No entanto, a preocupação com a qualidade do atendimento e o acesso aos cuidados pode desencorajar os pobres de utilizar os serviços de saúde.

Financiamento da segurança social ou financiamento comum: Neste mecanismo os serviços de saúde são pagos através de contribuições para um fundo de saúde como os de empregados e empregadores. Isso garante que o risco financeiro de ter que pagar por cuidados de saúde é suportado por todos os membros do grupo e não pelos indivíduos que ficam doentes. A adesão é obrigatória, mas para alguns grupos, como os trabalhadores por conta própria, pode ser voluntária.

O seguro privado: As pessoas pagam prémios regulares relacionados com o custo da prestação de serviços. Isso pode significar que as pessoas que estão no grupo de risco elevado pagam mais e os que são de baixo risco pagam menos. Este modelo é encontrado principalmente em países desenvolvidos, onde há alguma forma de sistema nacional de saúde, como o Canadá e o Reino Unido. Os ricos continuam a ter um seguro complementar, a fim de obter os serviços privados ou para aceder a serviços não abrangidos pelo sistema nacional de saúde. A adesão é voluntária.

As taxas moderadoras ou pagamentos diretos: Neste mecanismo não há seguro ou partilha mútua de custos e as pessoas fazem os pagamentos diretamente aos serviços de saúde que utilizam. Fazer as pessoas pagar no ponto de entrega desencoraja-os de usar serviços, designadamente a promoção da saúde e serviços de prevenção de doenças, e encoraja-os a adiar visitas oportunas para obter cuidados de saúde. Este sistema também pode empurrar as pessoas para dificuldades financeiras.

Independentemente de qual o modelo utilizado, tudo deve ser apoiado pela qualidade do atendimento. Se as pessoas percebem que os cuidados de saúde são de má qualidade é pouco provável que elas os utilizem. Ao fazer escolhas sobre os diferentes mecanismos de financiamento é importante lembrar que as pessoas devem estar no centro dos cuidados. Afinal de contas, são as pessoas que fornecem os fundos necessários para pagar os serviços de saúde através de impostos, contribuições e doações. E a principal razão para a captação de recursos é melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas. O financiamento da saúde é um meio para um fim, não um fim em si mesmo (WHO 2010b).

Tabela 1. Maiores tendências no financiamento da saúde

Tendência	Objetivos	Países
Introduzir ou aumentar as taxas moderadoras para sistemas baseados em impostos	- Aumentar a receita e o uso mais eficiente dos recursos - Criar uma maior responsabilização do consumidor	Muitos países na África Subsaariana
Introduzir sistemas de seguro de saúde de base comunitária atualmente baseados em taxas de utilização e receitas fiscais	- Reduzir as barreiras financeiras criadas por taxas moderadoras - Incentivar o uso mais eficiente dos recursos - Arrecadar mais receitas	Tailândia, Indonésia, Índia, Tanzânia, Uganda
Mudança de sistemas baseados nos impostos para sistemas do tipo de seguro social de saúde	- Criar fonte independente e sustentável de financiamento da saúde - Arrecadar mais receitas	Tailândia, Europa Oriental, Gana, Nigéria, Zimbabwe
Consolidar vários fundos de seguro do Estado	- Aumentar a equidade e evitar a fragmentação - Aumento da eficiência administrativa	México, Columbia, outros países da América Latina

Adaptado de: Bennett & Gilson (2001)

Incindindo sobre os pobres

Ao financiar a cobertura de saúde universal, é importante que as políticas sejam "pró-pobres" e não devem excluir aqueles que não podem contribuir ou fazer contribuições para o seguro. Os elementos importantes de um sistema de financiamento de saúde "pró-pobre" são segundo Macdonald (2009):

- Contribuições para os custos dos cuidados de saúde estão ligados à capacidade de pagamento
- Os pobres são protegidos do risco financeiro associado à doença
- Serviços são acessíveis - incluindo a acessibilidade geográfica e a qualidade

Para atingir a cobertura universal de saúde, os sistemas de financiamento devem permitir que as pessoas usem um contínuo de serviços de saúde - a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação – sem sentirem dificuldades financeiras. No entanto, em muitos países, milhões de pessoas não podem usar os serviços de saúde por causa dos pagamentos diretos

aquando da utilização do serviço ou estão em condições de miséria por causa de pagamentos diretos. Mecanismos de pré-pagamento, como a agregação de fundos removem obstáculos financeiros e, assim, aumentam o acesso aos serviços em tempos de necessidade (WHO 2010b).

Quanto custam os serviços de saúde?

A fim de decidir quanto investir em saúde, é importante saber quanto custam os serviços. Uma estimativa recente da OMS sobre o custo da prestação de serviços de saúde essenciais sugere que os 49 países de baixo rendimento inquiridos precisariam de gastar pouco menos de US $ 44 per capita, em média, chegando a pouco mais de US $ 60 per capita em 2015 (WHO 2010b). Esta estimativa inclui o custo de expansão dos sistemas de saúde para oferecer uma combinação de intervenções. Isto também inclui intervenções para doenças não transmissíveis e os ODM relacionados com a saúde, ou seja, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças. Isto significa que os países de baixo rendimento podem dar-se ao luxo de fornecer cobertura de serviços essenciais de saúde de uma forma sustentável.

Uso eficiente dos recursos

Como observado no Capítulo 1, o custo dos cuidados de saúde está a aumentar em todo o mundo e é importante que os recursos disponíveis sejam utilizados de uma forma eficiente e eficaz. Gastos supérfluos representam uma quantidade substancial dos recursos de saúde. Por exemplo, nos Estados Unidos, até US $ 1,2 triliões, ou metade de todas as despesas de saúde, é resultado de desperdícios (PwC Health Research Institute 2010). Um relatório do Institute of Medicine (IOM) estima que os gastos desnecessários com saúde totalizaram $750 biliões só em 2009 (IOM 2012). A maior área de gastos, nomeadamente nos EUA, é a que é conhecida como "medicina defensiva", que envolve a prescrição de exames e procedimentos inadequados ou desnecessários para evitar ser processado pelos consumidores de cuidados de saúde (Thomson Reuters 2009). Outros fatores que contribuem para o desperdício de gastos incluem o não cumprimento do aconselhamento médico e dos tratamentos pelos doentes (IOM 2012; Sabate 2003).

O European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN) refere que das despesas de saúde anuais globais, que são cerca de US $ 5,3 triliões, um pouco menos de 6 por cento, ou seja, cerca de US $ 300 bilhões, perde-se devido a erros ou corrupção (EHFCN 2010). Enquanto a maioria dos países não consegue usar os recursos disponíveis, alguns países perdem mais do que os outros por causa da contratação, uso irracional de medicamentos ou o uso ineficiente dos recursos humanos e técnicos. Os variados níveis de ineficiência significam que alguns países alcançam níveis de cobertura mais elevados e melhores resultados em saúde do que outros com os mesmos recursos. Por exemplo, no Brasil, Chile e Costa Rica cada um gasta mais de US $ 400 per capita em saúde; mas a expectativa de vida no Brasil é de 72 anos, em comparação a 78 anos nos outros dois países (Chisholm & Evans 2010).

O método de pagamento dos prestadores de cuidados de saúde e os valores que são pagos influenciam o seu comportamento. Podem-se criar sinais económicos, ou incentivos, que afetam as decisões do prestador sobre a gama de serviços, incluindo a prescrição de medicamentos e exames de diagnóstico. Os incentivos corretos podem direcionar o comportamento do prestador para atingir os objetivos do sistema de saúde, tais como a melhoria da qualidade do atendimento e ampliar o acesso a serviços prioritários, ou usar recursos de forma eficiente. Por outro lado, alguns métodos de pagamento incentivam os prestadores de cuidados de saúde a desperdiçar recursos e a aumentar o seu rendimento. Por exemplo, métodos de pagamento por serviço incentivam os prestadores a oferecerem mais serviços para que possam aumentar o seu rendimento. Da mesma forma, métodos de captação, que reembolsam o profissional de saúde com base numa quantia fixa por doente para um conjunto definido de serviços incentivam os prestadores a inscrever mais doentes para que eles possam maximizar os seus rendimentos (Özaltin & Cashin 2014; Chisholm & Evans 2010).

Muitos sistemas de saúde não conseguem isolar os custos afectos à enfermagem, acabando por incluí-los como parte do rácio do internamento, mas nós sabemos, através da investigação, que a sobrevivência e as complicações que levam a custos adicionais estão vinculados aos cuidados de

enfermagem; portanto, a compreensão de como os enfermeiros são distribuídos é crucial para conseguir sistemas de atendimento custo-eficazes. Os formuladores de políticas devem, portanto, adotar métodos de pagamento e definir as taxas de pagamento para que os incentivos se alinhem com os objetivos do sistema de saúde, tais como ser mais sensível aos doentes e utilizar os recursos de forma mais eficiente.

As principais causas de ineficiência

As principais fontes de ineficiência dos sistemas de saúde incluem (Chisholm & Evans 2010):

- Uso excessivo de medicamentos de marca e subutilização de produtos genéricos
- Uso de medicamentos falsificados e desclassificados
- Excesso de materiais e equipamentos, de investigação e de procedimentos
- *Mix* de equipa inadequado ou oneroso, trabalhadores desmotivados
- Internamentos e duração de estadia inapropriados
- Erros médicos e má qualidade dos cuidados
- Desperdício, corrupção e fraude
- *Mix* ineficiente ou nível inadequado de estratégias como o financiamento de alto custo e intervenções de baixa eficácia quando opções de baixo custo e de alto impacto são preteridas

Em todo o mundo, estima-se que mais da metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inapropriadamente (WHO 2010c). O uso irracional de medicamentos pode assumir diferentes formas: prescrições múltiplas ou polifarmácia, o uso excessivo de antibióticos e injeções, a não prescrição de acordo com as diretrizes clínicas ou automedicação imprópria (Holloway & van Dijk 2010). Para adicionar à ineficiência, estima-se que metade dos utentes não tomam a medicação conforme prescrita ou dispensada (Sabate 2003), o que leva ao desperdício e ineficiência do sistema de saúde, bem como ao aumento da resistência antimicrobiana.

Por outro lado, o uso racional de medicamentos que incide sobre medicamentos essenciais pode reduzir as despesas com medicamentos. Por exemplo, o Sultanato de Omã publicou um formulário nacional com maior enfoque sobre medicamentos essenciais. Uma abordagem mais responsável para o uso de medicamentos de forma consistente poupou 10 a 20 por cento das despesas com medicamentos previstas entre 2003 e 2009 (WHO 2012c).

Da mesma forma, o uso racional dos recursos humanos, como a mudança de tarefas ou a divisão de tarefas pode resultar em poupanças substanciais. Para ilustrar, na África do Sul, o revezamento de tarefas no tratamento antirretroviral dos médicos para os enfermeiros nos cuidados de saúde primários demonstrou que os cuidados prestados por enfermeiros melhoraram a deteção de TP, aumentou a contagem de glóbulos brancos, aumento de peso e melhorou a adesão ao tratamento, tudo com um custo mais baixo (Fairall et.al 2012).

Ineficiências de saúde e cuidados de má qualidade

As ineficiências e o desperdício de recursos na área da saúde também podem ocorrer devido a cuidados de qualidade pobre que resultam em efeitos adversos, tais como erros médicos, infeções hospitalares e úlceras por pressão, aumentando, assim, o tempo de internamento e o custo dos cuidados de saúde.

Erros médicos

Os erros médicos são uma séria ameaça para a segurança do doente. Eles são muitas vezes resultado da debilidade dos sistemas de saúde que estão mal equipados ou mal geridos. Os erros médicos podem levar a tempos de internamento mais prolongados e, assim, aumentar o custo dos cuidados de saúde, bem como o custo para o doente e a sua família, devido à dor e ao sofrimento ou até mesmo a morte (WHO, 2005). A notificação de eventos adversos é fundamental para a deteção de problemas na segurança do doente. No entanto, os relatórios não são um fim em si mesmo; são um meio de melhorar a segurança do doente através da aprendizagem com os erros e a mudança da cultura de segurança da organização. Um sistema de comunicação da segurança do doente eficaz

deve ser não punitivo, sem envergonhar e culpar daqueles que reportam os erros. E a informação deve ser disseminada para outras pessoas para que exista aprendizagem com os erros e mudanças na prática (WHO 2005).

O problema de erros médicos é enorme e um quarto dos adultos com problemas de saúde na Austrália, Canadá, Nova Zelândia, e nos EUA e um quinto no Reino Unido relataram terem sofrido um erro de medicação ou um erro médico nos últimos dois anos (Blendon et al., 2003). Nos EUA erros de medicação graves evitáveis ocorrem em 3,8 milhões de internamentos - custando cerca de US $ 16,4 biliões por ano - e em 3,3 milhões de atendimentos em ambulatório por ano - custando US $ 4,2 bilíões por ano (Massachusetts Technology Collaborative and NEHI 2008). No seu relatório, *To Err Is Human*, o Institute of Medicine estimou que 7.000 mortes nos EUA cada ano são devidas a erros de medicação evitáveis (IOM, 1999).

A redução global dos erros de medicação requer uma abordagem múltipla, que vai desde os incentivos financeiros até às melhorias organizacionais e de prestação de cuidados que abordam as causas dos erros.

Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS)

A carga global de IACS permanece desconhecida por causa da dificuldade de reunir dados confiáveis. No entanto, alguns estudos mostram que a prevalência de IACS em populações de doentes mistas é de cerca de 7,6 por cento em países de rendimento elevado. O Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC)[4] estima que 4.131.000 doentes são afetados; e havia cerca de 4.544.100 episódios de IACS todos os anos na Europa. A taxa de incidência estimada de IACS nos EUA foi de 4,5 por cento em 2002, correspondendo a 9,3 infeções por 1000 dias/doentes e 1,7 milhões de doentes afetados. Os dados sobre a carga de IACS no mundo em desenvolvimento é escasso. No entanto, estudos em serviços de saúde com recursos limitados relataram casos de IACS que variaram de 5,7 por cento até 19,1 por cento, com uma prevalência de 10,1 por cento em conjunto (WHO 2011).

As ICAS resultam em hospitalizações prolongadas, incapacidade a longo prazo, maior resistência aos antimicrobianos, encargos financeiros para os sistemas de saúde, custos elevados para os doentes e suas famílias e excesso de mortes. Na Europa as ICAS causam 16 milhões de dias extra de internamento e 37 mil óbitos, com uma perda financeira anual estimada em € 7 biliões. Nos EUA as ICAS causam 99.000 mortes por ano, com uma perda financeira de US $ 6,5 biliões em 2004 (WHO 2011).

É claro que as ICAS são responsáveis por um encargo evitável de doença e morte, com enormes perdas financeiras. Elas devem ser tratadas como uma questão de segurança do doente prioritária e combatidas com abordagens abrangentes e com os enfermeiros a serem a espinha dorsal da prevenção das infeções, da segurança do doente e da eficiência do sistema.

Úlceras por Pressão

As úlceras por pressão são um assunto de segurança do doente e uma questão de qualidade do atendimento. No Reino Unido, uma análise do custo do tratamento de úlceras por pressão mostrou que este variou de £ 1.214 (categoria I) até £ 14.108 (categoria IV). Os custos aumentam com a gravidade das úlceras por pressão. É claro que o tratamento das úlceras por pressão representa uma carga significativa de custos no Reino Unido, tanto para os doentes como para os profissionais de saúde (Dealey et al. 2012).

Nos EUA, 2,5 milhões de doentes desenvolvem úlceras por pressão por ano, com uma perda financeira estimada de US $ 9,1-11.6 biliões por ano. O custo dos cuidados individuais ao doente varia entre US $ 20,900 e US $ 151.700 por doente com úlceras por pressão. O tempo médio de

[4] NT= Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças = European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

permanência para doentes com úlceras por pressão foi de 14,1 dias, em comparação com cinco dias para aqueles sem úlceras por pressão (Russo et al. 2008).

Úlceras por pressão adquiridas no hospital não são simplesmente falta de cuidados de enfermagem, mas sim uma falha de todo o sistema de cuidados de saúde. Enquanto a prevenção de úlceras por pressão é uma responsabilidade multidisciplinar, os enfermeiros desempenham um papel importante e estão numa posição para serem eficientes e prestarem cuidados eficazes. Sem um esforço conjunto, o custo tende a aumentar no futuro enquanto a população envelhece.

O que podem fazer os enfermeiros para melhorar a eficiência do sistema de saúde?

Os enfermeiros enquanto força de mudança têm a oportunidade de melhorar a eficiência e reduzir o desperdício. Em colaboração com outros profissionais de saúde e decisores, os enfermeiros e outros profissionais de saúde podem:

- Melhorar a orientação, informação, formação e prática de prescrição
- Educar os indivíduos e as comunidades sobre a deteção e vigilância de medicamentos falsificados
- Desenvolver e implementar diretrizes de boas práticas baseadas na clínica e na evidência
- Implementar revezamento de tarefas e outras formas de corresponder as competências às necessidades
- Aderir a e defender os procedimentos de controlo de infeção, melhorar os padrões de higiene nos hospitais; prestar mais cuidados continuados; realizar mais auditorias clínicas
- Monitorizar o desempenho hospitalar e usar os dados para orientar a decisão clínica
- Reduzir os encargos administrativos
- Avaliar e incorporar em políticas evidência sobre os custos e o impacto das intervenções, tecnologias, medicamentos e das opções políticas

PONTOS DE AÇÃO

- Quais são os principais modelos de financiamento no seu país?
- Será que os modelos de financiamento em saúde promovem a cobertura universal de saúde?
- Quais são as principais razões para o desperdício de recursos de saúde no seu contexto?
- O que é que os enfermeiros podem fazer para reduzir o desperdício e melhorar a eficiência na sua prática diária?

