

Dia Internacional do Enfermeiro  
12 de Maio de 2007



# Ambientes favoráveis à prática:

Condições no trabalho = Cuidados de qualidade



**CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS**

**AMBIENTES FAVORÁVEIS À PRÁTICA:  
CONDIÇÕES NO TRABALHO = CUIDADOS DE QUALIDADE**

**Instrumentos de Informação e Acção**



**Desenvolvido por Andrea Baumann  
para o Conselho Internacional de Enfermeiros**

Todos os direitos, incluindo a tradução para outros idiomas, reservados.

Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida sob a forma impressa, através de imagens ou de qualquer outra forma, guardada num sistema de armazenamento, transmitida de qualquer forma sem a autorização expressa, por escrito, do Conselho Internacional de Enfermeiros.

Excertos curtos (inferiores a 300 palavras) podem ser reproduzidos sem autorização, desde que a fonte seja indicada.

Copyright © 2007 pelo ICN International Council of Nurses,  
3, place Jean-Marteau, CH-1201 Genebra (Suíça)

ISBN: 92-95040-80-5

# PROMOVER AMBIENTES FAVORÁVEIS À PRÁTICA

## Índice

<b>Introdução</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo 1:</b> O enfermeiro e os ambientes favoráveis à prática	<b>11</b>
<b>Capítulo 2:</b> Questões de satisfação profissional, dotações e segurança	<b>17</b>
<b>Capítulo 3:</b> Clima organizacional e desempenho profissional	<b>33</b>
<b>Capítulo 4:</b> Questões globais da vida profissional	<b>39</b>
<b>Capítulo 5:</b> O que podem fazer as associações nacionais de enfermagem	<b>43</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo 1:</b> Instrumento de avaliação do ambiente de trabalho do enfermeiro	<b>49</b>
<b>Anexo 2:</b> Estratégias para o desenvolvimento de ambientes favoráveis à prática	<b>53</b>
<b>Anexo 3:</b> Folha informativa acerca da prevenção de lesões por picada de agulha em profissionais de saúde	<b>55</b>
<b>Anexo 4:</b> Folha informativa acerca de imunizações para profissionais de saúde	<b>61</b>
<b>Anexo 5:</b> Declaração de posição acerca da segurança dos doentes	<b>67</b>
<b>Anexo 6:</b> Declaração de posição acerca da agressão e violência contra enfermeiros	<b>71</b>
<b>Anexo 7:</b> Declaração de posição acerca da saúde, higiene e segurança no trabalho para os enfermeiros	<b>79</b>
<b>Anexo 8:</b> Comunicado de imprensa acerca dos ambientes favoráveis à prática	<b>85</b>
<b>Referências</b>	<b>89</b>

# Promover ambientes favoráveis à prática

## Introdução

É uma realidade premente. Os sistemas de saúde a nível mundial são cada vez mais desafiados – deparam-se com uma gama crescente de necessidades de saúde e restrições financeiras que limitam o potencial dos serviços para fortalecer as infra-estruturas e forças de trabalho do sector da saúde. Estamos mergulhados numa crise global da força de trabalho na enfermagem – uma crise marcada por uma carência crítica de enfermeiros. Os motivos para esta carência são variados e complexos, mas entre os principais contam-se os ambientes de trabalho pouco saudáveis, que enfraquecem o desempenho ou contribuem para o alheamento dos enfermeiros e, com demasiada frequência, os afastam de ambientes de trabalho específicos ou da própria profissão.

No entanto, há ambientes que fazem precisamente o contrário, que apoiam a excelência e têm o poder de atrair e reter os enfermeiros. Estes vieram a designar-se por ambientes favoráveis à prática. O seu efeito benéfico sobre tudo, desde a satisfação do enfermeiro aos resultados dos doentes, à inovação, está documentado por um conjunto substancial de evidências. Ainda assim, há muito trabalho a fazer para tornar os ambientes favoráveis à prática a norma.

Os ambientes favoráveis à prática caracterizam-se por:

- Enquadramentos políticos inovadores centrados no recrutamento e retenção.
- Estratégias para a formação e promoção contínuas.
- Compensação adequada dos empregados.
- Programas de reconhecimento.
- Equipamento e materiais suficientes.
- Um ambiente de trabalho seguro.

Para esse fim, o ICN escolheu os *Ambientes Favoráveis à Prática: Condições no Trabalho = Cuidados de Qualidade* como sendo o tema do Dia Internacional do Enfermeiro 2007 e o foco deste conjunto de instrumentos. Concebido para ajudar a alertar os enfermeiros e levá-los a actuar, o conjunto pode ser utilizado por gestores, enfermeiros na linha da frente, presidentes do conselho de administração, associações profissionais e/ou organismos de regulação. O conjunto foi concebido para fornecer dados sobre os ambientes favoráveis à prática para todas as partes interessadas que queiram melhorar a prestação de serviços de qualidade na saúde.

As páginas seguintes exploram a interface enfermeiro / local de trabalho, sobrepondo factores que modelam os ambientes de trabalho dos enfermeiros, o custo de locais de trabalho pouco saudáveis e as características e benefícios dos ambientes favoráveis à prática. Está também incluída uma lista de acções e instrumentos para ajudar os enfermeiros a negociar no sentido de ambientes melhorados.

## **Enquadramento e Pontos Chave**

- Em quase todos os países, os enfermeiros prestam a maior parte dos serviços de saúde – até 80 por cento em alguns casos.
- Estamos no meio de uma crise global da força de trabalho na enfermagem, caracterizada por uma carência cada vez mais intensa de enfermeiros na maior parte dos países.
- A carência de enfermeiros varia consoante o tipo de enfermeiro, localização geográfica, nível de cuidados, sector, serviço e organização, e está associada a uma procura crescente de serviços de enfermagem.
- Nos países em desenvolvimento, a situação é frequentemente dramática – uma carência crónica de enfermeiros, agravada por uma forte migração externa de

enfermeiros em busca de melhores condições de trabalho e melhor qualidade de vida, frequentemente acompanhada de desemprego e sub-emprego dos enfermeiros devido a restrições financeiras.

- No Gana, mais de 500 enfermeiros deixaram o país em 2000 por empregos com melhor salário em países mais ricos – três vezes o total registado para 1999 e mais do dobro do número de enfermeiros que o Gana formou nesse ano.
- Num inquérito conduzido pela Penn State University, as organizações de enfermeiros de 33 países – sobretudo da Oceânia, África, América Central e Caraíbas – reportaram que a saída de enfermeiros para países de maior riqueza era um problema grave a extremamente grave, que aumentava a carência já existente de enfermeiros.
- A actual carência de enfermeiros está a minar os objectivos dos sistemas de saúde a nível global e a desafiar a nossa capacidade de satisfazer as necessidades dos nossos cidadãos.
- Em 2006, a Organização Mundial de Saúde identificou a crise global na força de trabalho da saúde, incluindo a carência crítica de enfermeiros, como item prioritário de acção.
- Os motivos para a crise nos cuidados de saúde e na enfermagem são variados e complexos, mas a evidência sublinha que os ambientes de trabalho pouco saudáveis são motivos essenciais.
- Os ambientes pouco saudáveis afectam a saúde física e psicológica dos enfermeiros devido ao *stress* de cargas laborais pesadas, horários prolongados, baixo estatuto profissional, relações difíceis no local de trabalho, problemas no desempenho dos papéis profissionais e uma diversidade de riscos no local de trabalho.
- A evidência indica que “longos períodos de tensão profissional afectam as relações pessoais e aumentam o tempo de baixa por doença, conflito, insatisfação profissional, rotatividade e ineficiência” (Baumann et al. 2001).

- Os enfermeiros, que sofrem de *stress* devido a cargas laborais pesadas, atritos com os colegas, tarefas inapropriadas, aptidões e conhecimentos insuficientes, má gestão ou condições de trabalho inseguras, sentem dificuldades para fornecer os padrões de cuidados mais elevados.
- Os ambientes favoráveis à prática afectam não apenas os enfermeiros como outros profissionais de cuidados de saúde e suportam a excelência nos serviços, melhorando, em última instância, os resultados do doente.
- A evidência indica que um terço dos enfermeiros recém-formados no Reino Unido não se registam para exercer a profissão; as experiências negativas no local de trabalho ou os ensinamentos clínicos parecem afastar estes novos graduados da profissão.
- Um estudo dos enfermeiros nos Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Escócia e Alemanha mostrou que 41% dos enfermeiros estavam insatisfeitos com os seus empregos e 22% planeavam abandoná-los em menos de um ano; os achados confirmaram a relação entre o *stress* no local de trabalho e a moral dos enfermeiros, satisfação profissional, compromisso para com a organização e intenção de abandono.
- Há uma preocupação crescente de que as questões no ambiente do local de trabalho tenham afectado o compromisso organizacional e profissional dos enfermeiros (Tovey & Adams 1999) e contribuído para uma quebra do contrato psicológico entre o empregador e o empregado (Rousseau 1996).
- Os efeitos benéficos dos ambientes favoráveis à prática sobre a prestação de serviços de saúde, desempenho do profissional de saúde, resultados dos doentes e inovação estão bem documentados.
- Quando há mais enfermeiros disponíveis para cuidar dos doentes, o *stress* deixa de ser um problema tão grande.
- Um ambiente de trabalho saudável é um ambiente para a prática que maximiza a saúde e o bem-estar dos



enfermeiros, resultados de qualidade para os doentes e desempenho organizacional (RNAO 2006b).

- Os empregadores começaram a aperceber-se de que as mudanças positivas no ambiente de trabalho resultam numa taxa mais elevada de retenção dos empregados.
- A evidência mostra que manter os empregados conduz a melhor trabalho em equipa, continuidade aumentada dos cuidados e melhores resultados para os doentes.
- Num exame abrangente do ICN à crise na força de trabalho na enfermagem – a Iniciativa Global de Análise da Enfermagem (*Global Nursing Review Initiative*) – os ambientes favoráveis à prática e o desempenho organizacional emergiram, em conjunto, como uma das cinco prioridades globais para a acção.



# CAPÍTULO 1

## O enfermeiro e os ambientes favoráveis à prática

Há duas considerações que emergem ao examinar os ambientes favoráveis à prática: (1) a identidade profissional dos enfermeiros e (2) as características dos próprios ambientes.

### Identidade profissional

Independentemente do seu tipo de prática, ambiente de trabalho ou país, os enfermeiros partilham um atributo que os define: são profissionais empenhados que abraçam uma filosofia holística de cuidados. Esta característica, talvez mais do que qualquer outra, modela as suas expectativas e enquadra-se nos ambientes de trabalho desafiadores de hoje em dia.

Enquanto profissionais, os enfermeiros precisam de um ambiente para a prática que reconheça o mandato social e de saúde da sua disciplina, bem como o âmbito da prática, tal como definido pela legislação nacional ou de regulação (Rowell 2003). As estruturas de política institucional têm de

O que define um profissional?

Já em 1920, Abraham Flexner identificou diversas características que são ainda relevantes hoje em dia:

- conhecimentos;
- especialização;
- responsabilidade intelectual e individual; e
- consciência de grupo bem desenvolvida.

Desde essa altura, autores de diversas áreas proporcionaram mais perspectiva sobre as questões básicas do profissionalismo. Uma visão contemporânea aponta para o conhecimento baseado em princípios científicos, responsabilidade, autonomia, investigação, colegiatura, colaboração e inovação.

(Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO] 2006d).

reconhecer a importância da educação e da formação contínua, salientar o trabalho em equipa e a colegiatura, e encorajar a criatividade e a inovação.

Em ambientes de prática profissional de qualidade, as necessidades e objectivos dos enfermeiros são cumpridos e os doentes são assistidos na satisfação dos seus objectivos individuais de saúde. Isto ocorre dentro do enquadramento de custo e qualidade determinados pela organização na qual os cuidados são prestados.

As organizações variam na sua capacidade para suportar os cuidados em ambientes desafiadores para a prática. Quando há falta de pessoas, recursos e/ou estruturas, há um conflito entre a responsabilidade profissional dos enfermeiros e a prestação de cuidados adequados aos doentes. Se, por exemplo, as cargas laborais intensas apenas deixarem tempo aos enfermeiros para tarefas relacionadas com as necessidades físicas dos doentes, as necessidades psicossociais e espirituais dos mesmos poderão não ser inteiramente satisfeitas (Baumann et al. 2001) e pode não se conseguir o cuidado holístico.

## **Características dos ambientes favoráveis à prática**

Emergiram modelos aplicáveis aos ambientes de trabalho dos enfermeiros a partir de estudos conduzidos na Europa durante a última década. A vantagem destes modelos é que são relevantes para qualquer local de trabalho – desde ambientes de pequenas comunidades rurais até grandes hospitais urbanos de cuidados agudos.

O modelo de Kristensen (1999) para o bem-estar social e psicológico combina seis factores indutores de *stress*, relacionando-os tanto com o indivíduo como com a organização. Este trabalho foi suportado pelo modelo de Seigrist (1996) sobre

as condições de elevado esforço / baixa recompensa. Segundo Kristensen, são necessárias as seguintes condições para o bem-estar social e psicológico óptimo:

- exigências que se adequem aos recursos da pessoa (ausência de pressões no trabalho);
- um elevado grau de previsibilidade (segurança no emprego e segurança no local de trabalho);
- bom apoio social por parte dos colegas e gestores, bem como acesso a oportunidades de formação e desenvolvimento profissional (trabalho em equipa; tempo contemplado para a formação);
- trabalho com significado (identidade profissional);
- um elevado nível de influência (autonomia, controlo sobre o planeamento de horários, liderança); e
- um equilíbrio entre o esforço e a recompensa (remuneração, reconhecimento, recompensas).

***Hospitais-íman.*** Aquilo que é mais específico para a enfermagem é a literatura acerca dos hospitais-íman. O termo *hospital-íman* é frequentemente utilizado para designar unidades capazes de atrair e reter como funcionários enfermeiros com boas qualificações e prestar cuidados de qualidade de forma consistente. Com início nos Estados Unidos (EUA), a propagação dos hospitais-íman e seus princípios subjacentes está agora a tornar-se internacional.

Durante uma onda de carências de enfermeiros que afectou todo o país no início da década de 1980, certos hospitais nos EUA foram identificados como sendo casos excepcionais: reportavam taxas invulgarmente baixas de vagas e de rotatividade. Os enfermeiros tinham destas instituições a

percepção de serem bons empregadores, que ofereciam ambientes de trabalho atraentes.

Intrigada, a Academia Americana de Enfermagem (*American Academy of Nursing*) promoveu um estudo destes chamados hospitais-íman, identificando uma longa lista de características que os definiam. Um estudo de seguimento pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos (*Department of Health and Human Services*) identificou três estratégias que os hospitais haviam adoptado e que tinham reduzido com sucesso a rotatividade dos enfermeiros e as taxas de vagas de enfermeiros: compromisso da gestão para com os enfermeiros e a enfermagem; liderança forte na enfermagem; e salários e benefícios competitivos.

Os enfermeiros nos ambientes dos hospitais-íman têm taxas mais baixas de *burnout*, maior satisfação profissional e melhores resultados dos doentes (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber 2002). Os critérios para os hospitais-íman que são aplicáveis a todos os ambientes de trabalho variam dos mais gerais (por ex. uma reputação de cuidados de qualidade e de ser um bom local para trabalhar) aos mais específicos (por ex. elevadas taxas de retenção e baixas taxas de rotatividade, dotações adequadas, horários flexíveis, liderança forte e salários adequados) (Havens & Aiken 1999; McClure, Poulin, Sovie & Wandelt 1983; Scott, Sochalski & Aiken 1999).

