

Dia Internacional do Enfermeiro  
12 Maio 2006



# Dotações seguras, salvam vidas



**DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO 2006**

# **DOTAÇÕES SEGURAS SALVAM VIDAS**

**Instrumentos de Informação  
e Acção**



Todos os direitos, incluindo o da 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, ou vendida sem a autorização expressa, por escrito, do Concelho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses, ICN*). Excertos curtos (inferiores a 300 palavras) podem ser reproduzidos sem autorização, desde que a fonte seja indicada.

---

Copyright © 2006 do *ICN International Council of Nurses*,

3, place JeanMarteau, CH1201 Genebra (Suíça)

ISBN: 9295040449

# **DOTAÇÕES SEGURAS SALVAM VIDAS**

## **Índice**

<b>Introdução</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo 1 – Enquadramento sobre as dotações seguras</b>	<b>8</b>
<b>Capítulo 2 – Por que são importantes as dotações seguras?</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo 3 – Oportunidades</b>	<b>15</b>
<b>Capítulo 4 – Obstáculos</b>	<b>18</b>
<b>Capítulo 5 – Como fazer?</b>	<b>22</b>
<b>Capítulo 6 – O papel das associações nacionais de enfermagem</b>	<b>26</b>
<b>Capítulo 7 – Recomendações</b>	<b>28</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo 1: Instrumento de avaliação para as dotações de enfermeiros</b>	<b>32</b>
<b>Anexo 2: Dotações seguras: o que podem fazer os enfermeiros</b>	<b>35</b>
<b>Anexo 3: Exemplo de Comunicado de imprensa</b>	<b>37</b>
<b>Anexo 4: Sabia que? Factos sobre as dotações seguras</b>	<b>39</b>
<b>Anexo 5: Princípios da Associação Americana de Enfermeiros para as dotações de enfermeiros</b>	<b>42</b>
<b>Anexo 6: Estimativa da dimensão e combinação das equipas de enfermagem</b>	<b>44</b>
<b>Anexo 7: Enunciado de posição: segurança, higiene e saúde no trabalho para os enfermeiros</b>	<b>51</b>

<b>Anexo 8: Enunciado de posição: segurança dos doentes</b>	<b>55</b>
<b>Anexo 9: Exemplos de rácios enfermeiro-doente</b>	<b>59</b>
<b>Anexo 10: Exemplo de apresentação em PowerPoint</b>	<b>61</b>
<b>Referências</b>	<b>65</b>



# DOTAÇÕES SEGURAS SALVAM VIDAS

## Introdução

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

A prestação de cuidados de saúde é encarada pela maior parte dos países como sendo uma prioridade. O grau de responsabilidade pelos serviços de saúde e o conceito de prestação de cuidados estão na linha da frente da maior parte das discussões políticas. No entanto, a responsabilidade torna-se difícil quando há um fornecimento inadequado em pessoal de cuidados de saúde, tal como no caso dos enfermeiros. Em

África, por exemplo, a falta de enfermeiros é uma questão continuamente debatida em jornais e revistas, mas há pouca resolução ao nível nacional. O conceito das dotações seguras emergiu em resultado das alterações ao sistema de cuidados de saúde em todo o mundo. Durante os últimos 20 anos, houve crises importantes, tais como a pandemia da SIDA, surtos potenciais de gripe, recessões económicas que levaram à falta de enfermeiros e à escalada de custos nos cuidados de saúde. Há agora uma melhor compreensão do impacto das dotações de enfermeiros na segurança, morbidade e mortalidade dos doentes.

Este conjunto de instrumentos foi concebido para ser utilizado por enfermeiros e associações de enfermagem. Descreve as informações de fundo essenciais para apoiar a argumentação relativamente a níveis adequados de dotações. Os anexos contêm materiais de apoio que incluem um instrumento de avaliação das dotações de enfermeiros, uma lista de actividades para os enfermeiros melhorarem as dotações seguras, uma folha informativa, um exemplo de comunicado de imprensa, um exemplo de apresentação em PowerPoint e exemplos de rácios enfermeiro-doente.