Os enfermeiros estão no centro do sistema de saúde fornecendo serviços eficientes e cuidados eficazes, no entanto, a atual escassez mundial de enfermeiros continuará a ser um grande desafio para um funcionamento eficiente dos sistemas de saúde.

No Capítulo 3 veremos como o enfermeiro pode ser mais eficiente e prestar cuidados eficazes através do acesso à mais recente síntese de evidências e com as competências necessárias para prosseguir uma mudança de qualidade e custo-efetiva, incluindo os cuidados à equipa, comunicação eficaz e optimização do desempenho do sistema de saúde.

Capítulo 3
Ser mais eficiente e eficaz

A não ser que estejamos a fazer progressos na nossa Enfermagem todos os anos, todos os meses, todas as semanas, acredite no que digo, estamos a regredir – Florence Nightingale.

O ICN tem uma longa história de liderar enfermeiros para serem eficientes e eficazes. Através das suas publicações, Declarações de Posição, projetos e conferências, o ICN implementa a sua agenda de transferência de conhecimento e de desenvolvimento de competências na população de enfermagem em todo o mundo. Um dos cinco valores fundamentais do ICN é a *Liderança Visionária* que se realiza, entre outras coisas, por meio dos seus projetos Liderança para a Mudança e Liderança em Negociação e do ICN-Burdett Global Nursing Leadership Institute.

O custo crescente global dos cuidados de saúde requer que sejam tomadas medidas para conter os custos para níveis que os países e os governos possam pagar e sustentar. As pressões de contenção de custos salientam a necessidade de entender melhor como os recursos de saúde e de enfermagem podem ser usados de forma otimizada. Gestores e líderes de enfermagem precisam usar abordagens e ferramentas para alcançar a contenção de custos; e, ao mesmo tempo, alcançar os resultados de cuidados desejados. Um tal método é a análise de custo-eficácia.

Definir a relação custo-eficácia e cuidados eficazes

Os serviços de saúde são prestados dentro das limitações dos recursos financeiros e humanos e é importante que o custo dos cuidados de saúde e os seus benefícios sejam plenamente considerados. Muitas vezes ouvimos falarem dos enfermeiros como sendo "rentáveis" e que "cuidam de forma eficaz". A compreensão destes termos é vital para orientar a tomada de decisões para uma melhor utilização dos recursos.

A análise de custo-eficácia (ACE) permite que os decisores quantifiquem os benefícios para a saúde, em termos de "saúde" e não em termos monetários avaliados em resultados de saúde; tais como o número de doenças diarreicas prevenidas, anos de vida salvos ou a melhoria da qualidade de vida (Neumann, 2005). É utilizada para determinar qual a intervenção que atinge um resultado específico com um custo menor através da comparação de duas ou mais intervenções de saúde. Por exemplo, uma análise de custo-eficácia pode ser realizada para comparar imunizações administradas por médicos com as administradas por enfermeiros para determinar qual o grupo que consegue melhores resultados com menos custos. Outro exemplo pode ser a comparação entre dois medicamentos para a hipertensão para determinar qual droga produz o resultado desejado com um custo menor.

As intervenções são comparadas em termos dos seus custos e dos seus resultados de saúde ou benefícios para a saúde. A intenção é alcançar resultados de saúde com menos recursos, o que nos leva ao conceito de "cuidar com eficácia".

Na análise da rentabilidade também precisamos de considerar os "cuidados com eficácia", que significa que os cuidados são baseados em evidências científicas e produzem os resultados pretendidos (Newhouse & Poe, 2005). Relativamente aos enfermeiros, cuidados com eficácia é a medida em que os problemas de saúde são resolvidos e o grau em que são alcançados os resultados.

Se somarmos a relação custo-eficácia com esta definição, tal significa que os enfermeiros alcançam os resultados de saúde pretendidos a um custo menor, com a qualidade como elemento subjacente.

Como indivíduos e como membros e coordenadores das equipas de saúde, os enfermeiros trazem cuidados centrados nas pessoas mais próximos das comunidades, onde eles são mais necessários, contribuindo assim para melhorar os resultados da saúde e da relação custo-eficácia global dos serviços (WHO 2010d).

Prestação de serviços eficazes para sistemas de saúde "custo-eficientes"

Cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde centrados nas pessoas

O Código de Ética para Enfermeiros do ICN afirma que os enfermeiros têm quatro responsabilidades fundamentais: promover a saúde, prevenir a doença, restaurar a saúde e aliviar o sofrimento (ICN 2012b). Além disso, têm um papel fundamental na prestação de serviços de saúde equitativos abrangendo um contínuo de cuidados que são centrados nas pessoas e na família, com base em evidências e em constante melhoria da qualidade.

Dados internacionais indicam que os sistemas de saúde com base numa forte orientação para os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm resultados de saúde melhores e mais justos, são mais eficientes, têm menores custos com a saúde e podem alcançar maior satisfação do utilizador do que aqueles cujos sistemas de saúde têm apenas uma fraca orientação para os CSP.

As doenças crónicas não transmissíveis, como doenças cardíacas, neoplasias, doenças respiratórias crónicas, diabetes e problemas de saúde mental são a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo (Lozano, R. et al. 2012, Vos T et al. 2012). Os enfermeiros estão bem informados sobre os fatores de risco para as doenças não transmissíveis comuns - o uso do tabaco, inatividade física, uso nocivo de álcool e dietas pouco saudáveis. Os enfermeiros são o alicerce do sucesso das mudanças de comportamento dos indivíduos e das comunidades por meio de intervenções de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Utilizando uma abordagem de ciclo de vida para a promoção da saúde e prevenção de doenças que se estendem desde os primeiros anos de vida até a velhice, os enfermeiros podem ajudar a reduzir o pesado fardo da doença e o custo associado aos cuidados de saúde. Além disso, os enfermeiros têm um papel fundamental no redesenho dos sistemas de saúde para que estes se concentrem na promoção da saúde e na prevenção das doenças.

Para este fim, é importante relembrar que os cuidados de saúde primários (CSP) são o meio preferido e eficaz de prestação de serviços essenciais de saúde, a um custo que os governos e as comunidades podem pagar (WHO, 2008a). Um sistema de saúde nacional é mais eficaz quando é baseado nos CSP englobando uma gama de serviços de saúde essenciais, de acesso universal e equitativos, com financiamento público. Essa abordagem exige a mudança do foco dos cuidados de saúde de hospitalares para comunitários, com intervenções de baixo custo que podem ser prestadas por enfermeiros. Tal como a Commission on Macroeconomics and Health (CMH) afirmou, serviços de saúde próximos do cliente podem ser prestados por enfermeiros, a um custo de cerca de US $ 34 por pessoa, utilizando uma abordagem de CSP (CMH 2001).

No entanto, os sistemas de saúde em todo o mundo têm-se concentrado em grande parte em cuidados hospitalares e terciários e a eficácia e segurança dos cuidados de saúde primários tem recebido menos atenção (Iha 2008). Tal resultou em sistemas de saúde com custos elevados, ineficientes e com maus resultados de saúde.

O compromisso da Enfermagem para com os cuidados de saúde primários é incorporado no **Código de Ética para Enfermeiros do ICN,** adotado em 1953 e regularmente revisto, que afirma que **"os enfermeiros têm quatro responsabilidades fundamentais: promover a saúde, prevenir a doença, restaurar a saúde e aliviar o sofrimento."**
ICN (2012b)

Na maioria dos países os cuidados de saúde primários são prestados por enfermeiros que têm uma oportunidade única de colocar as pessoas no centro dos cuidados, tornando os serviços mais eficazes, eficientes e equitativos. Os enfermeiros muitas vezes vivem dentro das comunidades e compreendem a cultura e linguagem local, o que lhes dá uma perspetiva única dos problemas de saúde e das necessidades de saúde. É esta presença dos enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde, proporcionando um contínuo de cuidados, que é uma característica definidora da Enfermagem (ICN 2008b). Os enfermeiros são a pedra angular da prestação de cuidados de saúde que está focada na pessoa, na continuidade dos cuidados, na abrangência e na integração dos serviços que são fundamentais para o cuidado holístico.

Expandir a prática de enfermagem para aumentar o acesso e a qualidade
Muitos países procuram melhorar a prestação de cuidados de saúde através da revisão dos papéis dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, dado que o desenvolvimento de papéis novos e mais avançados para os enfermeiros poderia melhorar o acesso aos cuidados (OCDE 2010).

Prática avançada de enfermagem: Cada vez mais países estão a explorar ou a introduzir enfermeiros que exercem em funções avançadas. O ICN define a prática avançada de enfermagem como "*um/a Enfermeiro/Enfermeira de Prática Avançada é um enfermeiro que adquiriu uma base de conhecimento especializado, competências para tomar decisões complexas e competências clínicas para a prática ampliada, cujas características são moldadas pelo contexto e / ou país em que ele / ela está credenciado para a prática. Um mestrado é recomendado para o nível de entrada* "(ICN 2009a).

Devido às mudanças demográficas da população, aumento de custos e desafios com o acesso aos cuidados, mais países estão a considerar a introdução de funções de prática avançada, num esforço para reduzir custos e aumentar o acesso do doente e a sua satisfação.

As avaliações mostram que o uso de enfermeiros de prática avançada (EPAs) pode melhorar o acesso aos serviços e reduzir os tempos de espera. Os EPAs são capazes de oferecer a mesma qualidade de cuidados que os médicos para uma série de doentes, incluindo aqueles com doenças menos graves e aqueles que necessitam de acompanhamento de rotina. A maioria das avaliações deparam-se com uma alta taxa de satisfação do doente, principalmente porque os enfermeiros tendem a passar mais tempo com os doente, e fornecem informações e aconselhamento (OECD 2010).

Enfermeiros prescritores: um avanço inovador cada vez mais comum na prestação de cuidados de saúde é a introdução de prescrição por enfermeiros. A prescrição por enfermeiros tem o potencial de reduzir os custos para o doente (transporte, tempo e dinheiro) e para o sistema de saúde como um todo, libertando tempo dos médicos para ver os doentes mais graves e complexos; e através da redução da procura e internamentos hospitalares agudos através do tratamento oportuno na comunidade. Além disso, pode aumentar o acesso particularmente em áreas carentes e para os grupos desfavorecidos, aumentar a escolha do consumidor e proporcionar ganhos de eficiência na gestão dos recursos (ICN 2009b, Kroezen de 2012). A evidência internacional apoia a segurança da prescrição por enfermeiros e indica que tem sido geralmente visto como positivo, como evidenciado numa revisão de literatura (Latter & Courtenay 2004) e revisão sistemática (Van Ruth et al 2008).

Gestão eficaz em sistemas de saúde "eficiência + eficácia = ganhos em saúde"

O desejo de custo-eficácia e cuidados eficazes estimula a reforma dos sistemas de saúde, a fim de alcançar os resultados de saúde a um custo acessível e sustentável. Nos sistemas de saúde complexos atuais nenhuma profissão pode reivindicar exclusivamente a propriedade de conhecimentos que poderão contribuir para a saúde. É por isso que existe a necessidade para uma prática colaborativa entre as diversas profissões de saúde - para que as suas competências sejam integradas para prestar cuidados holísticos (ICN 2004; Bower et al., 2003). Assim, existe um interesse renovado em descobrir melhores formas de oferecer serviços de saúde que vão mais ao encontro das necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Numa época de aumento da

exigência do consumidor, mudança de padrões de doenças e aumento da doença crónica, a prestação de cuidados com qualidade e com custo-eficácia exige uma abordagem mais coordenada baseada numa equipa para a qual os enfermeiros estão bem posicionados.

Abordagem em equipa

A abordagem em equipa oferece uma solução viável para os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde em todo o mundo. O trabalho em equipa é o desafio actual, sendo a colaboração o seu cerne. No entanto, apesar da crescente sensibilização para os potenciais benefícios da abordagem em equipa no âmbito do cuidar, muitas organizações de saúde não têm um trabalho em equipa eficaz, havendo consequências negativas sobre os resultados dos doentes (Lemiex-Charles & McGuire 2006). As barreiras para a abordagem da prática colaborativa em equipa têm sido atribuídas a vários fatores, incluindo a falta de estrutura, falta de um sistema de suporte, a concorrência, a hierarquia profissional, mudanças frequentes na equipa, trabalhar por turnos e transferências de doentes que tornam a coordenação e o trabalho em equipa complicado (ICN 2004 ; Storch1994).

A abordagem em equipa pode ser eficaz na prestação de cuidados de saúde primários abrangentes, bem como para os cuidados esporádicos e contínuos de populações de doentes especializadas (Bower et al., 2003). Os enfermeiros são vitais para a continuidade dos cuidados e para a coordenação dos serviços prestados pelos diferentes profissionais de saúde onde as relações interdisciplinares e comunicação são importantes. No entanto, algumas pesquisas indicam que a relação entre médicos e enfermeiros é frequentemente pobre, sendo que relacionamentos enfermeiro-médico pobres podem aumentar o risco de eventos adversos, erros e maus resultados do doente (Rosenstein & O'Daniel 2005; IOM, 1999). Por outro lado, melhorar as relações, a coordenação dos cuidados e o trabalho em equipa reduz os erros e melhora a qualidade do atendimento, dos resultados e da segurança do doente (IOM, 1999). Por exemplo, uma relação positiva enfermeiro-médico é um dos atributos dos hospitais Íman que produzem um ambiente de capacitação e satisfação no trabalho para a enfermagem, resultando num atendimento de qualidade (Laschinger et al., 2003).

Como os principais fornecedores de CSP na maioria dos países, os enfermeiros compreendem as vantagens da prestação de cuidados de saúde integrados e a necessidade de adotar e reforçar a colaboração e as parcerias. Na linha da frente todos os dias, os enfermeiros são líderes em equipas de saúde multidisciplinares em vários contextos. A interdependência entre os prestadores de cuidados de saúde está no núcleo da prática colaborativa e na integração de competências. A prática colaborativa vai para além da relação médico-enfermeiro para incluir outros profissionais, como os farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicoterapeutas e outros. A mistura de disciplinas numa determinada prática colaborativa irá variar no foco e na prioridade em resposta a diferentes contextos culturais e circunstâncias locais (ICN, 2004). Através da colaboração profissional existe uma mudança e partilha de tarefas e uma integração dos conhecimentos para a prestação de cuidados centrados na pessoa.

A abordagem em equipa é a pedra angular dos cuidados de saúde centrados na pessoa e os enfermeiros têm um contributo importante para o funcionamento e eficácia das equipas de saúde. Nos sistemas de prestação de cuidados de saúde complexos de hoje é impossível para um único grupo profissional prestar um contínuo de cuidados centrados na pessoa, na medida em que consultas, ligações e referenciações são necessárias para atingir a coordenação e a continuidade dos cuidados (ICN 2004). Os enfermeiros são a cola que mantém o sistema de saúde intacto, com competências para gerir a dinâmica das interações da equipa. É por isso que os sistemas de saúde precisam ser redesenhados para otimizar a contribuição dos enfermeiros para as equipas de saúde em geral e para o cuidado centrado na pessoa em particular.

Comunicação eficaz: A comunicação eficaz é uma pedra angular da segurança e qualidade dos cuidados de saúde. Por outro lado, a comunicação ineficaz da equipa de saúde é a causa principal em quase 66 por cento de todos os erros médicos (Institute for Health Care Communication 2011). A evidência dos estudos indica que há fortes relações positivas entre as competências de comunicação de um membro da equipa de saúde e a capacidade do doente de seguir as recomendações clínicas,

de autogerir uma situação clínica crónica e adotar comportamentos de saúde preventivos (Institute for Health Care Communication 2011).

A comunicação eficaz entre os membros da equipa de saúde influencia a qualidade das relações de trabalho, a satisfação no trabalho e os impactos sobre a segurança do doente. Quando a comunicação sobre as tarefas e responsabilidades é bem feita há uma redução significativa na rotatividade de enfermeiros e melhoria na satisfação no trabalho na medida em que passa a haver uma cultura de apoio mútuo (Lein & Wills 2007).
Se os doentes não entendem o seu diagnóstico e a importância dos planos de prevenção e tratamento, ou não podem aceder aos serviços de saúde devido a problemas de comunicação, podem ocorrer eventos adversos, resultando em danos e perdas. É igualmente importante que o enfermeiro compreenda o doente. Há evidências de que a perceção da qualidade dos cuidados de saúde por parte dos doentes sobre os cuidados que recebem depende da qualidade das interações com o seu prestador de cuidados de saúde (Wanzer et al., 2004).

Dada a importância de uma comunicação eficaz na melhoria da segurança do doente e da qualidade do atendimento, bem como a satisfação no trabalho dos membros da equipa, deve ser dada elevada prioridade organizacional às competências comunicacionais nos enfermeiros e nos outros profissionais de saúde.

Aprender a trabalhar em conjunto para melhorar a saúde: O foco indevido sobre a educação de base hospitalar e segregação profissional não preparam os profissionais de saúde para o trabalho em equipa e liderança nos sistemas de saúde de hoje (Frenk et al 2010). Uma das soluções promissoras pode ser encontrada na educação interprofissional (EIP), em que os alunos de diferentes profissões de saúde aprendem juntos num momento durante a sua educação (WHO 2010d). A EIP efetiva melhora o respeito entre os profissionais de saúde, elimina os estereótipos negativos e promove uma abordagem centrada no doente (Reeves et al., 2008). Para que a abordagem em equipa e a prática colaborativa sejam eficazes é importante que as instituições de ensino ofereçam oportunidades para aprenderem juntos.

Centralização de problemas; partilhar soluções
Os enfermeiros estão numa posição ideal para identificar e solucionar problemas que podem contribuir para o desenvolvimento de um sistema mais eficiente e eficaz. Ao juntar enfermeiros para identificar tanto os problemas que enfrentam como as soluções que já tentaram, pode estar a desbloquear-se um recurso valioso (Benton et al., 2003). Embora individualmente os enfermeiros líderes enfrentem mais problemas do que soluções, em conjunto o grupo tem uma gama de soluções mais ampla do que o número de problemas que estão a ser enfrentados. Ao facilitar reuniões curtas focadas em soluções podem ser libertadas novas perspetivas e a mudança iniciada.