O termo hospital-íman é frequentemente utilizado para referir uma unidade que consegue atrair e reter pessoal constituído por enfermeiros com boas qualificações e que presta consistentemente cuidados de qualidade.

Mais recentemente, o Centro de Atribuição de Credenciais dos Enfermeiros Americanos (*American Nurses Credentialing Center*) lançou o programa de reconhecimento dos serviços-íman para a excelência nos serviços de enfermagem (Lowe 2005). Os critérios íman sublinham o conceito da autonomia e

o envolvimento dos enfermeiros na definição do seu ambiente de trabalho. Reforçam ainda a necessidade de formação básica e contínua de modo a prestar cuidados de enfermagem de elevada qualidade.

A liberdade para actuar de forma autónoma e responsável, relacionada com o seu âmbito de actuação, é consistentemente relacionada com a satisfação profissional dos enfermeiros (Baguley 1999). Um inquérito recente à satisfação na vida profissional dos enfermeiros verificou que os atributos de liderança, autonomia e trabalho em equipa eram aspectos importantes que contribuíam para a satisfação dos enfermeiros (Best & Thurston 2004-2006). Há ainda evidência de que proporcionar uma maior latitude na tomada de decisão diminui a rotatividade (Alexander, Bloom & Nuchels 1994). Quando os enfermeiros têm pouca oportunidade de terem uma palavra a dizer no cuidado dos doentes, sentem que a sua experiência não é valorizada, o que diminui o seu compromisso para com os empregadores. Este controlo sobre a prática é afectado por variáveis ambientais, tais como o tempo e uma liderança que os apoie.





## CAPÍTULO 2

### Questões de satisfação profissional, dotações e segurança

---

Nos últimos anos, tem-se prestado cada vez mais atenção às questões da satisfação profissional, dotações e segurança nas discussões que envolvem os locais de trabalho dos enfermeiros. Estas são aqui brevemente exploradas.

#### **Satisfação profissional**

A satisfação profissional está relacionada com a forma como os enfermeiros se sentem no que respeita à sua vida laboral. Um estudo efectuado por Weisman e Nathanson (1985) verificou que o nível de satisfação profissional dos enfermeiros era o determinante mais forte do nível agregado de satisfação dos clientes. No entanto, é difícil de medir, dado que está intimamente relacionado com questões económicas e sociais associadas à existência de ambientes de trabalho adequados.

Estudos recentes verificaram que os enfermeiros preferem ficar na região onde receberam a sua formação (Baumann, Blythe, Cleverley, Grinspun & Tompkins 2006), mas deslocar-se-ão caso as condições de emprego não satisfaçam os seus requisitos pessoais ou profissionais. A ausência de remuneração adequada é uma razão fundamental para a migração em muitas partes do mundo. Contudo, alguns estudos mostraram que, nas nações desenvolvidas, o dinheiro apenas se torna um problema fundamental na ausência de outras fontes de satisfação (Weisman & Nathanson 1985). A satisfação dos enfermeiros também é afectada por factores globais, tais como o apoio por

parte do governo, suporte de infra-estruturas físicas e compromisso do empregador para com os serviços de enfermagem.

Zurn, Dolea e Stilwell (2005) reportaram que, no Reino Unido, um inquérito ao pessoal do serviço nacional de saúde em Londres mostrou que, ao pedir sugestões aos profissionais de saúde para melhorar as suas vidas profissionais, “melhor salário” aparecia apenas em quarto lugar na sua “lista de pedidos”, atrás de “mais pessoal”, “melhores condições de trabalho” e “melhores instalações”. É verdade, no entanto, que o salário se encontrava mais acima na lista das pessoas que comunicavam uma intenção de abandonar o sistema, mas ainda assim apenas aparecia em segundo ou terceiro lugar (Pearson et al. 2004).

Em *Nurse Retention and Recruitment: Developing a Motivated Workforce* (Retenção e Recrutamento de Enfermeiros: Desenvolvimento de uma Força de Trabalho Motivada), parte do *Global Nursing Workforce Project* (Projecto Global para Força de Trabalho na Enfermagem) (2005), Zurn, Dolea e Stilwell reportaram haver um apoio empírico para a relação entre a satisfação profissional, falta de motivação e intenção de abandono (Carlson et al. 1992). A baixa satisfação profissional constitui uma preocupação em muitos países com poucos recursos. No Lesoto, Schwabe et al. (2004) verificaram que, globalmente, 37% dos enfermeiros não estão satisfeitos com o seu emprego actual. Esta percentagem varia consoante a ocupação dos enfermeiros; chega aos 80% para os enfermeiros de saúde mental, por exemplo.

Segundo este estudo, os principais factores que causam insatisfação profissional são a remuneração inadequada e as más condições de trabalho, incluindo deficiências no ambiente de trabalho, tais como falta de equipamento. A formação ou qualificações inadequadas também são mencionadas como sendo um problema significativo. Estes achados são

suportados por um inquérito efectuado em cinco países africanos, nos quais a baixa motivação resultava em migração do profissional de saúde para fora do país (Awases et al. 2003).

O desempenho dos profissionais depende claramente do nível de motivação, que os estimula a serem assíduos, trabalharem de forma diligente, serem flexíveis e estarem dispostos a desempenhar as tarefas necessárias. Contudo, a motivação apenas afecta os aspectos do desempenho que podem estar sob o controlo pessoal do profissional. Por exemplo, quando as organizações falham em proporcionar aos profissionais o equipamento essencial, estes poderão não ser capazes de conseguir fazer o seu trabalho por motivos que estão fora do seu controlo.

As deficiências institucionais nos recursos materiais e humanos, nos materiais e manutenção adequada do equipamento conduzem à progressiva deterioração dos serviços de saúde (sobretudo nos serviços do Estado) e criam insatisfação profissional. Estas condições fizeram com que os enfermeiros se demitissem dos hospitais em Ribeirão Preto em 1990 (Anselmo, Angerami e Gomez 1997). Este estudo constatou que as condições de trabalho, constituídas por diversos elementos, tais como os salários, benefícios, volume de actividade, horas e turnos, estavam presentes em todos os relatos prestados pelos profissionais como sendo uma das razões para a demissão. Um outro estudo efectuado na Colômbia encontrou resultados semelhantes (Correa, Palacia e Serna 2001).

Parece, portanto, que a produtividade dos profissionais de saúde não é apenas uma questão da respectiva motivação para o trabalho: é também uma questão da sua boa formação e preparação para o trabalho (sendo esta uma consequência da formação, recrutamento apropriado e políticas de

emprego). Depende ainda de os profissionais terem ou não à disposição o equipamento, fármacos e tecnologia necessários para fazer o seu trabalho. Por conseguinte, nem a motivação é sinónimo de desempenho, nem o desempenho é inequivocamente determinado pela motivação (Kanfer 1999). “A motivação afecta o desempenho, ainda que este dependa também da infra-estrutura e ambientes organizacionais.”

## Considerações relativas às dotações

Uma das primeiras definições importantes das dotações relaciona-as com o número e tipo de pessoal necessário para a prestação de cuidados aos doentes (Giovanetti 1978, tal como citado em McGillies Hall 2005). Autores posteriores aperceberam-se de que as dotações vão para além dos números e incluíram outras variáveis que afectam a cobertura dos doentes e a prestação de cuidados seguros. Estas variáveis incluem a carga laboral, ambiente de trabalho, eficiência e efectividade em termos de custos, complexidade dos doentes, nível de aptidões dos enfermeiros e combinação das dotações na enfermagem.

O número de pessoal reflecte frequentemente contingências de financiamento e não as necessidades do pessoal ou do doente. Em resultado, há uma má adequação entre a necessidade de enfermeiros e os requisitos do trabalho..

Em *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions* (Carência Global de Enfermeiros: Uma Descrição de Problemas e Acções) (2005), James Buchan afirma: “Uma análise global, focada nas regiões da OMS, pode esbater distinções importantes entre países, e uma análise ao nível do país pode esconder variações geográficas significativas ao nível da disponibilidade dos enfermeiros. Mesmo nos países com rácios enfermeiro:população baixos, há frequentemente

uma má distribuição dos enfermeiros disponíveis, o que vai exacerbar o impacto das carências. As áreas rurais nos países em desenvolvimento tendem a ser as áreas mais mal servidas.”

Há a necessidade de que os sistemas de saúde tenham o potencial de suportar financeiramente infra-estruturas e forças de trabalho efectivas. Ainda que frequentemente reconheçam a necessidade de enfermeiros, os serviços nacionais de saúde enfrentam frequentemente a constatação de que não são atribuídos recursos financeiros suficientes para suportar os números necessários. Por exemplo, em *Overview of the Nursing Workforce in Latin America* (Descrição da Força de Trabalho na Enfermagem na América Latina), também parte do *Global Nursing Workforce Project* (Projecto Global da Força de Trabalho na Enfermagem) (2005), Malaren e Agudelo reportam que, em países como a Nicarágua, “ainda que a produção de enfermeiros seja baixa, mesmo estes não são absorvidos no sistema de saúde devido à baixa capacidade económica e sustentabilidade destes sistemas.”

Este é também o caso em países como o Quénia, Zâmbia, Tanzânia, Filipinas e partes da Europa de Leste.

Nos últimos anos, emergiu a importância das dotações seguras, em grande parte como resultado de mudanças no sistema de cuidados de saúde a nível mundial. Estas mudanças foram desencadeadas por crises como a pandemia da SIDA, SARS, custos crescentes com os cuidados de saúde e recessões económicas que conduziram a carências na enfermagem. As dotações seguras estão relacionadas com questões de responsabilização, segurança do pessoal e segurança dos doentes.

**Nível e combinação das dotações.** A Federação Americana de Professores (*American Federation of Teachers*) (1995)

define as dotações seguras como sendo “uma quantidade apropriada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de aptidões (...), disponível a todas as alturas para assegurar a satisfação das necessidades de cuidados dos doentes e a manutenção de condições de trabalho isentas de riscos.” As dotações seguras dependem do contexto dos cuidados. Numa pequena comunidade rural, por exemplo, incluem o pessoal adequado para garantir um ambiente seguro. Nos sectores da comunidade e do hospital, a combinação de dotações e os níveis de aptidões são ingredientes importantes para os cuidados óptimos.

A quantidade de pessoal reflecte frequentemente contingências de financiamento e não as necessidades do pessoal ou dos doentes. Em resultado, há frequentemente uma má adequação entre a necessidade de enfermeiros, as necessidades dos enfermeiros e os requisitos do trabalho. Elevadas percentagens de enfermeiros no Canadá, EUA, Reino Unido e Suécia reportaram pressões no trabalho suficientemente graves para afectar o cuidado dos doentes (Nolan, Lundh & Brown 1999); Shullanberger 2000; White 1997) e há evidência de que rácios inferiores de enfermeiros em relação aos doentes conduzem a complicações e a piores resultados dos doentes (Kovner & Gergen 1998; Lancaster 1997; Shullanberger 2000). O conjunto de instrumentos para o tema “Dotações Seguras Salvam Vidas” (ICN 2006) reforça o facto de os níveis mais elevados de dotações estarem relacionados com melhores resultados (Aiken et al. 2002; Lancaster 1997). O conjunto de instrumentos analisa estratégias que podem ser utilizadas para promover dotações seguras. Verificou-se que legislação abrangente, estruturas de enquadramento profissional e políticas efectivas são úteis no reforço e planeamento de dotações adequadas (ICN 2006).

## Evidência acerca da combinação de pessoal

Existe uma quantidade considerável de investigação que suporta o efeito da combinação de pessoal sobre os resultados dos doentes. A maior parte dos estudos sugere que quanto mais elevado o estatuto educacional e profissional dos enfermeiros que prestam os cuidados, melhores os resultados dos doentes.

- Blegen, Goode e Reed (1998) verificaram que uma combinação de aptidões com uma maior proporção de enfermeiros correspondia a uma menor incidência de erros de medicação, menos úlceras de pressão e uma maior satisfação do doente.
- Num estudo efectuado em 799 hospitais, em 11 Estados Americanos, uma proporção mais elevada de cuidados de enfermagem prestados por enfermeiros e um maior número de horas por dia de internamento estavam associados a melhores resultados dos doentes.
- Sovie e Jawad (2001) verificaram que um número mais elevado de horas dos enfermeiros com os doentes estava associado a menos quedas e maior satisfação com a gestão da dor.
- Um estudo conduzido nos EUA por Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart e Zelevinsky (2002), utilizando dados administrativos de uma grande amostra multi-estadual de hospitais, examinou a relação entre os níveis de dotações de enfermeiros e a taxa de acontecimentos adversos entre os doentes. Os resultados demonstraram que uma proporção mais elevada de horas de cuidados de enfermagem prestados por enfermeiros e um maior número de horas de cuidados prestados por enfermeiros por dia estavam associados a melhores resultados nos cuidados para os doentes hospitalizados.
- Person et al. (2004) verificaram que os doentes com enfarte agudo do miocárdio tinham uma menor probabilidade de morrer em hospitais com níveis mais elevados de enfermeiros.
- Um estudo retrospectivo de grandes dimensões (Tourangeau, Giovanetti, Tu & Wood 2002) conduzido no Canadá em doentes diagnosticados com enfarte agudo do miocárdio, AVC, pneumonia e septicémia verificou uma menor taxa de mortalidade aos 30 dias associada a uma combinação de aptidões com maior proporção de enfermeiros e mais anos de experiência numa unidade clínica.

Há ainda evidência de que as melhores habilitações entre os enfermeiros se correlacionam com melhores resultados dos doentes (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane & Silber 2003).

**Rácios enfermeiro: doente.** Em *Global Nursing Shortage: Priority Areas for Intervention* (Carência Global na Enfermagem: Áreas Prioritárias de Intervenção) (2005), o ICN reporta que “Diversos países, incluindo os EUA e a Austrália, estão a voltar-se para os rácios enfermeiro:doente mínimos, obrigatórios, como uma de diversas estratégias para melhorar as condições de trabalho e o regresso dos enfermeiros à prática, bem como para promover as dotações seguras e o cuidado dos doentes.

Pouco depois da implementação dos rácios obrigatórios em Victória, Austrália, “5000 enfermeiros desempregados candidataram-se a regressar ao trabalho e preencher postos de trabalho vagos nos serviços de saúde” (Kingma 2006, p.225). Além do mais, uma investigação promovida pela Federação Australiana de Enfermagem (*Australian Nursing Federation, ANF*) verificou que “mais de metade dos enfermeiros de Victória se demitiriam, pediriam a reforma antecipada ou reduziriam as suas horas caso fossem abolidos os rácios enfermeiro: doente obrigatórios, mínimos (ANF 2004, p.1).

**Trabalho de equipa.** Tem havido uma tónica recente na importância do trabalho de equipa para conseguir a continuidade dos cuidados. As equipas poderão ser inter ou intradisciplinares.

Em muitas partes do mundo, as restrições financeiras ou outras impedem a contratação e colocação de um número elevado de enfermeiros. A combinação de pessoal e aquilo que constituem dotações seguras varia consoante as circunstâncias locais. Os enfermeiros colaboram com diversos prestadores de cuidados de saúde, profissionais e não profissionais, sobretudo os que trabalham na comunidade (ICN 2006). No ambiente hospitalar, os papéis e a posição dos enfermeiros poderão diferir dos encontrados na América do Norte e na Europa Ocidental. Contudo, independentemente do tipo de equipa de enfermagem



e interdisciplinar, a qualidade das relações na equipa irá provavelmente afectar tanto o bem-estar dos enfermeiros como dos doentes.