**International  
Council of Nurses**

---

3 place Jean-Marceau  
CH-1201 Geneva • Switzerland  
Telephone 41 (22) 908 0100  
Fax 41 (22) 908 0101  
e-mail [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)  
Website: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

O documento principal inclui um enquadramento sobre as dotações seguras com informações relevantes que é essencial ter em consideração ao discutir as questões das dotações seguras. São fornecidas evidências de que os níveis das dotações têm impacto sobre os resultados de morbilidade e mortalidade. São enfatizadas a importância da combinação de competências e da clarificação dos papéis. A secção intitulada “Como fazer?” descreve a legislação e estruturas existentes e enfatiza o papel do juízo profissional na promoção de estratégias para as dotações seguras. Além disso, são apresentados enunciados de posição para fornecer mais enquadramento. As recomendações irão orientar as associações de enfermagem no exercício da sua influência no sentido de fazer ajustes no ambiente de trabalho e de conseguir níveis adequados para os enfermeiros poderem proporcionar cuidados seguros.

As faltas de pessoal, bem como as transferências de pessoal de países com grandes necessidades para países com capacidade para manter e sustentar níveis mais elevados de profissionais deram origem a preocupações sobre a saúde da força de trabalho. Tornaram-se progressivamente mais importantes as questões relacionadas com ambientes de trabalho saudáveis, a saúde dos enfermeiros e as dotações adequadas para manter e apoiar populações saudáveis. Tem havido um aumento na investigação que demonstra que o nível das dotações tem um impacto nos resultados dos doentes, tal como a mortalidade. Ainda que esta investigação esteja apenas no início, seja frequentemente efectuada num contexto ocidental e se concentre nos ambientes de cuidados hospitalares, destaca uma relação positiva entre as dotações de enfermeiros e os resultados globais de cuidados dos doentes.

*Não há um consenso generalizado na literatura relativamente ao significado das dotações seguras.*

Não há um consenso generalizado na literatura relativamente ao significado das dotações seguras e poucas definições se adequam a todos os ambientes internacionais. No entanto, os autores reconhecem efectivamente que grande parte das dotações seguras se relacionam com a situação dos cuidados e que há elementos

*Dado que há frequentemente restrições económicas e falta de acesso ao ensino superior, alguns países têm utilizado uma diversidade de pessoal de saúde para a prestação de cuidados.*

que incluem a existência de números adequados de pessoal para ir de encontro à complexidade das necessidades dos clientes num determinado espectro de ambientes. Os enfermeiros constituem um componente crítico nas equipas multidisciplinares e frequentemente prestam cuidados em conjunto com prestadores alternativos de cuidados, tais como membros da família. Ao examinar o conceito das dotações seguras através de uma lente internacional, reconhece-se que os enfermeiros trabalham lado a lado com diversos prestadores de

cuidados. No entanto, tal não exclui a importância da disponibilidade de pessoal profissional. Dado que há frequentemente restrições económicas e uma falta de acesso ao ensino superior, alguns países (p. ex. Índia, Paquistão e China) têm utilizado, ao longo da História, uma diversidade de pessoal para a prestação de cuidados. Por exemplo, as visitadoras de saúde, os médicos de pé descalço e as *doulas* constituem todas categorias de trabalhadores de saúde que prestam cuidados em regiões onde existe pouco ou nenhum acesso aos profissionais de saúde.

Nalgumas áreas, os enfermeiros trabalham em estreita relação com as visitadoras de saúde, um grupo de trabalhadores de saúde que existe no Paquistão desde 1951. Estão em alinhamento com a medicina e prestam cuidados básicos de enfermagem, serviços de saúde materno-infantil e formação de trabalhadores comunitários (Upvall & Gonsalves 2002). As visitadoras de saúde distinguem-se dos enfermeiros por serem prestadoras de cuidados de saúde que trabalham na comunidade e não no hospital (Upvall & Gonsalves 2002).

Na China, os médicos de pé descalço desempenharam um papel importante na prestação de cuidados. Tiveram a sua origem na década de 1960, durante a Revolução Cultural. Era dada uma intensa formação médica a milhares de agricultores em apenas alguns meses, após o que continuavam o seu trabalho como agricultores nos campos comunitários e prestavam cuidados



básicos de saúde. O programa tencionava expandir a ideia de saúde para as massas para além das doenças infecciosas e prestar cuidados de saúde suficientes para o povo chinês. Ainda que o programa tenha fracassado nas décadas de 1980 e 1990 devido a cortes financeiros, teve sucesso na redução da incidência de doenças, tais como a esquistosomíase. Há países que ainda encaram este modelo como uma solução para a falta de pessoal necessário para a prestação de cuidados adequados em áreas de saúde rurais (Valentine 2005).