O papel do enfermeiro na gestão de sistemas de saúde eficazes
O papel do enfermeiro na gestão eficaz para sistemas de saúde "custo-efetivos" e de "cuidados eficazes" envolve um amplo espectro de ações, incluindo a gestão de materiais, combate aos medicamentos falsificados e resistência antimicrobiana e evitar a prescrição de medicamentos em excesso.

Gestão do aprovisionamento: Como o custo dos cuidados de saúde continua a aumentar, espera-se que os enfermeiros desempenhem um papel ativo na gestão dos recursos de saúde, incluindo equipamentos e materiais. Os gestores de enfermagem têm um papel importante nas decisões de alocação de recursos e de orçamento. Ao mesmo tempo, os enfermeiros devem usar o material e os equipamentos de forma eficaz e devem estar cientes de quanto custam os materiais e como ocorre o desperdício. Por exemplo, o uso de luvas ao fazer camas é um desperdício; e isso pode levar a escassez quando as luvas são mais necessárias, como por exemplo quando se muda pensos ou outros procedimentos que requerem um elevado nível de controlo de infeção. Os enfermeiros devem reconhecer quando os materiais e os equipamentos são insuficientes e quando a segurança do doente está em perigo, pois têm o dever ético de pressionar para obterem os materiais necessários (2012a ICN).

A utilização criteriosa de materiais e o uso do produto certo é essencial para cuidados custo-eficazes. No entanto, os enfermeiros devem precaver-se contra a "falsa economia" no uso de materiais. Por exemplo, o reaproveitamento de material de uso único, tais como seringas ou cateteres, pode parecer económico mas pode levar a infeções, aumentando assim o custo dos cuidados de saúde (Ellis & Hartley 2005). Em particular, a reutilização de seringas pode resultar em problemas tão graves e de longo prazo como a Hepatite B, Hepatite C e infeções por VIH (Centers for Disease Control and Prevention 2011), além de que a segurança do doente deve ser considerada em primeiro lugar quando se pensa em poupar custos. Os serviços de enfermagem e de compra devem comunicar para determinar o melhor produto para o uso pretendido; e um sistema de gestão de materiais em cadeia precisa estar instituído para garantir que o fornecimento certo na quantidade certa é entregue na hora certa por um custo razoável (Ellis & Hartley 2005;. McMahon et al 1992).

Uma das principais preocupações da gestão de aprovisionamento é de assegurar níveis adequados para prestar serviços adequados. A falta de recursos nos serviços de saúde tem graves consequências para a qualidade do atendimento e para o ambiente de prática dos enfermeiros e dos outros profissionais de saúde.

Combater medicamentos contrafeitos e falsificados: Os enfermeiros estão preocupados com a relação custo-eficácia, a eficácia dos cuidados, a qualidade do atendimento e a segurança do doente. A presença crescente de medicamentos contrafeitos ou falsificados é uma séria ameaça para a segurança do doente, dado que o trabalho da equipa de saúde e da qualidade do atendimento ficará comprometido ou até mesmo ameaçado devido a medicamentos falsificados. Produtos médicos falsificados não são apenas inseguros e ineficazes; podem resultar em desperdício de recursos e oportunidade de tratar ou prevenir uma doença (World Health Professions Alliance 2011).

Produtos médicos falsificados aumentam o custo dos cuidados de saúde aumentando o encargo com doenças e podem até implicar a morte; colocar em risco a saúde pública, aumentando o risco de resistência aos antimicrobianos; e danificar a confiança dos doentes nos profissionais de saúde e nos sistemas de saúde. É por isso que o ICN uniu forças com outras organizações de saúde globais, para aumentar a consciencialização sobre os perigos dos medicamentos falsificados. A campanha Fight the Fakes[5] (www.fightfakes.org) visa mobilizar organizações e indivíduos na luta do, ainda pouco relatado mas crescente, crime de produtos médicos falsificados.

Os enfermeiros estão na linha da frente dos cuidados de saúde, na administração e, cada vez mais frequentemente, na prescrição de medicamentos, em particular nos contextos de cuidados de saúde primários. Estão bem posicionados para monitorizar os efeitos das drogas e efeitos colaterais e devem estar atentos aos sinais de falsificação, tais como embalagens e rotulagens inadequadas. Além disso, têm um papel fundamental na educação do público sobre os perigos da compra de medicamentos através da Internet via farmácias *online* ilegítimas ou nas ruas a partir de fontes não autorizadas.

> ***"Como CEO do International Council of Nurses, sei como a confiança dos doentes é importante para os enfermeiros que querem fazer o seu melhor e ver os seus doentes a recuperar rapidamente. Se receber um medicamento falsificado, eles podem perder a sua fé e confiança nos profissionais de saúde que os tentam ajudar".***
>
> David Benton, Fight The Fakes (2013)

Os doentes e o público têm uma elevada confiança nos enfermeiros, como foi demonstrado pela *Gallup Honesty and Ethics Poll*[6] nos Estados Unidos. Em 2013 e em muitos anos anteriores a pesquisa Gallup mostrou que uma elevada percentagem do público americano classificava os padrões de honestidade e ética dos enfermeiros como "alto" ou "muito alto" (Gallup 2013). Ao terem os medicamentos falsificados como alvo, os enfermeiros estão numa posição privilegiada para ajudar a garantir a segurança dos doentes e a restaurar a confiança do público na área da saúde.

[5] NT=Fight the Fakes =Luta contra os Falsificados

[6] *NT*= Gallup Honesty and Ethics Poll = Inquérito de Honestidade e Ética da Gallup

Outro papel importante da enfermagem relacionado com os medicamentos e com a relação custo-eficácia é a prevenção de usos múltiplos da prescrição de drogas ou polifarmácia.

Gestão de prescrições múltiplas: Na era da comorbilidade, onde as pessoas vivem com múltiplas condições crónicas, um número significativo de doentes tomam muitas vezes vários medicamentos de prescrição médica. Os enfermeiros sabem que é um desafio gerir os doentes mais idosos com doenças crónicas, que muitas vezes levam prescrições múltiplas, vão a médicos diferentes e podem obter aconselhamento médico e prescrições conflituantes.

O excesso de medicamentos por doente - polifarmácia - é uma forma de uso irracional de medicamentos, que resulta em desperdício de recursos e riscos difundidos para a saúde (WHO 2012d). No Reino Unido, as estimativas sugerem que de 1995 a 2010 o número de doentes a tomar 10 ou mais medicamentos triplicou (Duerden et al. 2013). Tomar inúmeros medicamentos tem consequências negativas e pode levar a eventos adversos, tais como interações medicamentosas. No entanto, continua a ser um desafio e tem-se revelado difícil de evitar. Os cuidados integrados são agora amplamente aceites como o caminho a seguir no tratamento de pessoas que vivem com várias condições.

Intervenções para prevenir a polifarmácia e promover o uso racional de medicamentos incluem: (WHO 2012c)

- Formação de médicos e outros que prescrevem medicamentos
- Uso de diretrizes clínicas
- Desenvolvimento e uso da lista nacional de medicamentos essenciais
- Criação de comissões de medicamentos e terapêutica em distritos e hospitais
- Supervisão, auditoria e *feedback* para os profissionais de saúde
- Educação pública sobre os perigos da polifarmácia
- Prevenção de incentivos financeiros distorcidos para prescritores para que eles não estejam motivados para dar mais prescrições a fim de obterem ganhos financeiros

Há a necessidade de uma maior envolvência com os doentes para garantir que os medicamentos são tomados da forma que os prescritores pretendem. Isso requer a educação dos doentes para garantir que eles compreenderam os benefícios de tomar os medicamentos prescritos e evitar situações em que os medicamentos são desperdiçados. Os enfermeiros na linha da frente do atendimento nos ambientes hospitalares e comunitários podem desempenhar um papel fundamental nesta educação. Isso significa mudar o comportamento dos doentes mas também mudar o comportamento de prescrição dos médicos e outros profissionais de saúde.

Profissionais de saúde eficazes para sistemas de saúde "custo-eficientes"

É essencial que as dotações dos profissionais de saúde sejam planeadas de acordo com as necessidades da população. O *mix* adequado de pessoal deve ser procurado para prestar os serviços de saúde necessários. Um dos principais constrangimentos para combater o acesso global aos serviços essenciais de saúde é uma grave escassez de profissionais de saúde. O "revezamento de tarefas" ou a "divisão de tarefas" é uma forma de enfrentar este desafio. O revezamento de tarefas é um processo de delegação de tarefas a profissionais de saúde menos especializados. Ao reorganizar a força de trabalho e partilhar as responsabilidades, o revezamento de tarefas fornece uma solução viável para melhorar a cobertura de cuidados de saúde e permite o uso eficiente dos recursos humanos (WHO 2008b).

Como mencionado anteriormente, a evidência mostra que um maior número de enfermeiros qualificados está associado a reduções na mortalidade dos doentes e a eventos adversos (Aiken et al, 2014). Por outro lado, uma investigação extensa na Inglaterra mostrou que quantos mais auxiliares de saúde empregados, em comparação com enfermeiros, maior a taxa de mortes nos hospitais, enquanto um maior número de enfermeiros por cama foi associada a menores taxas de morte após uma complicação tratável (falta de socorro) (Griffiths et al. 2013).

Em relação ao nível de escolaridade, a evidência sugere que uma maior ênfase na educação de bacharel para os enfermeiros poderia reduzir as mortes hospitalares evitáveis. (Aiken et al. 2014).

No planeamento da força de trabalho eficaz para a saúde os incentivos são um meio importante de atração e retenção de pessoal, bem como para motivar e melhorar o seu desempenho. Os incentivos podem ser positivos, negativos, financeiros ou não financeiros, tangíveis ou intangíveis (ICN 2005a). Os incentivos não financeiros - na forma de autonomia de trabalho, horários flexíveis, reconhecimento do trabalho, orientação, tutoria e desenvolvimento de carreira - também desempenham um papel importante no desempenho dos profissionais (Mathauer & Imhoff 2006).

A não consideração de um sistema de incentivos adequado pode originar resultados desfavoráveis, como atrito pessoal e custos organizacionais mais elevados. Por exemplo, a implementação de uma melhor remuneração para os trabalhadores de saúde do setor público no Uganda e na Tanzânia resultou numa migração interna de trabalhadores de saúde vindos de instituições religiosas para serviços governamentais, abandonando estes muitas das áreas onde apenas estavam disponíveis as instituições religiosas para as comunidades pobres e carentes (Dambisya 2007). Da mesma forma, quando o Gana introduziu o subsídio para o trabalho extraordinário para médicos e enfermeiros com uma disparidade na provisão para enfermeiros verificou-se um ressentimento por parte dos enfermeiros, que considera-se ter aumentado a sua migração (Pooja 2007).

O subinvestimento crónico no setor de saúde, combinado com as condições e políticas de emprego pobres, como a baixa remuneração, cargas de trabalho pesadas e a exposição a riscos ocupacionais resultaram na deterioração das condições de trabalho em muitos países. Globalmente existem evidências claras que isso tem um forte impacto negativo sobre o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde, a produtividade, o desempenho das unidades de saúde e, finalmente, sobre os resultados dos doentes (2013a ICN).

Sob estas condições de trabalho negativas, é improvável que os enfermeiros estejam no seu melhor e, assim, os resultados de saúde desejados são dificilmente alcançados. Como tal, este ambiente de trabalho insalubre afasta os enfermeiros dos seus países para irem à procura de melhores condições de trabalho e de melhor remuneração noutros lugares; agravando a escassez de enfermagem nos seus países de origem. Na verdade, os principais motivos da migração são a falta de apoio por parte dos supervisores; o não envolvimento na tomada de decisões; a falta de materiais e equipamentos; a falta de promoções; e as cargas de trabalho pesadas (Kingma 2008; WHO, 2006). Uma solução para melhorar a situação é a introdução de inovações no local de trabalho, conhecidas como "ambientes favoráveis à prática" (AFPs[7]). Estes são contextos que suportam a excelência na prática e promovem um trabalho decente. Em particular, os AFPs esforçam-se para garantir a saúde, a segurança e o bem-estar dos funcionários, apoiam a qualidade dos cuidados ao doentes e melhoram a motivação, a produtividade e o desempenho de indivíduos e organizações (ICN 2013a). Alguns dos benefícios dos AFPs incluem menores taxas de absentismo e rotação, aumento na motivação do pessoal e da produtividade e um melhor desempenho no trabalho (ICN 2013a).

Promover um sentido de comunicação e liderança no ambiente de trabalho produz um sentimento positivo em relação ao local de trabalho e melhora a satisfação dos funcionários (Registered Nurses Association of Ontario, 2006). Os enfermeiros relataram experiências de trabalho mais positivas e menos preocupações com a qualidade dos cuidados em hospitais com ambientes favoráveis à prática de enfermagem (Aiken et al., 2008). O estudo também descobriu que os doentes apresentaram um risco de morte significativamente menor e menos insucesso no socorro em hospitais com ambientes de cuidados melhores.

Por exemplo, os hospitais Íman demonstram uma liderança clara que melhora a qualidade do atendimento ao doente através da excelência da enfermagem e de inovações na prática. Os hospitais Íman são caracterizados por autonomia, controle sobre o ambiente da prática e relações positivas enfermeiro-médico. Como resultado do ambiente de trabalho positivo, os hospitais Íman são capazes de evitar a escassez de enfermagem e problemas de pessoal (Joint Commission, 2005).

[7] NT= Ambientes Favoráveis à Prática (AFPs) = Positive Practice Environments (PPEs)

Os enfermeiros líderes e os decisores políticos são desafiados a fornecer ambientes favoráveis à prática como um meio de melhorar o desempenho da força de trabalho e da qualidade dos cuidados através de uma combinação de incentivos financeiros e não-financeiros que dão resposta e são eficazes no cumprimento dos objetivos políticos relacionadao com o recrutamento e a retenção.

Determinar a alocação de recursos de enfermagem

Internacionalmente a enfermagem não está bem representada no financiamento hospitalar, apesar de ser a maior profissão da saúde e apesar de ser uma componente de elevado custo no orçamento do hospital (Sermeus et al., 2008). Tal como indicado no capítulo anterior, muitos sistemas de saúde não conseguem isolar os custos de enfermagem, incluindo-os nos custos do internamento. Compreender como os enfermeiros são distribuídos é crítico na procura de sistemas com cuidados eficazes e custo-eficientes. A pesquisa mostrou que a sobrevivência e as complicações que levam a custos adicionais estão intimamente ligados aos cuidados de enfermagem. No entanto, as dotações de profissionais no geral e a alocação de pessoal de enfermagem são suscetíveis de serem influenciadas pelos recursos financeiros de um hospital e pela forma como a enfermagem é abordada no sistema de financiamento.

Na maioria dos países não há ajuste para o *casemix* de cuidados de enfermagem no sistema de financiamento hospitalar, embora haja uma variabilidade significativa na intensidade da enfermagem e nos custos diretos de enfermagem entre e dentro das unidades médicas / cirúrgicas de adultos comparáveis (Welton et al. 2006). A intensidade da Enfermagem é a quantidade de cuidados, diretos e indiretos, necessários para cada doente e os fatores que têm um impacto sobre o nível de trabalho necessário para executar essa atividade (Morris et al., 2007). Sob o guarda-chuva de intensidade dos cuidados de enfermagem caiem os conceitos de carga de trabalho de enfermagem, acuidade do doente e o tempo necessário para prestar cuidados ao doente.

A fim de garantir a representação da enfermagem no financiamento em saúde e para medir a intensidade dos cuidados de enfermagem, foram desenvolvidos sistemas de classificação de doentes para os cuidados de enfermagem. No entanto, estes sistemas são muitas vezes aplicáveis a especialidades de enfermagem específicas e não parecem encontrar aplicações amplas.

Como parte de seu compromisso com o desenvolvimento da enfermagem, o ICN desenvolveu a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) desde 1989. A CIPE é uma terminologia ou um vocabulário controlado que permite aos enfermeiros em todo o mundo documentarem a sua prática de maneira semelhante. Isto melhora a comunicação, torna mais fácil a partilha de informação e permite que os dados sejam reutilizados para outros fins, tais como:

- Demonstrar ou projetar tendências na prática de enfermagem
- Alocar recursos de acordo com as necessidades
- Influenciar a política de saúde

Como tal, a CIPE é uma ferramenta essencial para a enfermagem (ICN sem data).

A revisão da literatura mostrou que países como a Dinamarca, Itália, Países Baixos, Portugal, Espanha e os EUA financiam a enfermagem como parte de uma taxa tipo "casa e comida", sem ir mais longe em características específicas dos cuidados de enfermagem (Laport et al., 2008). Isto significa que as diferenças das horas de enfermagem não são abordadas. Entretanto, o uso de uma taxa diária fixa de quarto nos EUA mostrou que havia uma subestimação dos custos de enfermagem em 32,2 por cento (Welton et al. 2006).

A maioria dos países que se ajustam para os cuidados de enfermagem usam um peso médio de recursos de enfermagem por Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH), agrupando os internamentos dos doentes em grupos que são homogéneos em termos de características clínicas e utilização de recursos. Um peso relativo representa as diferenças de horas e minutos de cuidados num nível pré-determinado, como o nível do doente, nível de GDH, ou o nível de enfermaria. Este resume o consumo de recursos em função das necessidades de tempo de enfermagem. Por exemplo, num nível de GDH um GDH com um peso relativo de 4.0 gasta quatro vezes mais recursos de enfermagem do que um GDH com um peso relativo de 1,0. Exemplos de um peso médio de

recursos de enfermagem por GDH pode ser encontrado nos sistemas utilizados na Austrália, Canadá, Nova Zelândia e Suíça (Laport et al., 2008).