Os factores que facilitam o estabelecimento do trabalho de equipa são críticos quando se pretende prestar cuidados de qualidade. A natureza multinacional e cultural da equipa de enfermagem é cada vez mais comum. O Centro Internacional para a Migração de Enfermeiros (*International Centre on Nurse Migration*), estabelecido pelo ICN e pela Comissão sobre Licenciados de Escolas de Enfermagem no Estrangeiro (*Commission on Graduates from Foreign Nursing Schools*), iniciou uma série de *workshops* para apoiar a integração dos enfermeiros migrantes ou internacionais (consulte [www.intlnursemigration.org](http://www.intlnursemigration.org)).

A colaboração com outros profissionais de saúde também é importante. Tem-se efectuado muita investigação acerca da relação prejudicial e antagonista que existe frequentemente entre médicos e enfermeiros. Num ambiente hostil ou rigidamente hierárquico, os enfermeiros poderão sentir-se intimidados para questionar ordens escritas ou orais que contenham erros ou sejam mal comunicadas (Institute of Medicine 2000).

## **Considerações relativas à segurança**

Um ambiente de trabalho seguro é um pré-requisito para um ambiente favorável à prática. Os perigos para os enfermeiros e os doentes resultam de cargas laborais excessivas, lesões preveníveis e violência no local de trabalho.

**Cargas laborais excessivas.** A ausência de adequação entre o trabalho exigido aos enfermeiros e aquele que estes conseguem prestar razoavelmente, ameaça a saúde dos enfermeiros e coloca os doentes em risco. As pressões de tempo, exigências contraditórias, interrupções, défices de

aptidões e de conhecimentos e recursos insuficientes ou indisponíveis são exacerbados pelas elevadas cargas laborais.

A investigação efectuada por O'Brien-Pallas, Thomson, Alskins e Bruce (2001) indica que as cargas laborais pesadas contribuem para a tensão no trabalho (definida como uma combinação de elevadas exigências e baixa latitude de decisão) e sugere que os aumentos a curto prazo na produtividade conduzem a custos de saúde inflacionados a longo prazo. O estudo assinalou uma forte correlação entre as horas extraordinárias efectuadas e o tempo de baixa por doença.

Em *Nursing workforce planning: mapping the policy trail* (Planeamento da força de trabalho em enfermagem: mapeamento do rasto de políticas) (2005), O'Brien-Pallas, Duffield, Tomblin Murphy, Birch e Meyer referem que: “A carga laboral excessiva continua a ser uma questão laboral fundamental em muitos países (Baumann et al. 2001; Canadian Nursing Advisory Committee 2002, Aiken et al. 2001) e, na Austrália, é um motivo documentado pelo qual os enfermeiros abandonam de todo a profissão (Duffield, O'Brien-Pallas e Aitken 2004b).

Malvarez e Agudelo (2005) referem também que um outro estudo de enfermeiros na Argentina e no Uruguai (Carrasco e Espejo de Vinas 2000) mostrou “a relação entre o número de doentes atribuídos e os acidentes sofridos, mostrando que o grupo com um número mais elevado de doentes (mais de 30) foi o que sofreu mais acidentes”, o que a transforma numa questão de segurança dos doentes.

**Medição da carga laboral.** Estabelecer cargas laborais que optimizem a produtividade sem comprometer o bem-estar de enfermeiros ou doentes constitui um desafio para os administradores. Dado que muito do trabalho da enfermagem é excluído dos instrumentos actuais de medição da carga

laboral, o esforço e especialização da enfermagem não são adequadamente reconhecidos, medidos ou compensados (ICN 2004).

Está a decorrer investigação acerca da carga laboral na enfermagem e critérios para os rácios entre pessoal e doentes, mas as abordagens de base empírica que incorporam um enquadramento teórico e os muitos factores que influenciam a carga laboral na enfermagem estão ainda na fase de desenvolvimento. Os esforços para criar sistemas melhores têm de ser intensificados de modo a permitir aos planeadores de recursos humanos tomarem melhores decisões relativas às dotações.

Dado que muito do trabalho da enfermagem é excluído dos instrumentos actuais de medição da carga laboral, o esforço e especialização da enfermagem não são adequadamente reconhecidos, medidos ou compensados (ICN 2004).

Idealmente, as organizações com níveis inadequados de dotações deviam aumentar a sua capacidade, contratando mais enfermeiros e criando mais cargos a tempo inteiro. Devem também garantir que os enfermeiros que prestam cuidados directos aos doentes podem concentrar-se nos cuidados aos doentes, em vez das tarefas administrativas. Há dados que demonstram que o tempo passado com os doentes está a diminuir, mas o tempo passado a lidar com tarefas administrativas está a aumentar. A criação de cargos superiores na enfermagem, tal como os de coordenadores clínicos, é de crucial importância. Nalguns países, a contratação de pessoal administrativo adicional, prestadores de cuidados pessoais e auxiliares de enfermagem fornecem o apoio necessário em torno da prestação de cuidados.

**Lesões preveníveis.** Os profissionais de cuidados de saúde sofrem mais lesões músculo-esqueléticas do que outros grupos ocupacionais. Os enfermeiros, em particular, sofrem

taxas elevadas de luxações e entorses (Choi, Levitsky, Lloyd & Stones 1996). Diversos estudos encontraram uma relação entre a densidade de pessoal, sobrecarga laboral, *stress* e lesões músculo-esqueléticas no local de trabalho da enfermagem. Um estudo longitudinal de 4000 profissionais de cuidados de saúde na Colúmbia Britânica, Canadá, mostrou que a tensão no trabalho aumentava o risco de lesão músculo-esquelética e de queixas (KoeHoorn, Kennedy, Demers, Hertzman & Village 2000). Um estudo longitudinal em enfermeiros suecos verificou que a tensão no trabalho aumentava o risco de lesões na região lombar (Ahlberg-Hult, Theorell & Sigala 1995).

A evidência sugere que as condições e práticas de trabalho dos enfermeiros poderão contribuir para lesões preveníveis. Muitos enfermeiros sofrem lesões nas costas quando as unidades têm falta de pessoal e têm de levantar sozinhos os doentes (Schindul-Rothschild, Berry & Long-Middleton 1996). Um estudo prospectivo de lesões nas costas, efectuado em 24.500 enfermeiros suecos ao longo de um ano, revelou que a maior parte dos incidentes ocorria durante a transferência de doentes, frequentemente quando os enfermeiros estavam a trabalhar sozinhos (Engkvist, Hagberg, Wigaeus-Hiell, Menckel & Ekenvall 1998).

A formação e os procedimentos apropriados diminuem o risco de lesões, mas os factores organizacionais também fazem diferença (Canadian Centre for Occupational Health and Safety 2005). Num estudo, as taxas mais elevadas de lesões por picadas de agulha estiveram associadas a dotações com enfermeiros temporários, enquanto as taxas mais baixas de lesões caracterizaram os hospitais-íman – organizações com dotações estáveis e reputação de serem excelentes locais de trabalho para a enfermagem (Aiken, Sloan & Klocinski 1997).

Pode inferir-se que as estratégias para a diminuição da carga laboral poderão diminuir as taxas de lesão. Existem

muitos programas de segurança no local de trabalho. No entanto, a literatura indica que poderão não ter sucesso quando as pressões no trabalho e a instabilidade do pessoal incentivam as práticas perigosas no trabalho. A evidência do campo sugere que a má manutenção no local de trabalho, equipamento inadequado e carências de material aumentam o risco de lesão dos enfermeiros, e que o equipamento, tal como elevadores para os doentes, poderiam prevenir lesões (Baumann et al. 2001).

As Linhas de Orientação do ICN para a Higiene e Segurança no Trabalho (2007) referem que: “Estima-se que a exposição a riscos biológicos, tais como o VIH, hepatite B e C tenha um grave impacto sobre a enfermagem. Nos países

em que a prevalência de VIH é mais elevada do mundo, os enfermeiros sofrem uma média de duas a quatro lesões por picada de agulha, aumentando assim as respectivas probabilidades de contrair VIH, hepatite B ou C. Um estudo de profissionais de saúde em três hospitais indianos referiu que 60% das 100 pessoas que responderam (35 dos quais eram enfermeiros) confirmaram que o contacto com sangue, e sem o benefício de equipamento pessoal de protecção, ocorria entre “muitas vezes” a “sempre” em cada semana. Nove em cada 35 enfermeiros diziam que as lesões devidas a instrumentos cortantes ou vidro partido, sem equipamento pessoal de protecção, eram uma ocorrência diária (PRIA 2005). O insucesso na protecção dos enfermeiros tem implicações para o cuidado dos doentes. Os riscos que têm um impacto adverso sobre a retenção e recrutamento de enfermeiros conduzem frequentemente a erros, ameaçam a segurança dos doentes e afectam os resultados de tratamento do doente.”

Existem muitos programas de segurança no local de trabalho. No entanto, a literatura indica que poderão não ter sucesso quando as pressões laborais e a instabilidade do pessoal incentiva práticas de trabalho perigosas.

**Violência no local de trabalho.** A violência no local de trabalho é uma realidade para muitos enfermeiros. Os potenciais perpetradores incluem outros enfermeiros, outros profissionais, doentes ou as respectivas famílias. Um inquérito a hospitais seleccionados na Colúmbia Britânica e Alberta, Canadá, reportou uma taxa elevada de violência física e verbal nos últimos cinco turnos (Duncan et al. 2001). Contudo, é difícil estimar a prevalência da violência no local de trabalho porque esta não é definida consistentemente e é provavelmente sub-reportada (Health Care and Health Safety Association of Ontario 2001).

Muitas organizações de cuidados de saúde estão a trabalhar no sentido de ambientes livres de violência e aumentaram a segurança. Outros enfermeiros (por ex. os que trabalham em hospitais pequenos com poucos recursos) continuam vulneráveis (Baumann, Hunsberger, Blythe & Crea 2006).

O Programa Conjunto ILO/ICN/OMS/PSI para a Violência no Local de Trabalho no Sector da Saúde (*ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector*) comissionou estudos de caso em países representativos em todo o mundo e desenvolveu linhas de orientação e um manual de formação ([www.icn.ch](http://www.icn.ch)). Ironicamente, o sector da saúde é mais susceptível à violência no local de trabalho do que qualquer outro. Na Suécia, cerca de um quarto dos casos reportados de violência no local de trabalho ocorreram em instalações de cuidados de saúde, enquanto o comércio, prisões e sectores da banca representaram apenas 5% cada.

Os estudos do Programa Conjunto confirmam que a violência no local de trabalho no sector da saúde constitui um risco ocupacional global, preocupação pública crescente e uma violação dos direitos humanos e dos trabalhadores.

Os estudos de caso da Austrália, Brasil, Bulgária, Líbano, Portugal, África do Sul e Tailândia salientam a vulnerabilidade dos profissionais de cuidados de saúde, sobretudo pessoal de ambulância e enfermeiros. Esta questão requer uma maior cobertura internacional para obter uma melhor compreensão daquilo que é requerido para melhorar a segurança no local de trabalho. No passado, as medidas de prevenção centraram-se na formação de prestadores de cuidados. Contudo, há um reconhecimento crescente de que é necessário dar resposta aos factores organizacionais e ambientais (por ex. concepção do emprego, fluxo de doentes, estilo de gestão, estrutura da enfermaria, níveis de ruído/calor) de modo a parar a espiral crescente de violência no local de trabalho.

As Linhas de Orientação de Enquadramento para a Resolução da Violência no Local de Trabalho no Sector da Saúde (*Framework Guidelines Addressing Workplace Violence in the Health Sector*) e um manual de formação correspondente foram desenvolvidos pelo Programa Conjunto e estão disponíveis sem encargos ([www.icn.ch](http://www.icn.ch)). Ao utilizar estes materiais, o ICN, juntamente com a Organização Norueguesa de Enfermeiros, está a trabalhar com cinco associações africanas de enfermeiros para reduzir a violência no local de trabalho nos respectivos países. Já estão a decorrer actividades no Botswana, Lesoto, Ilhas Maurícias, Suazilândia e Tanzânia – promoção da consciencialização entre os profissionais de cuidados de saúde, responsáveis pela tomada de decisão política e o público; documentação da prevalência e natureza de incidentes violentos; desenvolvimento de declarações de posição e de políticas; e introdução de estratégias de redução a nível local.

Após o *Workshop* sobre Violência no Local de Trabalho, em 2006, a Associação de Enfermagem das Ilhas Maurícias efectuou uma série de actividades para dar resposta a esta questão.

- Encontros regulares com os participantes da *workshop* para monitorizar e avaliar as suas actividades nos respectivos locais de trabalho.
- Uma Comissão anti-violência estabelecida nos 11 hospitais da ilha, que se reúne todos os meses para avaliar os progressos efectuados e iniciar as acções que forem entendidas como apropriadas.
- Um livro de relato de incidentes de violência, colocado em todas as enfermarias e unidades de todos os hospitais para incentivar os enfermeiros e parteiras a registarem todos os incidentes de violência verbal e física efectuados contra si.
- Visitas a vários hospitais, efectuadas pelo Representante Nacional, para verificar o progresso.
- Uma campanha de cartazes e panfletos colocados em todas as enfermarias e unidades das Instituições de Saúde do país
- Diversos encontros com representantes do Ministério da Saúde para discutir as questões da violência, incluindo o projecto NNO/SANNAM/ICN para incentivar a tolerância zero contra a violência no local de trabalho.
- Parceria desenvolvida com o Ministério da Saúde, que deu instruções a todos os Directores Regionais de Saúde ao nível operacional, para colaborar e suportar actividades efectuadas pela Associação de Enfermagem nas respectivas instituições de saúde.
- Colaboração com os meios de comunicação social para alertar o público acerca do impacto negativo da violência sobre os profissionais de saúde.



## CAPÍTULO 3

### Clima organizacional e desempenho profissional

O clima organizacional refere-se às percepções partilhadas pelos empregados acerca do respectivo ambiente. Apesar da sua abstracção, “clima organizacional” é um termo útil para a descrição e compreensão das questões do ambiente laboral (Al-Shammari 1992). Quando os indivíduos reportam o clima organizacional, fazem o somatório das respectivas experiências ou da sua percepção das experiências dos outros, levando ao mapa cognitivo da organização (Al-Shammari 1992). O conceito do clima organizacional está intimamente alinhado – embora separado – em relação às noções de satisfação profissional, cultura corporativa e estilo de liderança.

#### Quais são os atributos do clima?

O clima é um termo multifacetado para o tom global da organização. A cultura e o clima são quase sinónimos, utilizados para descrever os valores, crenças, filosofia e costumes de uma organização (Al-Shammari 1992). Contudo, enquanto os métodos qualitativos são geralmente utilizados para investigar a cultura corporativa, os métodos quantitativos são utilizados para investigar o clima. Muitos

Muitos atributos do local de trabalho podem relacionar-se com o clima organizacional. Há três que são intrínsecos aos ambientes positivos à prática: cultura de segurança para enfermeiros e doentes, apoio organizacional para aprendizagem ao longo da vida e liderança.

atributos do local de trabalho podem ser relacionados com o clima organizacional. Três dos atributos que são intrínsecos aos ambientes favoráveis são (1) um clima de segurança para enfermeiros e doentes, (2) um clima de apoio organizacional para a aprendizagem ao longo da vida; e (3) um clima de liderança.

**Clima de segurança para enfermeiros e doentes.** “Clima de segurança” é um termo universalmente aceite que é frequentemente utilizado em conjunção com cultura de segurança, com pouca ou nenhuma diferenciação (Cox & Flin; Mearns & Flin 1999). Ambos se definem de diversas formas.

Contudo, apesar da gama de definições, uma revisão de diversos relatórios sugere que há pelo menos cinco componentes ou indicadores globais da cultura (Wiegmann, Zhang, von Thaden, Sharnan & Mitchell 2002): compromisso organizacional, envolvimento da gestão, capacitação dos empregados, sistemas de recompensa e sistemas de notificação de ocorrências.