Winslow (2005) descreve um exemplo recente de prestação alternativa de cuidados utilizando pessoal leigo numa remota comunidade americana. Um membro da comunidade, localizada a 80 km do hospital mais próximo, recebeu um coração mecânico (também conhecido como Dispositivo de Assistência Ventricular Esquerda – *Left Ventricular Assist Device* [LVAD]). Dada a distância, havia a necessidade de existir uma rede com formação completa, capaz de responder rapidamente a situações de emergência com o coração mecânico. Como parte desta iniciativa, foi dada formação alargada ao doente, à sua esposa, vizinhos e trabalhadores de emergência sobre como prestar apoio de reserva em caso de emergência.

*A progressão na carreira é um factor importante na retenção do pessoal de saúde.*

Uma consideração importante na maximização de todo o potencial da força de trabalho consiste na criação de progressão na carreira (degraus) para os trabalhadores envolvidos nos cuidados de saúde; desta forma, capitalizam-se o interesse inicial e a experiência do pessoal de saúde aliado. Tal é importante para o recrutamento de trabalhadores de saúde e para a sua retenção em número suficiente.

# CAPÍTULO 1

## Enquadramento sobre as dotações seguras

*Os cuidados de enfermagem são considerados como essenciais à prestação de cuidados de saúde numa diversidade de ambientes.*

*Diversos autores começaram a aperceber-se de que as dotações seguras iam para além dos números.*

Foi demonstrado que os cuidados de enfermagem são essenciais à prestação de cuidados de saúde num vasto espectro de ambientes. Em resultado disso, tem-se prestado muita atenção aos níveis das dotações seguras e às variáveis necessárias para a prestação de cuidados de saúde seguros e eficazes. Por exemplo, examinando a adequabilidade e disponibilidade dos enfermeiros. Uma importante definição inicial do termo dotações é a seguinte: “as quantidades e tipos de pessoal necessários para a prestação de cuidados a doentes ou clientes” (Giovannetti 1978, tal como citado em McGillis Hall 2005, p. 2). Desde então, os autores têm-se apercebido de que as dotações vão para além das quantidades e incluíram outras variáveis que afectam as dotações e a prestação de cuidados seguros, tais como: carga laboral, ambiente de trabalho, complexidade dos doentes, nível de qualificação dos enfermeiros, combinação do pessoal de saúde, eficiência e eficácia em termos de custos e ligação aos resultados dos doentes e de enfermagem. Os autores começaram então a relacionar os níveis das dotações com indicadores chave (p. ex. taxas de mortalidade), introduzindo assim o elemento da segurança dos doentes.

*Há poucas definições que aliem o conceito de segurança com as dotações.*

É interessante, contudo, que haja poucas definições que aliem o conceito de segurança com as dotações. A Federação Americana de Professores (1995) declara: “As dotações seguras significam está disponível em todas as alturas uma

quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidado dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos.”

A Associação de Enfermagem do Estado da Carolina do Norte (*North Carolina Nurses Association*, NCNA 2005) declarou mais recentemente:

As dotações seguras reflectem a manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização. As práticas de dotações seguras incorporam a complexidade das actividades e intensidades de enfermagem; os níveis variáveis de preparação, competência e experiência dos enfermeiros; o desenvolvimento do pessoal de cuidados de saúde; apoio da gestão de saúde aos níveis operacional e executivo; ambiente contextual e tecnológico das instalações; apoio disponível dos serviços; e a prestação de protecção a *quem comunique situações anómalas*<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> NT: whistleblower no original; este termo é geralmente aplicado para identificar profissionais de uma instituição que comunicam superiormente as situações anómalas (erros, negligência, abuso de poder) que foram do seu conhecimento ou nas quais participaram.