Estudos de alocação de custos de Enfermagem fornecem informações necessárias para desenvolver tais pesos médios de recursos de enfermagem na maioria desses países. O método de média, no entanto, não tem em conta a variabilidade da intensidade de enfermagem dentro dos GDHs (Welton & Halloran 2005).

Os conjuntos de dados mínimos em enfermagem (CDME) foram desenvolvidos em vários países para fornecer uma descrição precisa dos cuidados de enfermagem e dos recursos de enfermagem. Por exemplo, na Bélgica, um sistema que mede o peso de enfermagem existe com base nos CDME-belgas (CDME-B), usado para classificar dias de internamento em 28 zonas para ajustar a dotação orçamental para as diferenças de requisitos de pessoal de enfermagem que têm em conta a dependência do doente, gravidade da doença, complexidade dos cuidados e tempo necessário para prestar cuidados. Os tempos padrão para cada categoria do sistema de classificação de doentes pode ser determinada utilizando o CDME-B em vez de métodos de medição de tempo laboriosas (Sermeus et al 2008;. Sermeus et al., 2009).

O CDME-B tem um elevado potencial para aplicações de gestão de enfermagem e alocação de recursos para refletir a intensidade de enfermagem.

PONTOS DE AÇÃO

- Pense em maneiras em que pode prestar cuidados eficazes e de baixo custo. O que mudaria para alcançar este objetivo?
- Quais são os desafios que enfrenta para se tornar mais eficaz em termos de cuidados e de custos?
- Como é que vai mobilizar apoio para trazer a mudança?

O próximo capítulo vai destacar o valor da enfermagem para os sistemas de saúde com cuidados eficazes e de baixo custo com base na evidência, fornecendo exemplos variados de diferentes países.

Capítulo 4
O valor da Enfermagem para os sistemas de saúde "custo-eficientes"

A chave para libertar o potencial da organização para se destacar é colocar o poder nas mãos das pessoas que executam o trabalho – James M. Kouzes.

Existe vasta evidência a demonstrar que a enfermagem é um recurso de saúde custo-eficaz, ainda que muitas vezes subestimado e subutilizado. Como os participantes de um recente evento do ICN-World Bank Dialogue observaram "os enfermeiros são utilizados de forma subotimizada em ambientes de prestação de cuidados, de gestão e de política, e não são mobilizados em plena dimensão em muitos ambientes que podem beneficiar de abordagens baseadas em equipas integradas". (ICN / World Bank 2014).

Os enfermeiros devem claramente articular e demonstrar o valor e o custo-eficácia da enfermagem e os resultados de enfermagem aos consumidores, a outros profissionais de saúde e aos decisores políticos em todos os níveis. Também devem ser capazes de negociar e defender os recursos necessários para prestar cuidados com segurança.

Os enfermeiros têm a responsabilidade de se envolver na investigação e no desenvolvimento de modelos inovadores de prestação de cuidados que contribuam com evidência da eficácia da enfermagem para o planeamento, gestão e desenvolvimento de políticas. Como a Declaração de Posição do ICN afirma "*Com o aumento das necessidades de saúde e dos custos dos cuidados de saúde, o que inclui os custos associados à prestação dos serviços de enfermagem, os enfermeiros devem tomar a iniciativa de definir, examinar e avaliar os resultados de saúde e os custos das suas atividades* (ICN 2001). A divulgação da investigação em enfermagem sobre o valor e o custo-eficácia da enfermagem é um componente vital da defesa e influência sobre as políticas de saúde.

Os enfermeiros prestam serviços de saúde em escolas, locais de trabalho, prisões e outros ambientes comunitários. No processo, eles promovem a saúde, salvam vidas e melhoram a qualidade de vida. Mas como que é que isto aparece no terreno, onde os enfermeiros estão a implementar serviços de baixo custo e com cuidados efetivos para uma ampla gama de populações? Abaixo estão alguns exemplos de um conjunto de países:

PONTOS DE AÇÃO

- Pense em como pode usar evidências disponíveis para melhorar a qualidade dos cuidados. O que mudaria e como é que introduzia a mudança?
- Como é que iria criar mecanismos para a troca de evidências em enfermagem e de outras para orientar a sua prática?

Relação custo-eficácia e eficácia das intervenções de enfermagem

Os enfermeiros estão a prestar serviços custo-eficazes em ambientes variados poupando recursos financeiros e outros recursos aos sistemas de saúde e governos. A literatura sobre os enfermeiros e relação custo-eficácia é vasta e variada. Estes exemplos de países demonstram o valor dos enfermeiros em termos da prestação de cuidados eficazes e de baixo custo.

Taiwan - Melhorar a saúde mental: Os enfermeiros em Taiwan implementaram um atendimento domiciliar de base hospitalar (ADBH) para doentes com doença mental e os serviços melhoraram os resultados ao nível dos doentes com sintomas psicóticos, do funcionamento social e da satisfação do serviço; em comparação com os doentes do atendimento de acompanhamento em ambulatório convencional (AAC). O custo médio para o grupo de ADBH foi de US $ 1,420.6 e para o grupo AAC o custo foi de US $ 3,208.2, demonstrando claramente que os enfermeiros prestam cuidados eficazes e de baixo custo (Tsai et al., 2005).

Espanha - Melhorar o funcionamento dos doentes: um modelo de serviço de atendimento domiciliar que envolveu uma gestão de casos por enfermeiros que racionaliza o acesso a serviços e recursos de saúde, causou impacto positivo na funcionalidade dos doentes e na carga do cuidador, com o aumento dos níveis de satisfação (Morales-Asencio et al 2008).

Reino Unido — Reduzir a morbilidade cardíaca: Em 2009-2010, 453 enfermeiros especialistas da Fundação Britânica do Coração[8] viram um total de 111.645 doentes, realizaram 171.449 chamadas telefónicas para os doentes e realizaram 9.658 sessões de formação, contribuindo para menos 8438 hospitalizações. Eles observaram os doentes na sua própria casa e em clínicas para monitorizar as suas situações, ajustaram com as doses de medicação e forneceram informação e apoio. Os enfermeiros usaram uma variedade de modelos de cuidados: ambulatórios, visitas domiciliares, e telemonitorização. Uma avaliação do programa demonstrou que os enfermeiros especializados em insuficiência cardíaca reduziram todas as causas de internamento numa média de 35 por cento e geraram uma poupança média de £ 1.826 por doente, que foi calculada após os custos dos enfermeiros terem sido deduzidos. Houve melhorias significativas na qualidade de vida e saúde física dos doentes e os enfermeiros especializados em insuficiência cardíaca tornaram-se o elemento central de um serviço multidisciplinar orientado para a comunidade e para os doentes com insuficiência cardíaca (Pattenden et al., 2004).

EUA - A redução da violência doméstica: famílias que receberam visitas domiciliares de enfermeiros durante a gravidez e quando tiveram bebés apresentaram significativamente menos relatos de maus-tratos à criança por parte da mãe, em comparação com famílias que não receberam visitas domiciliares. Das mulheres que relataram 28 ou menos incidentes de violência doméstica, as mães com visita domiciliar tiveram significativamente menos relatos de maus-tratos a crianças durante o período de 15 anos do que as mães que não receberam a intervenção (Eckenrode et al., 2000).

EUA - gravidez planeada: As mulheres que receberam visitas domiciliares de enfermeiros tinham menos gestações subsequentes, menos gravidezes muito próximas e menos meses de utilização de ajuda financeira e de vales-refeição. As visitas domiciliares tiveram efeitos duradouros sobre a vida das mulheres que vivem num ambiente urbano (Kitzman et al., 2000).

Japão - bem-estar mental positivo: Um estudo mostrou que as mulheres com depressão pós-parto que receberam quatro visitas domiciliares semanais por parte de uma enfermeira de saúde mental em comparação com aquelas que não receberam tiveram uma melhoria significativa dos sintomas depressivos e relataram benefícios positivos das visitas domiciliares. Foram observadas diferenças significativas entre as que tiveram as visitas domiciliares e aquelas que não tiveram em termos do aumento da pontuação das subescalas física,

[8] NT= Fundação Britânica do Coração = British Heart Foundation

ambiental e global, e a pontuação total média do instrumento da OMS de avaliação da qualidade de vida. Na subescala psicológica, foram observadas diferenças significativas entre os grupos. A análise qualitativa dos comentários sobre os benefícios da visita domiciliar revelou quatro categorias relacionadas com o "deixar a sua mente à vontade", "esclarecer pensamentos", "melhorar as competências de *coping*", e "remover sentimentos de afastamento dos outros". Estes resultados sugerem que visitas domiciliares por parte de enfermeiros de saúde mental podem contribuir para alterações positivas na saúde mental e social das mulheres com depressão pós-parto (Tamaki 2008).

Eficácia da enfermagem nos cuidados aos portadores do VIH / SIDA

O VIH / SIDA colocou uma carga pesada sobre os profissionais de enfermagem e nos sistemas de saúde. Os enfermeiros são os principais prestadores de cuidados, desde logo ao nível da prevenção de infeções, combatendo o estigma associado ao VIH e melhorando o acesso à terapia antirretroviral.

EUA - Reduzir a carga viral: um estudo para testar a eficácia da intervenção de um enfermeiro de prática avançada (EPA) em ambiente comunitário para promover a adesão aos regimes de tratamento psiquiátricos e para o VIH mostrou que os doentes que foram designados para os EPAs comunitários, com o mínimo de uma visita por semana, e que coordenaram os cuidados médicos e de saúde mental durante um ano, em comparação com o grupo controle, tiveram uma redução significativa da carga viral e um aumento da contagem de CD4 (Blank et al. 2011). Este projeto demonstrou a eficácia dos EPAs de base comunitária na prestação de uma intervenção para melhorar os resultados de indivíduos com VIH e que concomitantemente apresentavam doenças mentais graves.

China - Melhorar a adesão: Um estudo que se propôs a examinar os efeitos de visitas domiciliares por parte de enfermeiros, combinadas com intervenção telefónica, na adesão à medicação e na qualidade de vida em utilizadores de heroína infetados pelo VIH, mostrou que o grupo que recebeu visitas domiciliares por parte de enfermeiros combinadas com intervenção telefónica ao longo de oito meses, em comparação com o grupo controle, eram mais propensos a relatar a toma dos seus comprimidos e no tempo certo. Registaram-se efeitos significativos da intervenção nos domínios físico, psicológico e ambiental ao nível da qualidade de vida e da depressão. As visitas domiciliares e os telefonemas foram eficientes na promoção da adesão ao tratamento antirretroviral e na melhoria da qualidade de vida e dos sintomas depressivos dos participantes (utilizadores de heroína e infetados pelo VIH) (Wang et al. 2010).

África do Sul – Melhorar os resultados em saúde: Um estudo que examinou o revezamento de tarefas médico-enfermeiro mostrou que os cuidados prestados por enfermeiros a doentes com VIH podem ser tão eficazes quanto a assistência prestada pelo médico, oferecendo alguns benefícios particulares. Estes benefícios incluíam a melhoria significativa da deteção de TP, o aumento da contagem de glóbulos brancos, ganho de peso e melhor adesão ao tratamento. Além disso, quando os enfermeiros ao invés de médicos administraram medicamentos antirretrovirais, as taxas de sobrevivência não foram afetadas negativamente. Os resultados mostram que com pouca formação e suporte extra os enfermeiros podem prestar cuidados a doentes com VIH tão seguros e eficazes como o prestado pelos médicos (Fairall et al. 2012).

Abraçar a tecnologia para prestar cuidados custo-eficazes

Os enfermeiros têm abraçado a tecnologia para melhorar o acesso aos cuidados de saúde e melhorar os resultados e os custos associados aos cuidados. A evidência mostra que os cuidados prestados utilizando telemedicina têm um resultado comparável mas a um custo menor do que na prestação cara-a-cara.

Canadá – Reduzir o tempo de permanência: Vários exemplos demonstram como os enfermeiros que utilizam a tecnologia para cuidar de doentes nas suas próprias casas reduz

em o tempo de internamento, o número de reinternamentos hospitalares e as visitas aos serviços de urgência.

- Um estudo demonstrou 85 por cento menos de hospitalizações e 55 por cento menos de visitas ao serviço de urgência entre as pessoas inscritas num programa de cuidados domiciliares de telemedicina em New Brunswick. O Telehomecare[9] também reduziu a frequência de visitas domiciliares que os enfermeiros precisavam de realizar, melhorando assim a sua produtividade (Canadian Home Care Association 2006).

- Os serviços de informação em saúde e aconselhamento ao longo de 24 horas fornecidos pelos enfermeiros em todo o Canadá diminuíram as visitas não urgentes ao serviço de urgência até 32 por cento, obtendo níveis de satisfação elevados a baixo custo (Stacey, et al., 2004).

- Em Otava, a monitorização de doentes cardíacos em casa com tecnologia de monitorização *telehome* reduziu as readmissões hospitalares nos doentes com angina de peito em 45 por cento ao longo do período de um ano (Woodend, et al., 2008).

EUA - Chegar a comunidades rurais: Os enfermeiros especialistas utilizam o telefone para prestarem consultas de seguimento para lactentes com doença pulmonar em áreas rurais. O programa tem como alvo as famílias que vivem em áreas rurais, que muitas vezes têm dificuldade em viajar repetidamente para um centro médico distante para obter cuidados de acompanhamento. A avaliação do programa, que se acredita ser a primeira aplicação de cuidados de acompanhamento via telefónica para uma população infantil, apresenta resultados de desenvolvimento e de saúde semelhantes aos modelos tradicionais de cuidados, o que sugere que o programa reforça com sucesso o acesso sem afetar a qualidade (AHRQ 2008).

A eficácia dos enfermeiros na saúde e no desenvolvimento comunitário

Os enfermeiros envolvem-se na resolução das questões mais amplas da mobilização e do desenvolvimento da comunidade, bem como na mobilização para as ações relacionadas com a saúde, incluindo a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Embora a informação sobre os resultados e a rentabilidade seja um desafio, o exemplo a seguir demonstra o papel da enfermagem na abordagem dos determinantes sociais na saúde comunitária.

Moçambique - Melhorar vidas: um projeto liderado por enfermeiros no desenvolvimento da comunidade, que teve como objetivo melhorar a vida das mulheres, jovens e crianças, envolveu o recrutamento de grupos de mulheres como líderes do projeto. Depois da formação as mulheres voltaram para as suas comunidades e identificaram comités de desenvolvimento comunitário, colaborando com os comités para identificar as necessidades prioritárias, partilhar informações e trabalhar em conjunto para atender às prioridades. As mulheres foram designadas como *Promoteras* (promotoras) do desenvolvimento comunitário e da saúde. As *Promoteras* assumiram as responsabilidades inerentes à realização de formação, elaboração de orçamentos, realização de supervisão de campo e elaboração de relatórios. A avaliação do projeto mostrou que houve um impacto positivo sobre a vida das pessoas nas áreas onde as *Promoteras* viveram. Uma das principais lições aprendidas através do projeto foi a de que o desenvolvimento é como uma árvore, deve crescer a partir do solo para cima; ele não pode ser imposto de cima (Ferrel 2002).

América Latina - Alargar a cobertura: Os enfermeiros têm uma longa história de alianças com uma variedade de profissionais de saúde e grupos comunitários para responder às suas necessidades. Através da implementação de cuidados de saúde primários, os enfermeiros:

- Alargaram a cobertura, prestando cuidados essenciais, ajudando a controlar a doença e promovendo o crescimento e desenvolvimento infantil

[9] NT= Telehomecare = cuidados de telemedicina ao domicílio

- Trabalharam para melhorar a saúde das crianças em idade escolar e melhoraram a cobertura de imunização
- Ajudaram a reduzir a mortalidade materna e melhoraram a deteção de cancro da mama
- Mobilizaram comunidades em áreas carentes para o desenvolvimento sustentável e ajudaram a criar sistemas de apoio social (McElmury 2002)**.**

Eficácia da enfermagem relacionada com o abuso de substâncias
A prevenção do abuso de substâncias é uma área importante para as intervenções de enfermagem e a investigação indica que os enfermeiros têm contribuído para este campo.

> **Tailândia - A redução de comportamentos de risco:** Um estudo que determinou a eficácia da Terapia de Melhoria Motivacional[10] (TMM) para consumidores de risco de álcool em contextos de Unidade de Cuidados Primários (UCP) na Tailândia rural mostrou que o TMM prestado pelos enfermeiros de UCP na Tailândia parece ser uma intervenção eficaz para consumidores de risco do sexo masculino (Noknoy et al. 2010).
>
> **Canadá - Parar de fumar e abordar o uso de álcool:** Outro exemplo do Canadá mostra que o apoio e a educação por profissionais de enfermagem leva a resultados consistentes na redução do tabagismo e uso de álcool, menor tempo de internamento, diminuição do número de internamentos e consultas clínicas mais adequadas, reduzindo assim os custos e melhorando os resultados (Murphy, 2005).

A eficácia da enfermagem relacionada com a dotação e o nível de formação dos enfermeiros
O ambiente de trabalho apresenta aos enfermeiros desafios complexos. Alguns destes desafios incluem a combinação de competências e a carga de trabalho, de tal forma que quanto menor o nível de dotações de enfermeiros e maior a carga de trabalho maior o número de resultados menos favoráveis para o doente. O outro problema está relacionado com o nível de escolaridade dos enfermeiros e o efeito sobre os resultados dos doentes.