O clima de segurança compreende a segurança na organização e segurança relacionada com as políticas, procedimentos e recompensas (Brown & Leigh 1996). A segurança na organização é tanto física como psicológica. Os aspectos físicos incluem a provisão de equipamentos adequados, estruturas físicas adequadas e um ambiente apropriado para a prática. A componente psicológica da segurança inclui recompensas para os empregados e requer que os empregados se sintam confortáveis ao fazer perguntas, sem medo de retaliações. O clima de segurança foi recentemente colocado em destaque em diversos relatórios importantes, que colocam a segurança na linha da frente da agenda da saúde e do ambiente de trabalho. O importante Estudo Canadano de Acontecimentos Adversos (*Canadian Adverse Events Study*) (Baker et al. 2004) começou a chamar

a atenção para a segurança em todos os ambientes de cuidados de saúde. Griffin e Neal (2000) descreveram o clima de segurança como um antecedente do desempenho em segurança.

Os estudos acerca da segurança dos doentes documentam a ligação entre os climas organizacionais competitivos ou abusivos e o medo de notificar a ocorrência de erros, situações em que quase ocorreram falhas e acontecimentos adversos. O comportamento abusivo frequentemente nunca é comunicado devido à falta de confiança em que venham a ser tomadas quaisquer acções preventivas. As más atitudes, comportamentos e cuidados poderão ser assim perpetuados, influenciando não apenas os resultados dos doentes como o recrutamento e retenção de profissionais de saúde.

**Clima de aprendizagem.** Um clima de aprendizagem estabelece o palco para um ambiente de trabalho favorável e seguro. Quando as organizações incentivam a aprendizagem ao longo da vida, apoiando o desenvolvimento profissional e a partilha mútua de conhecimentos, tornam-se organizações de aprendizagem. Num clima de aprendizagem, os empregadores compreendem a importância de investir tempo, esforço e recursos para melhorar a prática dos seus empregados e melhorar os seus conhecimentos, aptidões e juízos.

Quando as organizações incentivam a aprendizagem ao longo da vida através do apoio ao desenvolvimento profissional e a partilha mútua de conhecimentos, tornam-se organizações de aprendizagem.

Nos últimos anos, os organismos profissionais incentivaram o conceito de prática reflexiva, no qual os enfermeiros preparam uma apresentação por escrito que resume os problemas que ocorreram na prática durante o ano. O uso de diários permite aos enfermeiros reflectirem acerca do seu trabalho num ambiente seguro. Esta abordagem permite aos indivíduos e às

equipas receberem informação de retorno de outros empregados e dos doentes.

**Clima de liderança.** A liderança é importante para definir o tom da organização (Al Shammari 1992). Os líderes fornecem a visão para os objectivos da organização, bem como um plano de como estes podem ser atingidos. É sua a responsabilidade de garantir que a motivação, instrumentos, conhecimentos e aptidões necessários para atingir os objectivos estabelecidos estão presentes no local de trabalho.

Lowe (2004) salienta que o compromisso por parte da gestão ao nível do topo é crítico para um ambiente de trabalho favorável e tem de tomar a forma de uma liderança visível. Os empregados julgam a organização pelas acções do presidente do conselho de administração e da equipa de administração. Em geral, os enfermeiros que são empregados por organizações com climas favoráveis irão tornar-se mais empenhados relativamente à organização e têm menos probabilidade de se irem embora. Os indivíduos cujos valores são congruentes com os da sua organização poderão ter um melhor desempenho e expressar mais satisfação profissional do que os indivíduos cujos valores divergem (Downey, Heeriegel & Slocum 1975).

A liderança deve ainda permear uma organização e incluir gestores de linha. Há estudos que mostram que os bons líderes na enfermagem podem aumentar a coesão do grupo e melhorar o *stress* no trabalho (Leveck & Jones 1996) e há evidência de que a liderança que apoia e dá poder aos enfermeiros reduz a rotatividade (Laschenger, Wong, McMahan & Kaufmann 1999; Kramer & Schmollenberg 1988; Morrison, Jones & Fuller 1997). Wilson & Laschinger (1994)

Quando o clima organizacional melhora a capacitação dos empregados a nível individual, os enfermeiros expressam uma maior satisfação profissional e os doentes conseguem melhores resultados.

verificaram que as opiniões dos enfermeiros relativamente ao acesso ao poder e à oportunidade nos seus próprios empregos dependia das suas percepções do poder dos seus gestores. Uma boa liderança em toda a organização requer a atribuição de recursos para proporcionar aos líderes e supervisores a educação, tempo, incentivos e outros apoios necessários para iniciar e sustentar os melhoramentos (Lowe 2004).

Os atributos da liderança em ambientes favoráveis à prática não estão confinados aos líderes formais. Estudos de hospitais-íman demonstram que os ambientes favoráveis à prática permitem aos enfermeiros serem autónomos, exercerem a prática em todo o seu âmbito e utilizarem a iniciativa. É no melhor interesse de uma organização utilizar todas as capacidades dos seus empregados. Quando o clima organizacional melhora a capacitação dos empregados a nível individual, os enfermeiros expressam uma maior satisfação profissional e os doentes conseguem melhores resultados (Aiken et al. 2002; McClure 2005).

O programa Liderança para a Mudança (LPM) [Leadership For Change™, LFC] do ICN ajuda ao desenvolvimento dos enfermeiros como líderes e gestores efectivos num ambiente de saúde em mudança constante. Os sistemas de saúde e os doentes beneficiam quando os enfermeiros têm fortes aptidões de liderança. O LPM pretende melhorar a contribuição dos enfermeiros para os serviços de saúde, bem como promover a segurança dos doentes e os cuidados de qualidade, através de estratégias apropriadas e proactivas de liderança.

Um clima organizacional forte e positivo é importante, dado que incentiva a consistência de comportamentos (Dickson, Resick & Hagnes 2006) com base nas percepções partilhadas. Em particular, proporciona um contexto no qual os novos empregados são aculturados. Nos locais de trabalho dos enfermeiros, um mau clima põe em risco o doente e expõe os enfermeiros a *burnout* profissional e absentismo. Os

enfermeiros precisam de examinar o seu clima organizacional para determinar se este está em consonância com a sua ética profissional e pessoal de trabalho, se melhora o seu papel e o seu desempenho, e se promove a segurança. O projecto de Liderança na Negociação (*Leadership in Negotiation*) do ICN tem dado apoio durante décadas às Associações Nacionais de Enfermeiros (ANEs) no desenvolvimento de enfermeiros que são líderes no local de trabalho, capazes de identificar os riscos ocupacionais e de desempenho, bem como de negociar a respectiva eliminação.

## CAPÍTULO 4

### Questões globais da vida profissional

Os enfermeiros dedicam-se à profissão numa gama variada de ambientes, que podem ir de pequenas clínicas dirigidas por enfermeiros numa zona rural da África do Sul a postos avançados na parte Norte do Canadá ou a unidades urbanas de cuidados intensivos nos Estados Unidos. O equipamento e os materiais podem ser rudimentares (por ex. um termómetro e alguns fármacos básicos) ou altamente complexos (por ex. o mais recente equipamento de imagiologia digital). Os enfermeiros podem trabalhar como membros de equipas multidisciplinares em hospitais universitários de grandes dimensões ou exercer sozinhos em áreas remotas, como o Norte do Paquistão.

Independentemente do local, os ambientes favoráveis à prática apoiam os enfermeiros no seu papel profissional de cuidado pelos doentes. Se os enfermeiros não dispuserem dos apoios de que necessitam para a prática, não poderão garantir os melhores

Rácios entre enfermeiros e população em todo o mundo

Em todo o mundo, há uma enorme variação nos rácios entre enfermeiros e a população, variando entre menos de 10 enfermeiros por 100.000 pessoas e mais de 1000 enfermeiros por 100,000. O rácio médio na Europa, a região com os rácios mais elevados, é 10 vezes superior ao das regiões com os rácios mais baixos (África e Sudoeste Asiático). Ainda assim, têm de considerar-se os rácios no contexto das proporções de outros profissionais de saúde na força de trabalho. Na América do Sul, por exemplo, há muito mais médicos em relação aos enfermeiros do que quer na América do Norte ou na Europa (ICN, n.d.).

resultados para os doentes. Podem sentir-se desencorajados e abandonar os seus empregos ou mesmo a profissão.

Frequentemente, os países despendem uma porção considerável do seu Produto Interno Bruto na saúde. Uma vez que as nações têm diferentes riquezas, os valores reais gastos nos cuidados de saúde variam consideravelmente. As diferenças nos recursos disponíveis para as instalações, serviços e salários influenciam a migração global do pessoal de saúde, incluindo os enfermeiros. Os migrantes deslocam-se geralmente de ambientes rurais para urbanos, dentro de cada nação, e para países mais desenvolvidos, tanto regional como internacionalmente (Kingma 2006). Este processo tem um impacto sobre as cargas laborais nas áreas de onde saíram os profissionais de saúde. O efeito da baixa capacidade da força de trabalho ou da má distribuição consiste numa carga laboral mais pesada para os que permanecem no sistema (Buchan & Calman 2004).

Apesar da correlação entre os valores gastos nos cuidados de saúde e as taxas de migração, o facto de os enfermeiros partirem ou ficarem é influenciado por outros factores.

- A discriminação de género continua a existir em muitos países e culturas, com a enfermagem a ser subvalorizada ou diminuída como sendo um “trabalho de mulher”.
- Os níveis mais elevados de violência no local de trabalho e a protecção inadequada contra a exposição a doenças poderão afectar a retenção em alguns países (Buchan & Calman 2004). Por exemplo, nalguns países africanos, os enfermeiros têm um elevado risco de contrair SIDA (Kingma 2006).
- A exposição ao excesso de trabalho ou a perigo no local de trabalho poderá convencer os enfermeiros e outros profissionais de que não são respeitados ou valorizados.



Os sistemas nacionais de saúde são limitados nos recursos que conseguem disponibilizar. Consequentemente, é essencial que utilizem sabiamente os recursos de que dispõem e se concentrem em aspectos dos cuidados de saúde que podem ser melhorados através de uma eficiência melhorada, melhor colaboração e mais investimento no pessoal de saúde.

Os países que têm um sucesso relativo na retenção da sua força de trabalho têm certos aspectos em comum (Baumann, Yan, Degelder & Malikov 2006). Uma comparação entre as retenções no Canadá, Reino Unido, Uganda e Tailândia revelou que cada um desses países tinha feito um investimento considerável na saúde e tinha um enquadramento político abrangente que dava resposta a questões tais como o aumento do recrutamento de enfermeiros, expansão do papel dos auxiliares de enfermagem e compromisso para com a formação contínua. No Uganda e na Tailândia, os salários dos enfermeiros foram aumentados e foi dado algum reconhecimento à localização do trabalho. O Canadá e o Reino Unido tinham estratégias que incluíam iniciativas para ambientes favoráveis à prática, tais como subsídios de alojamento, capacidades alargadas para o cuidado de crianças, horários de trabalho mais flexíveis e formação contínua.

### **Inovação no trabalho**

Na África subsaariana, o ICN e a Stephen Lewis Foundation estão a colaborar com as associações nacionais de enfermagem e a Becton, Dickinson and Company para proporcionar centros de bem-estar para os profissionais de cuidados de saúde e as respectivas famílias. O objectivo consiste em fornecer o financiamento e material necessários para "manter uma força de trabalho saudável, motivada e produtiva, conduzindo a um sistema de prestação de cuidados de saúde fortalecido" (ICN 2006). Os centros de bem-estar oferecem uma diversidade de serviços, incluindo testes, aconselhamento e tratamento para o VIH e TB; serviços pré-natais, incluindo a Prevenção da Transmissão de Mãe para Filho; gestão do stress; profilaxia pós-exposição; rastreio de doenças crónicas e formação, bem como um centro de recursos/conhecimentos para o desenvolvimento profissional contínuo. O objectivo consiste em prestar cuidados aos profissionais de saúde que, por sua vez, conseguirão prestar melhores cuidados aos seus doentes e comunidades.



## CAPÍTULO 5

### O que podem fazer as Associações Nacionais de Enfermagem

Os esforços a nível nacional podem fazer a diferença na melhoria das condições de trabalho dos enfermeiros. A nível nacional, as associações profissionais e os organismos de regulação funcionam como advogados tanto dos enfermeiros como dos doentes. Enquanto advogadas, as associações de enfermagem:

- fazem campanha por legislação e regulamentações que implementam protecções necessárias para os membros da profissão (Rowell 2003); e
- esforçam-se por “garantir um ambiente protector com os recursos apropriados, bem como um sistema de cuidados de saúde que incorporam a especialização de todos os prestadores de cuidados no processo de tomada de decisão centrado no doente” (Rowell 2003).

O seu objectivo é suplementado pelo desenvolvimento de políticas adequadas que dão resposta a preocupações fundamentais de saúde e segurança (por ex. níveis adequados de dotações, notificação de eventos adversos e protecção do “delator”) e apoiam os ambientes favoráveis à prática.

É essencial dispor de estruturas políticas sólidas a nível nacional, que dêem resposta às condições de trabalho dos enfermeiros e de todos os profissionais. Estas políticas podem utilizar-se para desenvolver linhas de orientação ao nível da associação/organização

A comparação entre quatro países, mencionada no capítulo anterior, verificou que os países com elevadas taxas

de retenção (ou seja, Uganda, Reino Unido, Canadá e Tailândia) tinham implementada uma estrutura de política de saúde. Todos os países davam bolsas de formação, reforçavam o papel da enfermagem, tinham criadas as condições para a eliminação da violência e mantinham a comunicação acerca da melhoria das condições de trabalho (Baumann, Yan et al. 2006).

É essencial ter sólidos enquadramentos políticos a nível nacional que dêem resposta às condições de trabalho dos enfermeiros e de todos os profissionais. Estas políticas podem utilizar-se para desenvolver linhas de orientação ao nível da associação/organização. No Reino Unido, por exemplo, o Departamento de Saúde criou o Padrão Para a Melhoria da Vida Profissional (*Improving Working Lives Standard, IWL*), que estabelece limiares para os empregadores do Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service, NHS*) seguirem (Baumann, Yan et al. 2006) e inclui práticas saudáveis no local de trabalho. O IWL complementa as políticas do NHS, tais como a tolerância zero para a violência contra o pessoal (*National Task Force on Violence Against Social Care Staff 2001, Força de Trabalho Nacional para a Violência Contra o Pessoal de Cuidados Sociais*).

As organizações nacionais de enfermagem desempenham um papel fundamental no exercício de pressão sobre os governos no que respeita à importância da regulamentação protectora do trabalho e da saúde. Desenvolvem padrões e estratégias a nível nacional que suportam ambientes de trabalho saudáveis e estabelecem mecanismos para monitorizar políticas relacionadas com o local de trabalho. Podem encorajar grupos de interesse especial e/ou divulgar evidência acerca das melhores práticas.