## CAPÍTULO 2

### Por que são importantes as dotações seguras?

#### O movimento pela segurança dos doentes

*O movimento pela segurança dos doentes é importante porque se concentra numa diversidade de indicadores de saúde.*

O movimento pela segurança dos doentes é importante porque se concentra numa diversidade de indicadores de saúde. É uma área muito vasta que foi legitimada através da documentação de eventos adversos resultantes dos cuidados tipicamente prestados nos ambientes hospitalares. Os eventos adversos, tais como quedas, erros de medicação e cirurgias inadequadas,

foram documentados como sendo factores que aumentavam a morbidade e mortalidade dos doentes. No Estudo Canadano de Eventos Adversos (*Canadian Adverse Events Study*), Baker et al. (2004) encontraram uma taxa de incidência de 7,5% para os eventos adversos. Tal sugere que, dos quase 2,5 milhões de admissões hospitalares no Canadá semelhantes aos deste estudo, cerca de 185.000 estão associados com um evento adverso, dos quais 70.000 são preveníveis. Foram encontradas estatísticas igualmente alarmantes num projecto encomendado pelo Instituto de Medicina (*Institute of Medicine*). Na sua análise, Kohn, Corrigan e Donaldson (2000) mostraram que os sistemas de cuidados de saúde têm problemas resultantes de processos inadequados, apoio inadequado dos recursos humanos e sistemas que não promovem práticas seguras. Os autores assinalam que os peritos estimam que morram 98.000 pessoas por ano devido a erros médicos nos hospitais; este valor é superior ao número de pessoas que morrem devido a acidentes rodoviários, cancro da mama ou SIDA. São propostas recomendações aos níveis nacional, regional e local para a redução dos erros médicos e a melhoria da segurança dos doentes, que se centram em torno dos seguintes aspectos:

- Liderança e conhecimentos para a segurança dos doentes;
- Sistemas de relato de erros;
- Protecção para os enfermeiros que relatam eventos adversos e questões relacionadas com as dotações;
- Estabelecimento de padrões de desempenho e expectativas para a segurança dos doentes; e
- Criação de sistemas de segurança em organizações de cuidados de saúde.

*Começam a acumular-se evidências em apoio das dotações adequadas.*

Para conseguir atingir os aspectos mencionados acima, têm de existir dotações adequadas. Diversos artigos de investigação descreveram uma relação directa entre as dotações seguras e os resultados dos doentes (p. ex. morbilidade e mortalidade).

Começam a acumular-se evidências em apoio das dotações adequadas em diversas condições e ambientes. Ainda que esta investigação seja efectuada a partir de uma perspectiva ocidental e se concentre nos cuidados prestados nos hospitais, fornece efectivamente um bom enquadramento para apoiar decisões que promovam as dotações adequadas. Já em 1998, Blegen, Goode, e Reed estudaram o efeito das dotações de enfermeiros sobre a mortalidade e morbilidade dos doentes. Verificaram que uma combinação de competências com maior incidência de enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) correspondia a uma menor incidência de erros de medicação e de úlceras de pressão, bem como a uma maior satisfação dos doentes. Um estudo adicional, também desse ano, examinou os níveis de dotações de enfermeiros e os resultados dos doentes e verificou que os erros de administração de medicamentos eram reduzidos com uma maior incidência de enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) na combinação de pessoal (Blegen & Vaughn 1998).

Kovner and Gergen (1998) encontraram uma relação entre os equivalentes-a-tempo-inteiro (ETI) de enfermeiros (no original:

*registered nurse, RN*) por dia-doente e as infecções do tracto urinário, pneumonia, trombose e comprometimento pulmonar após grande cirurgia. Num estudo efectuado com mais de 68.000 doentes com enfarte agudo do miocárdio, verificou-se que as horas de enfermeiro (no original: *registered nurse, RN*) por dia-doente eram inversamente proporcionais à mortalidade (Schultz, van Servellen, Chang, McNeeseSmith & Waxenberg 1998). No seu estudo de comparação da qualidade dos cuidados prestados aos doentes com SIDA, Aiken, Sloane, Lake, Sochalski e Weber (1999) verificaram que um enfermeiro adicional por dia-doente estava associado a uma diminuição de 50% na mortalidade aos 30 dias. Um aumento de 0,25 enfermeiros por dia-doente esteve associado a uma redução de 20% na mortalidade aos 30 dias. Verificou-se o aumento do risco de complicações pulmonares no pós-operatório no caso de um enfermeiro cuidar de mais do que dois doentes submetidos a esofagectomia por noite (Amaravadi, Dimick, Pronovost & Lipsett 2000).

Os autores encontraram uma relação inversa entre a mortalidade e o número de enfermeiros por dia-doente.