> **EUA - Reduzir a morte, a dor e o sofrimento:** Uma série de estudos têm demostrado que números mais elevados e uma mistura mais rica de enfermeiros qualificados leva a reduções na mortalidade dos doentes, diminuição nas taxas de infeções respiratórias, de feridas e do trato urinário, no número de quedas, na incidência de úlceras por pressão e nos erros de medicação (Irvine & Evans 1995; Shields & Ward, 2001).
>
> **Europa - Melhor uso de recursos:** Um estudo realizado por Aiken et al. (2014) em nove países europeus que visou avaliar se o volume de trabalho dos enfermeiros e as qualificações educacionais dos enfermeiros estavam associados à variação na mortalidade hospitalar após procedimentos cirúrgicos comuns demonstrou que:
>
> - Um aumento na carga de trabalho do enfermeiro de um doente aumentou em 7 por cento a probabilidade de um doente internado morrer no prazo de 30 dias após o internamento
> - Cada aumento de 10 por cento em enfermeiros com bacharelato foi associado a uma diminuição em 7 por cento na probabilidade de um doente internado morrer no prazo de 30 dias após o internamento

Estas associações indicam que os doentes dos hospitais onde 60 por cento dos enfermeiros tinham grau de bacharel e onde os enfermeiros cuidavam em média de seis doentes por turno teriam uma mortalidade quase 30 por cento menor do que os doentes de hospitais em que apenas 30 por cento dos enfermeiros tinham o grau de bacharel e onde os enfermeiros cuidavam em média de oito doentes por turno.

[10] NT= Terapia de Melhoria Motivacional (TMM) = Motivational Enhancement Therapy (MET)

Relação custo-eficácia do enfermeiro em serviços de saúde escolar
Como os exemplos a seguir demonstram, em países onde existem serviços de saúde escolar os enfermeiros prestam cuidados custo-eficazes às crianças em idade escolar.

> **EUA – Prestar Cuidados de Saúde Universais:** Um estudo avaliou a qualidade e custo-eficácia dos cuidados de saúde prestados nos centros de telessaúde no ensino primário em áreas urbanas e rurais, usando a tecnologia do "velho sistema do telefone" (POTS)[11]. O modelo de telessaúde baseado na escola foi desenvolvido utilizando um enfermeiro escolar a tempo inteiro e um consultor de saúde mental a tempo parcial ligados a um consultório pediátrico e um psiquiatra infantil via POTS com um estetoscópio electrónico; um endoscópio de ouvidos, nariz e garganta; e um otoscópio. Os resultados mostraram que a poupança familiar média por encontro era de 3,4 horas de tempo de trabalho (US$ 43), US $ 177 em serviços de urgência e US $ 54 em custos médicos. A tecnologia telessaúde foi eficaz na prestação de cuidados pediátricos agudos para crianças nestas escolas. Os prestadores pediátricos, enfermeiros, pais e crianças relataram que os cuidados primários de telessaúde baseados na escola eram uma alternativa aceitável para os sistemas de saúde tradicionais. A tecnologia baseada em POTS ajuda a fazer deste serviço de telessaúde uma alternativa de baixo custo para melhorar o acesso aos cuidados de saúde primários e psiquiátricos para crianças com carências económicas (Young & Ireson 2003).

> **EUA - Fazer sentido económico:** Nos últimos anos muitos distritos escolares cortaram os serviços prestados por enfermeiros escolares qualificados. No entanto, uma análise custo-benefício dos programas de saúde escolar mostrou que, durante um ano escolar, a um custo de US $ 79 milhões, programas de saúde escolar preveniam cerca de US $ 20 milhões em custos com cuidados médicos; US $ 28,1 milhões em perda de produtividade dos pais; e US $ 129.100.000 em perda de produtividade dos professores. Como resultado, o programa gerou um benefício líquido de US $ 98,2 milhões para a sociedade. Para cada dólar investido no programa, a sociedade ganharia US $ 2,20. Oitenta e nove por cento das simulações resultaram num benefício líquido (Wang et al. 2014). Os resultados deste estudo demonstraram que os serviços de enfermagem escolar eram um investimento de dinheiro público rentável, devendo ser considerados pelos decisores políticos aquando das decisões sobre alocação de recursos de enfermagem.

Qualidade e relação custo-eficácia dos enfermeiros em relação aos médicos em CSP
Os enfermeiros são os principais prestadores de serviços de cuidados de saúde primários (CSP) na maioria dos países. O seu papel nos CSP inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a coordenação dos cuidados e a prescrição de medicamentos. Estudos sobre a eficácia dos enfermeiros em CSP mostram que os resultados dos cuidados são superiores ou comparáveis aos cuidados prestados pelos médicos. Os exemplos abaixo atestam esta realidade.

> **Internacional - Ampliando o âmbito da prática:** Uma revisão sistemática internacional procurou responder à questão de pesquisa: Qual é o impacto do enfermeiro de cuidados de saúde primários e de saúde comunitária nos resultados de saúde dos doentes em comparação com os habituais cuidados liderados pelo médico em ambientes de cuidados de saúde primários? A revisão demonstrou evidência internacional modesta que os enfermeiros em unidades de cuidados de saúde primários podem prestar cuidados eficazes e alcançar resultados positivos para a saúde semelhantes aos prestados pelos médicos. Os enfermeiros são eficazes na gestão de cuidados e conseguem uma boa adesão do doente. Os enfermeiros também são eficazes num leque de papéis diversificados, incluindo a gestão de doenças crónicas, prevenção de doenças e promoção da saúde (Keleher et al 2009).

> **Canadá, Reino Unido e EUA** - **Investir nos papéis dos enfermeiros de prática avançada:** Da mesma forma, uma revisão sistemática de comparação de profissionais de enfermagem

[11] *NT*= "velho sistema do telefone" = Plain Old Telephone System = POTS

(NP[12]), com médicos na rede básica de saúde no Canadá, Reino Unido e EUA demonstrou evidência de baixa a moderada qualidade que os resultados de saúde do doente foram semelhantes para os profissionais de enfermagem e médicos, mas que a satisfação do doente e qualidade dos cuidados foram melhores no caso dos profissionais de enfermagem. Evidência de qualidade moderada sugere que os profissionais de enfermagem tiveram consultas mais longas e envolveram-se em mais investigação do que os médicos. Não existiu diferenças significativas entre os profissionais de enfermagem e os médicos em relação ao número de prescrições, consultas de acompanhamento e referenciações (Horrocks et al., 2002).

Inglaterra e País de Gales – satisfação do doente melhorada: Numa comparação da eficácia de cuidados e custo-eficácia dos médicos de clínica geral e NPs nos CSP, os indicadores de resultado foram semelhantes para os enfermeiros e médicos de clínica geral, mas a satisfação do doente foi maior quando cuidado por enfermeiros. Os NPs foram ligeiramente mais eficientes do que os clínicos gerais (Venning et al., 2000).

EUA - Melhor valor pelo dinheiro: Em 2009 o custo médio nacional de uma visita a um NP nos EUA era 20 por cento menor do que uma visita a um médico. (Eibner et al., 2009). Uma meta-análise avaliou as evidências sobre o impacto dos NPs em comparação com os médicos no âmbito da qualidade da saúde, segurança e eficácia. Os artigos de revisão analisados, publicados entre 1990 e 2009, foram resumidos em 11 resultados agregados. A revisão sistemática mostrou que os resultados para os NPs em relação ao médico (ou equipas sem NPS) foram comparáveis ou melhores, para todos os 11 resultados analisados. Um nível de evidência elevado indicou melhores níveis de lípidos séricos em doentes tratados por NPs em ambientes de cuidados de saúde primários. Um nível de evidência elevado também indicou que os resultados dos doentes relativos à satisfação com os cuidados, o estado de saúde, a capacidade funcional, o número de atendimentos de urgência e internamentos, a glicémia, a tensão arterial e a mortalidade foram semelhantes para NP e médicos (Stanik-Hutt et al. 2013).

Os vários exemplos mostram que tanto em unidades de saúde como em ambientes comunitários ou lares os enfermeiros prestam cuidados eficientes e eficazes. No entanto, falta o apoio aos enfermeiros para implementarem cuidados baseados em evidências e muitas vezes há um enorme desfasamento no uso da investigação disponível para melhorar a qualidade e os custos dos cuidados de saúde. Os enfermeiros estão bem posicionados para serem os principais cuidadores de saúde e agirem como um porteiros e ponto de entrada para outros níveis de serviços de saúde. Para conseguir isso, o potencial total dos profissionais de enfermagem deve ser plenamente mobilizado para criar sociedades saudáveis num mundo saudável.

PONTOS DE AÇÃO

Os exemplos acima são ilustrações do que os enfermeiros podem fazer 24 horas por dia, 7 dias por semana, 365 dias por ano. Para marcar o seu caso de sucesso:

- Procure exemplos no seu país.
- Compare a sua prática com as melhores práticas.
- Defina uma agenda que impulsione serviços e cuidados custo-eficazes.

O Capítulo 5 realça o caminho a seguir e delineia uma agenda de ação para os enfermeiros e as ANEs.

[12] *NT*= Nurse practitioner = NP = Enfermeiro de prática avançada

Num resumo sucinto da literatura sobre NP Bauer (2010) concluiu que todos os estudos publicados em revistas e jornais reforçam as conclusões do Office of Technology Assessment's 1981 (LeRoy & Solowitz 1981) - que os NP podem substituir os médicos num número significativo de serviços médicos - que variam de 25 por cento em algumas áreas de especialidade a 90 por cento nos cuidados de saúde primários - obtendo resultados semelhantes. Nem um único estudo demonstrou que os NP prestam cuidados de qualidade inferior, dentro dos contextos sobrepostos de prática. **Não importa o contexto, o enfermeiro de prática avançada tem provado ser um meio de prestação de cuidados de saúde primários de alta qualidade e custo-eficaz.**

Capítulo 5
Perspetivas e o Papel dos Enfermeiros e ANEs

Eu acho que os sentimentos se desperdiçam em palavras; deviam ser todos destilados em ações que trazem resultados – Florence Nightingale.

Um programa de ação

Os enfermeiros e associações nacionais de enfermeiros (ANE) têm um papel central na contribuição para um financiamento e custos de saúde sustentáveis, bem como para a eficácia dos cuidados. Todos os dias os enfermeiros são desafiados a obter os recursos necessários para o atendimento aos doentes e para sua proteção pessoal. Apesar dos desafios, os enfermeiros podem desenvolver as competências e a confiança para influenciar e moldar as políticas de saúde.

Os enfermeiros lidam com situações de vida e morte e eles têm o conhecimento e a experiência para melhorar a saúde influenciando a adopção de políticas de saúde eficazes. A enfermagem tem uma grande contribuição a dar para a política de saúde. No entanto, os enfermeiros estão com dificuldades em transmitir esta mensagem aos decisores políticos e, em muitos países, os enfermeiros não têm tido ou não lhes tem sido dada a oportunidade para ter um papel ativo no processo político (ICN 2005a).

A dificuldade da enfermagem para se envolver na política pode ser um obstáculo grande para a eficácia da enfermagem, o funcionamento da equipa de saúde e a qualidade do atendimento. Algumas evidências sugerem que os enfermeiros podem desperdiçar tempo e esforço a resolver problemas de recursos materiais e de equipamentos necessários para os seus cuidados do dia-a-dia ao doente que poderiam ser facilmente resolvido através do envolvimento da enfermagem no apoio à gestão, nas decisões políticas e nas tomadas de decisões (Tucker, 2002).

O tema deste ano do DIE *Enfermeiros: Uma Força da Mudança - Eficiência + Eficácia = Ganhos em Saúde*, visa ser um toque de clarim para a ação para os enfermeiros e para as ANEs se mobilizarem individual e coletivamente para influenciarem o financiamento do sistema de saúde e alcançarem uma qualidade de cuidados e segurança do doente que seja custo-eficaz. Então, o que é que os enfermeiros podem fazer para obter um financiamento de saúde mais eficaz e sustentável?

Através das suas ações e interações com os decisores políticos e outros, os enfermeiros precisam de:

- **Usar a sua experiência.** Os enfermeiros têm uma ampla gama de experiências derivadas do seu trabalho no sistema de saúde, que devem usar para construir argumentos para o financiamento eficaz dos sistemas de saúde. No entanto, as experiências devem ser apoiadas por factos e números para incentivar uma defesa e advocacia inteligente.

- **Juntar a sua perspetiva**. Os enfermeiros enfrentam problemas semelhantes. Junte a sua perícia e recolha informação sobre o que funcionou noutros lugares, em vez de reinventar a roda. Aplique as soluções dentro do contexto com conhecimento, vigor e determinação.

- **Aprender a linguagem dos economistas** e o tipo de argumentos que convencem os decisores políticos da necessidade de financiamento adicional. Isso inclui uma compreensão da relação custo-eficácia, cuidado-efetividade, custo-benefício, e medir os resultados dos cuidados para que possa comunicar bem com os decisores políticos.

- **Direcionar os seus argumentos** para o Ministério das Finanças bem como para o Ministério da Saúde, não se esquecendo do setor privado.

- **Manter-se informado sobre desenvolvimentos.** É importante saber o que está a acontecer no financiamento da saúde, acesso aos cuidados, as preocupações da comunidade e no país em geral. Os enfermeiros devem manter-se atualizados sobre as questões públicas através do diálogo com os outros, participando em reuniões públicas e mantendo-se informados através da leitura de jornais e revistas.

- **Desenvolver uma posição informada** para as suas ideias, de modo a estabelecer um diálogo inteligente com os outros utilizando factos e números. Argumentos emocionais sobre temas cruciais como a necessidade de mais recursos para a saúde, equipamentos de proteção ou dotações de enfermagem não causam impacto.

- **Escrever e publicar sozinho ou com colegas.** Artigos relevantes e oportunos em revistas e jornais podem ajudar a influenciar a opinião. Fique de olho em questões atuais que beneficiariam de uma perspetiva de enfermagem e colabore com enfermeiros investigadores para obter dados que ajudem a documentar ideias e discussões.

- **Mobilizar a opinião pública** através da participação em grupos de movimento populares e usar a rádio local para chegar aos cidadãos. Conte histórias com que as pessoas se possam relacionar.

- **Juntar-se a organizações de interesse especial**, tais como grupos de doentes ou de consumidores que correspondam aos seus interesses e partilham as suas posições. A sua contribuição pode ser mais eficaz se apresentar através de um grupo maior, com uma reputação e credibilidade estabelecida. A sua ANE é uma boa fonte de informação, apoio e consulta.

- **Saber quem são os principais intervenientes**, como os políticos e funcionários da administração local, regional e nacional. Visite-os, mas prepare-se cuidadosamente. Desenvolver uma agenda e considerar o que vai apresentar e como vai responder a perguntas difíceis. Para ser persuasivo, precisa ser claro e conciso nas reuniões. Além disso, apoie os seus pontos de vista com dados objetivos ou evidência factual para aumentar a sua credibilidade. Divulgue um breve resumo das questões. Lembre-se de manter um contacto regular com as principais partes interessadas e os decisores políticos, e não apenas quando precisa deles.

- **Fazer a ligação com os líderes de enfermagem e redes-chave** que pode trabalhar para ter entrada na política. Por exemplo, os enfermeiros em posições de topo nos ministérios de saúde são contatos valiosos. Eles são um aliado-chave na transmissão da sua mensagem para o público certo.

- **Estabelecer contato regular com enfermeiros em posições influentes.** Podem estar na política ou em posições de gestão sénior nos departamentos de saúde ou noutras organizações de saúde. Às vezes os enfermeiros são eleitos representantes no governo a todos os níveis, ou podem ser membros do parlamento. Os enfermeiros também são encontrados em organizações de serviço público, organizações de voluntários e organizações não-governamentais. Estes grupos podem ser recursos úteis para ajudá-lo a atingir os seus objetivos de política de saúde.

- **Comunicar a sua posição** através da representação contínua nos órgãos de decisão política, *lobbys*, submissões escritas ou orais e encontros com pessoas em posições de influência. Lembre-se de manter o bom relacionamento com os meios de comunicação.

A conceção e implementação de uma estratégia de financiamento da saúde sã envolve *lobbying* e a defesa contínua, em vez de uma ação única para um sistema perfeito. A ideia é conseguir uma situação ganho-ganho para que os seus esforços e a sua contribuição para a política de saúde beneficiem o sistema de saúde, os doentes e os enfermeiros. A construção de políticas de saúde e sociais eficazes requer que os enfermeiros colaborem com uma ampla gama de intervenientes, incluindo as organizações de doentes, outras associações de profissões de saúde e outros setores, como os dos direitos humanos, grupos de mulheres, entre outros.

Papel das ANEs

Como o rosto e a voz nacional da enfermagem no país, as ANE têm uma tremenda oportunidade para defender e reforçar o papel crucial dos enfermeiros no desenvolvimento de uma política de saúde de qualidade e no redesenho eficaz e eficiente dos sistemas de saúde que aumentem o acesso e ofereçam intervenções eficazes em saúde. Como tal, as ANE são a consciência e a bússola moral da profissão que os enfermeiros individualmente e o público em geral têm como referência para orientar e liderar em questões vitais de saúde e de políticas. Estas questões e políticas incluem o acesso aos cuidados, a qualidade do atendimento, a segurança do doente e ambientes de trabalho seguros. O financiamento da saúde está subjacente a todas estas questões.

As ANE representam enfermeiros com diversas competências e recursos que podem ser mobilizados para o benefício da população e da profissão. A sabedoria coletiva e o conhecimento que existe dentro das ANE é um ativo que deve ser aproveitado plenamente. Os enfermeiros, gestores, académicos e investigadores devem trabalhar em conjunto com a liderança das ANE para perceber a agenda da enfermagem na construção de sociedades mais saudáveis. A fim de conseguir isto os mecanismos de financiamento da saúde devem ter em conta o trabalho das ANE. Então, o que podem fazer as ANE para apoiar políticas de saúde eficazes que apoiam os enfermeiros para funcionarem no seu melhor e como profissionais de cuidados custos-eficazes? Algumas das atividades que as ANEs podem abordar incluem:

Ação 1: Mapear a visão. O estabelecimento de uma visão para o futuro com base na compreensão do presente é crucial, porque as decisões que as ANE escolhem no âmbito do custo-eficácia e dos cuidados eficazes são vitais para sistemas de saúde eficazes. A fim de tomar estas decisões as ANE devem envolver enfermeiros gestores, médicos, investigadores, educadores e outros, tal como os decisores políticos e outras organizações de profissionais de saúde para traçar uma visão. A visão deve ser utilizada como um roteiro para as ações das ANE de influência política.