## **Recomendações**

Com o objectivo de promover ambientes favoráveis à prática, as associações profissionais de enfermagem devem:

- Definir as políticas locais e nacionais existentes, centradas nas condições de trabalho.
- Estabelecer, para os responsáveis pela tomada de decisão política, a relação entre a segurança dos doentes e os ambientes favoráveis à prática.
- Recolher todas as folhas informativas e declarações de posição que existem a nível internacional.
- Encorajar a mobilização dos enfermeiros e inquiri-los para determinar as questões prioritárias para a acção.
- Desenvolver linhas de orientação que dêem resposta a questões específicas das condições de trabalho.
- Divulgar evidência acerca da melhor prática.
- Preparar planos de comunicação que se centrem em questões do ambiente da prática.
- Estabelecer comissões ao nível da organização que se centrem nas questões do ambiente de trabalho.
- Utilizar o conjunto de instrumentos para fornecer dados de fundo para apoiar queixas e/ou declarações de posição.
- Apresentar argumentos efectivos para a aquisição e manutenção de equipamento seguro e mecanismos de eliminação nos ambientes de cuidados de saúde (por ex. eliminação de agulhas).
- Envolver-se em comissões organizacionais que examinem questões de trabalho e estratégias efectivas de iniciativa para dar resposta aos desafios.
- Exercer pressão sobre os empregadores e as organizações para proporcionarem ambientes favoráveis à prática e melhorar a retenção.
- Defender uma notificação de erros isenta de culpas para encorajar a identificação de práticas e acções problemáticas, de modo a eliminá-las do local de trabalho.
- Integrar a melhoria nas iniciativas para um local de trabalho saudável com os planos existentes de recursos humanos e a visão da organização.



CONJUNTO DE INSTRUMENTOS

**AMBIENTES FAVORÁVEIS À PRÁTICA:  
CONDIÇÕES NO TRABALHO = CUIDADOS DE QUALIDADE**





### **Instrumento de avaliação do ambiente de trabalho dos enfermeiros**

As questões seguintes destinam-se a estimular o pensamento e a desenvolver estratégias que conduzam a ambientes favoráveis à prática. Cada organização ou unidade de saúde varia consoante o contexto de cuidados. Consequentemente, as respostas às questões irão ser únicas para cada local.

#### **Organizações**

- O ambiente ou a organização reconhecem os enfermeiros enquanto profissionais?
- Os enfermeiros recebem uma compensação adequada pelo seu trabalho?
- Há oportunidades para a progressão na carreira na enfermagem?
- As condições de trabalho permitem o recrutamento e retenção óptimos de enfermeiros?
- A organização tem implementadas políticas para orientar o ambiente de trabalho?
- Há políticas organizacionais ou do ambiente de trabalho que dêem resposta aos riscos de saúde ocupacional e promovam ambientes de trabalho seguros?
  - A aplicação destas políticas é monitorizada?
  - As políticas são analisadas regularmente e revistas conforme o requerido?
- Está disponível equipamento seguro e este tem boa manutenção?
- Há procedimentos de reclamação efectivos ?

- Há procedimentos para a “delação”? Há políticas que protejam o “delator”?
- Existe uma política implementada que dê aos enfermeiros controlo sobre a sua prática e o seu horário?
- Está implementada uma política que estabeleça a previsibilidade e a especificação do emprego?
- Estão implementadas políticas de retenção e de recrutamento?
- As taxas de rotatividade e de vagas são excessivas ou estão a afectar negativamente os resultados dos doentes?
- Existem programas de reconhecimento e recompensa?
- Existem políticas acerca da violência no local de trabalho?
- O pessoal participa na tomada de decisão da organização?

## **Enfermeiro**

- Os enfermeiros exercem a prática sob um código de ética abrangente?
- Existe uma boa comunicação entre os enfermeiros e as outras disciplinas da saúde?
- Há recompensas/incentivos para os enfermeiros que demonstrem fortes aptidões de comunicação com outros enfermeiros e entre disciplinas?
- Existem programas que incentivem a saúde pessoal?
- Existem apoios físicos e de equipamento adequados, que incentivem a prática segura?
- Estão implementadas políticas que permitam aos enfermeiros dar resposta às questões da carga laboral?
- Estão facilmente disponíveis programas de mentorado e treino?
- Os enfermeiros têm acesso a programas de formação contínua?

## **Governo**

- Existe uma área de especialidade no governo para os cuidados de saúde?
- O governo destina financiamento para a continuação/início de investigação ao ambiente de trabalho?
- Existem estratégias a nível da província ou região?
- A política do governo apoia a força de trabalho da enfermagem para adoptar/manter o estatuto profissional?
- O governo fornece uma estrutura de regulamentação para garantir ambientes de trabalho seguros?
- O governo investe na saúde e nos ambientes de trabalho?
- Existe financiamento/apoio suficiente por parte do governo para o sistema de cuidados de saúde?

## **Associação Nacional de Enfermeiros (ANE)**

- A ANE defende e promove ambientes de trabalho saudáveis para os enfermeiros?
- A ANE defende e promove normas profissionais para os enfermeiros?
- A ANE está envolvida na educação do público relativamente à enfermagem e ao desenvolvimento profissional?
- A ANE incentiva e proporciona oportunidades para a formação contínua?
- Procuram-se alianças com organizações de doentes ou com outros grupos profissionais para assegurar um ambiente de trabalho seguro?
- Existe maneira de os enfermeiros comunicarem os seus comentários ou transmitirem informação de retorno à ANE?

## Organismo de regulação

- O organismo de regulação analisa regularmente os âmbitos da prática e as competências?
- Os padrões da prática são claramente comunicados e mantidos?
- Existem sanções apropriadas em caso de violações?
- Existe um processo de recurso e este é largamente conhecido?
- O organismo analisa as tendências para informar os empregadores e governo relativamente a questões emergentes da força de trabalho?

O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) é uma federação de 120 associações nacionais de enfermagem, que representam milhões de enfermeiros em todo o mundo. Operado por enfermeiros e para enfermeiros desde 1899, o ICN é a voz internacional da enfermagem e trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados para todos, bem como políticas de saúde sensatas a nível global.

### **Estratégias para o desenvolvimento de ambientes favoráveis à prática**

O processo de desenvolvimento de ambientes favoráveis à prática é multifacetado, ocorre a muitos níveis de uma organização e envolve uma diversidade de intervenientes. Como ponto de partida, cada organização deve desenvolver um perfil de força de trabalho que inclua medidas tais como o absentismo, taxas de vagas e rotatividade, bem como informação demográfica tal como a idade e a experiência. Este tipo de dados fornece uma base sólida para a tomada de decisão. Pela sua parte, os enfermeiros podem fazer progredir o desenvolvimento de ambientes favoráveis à prática fazendo o seguinte:

- Continuando a promover o papel da enfermagem.
- Definindo o âmbito de actuação da enfermagem de modo a que os enfermeiros, outras disciplinas e o público estejam conscientes da evolução da profissão.
- Exercendo pressão no sentido do reconhecimento profissional e remuneração.
- Desenvolvendo e divulgando uma declaração de posição acerca da importância de um ambiente de trabalho seguro.
- Garantindo que estão envolvidas outras disciplinas no desenvolvimento de políticas para ambientes de trabalho seguros.
- Apoiando a investigação, recolhendo dados para a melhor prática e divulgando os dados assim que estes ficam disponíveis.
- Incentivando as instituições educativas a melhorar o trabalho em equipa, fornecendo oportunidades para a colaboração e colocando a tónica na teoria do trabalho em equipa.

- Atribuindo prémios a instalações de cuidados de saúde que demonstrem a efectividade dos ambientes favoráveis à prática através de iniciativas de recrutamento e retenção, taxas de desistência reduzidas, boa opinião do público, cuidados melhorados e taxas mais elevadas de satisfação do doente.
- Utilizando o conjunto de instrumentos para fornecer informação de fundo acerca da importância de um ambiente favorável à prática.

O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) é uma federação de 120 associações nacionais de enfermagem, que representam milhões de enfermeiros em todo o mundo. Operado por enfermeiros e para enfermeiros desde 1899, o ICN é a voz internacional da enfermagem e trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados para todos, bem como políticas de saúde sensatas a nível global.

### **A ENFERMAGEM É IMPORTANTE**

*A **Enfermagem é Importante** fornece informação breve de referência, com uma perspectiva internacional da profissão de enfermagem sobre questões sociais e de saúde actuais*

### **O ICN e a prevenção das lesões por picadas de agulha**

#### **Factos e questões**

***Pelo menos um em cada oito profissionais de cuidados de saúde sofre uma lesão por picada de agulha, que o expõe, potencialmente, a infecções graves ou fatais***

As lesões acidentais por picadas de agulha são o principal problema relacionado com os objectos cortantes nos países industrializados. Os profissionais de saúde americanos sofrem 800.000 a 1 milhão de picadas de agulhas todos os anos, sem contar com o grande número de lesões que não são notificadas. Todos os anos, há mais de 100.000 lesões por picadas de agulha nos hospitais do Reino Unido. As picadas de agulha

**Este é um cenário real.  
Como pode ser prevenido?**

*Um doente com SIDA ficou agitado e tentou remover os cateteres intravenosos. O pessoal hospitalar teve dificuldade em conter o doente. Durante a tentativa de contenção do doente, um dos tubos IV de perfusão foi puxado, expondo a agulha de ligação. Um enfermeiro recuperou a agulha de ligação na ex-tremidade do tubo IV e procurou reinseri-la. O doente deu-lhe um pontapé no braço, empurrando a agulha para a mão do segundo enfermeiro. Três meses mais tarde, o enfermeiro que sofreu a picada de agulha teve um resultado positivo no teste ao VIH<sup>1</sup>.*

permanecem virtualmente não notificadas nos países em desenvolvimento, mas provavelmente igualam ou excedem as que ocorrem no mundo industrializado. Mais de 20 doenças podem ser transmitidas em resultado da exposição ao sangue. Os sistemas inadequados de eliminação de resíduos alargam o problema para além dos profissionais de saúde, para os trabalhadores dos serviços de limpeza, trabalhadores dos serviços de lavandaria, transportadores, “trapeiros” e a comunidade em geral<sup>2</sup>.

Nalguns países, os prestadores de cuidados de saúde sentem-se obrigados a dar injeções para satisfazer a percepção dos seus clientes sobre o que constitui um tratamento apropriado. Três estudos, realizados na África subsaariana e na Ásia, verificaram que entre 60 a 80% de todas as injeções administradas eram desnecessárias e por vezes perigosas. Os medicamentos injectados com maior frequência eram antibióticos<sup>2</sup>.

## **Impacto nos enfermeiros**

Os enfermeiros têm a taxa mais elevada de lesões por picadas de agulha entre os profissionais de cuidados de saúde. Para um profissional de saúde, o risco de infecção devido a uma lesão por picada de agulha depende do patogénio envolvido, do estado imunitário do trabalhador e da gravidade da lesão. A probabilidade de que uma única picada de agulha resulte em doença é de 3 a 5 em 1000 para o VIH, 300 em 1000 para a hepatite B e 20 a 50 em 1000 para a hepatite C.

As picadas de agulha acidentais são responsáveis por 86% do total das transmissões de doenças infecciosas relacionadas com a profissão. O impacto emocional de uma lesão por picada de agulha pode ser grave, mesmo quando não é transmitida nenhuma infecção grave, sobretudo se a lesão envolver exposição ao VIH. Num estudo efectuado com 20 profissionais de saúde expostos ao VIH, 11 revelaram uma perturbação intensa grave, 7 tiveram perturbações moderadas e persistentes e 6 demitiram-se do emprego em resultado da exposição<sup>3</sup>.



## **O aspecto económico das lesões por picadas de agulha**

Segundo a Associação Americana de Hospitais, um caso de infecção grave por patógenos transmitidos através do sangue pode resultar em custos para o empregador de 1 milhão de dólares, custos estes relacionados com os testes, seguimento, tempo perdido e pagamentos por invalidez. O custo do seguimento para uma exposição de risco elevado é de quase 3000 dólares por cada lesão por picada de agulha, mesmo quando não ocorre nenhuma infecção. Os dispositivos com agulhas de segurança custam uns meros 28 cêntimos a mais do que os dispositivos normais. Pensa-se que os hospitais da Califórnia irão poupar mais de 100 milhões de dólares por ano após implementarem a legislação que requer dispositivos com agulhas de segurança<sup>4</sup>.

## **Direitos dos enfermeiros**

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), devem tomar-se todas as medidas apropriadas para prevenir, reduzir ou eliminar os riscos para a saúde dos enfermeiros. Estas incluem<sup>5</sup>:

- Uma política nacional abrangente de higiene e segurança no trabalho.
- O estabelecimento de serviços de saúde ocupacional.
- Acesso a vigilância de saúde, de preferência durante o horário laboral e sem custos para o interessado.
- Confidencialidade médica da vigilância de saúde.
- Compensação financeira para os trabalhadores expostos a riscos especiais.
- Participação em todos os aspectos das medidas de protecção.

## **O que pode fazer para se proteger a si e aos outros:**

- ⇒ Evite a utilização de agulhas quando estiverem disponíveis alternativas seguras e eficazes.
- ⇒ Evite recapsular as agulhas.
- ⇒ Participe na formação relativa a patogénios transmitidos através do sangue e siga as práticas recomendadas de prevenção da infecção, incluindo a vacinação contra a hepatite B.
- ⇒ Notifique todas as lesões relacionadas com picadas de agulhas e outros objectos cortantes para garantir que recebe os cuidados de seguimento apropriados.
- ⇒ Defenda práticas de monitorização e de trabalho em segurança, incluindo a recolha de dados.
- ⇒ Eduque e exerça pressão no sentido do desenvolvimento de tecnologia mais segura.
- ⇒ Defenda o rastreio, o aconselhamento pós-exposição, a profilaxia, a ajuda legal e os grupos de apoio.
- ⇒ Utilize o poder de compra para adquirir equipamento seguro.
- ⇒ Crie/mantenha um sistema seguro e abrangente de eliminação de resíduos.
- ⇒ Promova a consciencialização da segurança.
- ⇒ Avalie os esforços de prevenção e forneça informação de retorno relativamente ao desempenho.

Para mais informações, contacte:  
Mireille Kingma, E-mail: [Kingma@icn.c](mailto:Kingma@icn.c)

O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) é uma federação de 120 associações nacionais de enfermagem, que representam milhões de enfermeiros em todo o mundo. Operado por enfermeiros e para enfermeiros desde 1899, o ICN é a voz internacional da enfermagem e trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados para todos, bem como políticas de saúde sensatas a nível global.

## **Julho 2000**

---

<sup>1</sup>National Institute for Occupational Health and Safety (NIOSH). Preventing Needlestick Injuries in Health Care Settings. November, 1999. Publication NR. 2000-108.

<sup>2</sup>WHO Safe Injection Global Network

<sup>3</sup>Henry et al., 1990. NIOSH Preventing Needle Stick Injuries in Health Care Settings

<sup>4</sup>American Nurses Association, Nursing Facts: Needlestick Injury, 1998

<sup>5</sup>ILO Recommendation 157: Employment and conditions of work and life of nursing personnel

1  
,

(

1

1  
1

1

### **A ENFERMAGEM É IMPORTANTE**

*A **Enfermagem é Importante** fornece informação breve de referência, com uma perspectiva internacional da profissão de enfermagem sobre questões sociais e de saúde actuais*

### **Imunizações para profissionais de saúde: gripe e hepatite B**

#### **Enquadramento**

As vacinas são largamente utilizadas em todo o mundo para proteger contra a doença, através da indução da imunidade. Os benefícios da imunização são vastamente aceites: A OMS estima que a vacinação evitou cerca de dois milhões de mortes em 2002, enquanto cinco milhões de pessoas escaparam a paralisia devido a poliomielite desde 1988 e, entre 1999 e 2003, as mortes devidas a sarampo diminuíram em quase 40%<sup>1</sup>. Para além de reduzirem a doença, o sofrimento e a morte, a imunização reduz ainda a tensão nos sistemas de cuidados de saúde e, em muitos casos, poupa dinheiro, que pode ser dirigido para outros serviços de saúde<sup>1</sup>. Consequentemente, a OMS reconhece a vacinação como sendo um dos investimentos de saúde mais efectivos em termos de custos<sup>1</sup>.

Os profissionais de saúde que trabalham com doentes têm um risco aumentado de exposição a doenças preveníveis através da vacinação, bem como de transmitir essas infecções a outros doentes. Em resultado, os sistemas de saúde em todo o mundo recomendam a imunização dos profissionais de saúde contra certas doenças infecciosas. A fundamentação para tal é tripla. A vacinação contra doenças que merecem especial atenção, irá proteger os profissionais de saúde, proteger

as suas famílias e proteger os seus doentes. Contudo, apesar da adopção destas políticas de imunização e do facto de os profissionais de saúde serem instrumentos essenciais na implementação de programas de vacinação que abrangem toda a sociedade, a investigação demonstra que as taxas de imunização dos profissionais de cuidados de saúde deviam ser melhoradas<sup>2</sup>.

Esta folha informativa explora as questões associadas à imunização dos profissionais de saúde contra duas importantes doenças preveníveis através da vacinação: a gripe e a hepatite B.

## **Imunização dos profissionais de saúde contra a gripe**

A gripe é a doença prevenível através da vacinação mais comum, e é responsável por morbidade e mortalidade significativas<sup>3</sup>. Nos EUA, a gripe e a pneumonia são responsáveis por cerca de 40.000 mortes e mais de 200.000 hospitalizações por ano e, em conjunto, são a sétima principal causa de morte, excedendo largamente as mortes provocadas pela SIDA<sup>3,4</sup>.

O vírus da gripe é altamente contagioso e a transmissão nosocomial da gripe é identificada com frequência nas instalações de cuidados de saúde. Devido ao seu ambiente de trabalho único, os profissionais de cuidados de saúde encontram-se em maior risco de contrair gripe e, em resultado do seu elevado nível de empenho para com o trabalho, muitos continuam a tratar dos doentes, mesmo quando infectados<sup>2,3</sup>. O potencial resultante para a propagação da doença pelas instalações de cuidados de saúde é acrescida do facto de cerca de 50% dos que têm gripe não desenvolverem os sintomas clássicos e, por conseguinte, terem probabilidade de não se aperceberem da infecção mas poderem espalhar o vírus durante um período entre 5 e 10 dias<sup>3</sup>.

Durante os surtos de gripe, as instalações de cuidados de saúde têm frequentemente falta de pessoal e têm capacidade reduzida. A protecção dos profissionais de cuidados de saúde através da vacinação pode ajudar a aliviar esta situação, bem como reduzir a transmissão aos doentes, reduzindo assim os custos hospitalares significativamente aumentados associados aos surtos nosocomiais. Em resultado, muitas instituições recomendam a vacinação de rotina contra a gripe para os profissionais de saúde. Por exemplo, o Centro para o Controlo e Prevenção de Doenças nos EUA (*US Center for Disease Control and Prevention, CDC*) adoptou esta recomendação no início da década de 1980 e, até ao ano 2000, 12 países europeus tinham-na seguido também<sup>2</sup>.

## **Taxas de vacinação contra a gripe entre profissionais de saúde**

A investigação mostra que, apesar dos benefícios da vacinação contra a gripe para os profissionais de saúde, suas famílias e seus doentes, as taxas de cobertura variam e são frequentemente baixas. Uma revisão da investigação das taxas de vacinação verificou que a cobertura variava entre 2%-82%<sup>2</sup>. Ainda que as taxas sejam mais elevadas nos EUA do que na Europa, em 2002 a cobertura nos EUA era de apenas 38%, enquanto só 12-15% dos profissionais de saúde na Europa estavam vacinados.

## **Melhoria das taxas de vacinação contra a gripe**

Ainda que, em última instância, a decisão da vacinação caiba aos profissionais de saúde individualmente, a investigação mostra que as campanhas integradas de imunização poderão aumentar a cobertura. As características assinaláveis das campanhas mais bem sucedidas incluíam “notificação, educação e vacinação”<sup>2</sup>. A notificação incluía comunicações individuais, como por exemplo através de e-mail, nos recibos de pagamento e em memorandos. A educação pode tomar

muitas formas, incluindo sessões e conferências de formação em serviço. Por último, a imunização deve ser gratuita e de fácil acesso, por exemplo a partir de clínicas sem marcação e carrinhos de vacinação.

A componente da educação é importante e, para além de incluir a fundamentação para a protecção do próprio, da família e dos doentes, deve dar resposta aos motivos comuns apresentados pelos profissionais de cuidados de saúde para não receberem a vacina. A investigação mostra que diversas concepções erradas eram responsáveis por que os profissionais de saúde evitassem a vacinação.

Nomeadamente, os profissionais citavam o medo de efeitos adversos, a crença de que a vacina podia provocar gripe e uma percepção de que o risco de infecção era baixo e a vacina não tinha eficiência<sup>2</sup>. Isto apesar do facto de os eventos adversos poderem ocorrer com qualquer vacina, embora sejam reacções geralmente ligeiras e de curta duração no local da injeção, ocorrendo outros efeitos potenciais com menor frequência. Além disso, a vacina é 70%-90% efectiva contra a gripe em adultos saudáveis quando as estirpes da vacina coincidem com as que se encontram em circulação<sup>2</sup>. Globalmente, é evidente que, para terem sucesso, as campanhas têm de demonstrar que os benefícios da vacinação superam os medos dos profissionais.

## **Imunização contra a hepatite B**

Com mais de 350 milhões de portadores a nível global<sup>5,6</sup>, a hepatite B representa um dos principais riscos de infecção para os profissionais de saúde<sup>7</sup>. Os cientistas estimam que, no ano 2000, até 66.000 profissionais de saúde em todo o mundo poderão ter contraído hepatite B devido a lesões ocupacionais por objectos cortantes e perfurantes<sup>8</sup>. Nos EUA, estima-se que 1.450 profissionais de saúde tenham contraído a doença em 1993 através da exposição a sangue infectado ou a fluidos corporais derivados do soro, o que, em si, representa uma



redução de 90% nos casos desde 1985<sup>5</sup>. Nas suas recomendações de 1997 em relação aos profissionais de saúde, o CDC americano sugeriu que 5-10% dos profissionais de saúde contraíam uma infecção crónica de hepatite B, o que os colocava em risco de cirrose hepática, cancro e morte<sup>5</sup>. Aqueles que têm a doença tornam-se potencialmente infecciosos para o resto da vida. As estimativas sugerem que, anteriormente, 100-200 profissionais de cuidados de saúde morriam a cada ano nos EUA devido a infecção por hepatite B<sup>5</sup>.

Consequentemente, para se protegerem contra os efeitos graves da infecção por hepatite B, os profissionais de saúde expostos a sangue ou outros fluidos corporais contaminados por sangue devem ser vacinados. Ainda que as políticas possam variar entre os diferentes sistemas de saúde, poderá ser apropriado proporcionar profilaxia pós-exposição aos profissionais que apenas sejam expostos a sangue com pouca frequência, em vez de proporcionar vacinação pré-exposição.

## **Testar aqueles que se encontram em risco**

Para além da vacinação, poderá ser apropriado que os profissionais de saúde que têm probabilidade de ser expostos a sangue ou a doentes, bem como aqueles que se encontram em risco continuado de lesões por agulhas ou objectos cortantes, façam um teste serológico pós-imunização para garantir que os níveis de anticorpos são suficientes para conferir protecção.

## **Em resumo**

Os profissionais de saúde encontram-se em risco aumentado de infecção devido à natureza da sua ocupação. A exposição aos doentes aumenta a probabilidade de contrair diversas doenças, incluindo a gripe e a hepatite B. Ambas as infecções resultam em morbidade e mortalidade significativas e, em consequência, os profissionais de saúde devem ser vacinados

para se protegerem a si próprios, às suas famílias e aos seus doentes<sup>9</sup>.

O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) é uma federação de mais de 125 associações nacionais de enfermagem, que representam milhões de enfermeiros em todo o mundo. Operado por enfermeiros e para enfermeiros desde 1899, o ICN é a voz internacional da enfermagem e trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados para todos, bem como para a implementação de políticas de saúde idóneas a nível global.

Para mais informações, contacte: [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)

ICN/01/2007

O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) é uma federação de 120 associações nacionais de enfermagem, que representam milhões de enfermeiros em todo o mundo. Operado por enfermeiros e para enfermeiros desde 1899, o ICN é a voz internacional da enfermagem e trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados para todos, bem como políticas de saúde sensatas a nível global.

---

<sup>1</sup> WHO Fact Sheet 288 'Immunization against diseases of public health importance.'

<sup>2</sup> Hoffman F et al. Infection 2006; 34:142-147.

<sup>3</sup> Backer H. Clinical Infectious Diseases 2006; 42 (15 April).

<sup>4</sup> Consulte mais detalhes em [www.ifpma.org/influenza](http://www.ifpma.org/influenza)

<sup>5</sup> Maynard J. Vaccine 1990 Mar. 8 Suppl: S18-20; discussion S21-3.

<sup>6</sup> WHO Fact Sheet 204 'Hepatitis B'

<sup>7</sup> MMWR 1997;46(RR-18):1-42.

<sup>8</sup> Pruss-Ustun A et al. Am J Ind Med 2005 Dec;48(6):482-90.

<sup>9</sup> International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations [Federação Internacional de Fabricantes e Associações Farmacêuticas] (IFPMA, 2007)

### Segurança dos doentes

#### Posição do ICN:

A segurança dos doentes é fundamental para a qualidade da saúde e dos cuidados de enfermagem. O ICN acredita que a melhoria da segurança dos doentes envolve um vasto espectro de acções no recrutamento, formação e retenção de profissionais de saúde, melhoria do desempenho, segurança ambiental e gestão do risco, incluindo o controlo de infecção, utilização segura dos medicamentos, segurança do equipamento, prática clínica segura, ambiente de cuidados seguro e acumulação de um corpo integrado de conhecimentos científicos focados na segurança do doente e as infra-estruturas para apoiar o seu desenvolvimento. Os enfermeiros estão vocacionados para a segurança dos doentes em todos os aspectos do cuidado. Tal inclui informar os doentes e outros relativamente ao risco e à redução do risco, advogando pela segurança do doente e relatando os eventos adversos.

A identificação precoce dos riscos é a chave para a prevenção das lesões dos doentes e depende da manutenção de uma cultura de confiança, honestidade, integridade e comunicação aberta entre os doentes e os prestadores no sistema de cuidados de saúde. O ICN apoia fortemente uma abordagem que abranja todo o sistema, baseada numa filosofia de transparência e de relato – e não de culpa e vergonha do prestador individual de cuidados – e da incorporação de medidas que se dirijam aos factores humanos e do sistema nos eventos adversos.

O ICN está profundamente preocupado com a séria ameaça à segurança dos doentes e à qualidade dos

cuidados de saúde que resultam das quantidades insuficientes de recursos humanos com formação adequada. A actual falta global de enfermeiros representa uma ameaça deste tipo. O ICN acredita que os enfermeiros e as associações nacionais de enfermagem têm a responsabilidade de:

- Informar os doentes e as famílias acerca dos riscos potenciais.
- Relatar prontamente os eventos adversos às autoridades apropriadas.
- Desempenhar um papel activo na avaliação da segurança e qualidade dos cuidados.
- Melhorar a comunicação com os doentes e com outros profissionais de saúde.
- Exercer pressão no sentido de conseguir níveis adequados de dotações.
- Apoiar medidas que melhorem a segurança dos doentes.
- Promover programas rigorosos de controlo da infecção.
- Exercer pressão no sentido das políticas padronizadas de tratamento e de protocolos que minimizem os erros.
- Criar ligações com organismos profissionais de representação de farmacêuticos, médicos e outros, de forma a melhorar a embalagem e rotulagem dos medicamentos.
- Colaborar com sistemas nacionais de relato para registar, analisar e aprender com os eventos adversos.
- Desenvolver mecanismos, por exemplo através da acreditação, para reconhecer as características dos prestadores de cuidados de saúde que ofereçam um marco de excelência na segurança dos doentes.

## **Enquadramento:**

Ainda que as intervenções de cuidados de saúde se destinem a beneficiar o público, há um elemento de risco de que ocorram erros e eventos adversos devido à complexa combinação de processos, tecnologias e factores humanos relacionados com os cuidados de saúde. Um evento adverso pode ser definido como um dano ou lesão provocados pelo tratamento de uma doença ou estado de um doente por profissionais de saúde e não pela doença ou estado em si.<sup>1</sup>

As ameaças comuns à segurança dos doentes incluem os erros de medicação, infecções contraídas no hospital, exposição a elevadas doses de radiação e utilização de medicamentos falsificados.

Apesar de os erros humanos desempenharem um papel nos eventos adversos graves, há geralmente factores inerentes ao sistema que, se tivessem sido apropriadamente dirigidos, teriam prevenido os erros.

Há uma evidência crescente de que os níveis institucionais inadequados de dotações estão correlacionados com o aumento nos eventos adversos, tais como quedas dos doentes, úlceras por pressão, erros de medicação, infecções hospitalares e taxas de readmissão que podem levar a estadias mais prolongadas no hospital e taxas de mortalidade hospitalar aumentadas.<sup>2</sup> As faltas de pessoal e o fraco desempenho do pessoal devido a pouca motivação ou a competências técnicas insuficientes são também determinantes importantes na segurança dos doentes.

Os cuidados de saúde de fraca qualidade provocam um número substancial de eventos adversos com um sério impacto financeiro nas despesas com os cuidados de saúde.

## Adoptado em 2002

### Declarações de posição do ICN relacionadas:

- Protecção do título de “enfermeiro”
- Regulação da enfermagem
- Âmbito de actuação de enfermagem
- Pessoal de apoio ou assistência à enfermagem

### Publicações do ICN:

- Segurança dos doentes, WHPA, Folha Informativa (2001).

O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) é uma federação de 120 associações nacionais de enfermagem, que representam milhões de enfermeiros em todo o mundo. Operado por enfermeiros e para enfermeiros desde 1899, o ICN é a voz internacional da enfermagem e trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados para todos, bem como políticas de saúde sensatas a nível global.

<sup>1</sup> Thomas EJ & Brennan BMJ (2000), Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. 18 March 2000. p.9.

<sup>2</sup> Aiken IH et al. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA (2002); 288: 1987-1993.

### *Abuso e violência contra os enfermeiros*

#### **Posição do ICN:**

O ICN condena vivamente todas as formas de abuso e violência contra os enfermeiros, desde a agressão passiva até ao homicídio e incluindo o assédio sexual. Estas acções violam os direitos dos enfermeiros à dignidade e integridade pessoal, bem como à isenção de danos.

O ICN condena os actos de abuso e violência perpetrados contra **qualquer pessoa**, incluindo outros profissionais de saúde, doentes, crianças, idosos e outros cidadãos a nível privado. No entanto, no sector do emprego, os enfermeiros constituem uma categoria de profissionais que se encontram particularmente em risco e, portanto, deve continuar a ter-se em atenção a eliminação de todas as formas de abuso e violência contra os enfermeiros.

O ICN acredita firmemente que a violência no local de trabalho no sector da saúde ameaça a prestação de serviços eficazes aos doentes e, conseqüentemente, a segurança dos doentes. Para que sejam prestados cuidados de qualidade, os enfermeiros têm de ter a garantia de um ambiente de trabalho seguro e de um tratamento respeitoso. As cargas laborais excessivas, condições de trabalho inseguras e apoios inadequados podem ser considerados como formas de violência, incompatíveis com um bom exercício profissional.