Ação 2: Realizar uma análise da situação. A análise da situação deve-se concentrar nos componentes dos sistemas de saúde, incluindo o financiamento, o acesso aos cuidados, as dotações de enfermeiros e desafios, ambiente de trabalho, o acesso a recursos materiais, equipamentos e equipamentos de proteção individual. A análise da situação não precisa de começar do zero dado que grande parte desta informação está disponível a partir de relatórios anuais do Ministério da Saúde e outras unidades de saúde. Ter a informação correta é uma base para o desenvolvimento da estratégia e um bom ponto de partida para a mudança. Divulgar as informações a partir da análise da situação aos membros da ANE.

Ação 3: Utilizar a linguagem dos economistas e o tipo de argumentos que convencem os formuladores de políticas em questões como a necessidade de mudanças de política, a necessidade de financiamento adicional ou aumento dos níveis de pessoal. Isto inclui uma compreensão da relação custo-eficácia, cuidado-efetividade, custo-benefício e medir os resultados dos cuidados para que possa comunicar bem com os decisores políticos.

Ação 4: Esteja ciente das prioridades governamentais atuais e emergentes (por exemplo, abordando a cobertura de saúde universal, as metas de desenvolvimento sustentável pós-2015) e enquadrar o argumento em relação a essas prioridades.

Ação 5: Posicione a ANE como um recurso especialista em questões de saúde importantes através do desenvolvimento de posições políticas claras. Produzir declarações políticas impressas que são apoiadas por dados de publicações relevantes, estudos de investigação e opiniões respeitadas. Use as Declarações de Posição do ICN - como as anexadas a este documento e as encontradas no *site* do ICN (www.icn.ch/publications/position-statements/) - como referências e adapte-as para ir de encontro às necessidades locais.

Ação 6: *Lobby* de governo e órgãos políticos para garantir que a voz da enfermagem está incluída, em especial quando é claro que as ANE têm uma importante contribuição a dar, nomeadamente ao nível do custo da saúde e o seu impacto sobre o acesso aos cuidados, a qualidade do atendimento, a segurança dos doentes e questões de trabalho. Decidir sobre as estratégias mais adequadas para a participação em diversos processos políticos. Por exemplo, as ANE poderiam procurar representação formal num conselho ou comissão política; fazer apresentações, como parte do processo político; divulgar a posição da ANE sobre uma questão; ou incitar pessoas chave a fazê-lo. Informar regularmente os decisores políticos sobre questões fundamentais para a enfermagem e o seu impacto sobre os doentes, enfermeiros e os resultados em saúde. Utilize factos e números na argumentação.

Ação 7: Estar alerta para questões da saúde e de políticas públicas, tanto a nível local como nacional. Mantenha-se informado sobre novas políticas propostas pelo governo. Informe-se sobre as questões, o processo de desenvolvimento de políticas e as abordagens para ver como a ANE pode contribuir para uma melhor política de saúde e social. Fornecça respostas atempadas em encontros cara a cara ou através de observações por escrito. Certifique-se de que as declarações públicas e escritas da ANE são claras e apresentadas profissionalmente.

Ação 8: Formar alianças estratégicas com outras organizações que partilham a visão, posições e preocupações semelhantes às da ANE. Estabelecer laços é uma forma eficaz de aumentar o impacto das apresentações e sessões de informação, sem comprometer os valores fundamentais da ANE e da profissão. Por exemplo, as alianças podem ser com outras organizações de profissionais de saúde semelhantes à filiação do ICN com o World Health Professions Alliance (WHPA), que é uma aliança global de organizações das principais profissões da saúde (/www.icn.ch/projects/world-health-profissões-alliance /).

Ação 9: Desenvolver posições unificadas com outras organizações de enfermagem. A união dentro da profissão de enfermagem é essencial para garantir que exista uma voz unificada da enfermagem sobre as questões. As organizações de enfermagem devem concordar em se apoiar mutuamente e trabalhar em conjunto sobre as questões importantes, sem perder as suas identidades individuais. Isto deve incluir mensagens-chave que precisam ser acordadas e comunicadas aos decisores políticos. Se os políticos recebem mensagens diferentes por parte de diferentes organizações de enfermagem do país eles não são suscetíveis a ouvir uma só "voz" da enfermagem.

Ação 10: Educar os membros da ANE sobre questões políticas relacionadas com o financiamento dos cuidados de saúde, o custo dos cuidados de saúde e o acesso aos cuidados. Mobilizar os membros para defender a posição da associação, mostrando força através de números e união. Manter os membros informados e fornecer *feedback* regular para evitar boatos e desinformação. A ANE deve identificar porta-vozes que são dinâmicos, articulados, bem informados e empenhados para representá-los em questões políticas. Eles devem ser percebidos como construtivos e experientes e estarem preparados para tomar parte ativa nas discussões. Eles também devem estar dispostos a assumir a orientação da liderança da ANE e fornecer *feedback* sobre os principais pontos que surjam durante o processo político.

Ação 11: Prepare enfermeiros mais jovens para os papéis de liderança para influenciar a política de saúde. Fornecer orientação aos enfermeiros mais jovens, levando-os a fóruns políticos para expô-los ao processo político e aos jogadores-chave. Orientá-los para obter experiências que possam

ajudá-los a desenvolver as suas capacidades. Apoiá-los para assumirem responsabilidades adicionais de forma a tornarem-se “ativistas políticos" relacionados com o financiamento da saúde, o valor da enfermagem, o acesso aos cuidados e a qualidade dos cuidados.

Em todos os pontos é importante fomentar relações construtivas com pessoas influentes, incluindo os principais interessados pelas questões políticas específicas ou agentes importantes no ambiente político. As ANE devem ser vistas como construtivas e oferecendo soluções. Se a ANE é percebida como construtiva nas discussões ou nos seus articulados é provável que seja envolvida no desenvolvimento de políticas e suscetível de ser considerada como o principal interessado na agenda da formulação de políticas. É bom relembrar que as relações e as reuniões devem ocorrer regularmente; e não apenas quando a ANE precisa de algo.

As ANE devem mobilizar os seus recursos e experiência para maximizar o seu papel na formulação de uma política de saúde sã. Um entendimento claro do processo das políticas de saúde, bem como uma boa compreensão do financiamento da saúde irá capacitar os enfermeiros e as ANE para "prometerem e cumprirem" e liderarem a enfermagem para ser verdadeiramente uma força de mudança.

Agenda de Investigação

A investigação é muitas vezes vista como uma atividade “torre de marfim” e longe do trabalho diário dos enfermeiros. No entanto, deve ficar claro que a investigação é parte integrante do trabalho da enfermagem no dia-a-dia e que cada enfermeiro e cada ANE têm um papel fundamental na investigação em enfermagem. A agenda da enfermagem para a ação com vista a influenciar as políticas de saúde seria incompleta sem a produção de novos conhecimentos através da investigação e do desaterro do conhecimento existente através da revisão da literatura. As ANE estão bem posicionadas para mobilizar recursos financeiros e humanos na sua filiação para obter novas informações através da investigação, bem como através da divulgação da investigação existente. A formulação de políticas de saúde eficazes precisa ser informada com evidências robustas e baseada na investigação.

A enfermagem enfrenta um desafio de participação na arena política. Uma agenda de investigação em enfermagem é necessária para ajudar na geração de novos conhecimentos sobre o que funciona e o que não funciona em relação ao envolvimento dos enfermeiros na formulação das políticas de saúde. Por exemplo, quais são as barreiras e os facilitadores do envolvimento dos enfermeiros nas políticas de saúde? São estes fatores internos à profissão ou estão localizados externamente? Este conhecimento é, naturalmente, vital para o desenvolvimento de estratégias para eliminar as barreiras e aumentar a participação dos enfermeiros na política.

Recursos humanos e financeiros são limitados e a investigação deve desvendar maneiras melhores e mais eficazes de promoção da saúde e de prevenção de doenças, bem como de melhores formas de cuidar e curar. Existe uma vasta literatura sobre custo-eficácia e cuidado-eficácia das intervenções de enfermagem. Esta investigação tem de ser amplamente divulgada junto dos enfermeiros gestores e decisores políticos. No entanto, é necessário uma melhor compreensão de como otimizar a força de trabalho de enfermagem, embora inovações como o revezamento de tarefas ou a partilha de tarefas sejam necessárias. Assim, há necessidade de mais investigação no sobre a mistura de competências e resultados dos cuidados. Os enfermeiros e as ANE podem contribuir para esse entendimento.

A alocação ótima de recursos continua a ser uma prioridade elevada para a enfermagem e para os cuidados de saúde em geral. A enfermagem forma a maior parte dos profissionais de saúde a nível global e os enfermeiros são fundamentais tanto para a prestação de cuidados de saúde como para a melhoria da saúde. A fim de proteger estas funções vitais (Aiken et al., 2014) são necessários métodos de avaliação de custos robustos. As terminologias de enfermagem, como CIPE, que podem melhorar a consistência na colheita de dados de enfermagem são importantes. No entanto, são necessárias ferramentas adicionais para tornar os dados significativos. Um exemplo deste tipo de ferramenta é a Belgian Nursing Minimum Data Set (B-NMDS), que é utilizada para orientar a

alocação de orçamentos de acordo com a necessidade de enfermagem nos hospitais em toda a Bélgica (Sermeus et al. 2009). Os resultados da investigação em curso para ligar a CIPE e o B-NMDS têm sido animadores (Hardiker et al. 2014).

Os níveis educacionais dos enfermeiros e as ligações à qualidade e aos resultados dos cuidados é outra área emocionante. Os enfermeiros e as ANE podem alavancar estas questões para ajudar a produzir conhecimento que irá orientar as políticas de ensino de enfermagem nos seus países. Por exemplo, qual o nível de ensino de enfermagem que é mais eficaz para a prestação de serviços de baixo custo nos cuidados de saúde primários, cuidados intensivos, serviços de urgência, etc.? Enquanto algumas ANE têm a capacidade de conduzir e encomendar investigação, outros enfrentam desafios. No entanto, há uma série de investigações que precisam de ser disseminadas. E a divulgação de investigação seria um bom ponto de partida para muitas ANE.

É necessário uma agenda de investigação para transformar a enfermagem e para capacitar os enfermeiros para serem verdadeiramente "*Uma Força para a Mudança: Eficiência + Eficácia = Ganhos em Saúde*". O futuro da investigação em enfermagem é brilhante. No entanto ainda há muito para ser feito para tornar a enfermagem relevante para as questões da política através da sua evidência. A sabedoria coletiva, o empenho e o conhecimento dos enfermeiros do mundo oferece esperança para avançar com base em evidências, com vista a cuidados de qualidade para todos.

Capítulo 6
Conclusão

A Enfermagem é muitas vezes descrita como um "gigante adormecido" que deve ser despertado para realizar o seu pleno potencial. Esta descrição é talvez oportuna, nomeadamente quando se trata do envolvimento nas políticas de saúde em geral e no financiamento da saúde em particular. Os enfermeiros estão no centro dos cuidados de saúde, mas marginalizados na contribuição para o desenvolvimento das políticas de saúde e das tomadas de decisão. Como mostram os exemplos de países no Capítulo 4 há um crescente corpo de evidências de que os enfermeiros alcançam resultados tão bons ou ainda melhores em saúde numa variedade de situações clínicas; por conseguinte, o seu envolvimento na elaboração de políticas é essencial. Se a energia de milhões de enfermeiros é despertada com o total apoio dos gestores e formuladores de políticas, e o seu envolvimento na política pleno, então os enfermeiros serão verdadeiramente uma força de mudança para transformar os sistemas de saúde. Se os exemplos dados fossem sistematizados e implementados os benefícios financeiros seriam enormes. Cuidados efectivos através de serviços de baixo custo poderão ser a realidade universal.

Os enfermeiros continuam a prestar cuidados com resiliência e versatilidade muitas vezes com pouco ou nenhuns recursos ou apoios organizacionais. A Enfermagem também é descrita como a "espinha dorsal da prestação de cuidados de saúde". No entanto, é evidente que esta espinha dorsal está a ser escavada pela erosão constante e esgotamento de energia. Um caso em questão é o esgotamento da presença da enfermagem na sede da OMS (2013b ICN). No entanto, a Assembleia Mundial de Saúde, o supremo órgão de decisão da OMS, tem reiteradamente reconhecido que os enfermeiros são essenciais para o desenvolvimento de políticas de saúde de qualidade e para a implementação de intervenções eficazes em saúde. A ausência cada vez maior da voz de enfermagem no âmbito dos Ministérios da Saúde e da OMS precisa de atenção agora mais do que nunca.

O tema do DIE deste ano de *Enfermeiros: uma força para a mudança - Eficiência + Eficácia =Ganhos em Saúde* é realmente adequado e oportuno. Como mostra a evidência investigativa dos vários exemplos de países, os enfermeiros são realmente profissionais eficientes e prestam cuidados eficazes. Com os sistemas de saúde redesenhados e a plena participação dos enfermeiros na política, a paisagem da saúde pode ser transformada para melhorar o acesso aos cuidados, a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de saúde.

Declaração de Posição

Promover o valor e custo-efetividade da Enfermagem

Posição do ICN:

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

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

Os enfermeiros têm a responsabilidade de se envolver em investigação e desenvolver modelos de prestação de cuidados inovadores que irão contribuir com evidência da eficácia da enfermagem para o planeamento, gestão e desenvolvimento de políticas.

A formação em enfermagem, nomeadamente programas de desenvolvimento de gestão e liderança, têm que ajudar os enfermeiros a serem qualificados para demonstrar o valor e o custo-efetividade da enfermagem aos serviços de saúde. As instituições de formação em Enfermagem e os corpos reguladores de enfermagem devem rever regularmente os currículos para assegurar a inclusão de conteúdos relacionados com o valor e custo-efetividade dos cuidados de Enfermagem.

As associações nacionais de enfermagem (ANEs) têm um papel importante em ajudar a determinar e a influenciar políticas de saúde e políticas públicas que promovam o custo-efetividade e a qualidade dos cuidados.

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

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

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

Os enfermeiros, especialmente os líderes, têm que ter uma boa compreensão do propósito e natureza da reforma da saúde, e a contribuição que a Enfermagem pode dar a todos os níveis de prestação de cuidados de saúde, assim como no planeamento, gestão e desenvolvimento de políticas para serviços de saúde. Quando a reforma de saúde está no estadio de planeamento, os líderes de Enfermagem têm que desempenhar um papel de liderança no desenvolvimento de políticas relacionadas com a adequação, natureza e propósito da reforma de saúde.

International Council of Nurses

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva Switzerland
Telephone 41 (22) 908 0100
Fax 41(22) 908 0101
E-Mail : icn@icn.ch
Website : www.icn.ch

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

- Promover o papel da enfermagem como um recurso central em cuidados custo-efetivos assim como um contribuinte crítico na tomada de decisão sobre os gastos em saúde.

- Oferecer oportunidades de formação aos enfermeiros para ganharem conhecimentos sobre competências políticas, princípios económicos, orçamentação, utilização de recursos e custo-efetividade na saúde.

- Apoiar o desenvolvimento da liderança e gestão, que inclui o papel dos enfermeiros na gestão de recursos, tomada de decisão e desenvolvimento de políticas.

- Promover e apoiar a investigação e a avaliação que ligam e validam metodologias de cálculo de custos para os resultados da enfermagem e da saúde.

- Encorajar o desenvolvimento de bases de dados que permitam a comparação de resultados entre vários contextos e assim propor melhores abordagens aos cuidados e o desenho de sistemas de enfermagem mais eficazes.

- Facilitar a disseminação de informação e o *networking* interativo sobre a investigação custo-efetiva, estratégias de redução de custos e *standards* de melhores práticas.

- Estabelecer redes profissionais com *stakeholders* relevantes, para fomentar a colaboração colegial e a troca de ideias e informação direcionada para a promoção da qualidade e do custo-efetividade.

- Promover equidade nos termos e condições de serviço para os enfermeiros, reconhecendo e apoiando o seu papel na promoção do custo-efetividade e da qualidade de cuidados num contexto multidisciplinar.

Adotado em 1995
Revisto e reafirmado em 2001

Declaração de Posição

Participação dos Enfermeiros no desenvolvimento de tomadas de decisão e de políticas dos serviços de saúde

Posição do ICN:

Os enfermeiros têm uma contribuição importante a dar no planeamento dos serviços de saúde, na tomada de decisões e no desenvolvimento de uma política de saúde adequada e eficaz. Eles podem e devem contribuir para as políticas públicas relacionadas com a preparação dos profissionais de saúde, os sistemas de prestação de cuidados, o financiamento dos cuidados de saúde, a ética nos cuidados de saúde e as determinantes da saúde.

Os enfermeiros devem assumir as suas responsabilidades em matéria de política de serviços de saúde e de tomada de decisão, incluindo a sua responsabilidade para um desenvolvimento profissional relevante.

As organizações profissionais de enfermagem têm a responsabilidade de promover e de defender a participação da enfermagem nos órgãos e comissões de tomada de decisão e de desenvolvimento de políticas de saúde a nível local, nacional e internacional. Elas também têm a responsabilidade de ajudar a garantir que os enfermeiros líderes têm uma preparação adequada para que possam assumir plenamente as funções de formulação de políticas.

Enquadramento

Por causa de sua estreita interação com os doentes / clientes e suas famílias em todos os contextos, os enfermeiros ajudam a interpretar as necessidades e as expectativas das pessoas em relação aos cuidados de saúde. Eles estão envolvidos no processo de tomada de decisão a nível da prática clínica, bem como da gestão. Eles usam os resultados de investigações e de testes para contribuir para as decisões sobre a qualidade e a prestação de cuidados de saúde custo-eficazes. Eles fazem investigação em enfermagem e em saúde que contribui com evidências para o desenvolvimento de políticas. Porque os enfermeiros são muitas vezes os coordenadores dos cuidados prestados por outros, eles contribuem com o seu conhecimento e experiência para o planeamento estratégico e para a utilização eficiente dos recursos.