O ICN promove e presta auxílio ao desenvolvimento de políticas que reflectam uma “tolerância zero” para com a violência, como por exemplo medidas legislativas, regulamentos de pessoal, sanções judiciais, padrões para o local de trabalho, normas culturais. Devem ser impostas sanções que reflectam a

gravidade de um qualquer incidente em particular. É importante a cooperação com outras organizações com objectivos comuns na campanha contra a violência.

O ICN considera que qualquer enfermeiro tem a responsabilidade pessoal de relatar e intervir efectivamente quando ocorrem incidentes de violência no local de trabalho. Devem ser tomadas as medidas de segurança apropriadas para protecção dos estudantes de enfermagem que estão em risco particular no que se refere à violência no local de trabalho.

O ICN apela às associações de enfermagem para que sejam activas relativamente aos seguintes aspectos:

- ▶▶ Sensibilização do público e da comunidade de enfermagem para as diversas manifestações de violência para com os enfermeiros.
- ▶▶ Garantia de acesso a serviços de aconselhamento para os enfermeiros (vítimas e perpetradores de violência), incluindo o apoio dos enfermeiros durante os procedimentos de denúncia/indemnização e reclamação.
- ▶▶ Negociação da introdução e manutenção de medidas de segurança apropriadas e procedimentos confidenciais de queixa nos ambientes de trabalho e aprendizagem,.
- ▶▶ Apoio aos enfermeiros, incluindo a facilitação do acesso a auxílio legal, quando apropriado.
- ▶▶ Reuniões com os responsáveis superiores dos grupos profissionais relevantes, da saúde nacional e de outras organizações, para obter a respectiva assistência no sentido de proporcionarem ambientes de trabalho e aprendizagem seguros e onde reine o respeito.
- ▶▶ Garantia de que os empregadores cumpram as respectivas obrigações relativamente à higiene e segurança no trabalho, incluindo o desenvolvimento de níveis de



dotações adequados, métodos de trabalho que apoiem os cuidados de qualidade e a promoção de padrões de comportamento seguro. Tal poderá incluir a monitorização e a denúncia dos empregadores que não cumpram essas obrigações.

- ▶▶ Promoção do conhecimento e acesso aos recursos existentes e ao dispor dos enfermeiros para lidarem com a violência e o abuso no local de trabalho
- ▶▶ Oferta e defesa de melhor educação e formação contínua no reconhecimento e gestão do abuso e violência no local de trabalho.
- ▶▶ Assistência na criação de uma cultura de enfermagem que não perpetue a tendência de os enfermeiros se culparem a si próprios pelos incidentes de violência.
- ▶▶ Promoção de imagens positivas da enfermagem e do respeito pelos direitos dos enfermeiros à dignidade e à segurança pessoal através de modelos a seguir. Integração de disciplinas acerca da eliminação e/ou gestão da violência nos currículos de enfermagem.
- ▶▶ Assistência na recolha de dados fiáveis relativamente à violência no sector da saúde.
- ▶▶ Assistência no desenvolvimento de métodos de trabalho que proporcionem cuidados de qualidade, que mantenham dotações adequadas e promovam padrões de comportamento seguro.
- ▶▶ Negociação de estratégias de redução da violência no local de trabalho que incorporem intervenções organizacionais, ambientais e dirigidas ao indivíduo.
- ▶▶ Criação ou auxílio no desenvolvimento de mecanismos de notificação de uso fácil, confidenciais e efectivos.
- ▶▶ Apoio às instituições de ensino na introdução de formação formal sobre a violência e o abuso no local de trabalho.

## Enquadramento

A doença e os factores de potencial risco de vida provocam *stress* nos doentes, nos seus familiares e no pessoal do local de trabalho no sector da saúde. Este *stress* pode agravar os factores que conduzem à violência; há registos de que os níveis destes factores estão a aumentar na sociedade em geral e no local de trabalho no sector da saúde em particular.

A violência no local de trabalho é insidiosa e universal. O impacte da violência psicológica é tão relevante, se não mais, que o impacte da violência física. E, também, é mais frequente.

As condições de trabalho no sector da saúde colocam os enfermeiros e restante profissionais de saúde em maior risco de violência, devido a :

- Padrões de dotações, incluindo níveis inadequados de dotações e de supervisão, utilização de pessoal temporário e sem experiência, cargas laborais excessivas e o facto de serem os únicos responsáveis pelas unidades de cuidados de saúde.
- Trabalho por turnos, incluindo as deslocações de e para o trabalho à noite.
- Fracas medidas de segurança nas instalações de cuidados de saúde.
- Intervenções que exigem contacto físico próximo.
- Cargas laborais exigentes, ocorrendo frequentemente em ambientes de elevada carga emocional.
- Locais de trabalho com elevada acessibilidade e com pouca ou nenhuma privacidade.
- Visitas domiciliárias, com o isolamento associado.

A investigação demonstra que, dentre o pessoal de saúde, os enfermeiros são aqueles que correm maior risco de violência no local de trabalho. A prevalência e o impacte da violência contra enfermeiros, tanto homens como mulheres, é

perturbadora quando comparada com outras profissões. As consequências da violência extravasam o ambiente de trabalho e afectam a família da vítima e os observadores, conhecidos como “a terceira parte” da violência. O abuso verbal não deve ser minimizado – os seus efeitos são semelhantes aos da agressão física, incluindo as suas repercussões na prestação de cuidados.

Tradicionalmente, muitas culturas têm aceite de forma encoberta a violência física, o assédio sexual ou o abuso verbal contra as mulheres apesar de violarem os seus direitos humanos. Frequentemente, os enfermeiros aceitam passivamente o abuso e a violência que encaram como “ossos do ofício” – uma atitude por vezes partilhada pelo público e pelas autoridades judiciais. As pressões sobre as vítimas femininas e masculinas para permanecerem em silêncio são enormes e a sub-notificação tem impedido o desenvolvimento e a implementação de estratégias efectivas para a redução da violência no local de trabalho.

Espera-se que os enfermeiros lidem com a violência, ainda que poucos programas formem os enfermeiros para a identificação de situações potencialmente perigosas e para o desenvolvimento de mecanismos eficazes para lidar com a agressão.

As consequências do abuso físico e verbal, bem como do assédio sexual, incluem:

- Sentimentos de choque, incredulidade, culpa, raiva, depressão, medo, auto-culpabilização, impotência e exploração.
- Lesões físicas e perturbações (como por exemplo enxaquecas, vômitos) e distúrbios sexuais.
- Aumento do *stress* e da ansiedade.
- Perda da auto-estima e da crença na própria competência profissional.

- Comportamento de evitamento, que poderá afectar negativamente o desempenho das obrigações, incluindo o absentismo.
- Efeito negativo sobre as relações interpessoais.
- Perda de satisfação profissional, baixo moral entre o pessoal e taxa aumentada de rotatividade do pessoal.

A violência é destrutiva e tem um impacto profundamente negativo sobre os observadores, as vítimas, as suas famílias e, em última análise, na prestação de cuidados e na segurança. Pode dizer-se que a violência “envenena” o local de trabalho.

#### Referência:

Guidelines on coping with violence in the workplace, Geneva, ICN, 2004.

ILO/ICN/WHO/PSI Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector and the Training Manual

(<http://www.icn.ch/sewworkplace.htm#Framework>; [http://www.icn.ch/SEW\\_training\\_manual.pdf](http://www.icn.ch/SEW_training_manual.pdf))

Adoptado em 2000

Revisto em 2006

#### Posições relacionadas do ICN:

- Socio-economic welfare of nurses
- Nurse retention, transfer and migration
- Occupational health and safety for nurses
- Nurses and shift work
- Health human resources development (HHRD)
- Nurses and human rights

#### Publicações do ICN:

- Guidelines on Coping with Violence
- Framework Guidelines Addressing Workplace Violence in the Health Sector

O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) é uma federação de 120 associações nacionais de enfermagem, que representam milhões de enfermeiros em todo o mundo. Operado por enfermeiros e para enfermeiros desde 1899, o ICN é a voz internacional da enfermagem e trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados para todos, bem como políticas de saúde sensatas a nível global.



# Saúde, higiene e segurança no trabalho para os enfermeiros

### Posição do ICN:

Para o ICN é evidente que o ambiente de trabalho seguro no sector de saúde contribui significativamente para a segurança do doente e para os resultados positivos do doente. Para isso o ICN promove o desenvolvimento e aplicação de políticas ou instrumentos internacionais nacionais e locais que salvaguardem os direitos dos enfermeiros a um ambiente de trabalho seguro incluindo formação contínua, imunização e vestuário/equipamento de protecção. O ICN volta a confirmar a sua vontade de encorajar a investigação nesta área e fazer circular regularmente informação relevante para as partes interessadas.

O ICN deplora a falta de legislação nacional apropriada sobre saúde ocupacional que englobe os enfermeiros no seu local de trabalho, os mecanismos frequentemente inadequados para a participação dos trabalhadores na monitorização/eliminação dos riscos profissionais e os recursos insuficientes atribuídos para assegurar serviços de saúde ocupacional e de segurança e inspecção no trabalho.

O ICN apoia fortemente as diversas Convenções da Organização Internacional do Trabalho relacionadas com a saúde, higiene e segurança no trabalho e acredita que as associações nacionais de enfermeiros deveriam:

- Apelar aos respectivos governos no sentido de assegurar que todas as agências de saúde se enquadrem nas provisões da legislação de saúde ocupacional e segurança. Tal poderá ser feito exercendo pressão e actuando individualmente e/ou colectivamente.

- Iniciar e/ou apoiar a investigação nos seus países relativamente à segurança e adequabilidade do ambiente de trabalho dos enfermeiros, assim como relativamente a comportamentos, atitudes, procedimentos e actividades de risco.
- Sensibilizar os enfermeiros, entidades patronais e o público para os riscos ocupacionais no sector da saúde, incluindo a violência ou a agressão.
- Aumentar a consciencialização dos enfermeiros sobre os seus direitos (como trabalhadores) a terem um ambiente seguro e relativamente às suas obrigações para proteger a sua segurança e promover a segurança dos outros.
- Convencer os governos e os empregadores a adoptarem e implementarem todas as medidas necessárias para salvaguardar a saúde e o bem-estar dos enfermeiros em risco no decurso do seu trabalho, incluindo a vacinação, quando apropriada.
- Apelar aos governos/empregadores que assegurem o acesso do pessoal de enfermagem a medidas de protecção (p. ex. vestuário) e equipamento sem custos adicionais para o pessoal.
- Encorajar os enfermeiros a submeterem-se às vacinações relevantes para a sua saúde e segurança no local de trabalho.
- Cooperar com as autoridades competentes para assegurar a exactidão da Lista de Doenças Ocupacionais e avaliar periodicamente a sua relevância para o pessoal de enfermagem.
- Apoiar as reivindicações dos enfermeiros relativamente a compensações por doenças e/ou danos ocupacionais.
- Obter e divulgar informação relativa à incidência de ocorrências relacionadas com o trabalho, tais como acidentes, lesões e doenças dos enfermeiros.
- Cooperar com outras organizações que apoiem o direito dos trabalhadores a um ambiente de trabalho seguro.



- Reconhecer as importantes relações entre os trabalhadores e as suas famílias no desenvolvimento de políticas e planos de tratamento de saúde ocupacional e de segurança culturalmente apropriados.
- Apoiar os enfermeiros a não se sentirem intimidados no seu papel de defesa dos doentes.
- Pedir sistemas adequados de monitorização a todos os níveis, que assegurem a implementação apropriada das medidas.
- Divulgar informação sobre a introdução de novos riscos no local de trabalho.
- Divulgar informação do não cumprimento por parte das entidades patronais relativamente à legislação de saúde ocupacional e segurança, incluindo mecanismos de notificação dessas violações.

O ICN apoia o alargamento do papel dos enfermeiros de saúde ocupacional para responder às necessidades dos cuidados de saúde primários dos trabalhadores e exige remuneração justa e estruturas de carreira adequadas que apõem o desenvolvimento profissional. O ICN apela ao reconhecimento da saúde ocupacional e segurança como um papel profissional do enfermeiro, com remuneração apropriada, que corresponda ao nível de perícia e incentivos para atrair/reter enfermeiros nesta área de prática.

### **Enquadramento:**

O ICN reconhece o papel da maior importância que a saúde ocupacional e segurança no trabalho desempenham na promoção da saúde. Além disso, o ICN reconhece a perícia crescente que os enfermeiros têm adquirido na área da saúde ocupacional e segurança e a eficácia em termos de custos dos serviços prestados aos trabalhadores.

Os cuidados aos doentes beneficiam com um ambiente de trabalho seguro para o pessoal de saúde. Contudo o ambiente de trabalho do enfermeiro é frequentemente inseguro em resultado de:

- Contaminação ambiental por resíduos resultantes de actividades humanas e industriais.
- Riscos (p. ex. químicos, biológicos, físicos, ruído, radiações, trabalho repetitivo).
- Tecnologia médica — falta de manutenção, formação insuficiente na utilização da tecnologia.
- Acesso inadequado a vestuário de protecção e equipamento seguro.
- Perturbação dos padrões da vida do dia-a-dia, associada ao trabalho por turnos.
- Exigências crescentes feitas sobre os recursos emocionais, sociais, psicológicos e espirituais do enfermeiro, a trabalhar em ambientes políticos, sociais, culturais, económicos e clínicos complexos.
- Incidentes de violência, incluindo o assédio sexual.
- Ergonomia deficiente (engenharia e concepção de equipamento, materiais e instalações médicas).
- Distribuição inadequada de recursos, p. ex. humanos, financeiros.
- Isolamento.

O ICN assinala que a maior parte dos governos não recolhe informações exactas e actualizadas sobre a incidência de acidentes, lesões e doenças nos enfermeiros, como base para uma formulação de políticas sólidas. A falta de dados relevantes é um assunto de grande preocupação.

Em certos países, não há legislação de saúde ocupacional e segurança. Noutros, os meios para monitorizar a sua implementação e os procedimentos para disciplinar as entidades patronais que cometem transgressões é ineficaz ou não existente. Todavia, outros países adoptaram legislação que exclui os hospitais e outras agências de saúde.

A *Convenção 149 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), relativa ao Emprego e Condições de Trabalho e de Vida dos Enfermeiros*<sup>1)</sup> pede aos estados membro que “melhorem as leis e regulamentações existentes sobre a saúde ocupacional e segurança, adaptando-as à natureza especial do trabalho de enfermagem e ao ambiente no qual é desempenhado”. A Secção IX da *Recomendação (157)*<sup>1)</sup>, que acompanha a Convenção, desenvolve ainda mais as medidas consideradas necessárias para garantir a saúde e segurança dos enfermeiros no local de trabalho.

**Adoptado em 1987**

**Revisto e actualizado em 2006**

**Tomadas de Posição do ICN correlacionadas:**

- Abuse and violence against nurses
- Shift work

**Publicações do ICN:**

- Guidelines on Coping with Violence  
Framework Guidelines Addressing Workplace  
Violence in the Health Sector

O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) é uma federação de 120 associações nacionais de enfermagem, que representam milhões de enfermeiros em todo o mundo. Operado por enfermeiros e para enfermeiros desde 1899, o ICN é a voz internacional da enfermagem e trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados para todos, bem como políticas de saúde sensatas a nível global.

<sup>1)</sup>International Labour Organization, **Convention 149 and Recommendation 157 concerning the Employment and Conditions of Work and Life of Nursing Personnel**, Geneva, ILO, 1977.



### **O ICN clama por ambientes favoráveis à prática para garantir de cuidados de qualidade**

Genebra, 12 de Maio de 2007 – Com base na convicção, suportada pela evidência, de que a existência de condições no trabalho na área dos cuidados de saúde leva a que sejam prestados cuidados de qualidade aos doentes, o ICN lançou um apelo global para dar resposta e melhorar as graves deficiências que existem actualmente no ambiente de trabalho na saúde em todas as regiões. A prestação de serviços de saúde seguros, de elevada qualidade e eficientes depende da competência dos profissionais de saúde e de um ambiente de trabalho que suporte a excelência do desempenho.

O sub-investimento que decorre no sector da saúde em muitos países resultou numa deterioração das condições de trabalho. Isto teve um grave impacto negativo sobre o recrutamento e retenção do pessoal de saúde, a produtividade e o desempenho das instalações de saúde e, em última instância, nos resultados dos doentes. Têm de estabelecer-se ambientes favoráveis à prática por todo o sector da saúde se pretendem atingir-se os objectivos de saúde a nível nacional e internacional.

“O objectivo da demanda do ICN por ambientes favoráveis à prática é melhorar a qualidade dos serviços de saúde através de ambientes de trabalho para os cuidados de saúde que apoiem a excelência do desempenho”, declarou Hiroko Minami, Presidente do ICN. “Acreditamos que os doentes e o público têm o direito ao mais elevado desempenho por parte

dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde. Tal só pode conseguir-se num local de trabalho que possibilite e sustente uma força de trabalho motivada e bem preparada.”

O ICN deu destaque a esta questão por ocasião do Dia Internacional do Enfermeiro, com a publicação de um conjunto de instrumentos de informação e acção intitulado “Condições no trabalho = cuidados de qualidade”. Concebido para alertar os enfermeiros e estimular a acção, este conjunto de instrumentos pode ser utilizado por gestores, enfermeiros na linha da frente, presidentes do conselho de administração, associações profissionais e/ou organismos de regulação. Fornece dados sobre os ambientes favoráveis à prática para todas as partes interessadas que queiram melhorar a prestação de serviços de qualidade na saúde. O conjunto foi distribuído a todas as associações membro do ICN e aos representantes da enfermagem em todo o mundo. Pode ser acedido em [www.icn.indkit.htm](http://www.icn.indkit.htm).

O estabelecimento de ambientes favoráveis à prática irá continuar a ser um programa prioritário nos próximos anos, tanto para o ICN como para o recentemente lançado Centro Internacional para os Recursos Humanos na Enfermagem (*International Centre for Human Resources in Nursing*, ICHRN). O objectivo do ICHRN consiste em melhorar a qualidade dos cuidados através da promoção da enfermagem, dos serviços de saúde e de actividades promocionais para os ambientes favoráveis à prática. Estas actividades serão suportadas pelos dados, instrumentos e normas encontrados no respectivo sítio na *Web* ([www.ichrn.org](http://www.ichrn.org)).

### **Nota do editor**

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) é uma federação de 129 associações nacionais de enfermeiros, que representam milhões de enfermeiros em todo o mundo. Operado por enfermeiros e para enfermeiros desde 1899, o

ICN é a voz internacional da enfermagem e trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados para todos, bem como políticas de saúde idóneas a nível global.

Para obter mais informações, contacte Linda Carrier-Walker

Tel: +41 22 908 0100 Fax: +41 22 908 0101

Email: [carrwalk@icn.ch](mailto:carrwalk@icn.ch)

Sítio na *Web* do ICN: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) é uma federação de 120 associações nacionais de enfermagem, que representam milhões de enfermeiros em todo o mundo. Operado por enfermeiros e para enfermeiros desde 1899, o ICN é a voz internacional da enfermagem e trabalha para assegurar a qualidade dos cuidados para todos, bem como políticas de saúde sensatas a nível global.





## Referências

- Ahlberg-Hulten GK, Theorell T & Sigala F (1995). Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 21(6), 435-439.
- Aiken L, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J & Silber JH (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Aiken L, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM & Silber JH (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1617-1619.
- Aiken LH, Sloane, DM & Klocinski JL (1997). Hospital nurses occupational exposure to blood: Prospective, retrospective, and institutional reports. *American Journal of Public Health*, 87(1), 103-107.
- Alexander JA, Bloom JR & Nuchols BA (1994). Nursing turnover and hospital efficiency: An organization-level analysis. *Industrial Relations*, 33(4), 505-520.
- Al-Shammari MM (1992). Organizational climate. *Leadership & Organization Development*, 13(6), 30-32. American Federation of Teachers (1995). Definition of "safe staffing." Disponível a partir do sítio na *Web* da American Federation of Teachers Web site, <http://www.aft.org/topics/healthcarestaffing/definition.htm>
- Baguley K (1999). Workplace empowerment, job strain, and affective organizational commitment in critical care nurses: Testing Kanter's structural theory of organizational behavior. Unpublished master's thesis, University of Western Ontario, London, Ontario, Canada.
- Baker R, Norton P, Flitoff V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-1686.
- Baumann A, Blythe J, Cleverley K, Grinspun D & Tompkins A (2006). Health Human Resource Series Number 3. Educated and underemployed: The paradox for nursing graduands. Hamilton, Ontario, Canada: Nursing Health Services Research Unit, McMaster University.

- Baumann A, Yan J, Degelder J & Malikov K (2006). Health Human Resource Series Number 4. Retention strategies for nurses: A four country comparison. Geneva: International Council of Nurses.
- Baumann A, Hunsberger M, Blythe J & Crea M (2006). Health Human Resource Series Number 6. The new healthcare worker: Implications of changing employment patterns in rural and community hospitals. Hamilton, Ontario, Canada: Nursing Health Services Research Unit, McMaster University.
- Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron, et al. (2001). Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Health Services Research Foundation.
- Becton, Dickinson and Company (2006). BD and International Council of Nurses collaborate to address the health human resource crisis in Africa. Available from the BD Worldwide Web site, <http://www.bd.com/>
- Best M & Thurston E (2004). Measuring nurse job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 34(6), 283-290.
- Best M & Thurston E (2006). Canadian public health nurses' job satisfaction. *Public Health Nursing*, 23(3), 250-255.
- Blegen MA (2006). Patient safety in hospital acute care units. *Annual Review of Nursing Research*, 24. Blegen MA, Goode CJ & Reed L (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47(1), 43-50.
- Bryce EA, Ford J, Chase L, Taylor C & Scharf S (1999). Sharps injuries: Defining prevention priorities. *American Journal of Infection Control*, 27(5), 447-452.
- Brown SP & Leigh TW (1996). A new look at psychological climate and its relationship to job involvement, effort, and performance. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 358-368.
- Buchan J & Calman L (2004). The global shortage of registered nurses: An overview of issues and actions. Geneva: International Nursing Council.
- Canadian Centre for Occupational Health and Safety (2005, January). Needlestick injuries. Available from the Canadian Centre for Occupational Health and Safety Web site, [http://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/needlestick\\_injuries.html](http://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/needlestick_injuries.html)

- Canadian Nurses Association (2006). Vision and mission. Acedido a 1 de Dezembro de 2006, a partir de [http://www.cna-nurses.ca/CNA/about/mission/default\\_e.aspx](http://www.cna-nurses.ca/CNA/about/mission/default_e.aspx)
- Choi BCK, Levitsky M, Lloyd RD & Stones IM (1996). Patterns and risk factors for sprains and strains in Ontario, Canada 1990: An analysis of the workplace health and safety agency database. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38(4), 379-389.
- Cox S & Flin R (1998). Safety culture: Philosopher's stone or man of straw? *Work & Stress*, 12(3), 189-201.
- Dickson M W, Resick C J & Hanges PJ (2006). When organizational climate is unambiguous, it is also strong. *Journal of Applied Psychology*, 91(2), 351-364.
- Downey HK, Hellriegel D & Slocum JW (1975). Congruence between individual needs, organizational climate, job satisfaction and performance. *The Academy of Management Journal*, 18(1), 149-155.
- Engkvist IL, Hagberg M, Wigaeus Hjelm E, Menckel E & Ekenvall L (1998). PROSA study group. The accident process preceding overexertion back injuries in nursing personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 24, 367-375.
- Flexner A (1910). Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie foundation for the advancement of teaching. Acedido a 18 de Outubro de 2006, a partir de [http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner\\_report.pdf](http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner_report.pdf)
- Gaudine AP (2000). What do nurses mean by workload and work overload? *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13(2), 22-27.
- Griffin MA & Neal A (2000). Perceptions of safety at work: A framework for linking safety climate to safety performance, knowledge, and motivation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 347-358.
- International Council of Nurses (n.d.). Nurse: Patient ratios. Disponível no sítio da Web do ICN, [http://www.icn.ch/matters\\_rnpratio.htm](http://www.icn.ch/matters_rnpratio.htm)
- International Council of Nurses (2004). Workload measurement in determining staffing levels. Geneva, Switzerland
- International Council of Nurses (2006). Safe staffing saves lives information and action tool kit. Available from the ICN Web site, <http://www.icn.ch/indkit2006.htm>

- Institute of Medicine (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine 2000). Disponível em <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>
- Kingma M (2006). Nurses on the move. New York: Cornell University Press.
- Koehoorn M, Kennedy S, Demers P, Clyde Hertzman C & and Village J (2000). Musculoskeletal injuries among health care workers: Individual, biomechanical and work organization factors. Disponível no sítio na *Web* do Work Safe BC, [http://www.worksafebc.com/about\\_us/library\\_services/reports\\_and\\_guides/wcb\\_research/Default.asp](http://www.worksafebc.com/about_us/library_services/reports_and_guides/wcb_research/Default.asp)
- Kovner C & Gergen PJ (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- Kramer M & Schmallenberg C (1988). Magnet hospitals: Part 1 institutions of excellence. *Journal of nursing Administration* 18(1), 13-24.
- Kristensen TS (1999). Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 25(6), 550-557.
- Lancaster AD (1997). Consult stat: Understaffing can increase infection rates. *RN*, 60(10), 79.
- Laschenger HKS, Wong C, McMahon L & Kaufmann C (1999). Leader behaviour effect on staff nurse empowerment, job tension and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 29 (5), 28-39.
- Leveck ML & Jones CB (1996). The nursing practice environment, staff retention and quality of care. *Research in Nursing and Health* 19(4), 331-343.
- Lowe GS (2004). Healthy workplace strategies: Creating change and achieving results. Disponível no sítio na *Web* da Canadian Policy Research Network, <http://www.cprn.com/en/doc.cfm?doc=536>
- Lowe GS (2005). Raising the bar for people practices: Helping all health organizations become “preferred employers.” *Healthcare Quarterly*, 8, 60-63.
- McClure ML (2005). Magnet hospitals: Insights and issues. *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), 198-201.
- McClure M, Poulin M, Sovie M & Wandelt M (1983). Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurses. Kansas City, MO: American Academy of Nurses.

- McGillis Hall L (2005). Nurse staffing. In L. McGillis Hall (Ed.), *Quality work environments for nurse and patient safety* (pp. 9-37). Jones and Bartlett: Sudbury, MA.
- Mearns KJ & Flin R (1999). Assessing the state of organizational safety — Culture or climate? *Current Psychology: Development, Learning, Personality, Social* 18(1), 5-17.
- Morrison R S, Jones C B & Fuller B (1997). The relationship between leadership style and empowerment on job satisfaction on nurses. *Journal of Nursing Administration* 29(5), 28-29.
- National Task Force on Violence Against Social Care Staff (2001). Report and national action plan. Acedido a 1 de Dezembro de 2006, a partir de <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/28/20/04062820.pdf>
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M & Zelevinsky K (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Nolan M, Lundh U & Brown J (1999). Changing aspects of nurses' work environment: A comparison of perceptions in two hospitals in Sweden and the UK and implications for recruitment and retention of staff. *NT Research*, 4(3), 221-233.
- O'Brien-Pallas L, Thomson D, Alksnis C & Bruce S (2001). The economic impact of nurse staffing decisions: Time to turn down another road? *Hospital Quarterly*, 4(3), 42-50.
- Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weave, MT, Williams OD et al. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2006a). *Healthy work environments best practice guidelines: Collaborative practice among nursing teams*. Toronto, Ontario, Canada: Author. (Forthcoming: Winter 2006).
- Registered Nurses' Association of Ontario (2006b). *Healthy work environments best practice guidelines: Developing and sustaining effective staffing and workload practices*. Toronto, Ontario, Canada: Author. (Forthcoming: Winter 2006).
- Registered Nurses Association of Ontario (2006c). *Healthy work environments best practice guidelines: Developing and sustaining nursing leadership*. Toronto, Ontario, Canada: Author.

- Registered Nurses' Association of Ontario (2006d). Healthy work environments best practice guidelines: Professionalism in nursing. Toronto, Ontario, Canada: Author. (Forthcoming: Winter 2006).
- Rousseau DM (1996). Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements. Newbury Park, CA: Sage.
- Rowell P (2003, September 30). The professional nursing association's role in patient safety. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(3), Manuscript 3. Acedido a 1 de Dezembro de 2006, a partir de [www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22\\_3.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22_3.htm)
- Schindul-Rothschild J, Berry D & Long-Middleton E (1996). Where have all the nurses gone? *American Journal of Nursing*, 96(11), 25-39.
- Scott J, Sochalski J & Aiken L (1999). Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 9-19.
- Seigrist J (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Shullanberger G (2000). Nurse staffing decisions: An integrative review of the literature. *Nursing Economic\$*, 18(3), 124-132, 146-148.
- Sinclair CM (2000). Report of the Manitoba pediatric cardiac surgery inquest. Disponível no sítio da *Web* do Province of Manitoba Pediatric Cardiac Inquest, <http://www.pediatriccardiacinquest.mb.ca/>
- Sovie MD & Jawad AF (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588-600.
- Tourangeau AE, Giovanetti P, Tu JV & Wood M (2002). Nursing-related determinants of 30-mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
- Tovey EJ & Adams AE (1999). The changing nature of nurses' job satisfaction: An exploration of sources of satisfaction in the 1990s. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 150-158.
- Weisman CS & Nathanson CA (1985). Professional satisfaction and client outcomes: A comparative organizational analysis. *Medical Care*, 23(10), 1179-1192.
- White JP (1997). Health care, hospitals, and reengineering: The nightingales sing the blues. In A. Duffy, D. Glenday, & N.

Pupo (Eds.), Good jobs, bad jobs, no jobs: The transformation of work in the 21st century. Toronto, Ontario, Canada: Harcourt & Brace.

Wiegmann DA, Zhang H, von Thaden T, Sharnam G & Mitchell A (2002). A synthesis of safety culture and safety climate research. Technical Report ARL-02-3/FA-02-2. Prepared for Federal Aviation Administration Atlantic City International Airport, NJ. Contract DTFA 01-G-015.

Wilson B & Laschinger HKS (1994). Staff nurse perception of job empowerment: A test of Kantor's theory of structural power in organizations. *Journal of Nurse Administration*, 24(Suppl. 4), 39-47.

---

<sup>1</sup> Thomas EJ & Brennan BMJ (2000), Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. 18 March 2000. p.9.

<sup>2</sup> Aiken IH et al. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA* (2002); 288: 1987-1993.

Edição Portuguesa

Tradução do original inglês  
"Positive practice environments:  
Quality workplaces=Quality patient care"  
da Ordem dos Enfermeiros  
(Hermínia Castro/António Manuel Silva)



Mai 2007





3, place Jean-Marteau  
1201 Geneva, Switzerland  
Telephone 41 (22) 908 0100  
Fax 41 (22) 908 0101  
email: [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)  
Website: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

Avenida Almirante Gago Coutinho, 75  
1700-028 LISBOA  
Tel. . + 351 218 455 230  
Fax + 351 218 455 259  
[mail@ordemenfermeiros.pt](mailto:mail@ordemenfermeiros.pt)  
[www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)