Para participar e ser efetivamente considerado no planeamento de saúde, na tomada de decisão e no desenvolvimento de políticas de saúde e políticas públicas, o enfermeiro deve ser capaz de demonstrar o seu valor e convencer os outros da contribuição que pode dar. Isso pode envolver a melhoria e expansão do âmbito da preparação de enfermeiros para a gestão e para a liderança, incluindo a sua compreensão dos processos políticos e governamentais. Também pode envolver aumentar a sua exposição através de papéis e posições, tanto na enfermagem como noutros serviços de cuidados de saúde, incentivando os enfermeiros a participar no governo e nos assuntos políticos e melhorando e divulgando a imagem da enfermagem.

International Council of Nurses

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva Switzerland
Telephone 41 (22) 908 0100
Fax 41(22) 908 0101
E-Mail : icn@icn.ch
Website : www.icn.ch

O International Council of Nurses (ICN) e as suas associações nacionais de enfermeiros (ANE) membros promovem e apoiam todos os esforços para melhorar a preparação de enfermeiros para a gestão, liderança e desenvolvimento de políticas. Esta preparação deve ser ampla e deve incluir o desenvolvimento de conhecimentos e competências para influenciar a mudança, participando no processo político, marketing social, formação de coligações, trabalho com os meios de comunicação social e outros meios de exercício de influência. Os enfermeiros devem ser capazes de reconhecer os processos complexos e os fatores envolvidos no processo de tomada de decisão eficaz.

As organizações profissionais de enfermagem precisam de empregar uma série de estratégias para contribuir para o desenvolvimento de políticas eficazes, incluindo o acompanhamento da utilização dos enfermeiros na força de trabalho; a incorporação de novos modelos e estratégias de gestão; a utilização de uma imagem positiva da enfermagem para os *stakeholders* da gestão e das políticas principais tanto a nível nacional como internacionalmente; difusão do conhecimento e investigação; e desenvolvimento contínuo e manutenção das redes adequadas para permitir relações de trabalho de colaboração com organizações governamentais e não-governamentais. Por seu lado, o ICN vai promover e disponibilizar informações sobre a contribuição da enfermagem no processo de tomada de decisão em saúde e no desenvolvimento de políticas.

Adotado em 2000
Revisto e reafirmado em 2008

Gestão da enfermagem e dos serviços de saúde

Declaração de Posição

Posição do ICN:

A enfermagem tem a responsabilidade de contribuir para o planeamento em saúde, formulação de políticas e coordenação e gestão dos serviços de saúde. O International Council of Nurses (ICN) espera que os enfermeiros contribuam para as políticas de saúde a nível local, nacional e internacional através de funções de gestão e liderança em todos os níveis e através de contactos diretos e de defesa por parte das associações nacionais de enfermagem (ANE). A necessidade de excelência na gestão dos sistemas de enfermagem e de saúde deve ser promovida ativamente.

O ICN acredita firmemente que os serviços de enfermagem devem ser geridos diretamente por enfermeiros. Numa situação onde existem gestores não-enfermeiros cujo pessoal inclui enfermeiros, o ICN acredita que nessas os líderes de enfermagem devem ter autoridade para dar orientações sobre as questões relativas à enfermagem como profissão. Em todas estas situações é o enfermeiro que é responsável pelo âmbito e pelos padrões de prática da enfermagem.

Além disso, o ICN acredita que os enfermeiros estão bem preparados para gerir uma ampla gama de serviços de saúde.

O ICN espera que os enfermeiros gestores recebam oportunidades de preparação e remuneração adequadas à gestão e de desenvolvimento de políticas e liderança iguais aos outros profissionais de saúde que estão a ser preparados para altos cargos no sector da saúde.

Enquadramento:

Os papéis e as funções dos enfermeiros gestores estão continuamente a ser redefinidos no contexto de mudança do setor da saúde.

A liderança é um componente essencial da gestão. É fundamental que os líderes de enfermagem estejam bem preparados para assumir funções como gestores de serviços de enfermagem e de saúde, na educação e na política de saúde. A liderança da enfermagem inclui a formação e a tutoria de outros e a criação o ambiente para o desenvolvimento contínuo de cuidados de qualidade.

Líderes de enfermagem fortes apoiam o pessoal na sua prática, abordando questões profissionais e clínicas, promovendo a satisfação no trabalho e melhorando a qualidade dos cuidados de saúde para os consumidores. Especificamente, os enfermeiros em níveis executivos desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados de qualidade, fornecendo: uma liderança forte e eficaz; influência social; direção estratégica; e a autoridade dentro de uma organização.[1]

[1] Cook M.J. 2001. The attributes of effective clinical nurse leaders. Nursing Standard, 15(35), 33-36.

International Council of Nurses

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva Switzerland
Telephone 41 (22) 908 0100
Fax 41(22) 908 0101
E-Mail : icn@icn.ch
Website : www.icn.ch

A excelência na gestão dos serviços de enfermagem e de saúde deve ser promovida ativamente. As associações profissionais de enfermeiros podem influenciar estrategicamente para garantir que a profissão está envolvida no planeamento de saúde e da política.

A manutenção de redes e ligações com e entre as principais partes interessadas é essencial para uma liderança e gestão eficaz. Igualmente importante é a capacidade de avaliar continuamente o meio ambiente, a fim de monitorizar o desempenho e para criar ou adaptar à mudança, conforme necessário.

A preparação educacional para a gestão irá variar de acordo com as funções e os planos de carreira dos enfermeiros gestores. O ICN tem um papel na promoção de uma educação sólida para a gestão e liderança. As associações profissionais de enfermagem podem ajudar identificando oportunidades relevantes e promovendo estas para os seus membros. Os enfermeiros devem assumir individualmente a responsabilidade pela sua própria educação, bem como pelo desenvolvimento da sua capacidade para planear e gerir estrategicamente.

Os enfermeiros precisam de selecionar programas uni ou multidisciplinares apropriados em vista a prepará-los de forma eficaz para a gestão, o desenvolvimento de políticas e a liderança em diferentes contextos e em diferentes fases do seu desenvolvimento profissional e de carreira. A preparação deve refletir a importância da aprendizagem contínua, que é adaptada às novas necessidades e expectativas. Ela deve enfatizar o desenvolvimento de competências e atributos relevantes e não apenas a aquisição de conhecimentos.

As conquistas dos enfermeiros gestores precisam ser recompensadas da mesma forma que as dos outros gestores. Ao mesmo tempo, os enfermeiros gestores precisam demonstrar os benefícios da sua inclusão em posições-chave. Classificações adequadas de posição, iguais a outros gestores no mesmo nível e de acordo com seus atributos profissionais e o seu nível de responsabilidade, devem aplicar-se a enfermeiros gestores.

Adotado em 2000
Revisto e reafirmado em 2010

Declaração de Posição

Serviços de saúde acessíveis com financiamento público

Posição do ICN:

O International Council of Nurses (ICN) e as suas associações nacionais de enfermeiros (ANEs) filiadas defendem o desenvolvimento de sistemas de saúde nacionais que oferecem uma gama de serviços essenciais de saúde e de acesso universal e equitativo, de financiamento público para a população.

As pessoas têm o direito a serviços de saúde equitativos que visem: promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamentos curativos, de reabilitação e paliativos. O ICN acredita que estes serviços devem ser centrados no doente e na família, baseados em evidências e em melhoria contínua com a qualidade medida por padrões e indicadores de referência acordados.

Sempre que esses serviços não são financiados publicamente, o ICN acredita que os governos têm a responsabilidade de garantir serviços de saúde acessíveis para a população com foco nos grupos vulneráveis, especialmente os de baixos rendimentos. [1]

O ICN apoia os esforços de associações nacionais de enfermeiros para influenciarem as políticas de saúde, sociais, educativas e públicas, baseando as prioridades de saúde para a nação na equidade, acessibilidade aos serviços abrangentes e essenciais, eficiência (incluindo a produtividade), relação custo-eficácia e cuidados de qualidade.

O ICN considera os cuidados de saúde primários como o meio preferido de prestação de serviços essenciais de saúde, a um custo que os governos e as comunidades podem pagar.[2]

Serviços acessíveis, custo-eficazes e de qualidade; princípios e enquadramentos regulatórios apropriados; normas, mecanismos e ambientes favoráveis à prática; precisam de ser estabelecidos e aplicados tanto a serviços de saúde públicos como privados.

Os enfermeiros e as ANE têm a responsabilidade de defender tais serviços de saúde, acompanhar a sua eficácia e impulsionar o desenvolvimento das políticas de saúde, tomada de decisões e implementação das mesmas, de forma a garantir que todas as pessoas têm acesso a serviços de enfermagem e de saúde de qualidade.

O ICN apoia os esforços das ANE para garantir que a política do governo para o financiamento público dos serviços de saúde acessíveis não baixe o nível do ensino de enfermagem exigido pelas exigências complexas desses serviços dado

International Council of Nurses

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva Switzerland
Telephone 41 (22) 908 0100
Fax 41(22) 908 0101
E-Mail : icn@icn.ch
Website : www.icn.ch

[1] Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

[2] The World Health Report 2008. Primary Health Care Now More than Ever. Geneva: WHO.

que a evidência mostra que os enfermeiros alcançam melhores resultados em saúde.[3]

Enquadramento

Uma nação saudável é um recurso nacional vital. A meta principal de cada nação deve ser atingir o melhor estado de saúde possível para a população dentro dos recursos disponíveis.

Todas as pessoas devem ter acesso a enfermeiros competentes que prestam cuidados com supervisão e apoio em toda a gama de contextos. Os sistemas de saúde precisam de aumentar a capacidade da enfermagem e abranger uma gama de estratégias que abordam o planeamento da força de trabalho, a educação, o *skill-mix*, enquadramentos regulatórios e percursos profissionais que garantam sistemas de saúde eficazes, eficientes e seguros.

O ICN e as associações membro precisam manter redes eficazes com as partes interessadas para ajudar a garantir a alocação de recursos e a disponibilidade dos serviços baseados em necessidades e prioridades bem como para promover os cuidados de saúde primários considerando a qualidade e os custos. Isto inclui a defesa dos recursos necessários para preparar a força de trabalho de enfermagem para a crescente carga de doenças crónicas e não transmissíveis, lesões, catástrofes e outros desafios de saúde enfrentados pelas nações e populações em todo o mundo.

Adotado em 1995
Revisto e reafirmado em 2001
Revisto e reafirmado em 2012

[3] Aiken L, Clarke S, Cheung R, Sloane D & Silber J (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA, 290, 1617- 1623.

Referências

Aiken LH , Sloane DM, Bruyneel L , Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diodidous M, Kinnunen J, Kóska M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno.Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T & Sermeus W (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383 (9931): 1824 - 1830, 24 May 2014.

Aiken LH, Douglas MS, Bruyneel L, Van de Heede K & Sermeus W (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*. 50: 143-153.

Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Tishelman C, Scott A, Brzostek T, Kinnunen J, Schwendimann R,, Heinen M, Zikos D, Strømseng Sjetne I, Smith HL & Kutney-Lee A (2012). Patient Safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344:e1717.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes, *Journal of Nursing Administration* 2008 May;38(5):223-9. doi: 10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2008). Innovation Profile: Periodic Nurse Initiated Telephone Contact Provides Quality Follow-up Care to Infants with Lung Disease in Rural Areas. Disponível em: https://innovations.ahrq.gov/profiles/periodic-nurse-initiated-telephone-contact-provides-quality-followup-care-infants-lung

Australia Nursing and Midwifery Federation (ANMF) (2014). Securing jobs for graduate nurses. 11 December 2014. Disponível em: http://anmf.org.au/news/entry/securing-jobs-for-graduate-nurses-and-midwives

Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, Ren J, Peel J (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92: 1278-1283.

Bauer JC (2010). Nurse Practitioners as an Underutilized Resource for Health Reform: Evidence-Based Demonstrations of Cost-Effectiveness. *J Am Acad Nurse Pract*. 22:228-231

Bennett S & Gilson L (2001). Health financing: designing and implementing pro-poor policies. London: DFID, Health Systems Resource Centre.

Benton D (2013). Fake medicines are everybody's business. Fight the Fakes Opinion Piece. Disponível em: www.icn.ch/images/stories/documents/projects/Fight-the-Fakes_Op_Ed.pdf

Benton D, Chapman C, Smith E (2003). Sharing experiences and learning. *Nursing Management,* 2003;10(8):24-27.

Berkman ND, DeWalt DA, Pignone MP, Sheridan SL, Lohr KN, Lux L,Sutton SF, Swinson T & Bonio AJ (2004). *Literacy and Health Outcomes* (AHRQ Publication No. 04-E007-2). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/literacy/literacy.pdf

Blank MB, Hanrahan NP, Fishbein M, Wu ES, Tennille JA, Ten Have TR, Kutney-Lee AM, Gross R, Hines JM, Coyne JC & Aiken LH (2011). A Randomized Trial of a Nursing Intervention for HIV Disease Management Among Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services* 62:1318–1324, 2011

Blendon R, Schoen C, DesRoches C, Osborn R, & Zapert, K (2003). Common Concerns Amid Diverse Systems: Health Care Experiences In Five Countries. *Health Affairs*, 22, no.3 (2003):106-121.

Bloom, D.E., Canning, D. & Jamison, D (2004). Health, Wealth and Welfare. Finance and Development, 41(1): 10-15. International Monetary Fund (IMF). Disponível em: www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2004/03/pdf/bloom.pdf

Bower P, Campbell S, Bojke C & Sibbald B (2003). Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *Quality & Safety in Health Care* 12(4):273-279.

Canadian Home Care Association (2006). High Impact Practices. September 11, 2008. Disponível em: www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1744

Carrin G, James C, Evans DB (2005). Achieving universal health coverage: developing the health financing system. Geneva, WHO.

Centers for Disease Control and Prevention (2011). A Patient Safety Threat – Syringe Reuse Disponível em http://www.cdc.gov/injectionsafety/patients/syringereuse_faqs.html

Chisholm D & Evans DB (2010). Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. World Health Report 2010 background paper, no. 28. Geneva: WHO. Disponível em: www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en

Commission on Macroeconomics of Health (CMH) (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development.* Geneva: WHO.

Costa-Font, J, Courbage C & McGuire A. (eds.2009). The Economics of New Health Technologies: Incentives, Organisation and Financing. Oxford: Oxford University Press.

Dambisya Y (2007). EQUINET Newsletter #82 December: What do we need to do to keep health workers in Africa? Disponível em: www.equinetafrica.org/newsletter/index.php?iissue=82

Dealey C, Posnett ,J, Walker AJ (2012). The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. *Wound Care*. 21(6):261-2, 264, 266.

Duerden M, Avery T & Payne R (2013). Polypharmacy and medicines optimisation: safe and sound. London: The King's Fund. Disponível em: www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/polypharmacy-and-medicines-optimisation-kingsfund-nov13.pdf

Duffield CM, Diers D, O'Brien Pallas L, Aisbett C, Roche MA, King MT & Aisbett K (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, vol.24, issue 4 pp. 244-255.

Eckenrode, J., Ganzel, B., Henderson, C.R., Smith, E., Olds, D.L, et al. (2000). Preventing Child Abuse and Neglect With a Program of Nurse Home Visitation: The Limiting Effects of Domestic Violence. *JAMA.* 284(11):1385-1391

Eibner C, Hussey PS, Ridgely MS, McGlynn EA (2009). Controlling Health Care Spending in Massachusetts: An Analysis of Options. RAND Health.
Ellis JR & Hartley CL (2005). Managing and Coordinating Nursing Care. Fourth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Elsevier Clinical Solutions (2014). National Survey and Forum for Nurse Executives Leveraging Evidence-based Practice to Enhance Healthcare Quality, Reliability, Patient Outcomes and Cost-containment. Disponível em: http://visit.clinicaldecisionsupport.com/l/7222/2014-05-12/n9fy1

European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN) (2010). The financial cost of healthcare fraud. Disponível em: www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-(2).pdf.

Fairall L, Bachmann MO, Lombard C, Timmerman V, Uebel K, Zwarenstein M, Boulle A, Georgeu D, Colvin CJ, Lewin S, Faris G, Conick R, Draper B, Tshabalala M, Kotze E, van Vuren C, Steyn D, Chapman R & Bateman E (2012). Task Shifting of Antiretroviral Treatment from Doctors to Primary-Care Nurses in South Africa (STRETCH): A Pragmatic, Parallel, Cluster-Randomized Trial. *The Lancet*. 380 (9845): 889 - 898.

Ferrel BJA (2002). Community development and health project: A 5-year (1995-1999) experience in Mozambique, Africa. *International Nursing Review*, 49: 27-37.

Frenk J, Chen LC et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376:1923–1958

Gallup (2013). Gallup Honesty/ Ethics in professions. Disponível em: www.gallup.com/poll/1654/honesty-ethics-professions.aspx

Griffiths P, Jones S & Bottle A (2013). Is "failure to rescue" derived from administrative data in England a nurse sensitive patient safety indicator for surgical care? Observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 50: 292-300.

Hardiker NR, Sermeus W, Jansen K (2014). Challenges associated with the secondary use of nursing data. Stud Health Technol Inform. 2014;201:290-7.

Health Workforce Australia (2012). Health Workforce 2025: Doctors, Nurses and Midwives, Vol.1. March 2012. Disponível em: www.hwa.gov.au/sites/uploads/health-workforce-2025-volume-1.pdf

Hennis A & Fraser HS (2004). Diabetes in the English-speaking Caribbean (Special report). *Pan American Journal of Public Health*, 15 (2), 90-93.

Holloway K & Van Dijk L (2010). Rational use of medicines. In: *The World Medicine Situation*. Geneva: WHO.

Horrocks S, Anderson E, Salisbury C (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324:819-23.

Iha A (2008) ed. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva, World Health Organization, The Research Priority Setting Working Group of the Alliance for Patient Safety.

Institute for Health Care Communication (2011). Impact of Communication in Healthcare. Disponível em: http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/

Institute of Medicine (2012). "Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America." Smith M, Saunders R, Stuckhardt L & McGinnis JM (editors). Washington, D.C. The National Academies Press. Disponível em: www.iom.edu/Reports/2012/Best-Care-at-Lower-Cost-The-Path-to-Continuously-Learning-Health-Care-in-America.aspx

Institute of Medicine (1999). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: National Academy Press.

International Council of Nurses (undated). International Classification for Nursing Practice (ICNP) Information Sheet. Disponível em:
www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/ICNP_FAQs.pdf

International Council of Nurses (2014) ICN Biennial Report 2012-2013, p.23. Disponível em: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/biennial_reports/ICN_Biennal_Report_2012-2013.pdf

International Council of Nurses (2013a). ICN Fact Sheet on *Positive Practice Environments*. Disponível em: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9d_FS-Positive_Practice_Environments.pdf

International Council of Nurses (2013b). Going, Going, Gone: The nursing presence in the World Health Organization (revised 2013). A Fact Sheet for National Nurses Associations. Disponível em: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/7b_FS-Does_Nursing_Matter_within_WHO.pdf

International Council of Nurses (2012a). Declaração de Posição on *Publicly funded accessible health services.* Disponível em: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D07_Publicly_Funded_Accessible_Health_Services.pdf

International Council of Nurses (2012b). ICN Code of Ethics for Nurses. Geneva: ICN. Disponível em: www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

International Council of Nurses (2010). The Impact of the Economic Recession on Nurses and Nursing in Iceland. Developed by Elsa B. Friofinnsdottir & Jon Aoalbjorn Johnson. Geneva: International Centre for Human Resources in Nursing (ICHRN).

International Council of Nurses (2009a). Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics. A Nursing Matters Fact Sheet. Disponível em: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-NP_APN.pdf

International Council of Nurses (2009b). Implementing Nurse Prescribing. Geneva. ICN

International Council of Nurses (2008a). Declaração de Posição on *Participation of nurses in health service decision-making and policy development.* Disponível em: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D04_Participation_Decision_Making_Policy_Development.pdf

International Council of Nurses (2008b). Nursing Perspectives and Contributions to Primary Health Care. Geneva: ICN. Disponível em: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/primary_health_care.pdf

International Council of Nurses (2007). ICN Declaração de Posição on *Nurses and Primary Health Care*. Disponível em: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D02_Nurses_Primary_Health_Care.pdf

International Council of Nurses (2005a). Guidelines on shaping effective health policy. Geneva: ICN. Disponível em: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_shaping.pdf

International Council of Nurses (2005b). Nurse retention and recruitment: Developing a motivated workforce, developed by Zurn P, Dolea C & Stilwell B. Geneva: ICN. Disponível em: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/primary_health_care.pdf

International Council of Nurses (2004). Collaborative Practice in the 21st Century. Developed by Madrean Schober & Nancy MacKay. Geneva: ICN.

International Council of Nurses (2001). ICN Declaração de Posição on *Promoting the value and cost-effectiveness of nursing*. Disponível em:

http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D06_Promoting_Value_Cost-effectiveness_Nursing.pdf

International Council of Nurses (1999). ICN's Vision for the Future of Nursing. Geneva, ICN. Disponível em: www.icn.ch/about-icn/the-icns-vision/

International Council of Nurses and the World Bank (2014). Strengthening Community and Frontline Health Workers for Universal Health Coverage. Event Summary, July 2014. Geneva: ICN. Disponível em: www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/report/pdf/2014m/08-06.pdf

International Medical Travel Journal (2011). European health systems under siege. Medical tourism news. 8 July 2011. Disponível em: www.imtj.com/news/?EntryId82=297309

Irish Nursing and Midwifery Organisation (Dec 2013/Jan 2014). "Media watch - Budget cuts focus". *World of Irish Nursing* Dec 2013/Jan 2014 Vol 21 (10). Disponível em: www.inmo.ie/Home/Index/7820/11149

Irvine D & Evans M (1995). Job satisfaction and turnover amongst nurses: Integrating research findings across studies. *Nursing Research* 44 (4): 246-253, Blackwell Publishing, UK. Cited in International Council of Nurses (2004). The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions p.34, developed by James Buchan and Lynn Calman for ICN. Geneva, ICN. Disponível em: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Global_shortage_Overview.pdf

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2005). Health Care at the Crossroads: Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis. Disponível em: www.jointcommission.org/assets/1/18/health_care_at_the_crossroads.pdf

Keleher H, Parker R, Abdulwadud O & Francis K (2009). Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *Int J Nurs Pract.*15(1):16-24

Kingma M (2008). Nurses on the Move: Historical Perspective and Current Issues. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing.*13 (2), Manuscript 1.

Kitzman H, Olds DL, Sidora K, Henderson CR, Hanks C, Col R, Luckey DW, Bondy J, Cole K & Clazner J (2000). Enduring Effects of Nurse Home Visitation on Maternal Life Course: A 3-Year Follow-up of a Randomized Trial. *JAMA.* 2000;283(15):1983-1989.

Kroezen M (2012). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey of forces, conditions and jurisdictional control. International Journal of Nursing Studies 49 (2012): 1002-1012.

Laport N, Sermeus W, Vanden Boer G & Van Herk P (2008). Adjusting for nursing case mix in hospital reimbursement: a review of international practice. *Policy Politics and Nursing Practice*, 9 (2): 94-102.

Laschinger HKS, Almost J & Tuer-Hodes J (2003). Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics: Making the Link. *JONA*, 33 (7/8)

Lathrop B (2013). Nursing Leadership in Addressing the Social Determinants of Health. *Policy, Politics & Nursing Practice*. *14 (1): 41-47*

Latter S, Courtenay M (2004). Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature, Journal of Clinical Nursing, Volume 13, Issue 1, Pages 26-32, 2004 Blackwell Publishing Ltd.

Lein C & Wills CE (2007). Using patient-centered interviewing skills to manage complex patient encounters in primary care. *American Academy of Nurse Practitioners, 19*:215-220

Lemiex-Charles L & McGuire WL (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review*. June 2006. 63(3):263-300.

Liese B & Dussault G (2004). Africa Region Human Development Working Paper Series. The State of the Health Workforce in Sub-Saharan Africa: Evidence of Crisis and Analysis of Contributing Factor. Washington D.C.: The World Bank, Africa Region.

LeRoy L & Solowitz S (1981). The Costs and Effectiveness of Nurse Practitioners. Office of Technology Assessment.

Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; Vol. 380, No. 2859, pp. 2095–2128.

Macdonald, T.H. (2009). Removing the Barriers to Global Health Equity. Oxon: Radcliffe Publishing.

Massachusetts Technology Collaborative (MTC) and NEHI (2008). *Saving Lives, Saving Money: The Imperative for CPOE in Massachusetts.* Updated to 2008 figures. Cambridge, MA: NEHI.

Mathauer I & Imhoff I (2006). Health worker motivation in Africa: The role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, 4:24.

McElmurry, B. et al. (2002). Primary health care in the Americas: frame work, experiences, challenges and perspectives. Nº 25. Series. Organization and Management of Health Systems and Services. Washington, DC. PAHO/WHO.

McMahon R, Barton E & Piot M. (1992). On being In charge: a guide to management in primary health care. Geneva: WHO.

Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martin-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdráan-Mañas M, Carrasco AM, García-Arrabal JJ, Toral-Lopez I (2008). Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *Health serv Res*, 23(8):193

Morris R, MacNeela P, Scott A, Treacy P & Hyde A (2007). Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. Journal of Advanced Nursing 57 (5): 463-471.

Mphande H (2014). "Shortage of nurses hit Malawi: Has only 25% of required number", Nyasa Times. September 18, 2014. Disponível em: www.nyasatimes.com/2014/09/18/shortage-of-nurses-hit-malawi-has-only-25-of-required-numbers/

Murphy GT (2005). Health human resource planning, modeling activities for primary health care nurse practitioners. Ottawa: CNA. Canadian Nurse Practitioner Initiative.

Neumann PJ (2005). Using cost-effectiveness analysis to improve health care: opportunities and barriers. Oxford: Oxford University Press.

Newhouse R & Poe S (2005). Measuring Patient Safety. Sudsbury, MA: Jones and Bartlett.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346(22): 1715-1722.

NHS Employers (2014). NHS Qualified Nurse Supply and Demand Survey – Findings. Report produced for the Health Education England Nursing Supply Steering Group. Disponível em: http://hee.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/321/2014/05/NHS-qualified-nurse-supply-and-demand-survey-12-May1.pdf

Noknoy S, Rangsin R, Saengcharnchai P, Tantibhaedhyangkul U, McCambridge J (2010). RCT of effectiveness of motivational enhancement therapy delivered by nurses for hazardous drinkers in primary care units in Thailand. *Alcohol and alcoholism*, 45 (3): 263-70.

Nullis C (2007).The Associated Press, 24 May 2007. Disponível em: www.seattlepi.com/national/article/Nursing-shortages-in-Africa-hurt-AIDS-treatment-1238508.php

Organisation for Economic Co-operation and Development (2013). Public Spending on health and long-term care: a new set of projects. OECD Economic Policy Papers No.06. Disponível em: www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf

Organisation for Economic Co-operation and Development (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experience in 12 developed countries. Disponível em: www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp%282010%295&doclanguage=en

Özaltın A & Cashin C, eds. (2014). Costing of Health Services for Provider Payment: A Practical Manual Based on Country Costing Challenges, Trade-offs, and Solutions. Joint Learning Network for Universal Health Coverage. Disponível em: http://jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/JLN_Costing_Toolkit_Interactive_FINAL.pdf

Palangkaraya A & Yong J (2009). Population Ageing and its Implications on Aggregate Health Care Demand. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 9 (4): 391-402.

Pan American Health Organization (2007). Renewing Primary Health Care in the Americas: A position paper of the Pan American Health Organization (PAHO/WHO). Washington D.C.: PAHO.

Pattenden J, Lewin B & Blue L (2004). Heart Failure Specialist Nurse. Evaluation of a new service April 2002 – December 2003. British Heart Foundation.10. London: Department of Health.

Pooja K (2007). Providing the providers — remedying Africa's shortage of health care workers. *NEJM,* 356:2564-2567.

PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute (2010). "The price of excess: Identifying waste in health care spending." Disponível em: www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml

Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M & Koppel I (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.

Registered Nurses Association of Ontario (2006). Healthy Work Environment Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nursing Teams. Toronto: RNAO. Disponível em: www.rnao.org/Storage/23/1776_BPG_Collaborative_Practice.pdf

Rosenstein AH & O'Daniel M (2005). Disruptive behavior & clinical outcomes: Perceptions of nurses and physicians. *AJN*. 105(1):54-64.

Russo CA, Steiner C & Spector W (2008). Hospitalizations Related to Pressure Ulcers, 2006.HCUP Statistical Brief #64. December 2008. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponível em: www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb64.pdf

Sabate E (2003). Adherence to long-term therapies. Geneva: WHO.

Sermeus W, Gillet G, Gillain D, Grietens J, Laport N, Michiels D, Thonon O, Vanden Boer G, Van Herck P & Van den Heede K. (2009). Development and validation of nursing resource weights for the Belgian Nursing Minimum Dataset in general hospitals: A Delphi questionnaire survey approach. *International Journal of Nursing Studies,* 46 (2): 256–267

Sermeus W, Delesie L, Van den Heede K, Diya L / Lesaffre E (2008). Measuring the intensity of nursing care: Making use of the Belgian Nursing Minimum Data Set. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (7): 1011-1021.

Shields M & Ward M (2001). Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction and intentions to quit. *Journal of Health Economics* 20: 677-701, Elsevier Publishing. Cited in International Council of Nurses (2004). The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions p.34, developed by James Buchan and Lynn Calman for ICN. Geneva: ICN. Disponível em: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Global_shortage_Overview.pdf

Silva AMVAD & Fernandes RMP (2008). Foreign Nurses in Portugal. Lisbon, Portugal, Ordem dos Enfermeiros.

Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J & Boerma T (2013). A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 91:892-894. Disponível em: www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-118927/en/

Stacey D, Noorani H Z, Fisher A, Robinson D Joyce J & Pong RW (2004). A clinical and economic review of telephone triage services and survey of Canadian call centre programs. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) 2004: 11.

Stanik-Hutt J, Newhouse RP, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, Wilson R, Fountain L, Steinwachs DM, Heindel L & Weiner JP (2013). The Quality and Effectiveness of Care Provided by Nurse Practitioners. *Journal for Nurse Practitioners*, 9 (8):492-500.

Storch JL (1994). Division of Labour in health care: Pragmatics and ethics. *Humane Medicine,* 10(4): 262-269.
Tamaki A (2008). Effectiveness of home visits by mental health nurses for Japanese women with post-partum depression. *Int J Ment Health Nurs*, 17 (6): 419-427.

Thomson Reuters (2009). Where can $700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system? White paper; Thomson Reuters; Ann Arbor, USA.

Tsai SL, Chen M & Yin TJC (2005). A comparison of the cost-effectiveness of hospital-based home care that of a conventional out-patient follow-up for patients with mental illness. *Journal of Nursing Research*, 13 (3):165-173.

Tucker A (2002). When problem solving is a problem. *Harvard University Gazette*, 10 October 2002. Disponível em: www.news.harvard.edu/gazette/2002/10.10/11-tucker.html

United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS) (2007). Keeping score: AIDS responses in the Caribbean: a consolidated analysis based on Caribbean reports submitted to the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS, 2006.

Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380(9859):2163–96. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2

Van Ruth LM, Mistiaen P & Francke AL (2008). Effects of Nurse Prescribing of Medication: A Systematic Review. The Internet Journal of Healthcare Administration. 2008 5 (2).

Volqvartz J (2005). The brain drain. *The Guardian*, March 11.

Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C & Leese B (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ,* 320: 1048-1053.

Wang LY, Vernon-Smiley M, Gapinski MA, Desist M, Maughan E, Sheetz A (2014). Cost-Benefit Study of School Nursing Services. *JAMA Pediatr.* 168(7):642-648.

Wang H, Zhou J, Huang L, Li X, Fennie KP, Williams AB (2010). Effects of nurse-delivered home visits combined with telephone calls on medication adherence and quality of life in HIV-infected heroin users in Hunan of China. *J Clin Nurs*, 19 (3-4): 380-388.

Wanzer M B, Booth-Butterfield M & Gruber K (2004). Perceptions of health care providers' communication: Relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Care Communication, 16*(3), 363-384.

Welton JM, Fischer MH, DeGrace S & Zone-Smith L (2006). Hospital nursing costs, billing, and reimbursement. *Nurs Econ*, 24(5):239–245.

Welton JM & Halloran EJ (2005). Nursing diagnoses, diagnosis-related group, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 35 (12):541-549.

Woodend A, Sherrard H, Stuewe M, Fraser M, Cheung T & Struthers C (2008). Telephone monitoring in patients with cardiac disease who are high risk for admission. *Heart & Lung*, 37 (1): 36-45.

World Bank (2009). The Nurse Labor & Education Markets in the English-speaking CARICOM: Issues and Options for Reform. Report No. 48988-LAC. Human Development Department, Caribbean Country Management Unit Latin America and the Caribbean Region. Disponível em: http://siteresources.worldbank.org/INTJAMAICA/Resources/The_Nurse_Labor_Education_Market_Eng.pdf

World Health Organization (2014). World Health Statistics 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (2013a). World Health Report 2013. Research for Universal Health Coverage. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (2013b). Monitoring the achievement of the health-related Millennium Development Goals Health in the post-2015 United Nations development agenda. Report by the Secretariat.

World Health Organization (2012a). Positioning Health in the Post-2015 Development Agenda WHO discussion paper, October 2012. Disponível em: www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHOdiscussionpaper_October2012.pdf?ua=1

World Health Organization (2012b) Informal Member State Consultation on Health in the Post -2015 Development Agenda, 14 December 2012. Summary Report. Disponível em: www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/summary_informal_consultation_memberstates_20121214.pdf?ua=1

World Health Organization (2012c). The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences. Technical Report prepared for the Ministers Summit. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75828/1/WHO_EMP_MAR_2012.3_eng.pdf

World Health Organization (2012d). The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences. Geneva: WHO

World Health Organization (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide: A Systematic Review of the Literature. Geneva: WHO.

World Health Organization (2010a). Health accounts. Disponível em: www.who.int/health-accounts/en/

World Health Organization (2010b). *The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. Disponível em: www.who.int/whr/2010/10_chap01_en.pdf

World Health Organization (2010c). The World Medicines Situation. Geneva: WHO.

World Health Organization (2010d). Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services 2011–2015. Disponível em: www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/

World Health Organization (2008a). *The World Health Report 2008. Primary Health Care: Now More Than Ever*. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf?ua=1

World Health Organization (2008b). Treat, Train, Retain: Task Shifting, Global Recommendations and Guidelines.

World Health Organization (2006). The *World Health Report 2006. Working together for health.* WHO; Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2005). World Alliance for Patient Safety: WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. Geneva: WHO.
World Health Organization and World Bank (2002). Building Strategic Partnerships in Education and Health in Africa. Report presented at the consultative meeting on improving collaboration between health professionals, governments and other stakeholders in human resources for health development, Addis Ababa, Ethiopia.

World Health Professions Alliance (WHPA) (2011). Joint Statement on Counterfeit Medical Products. Disponível em: www.whpa.org/WHPA_Joint_Statement_on_Counterfeiting.pdf

Young TL & Ireson C (2003). Effectiveness of school-based telehealth care in urban and rural elementary schools. *Pediatrics*, 112 (3): 1088-1094.