Kovner (2001) examinou o impacto das dotações e da organização do trabalho sobre os resultados dos doentes e os profissionais de saúde. A investigação sobre as dotações verificou-se ser específica a nível de disciplina (ou seja, enfermagem). A maior parte dos autores encontrou uma relação inversa entre a mortalidade e o

número de enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) por dia-doente, os enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) como percentagem do total de enfermeiros, e os enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) por hospital. Alguns autores relataram uma relação inversa entre os enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) por dia-doente e os eventos adversos. Num estudo de observação de coortes, conduzido por Dimick, Swoboda, Pronovost e Lipsett (2001), encontrou-se uma associação entre um menor número de enfermeiros durante a noite e um risco aumentado de complicações pulmonares específicas no pós-operatório. Observaram-se menores taxas de quedas e níveis mais elevados de satisfação dos doentes com o tratamento da dor nas situações

em que havia um número aumentado de horas de trabalho por enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) por doente (Sovie & Jawad 2001).

Num estudo de grande influência, efectuado por Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski e Silber (2002), foram recolhidos e analisados dados de 10.184 elementos de enfermeiros e 232.342 doentes submetidos a cirurgia. Os autores verificaram que cada doente adicional por enfermeiro com uma carga de quatro doentes estava associado a um aumento de 7% na probabilidade de morte no intervalo de 30 dias após a admissão e um aumento de 7% na probabilidade de insucesso no salvamento. No Canadá, um estudo retrospectivo efectuado por Tourangeau, Giovannetti, Tu e Wood (2002) investigou as taxas de mortalidade aos 30 dias em doentes hospitalizados. Foram recolhidos dados sobre 46.941 doentes diagnosticados com enfarte agudo do miocárdio, AVC, pneumonia ou septicémia aos quais havia sido dada alta de 75 urgências em hospitais do Ontário, no Canadá. Os resultados encontrados apoiam uma relação entre uma menor mortalidade aos 30 dias e uma combinação mais rica em enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*), bem como com mais anos de experiência na unidade clínica.

Uma análise transversal efectuada por Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart e Zelevinsky (2002) examinou a relação entre a quantidade de cuidados prestados por enfermeiros no hospital e os resultados dos doentes. Os dados foram analisados, incluindo os dados de 5 milhões de doentes médicos e 1,1 milhões de doentes cirúrgicos. Os autores verificaram que uma proporção mais elevada de horas de cuidados por enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) por dia e um número mais elevado de horas de cuidados por enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) por dia estiveram associados a: estadias mais curtas; taxas mais baixas de infecções do tracto urinário; hemorragias do tracto gastrointestinal superior; pneumonia; choque a paragem cardíaca; e casos reduzidos de insucesso no salvamento.

A pneumonia e as úlceras por pressão nos doentes acamados são resultados bem documentados da imobilidade. Um estudo conduzido por Cho, Ketefian, Barkauskas e Smith (2003) verificou

que um aumento de uma hora de trabalho por um enfermeiro (no original: *registered nurse, RN*) por dia-doente estava associado a uma diminuição de 8,9% na probabilidade de pneumonia e que um aumento de 10% na proporção de enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) estava associada a uma diminuição de 9,5% na probabilidade de pneumonia. Bostick (2004) verificou que um aumento no tempo de trabalho por enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) poderá reduzir a prevalência de úlceras de pressão.

Uma análise sistemática conduzida num outro estudo confirmou que as dotações adequadas estão associadas a uma menor mortalidade dos doentes internados e a estadias mais curtas no hospital (Lang, Hodge, Olson, Romano & Kravitz 2004). Person et al. (2004) avaliaram a associação entre as dotações de enfermeiros e a mortalidade de doentes internados com enfarte agudo do miocárdio. Verificaram que os doentes tratados em ambientes com dotações mais elevadas de enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) tinham uma menor probabilidade de morrer durante o internamento.

*A literatura demonstra que há uma relação entre os níveis de dotações de enfermeiros e os resultados dos doentes.*

Lankshear, Sheldon e Maynard (2005) analisaram 22 estudos que confirmavam que as dotações adequadas e a combinação de competências estavam associadas a resultados melhorados dos doentes. Por último, um resumo da literatura efectuado pelo Sindicato da Federação Canadiana de Enfermeiros (Canadian Federation of Nurses Union, CFNU, 2005) assinala uma forte

evidência empírica a demonstrar a ligação entre as dotações inadequadas de enfermeiros e um espectro de resultados adversos dos doentes, incluindo: úlceras de pressão; infecções do tracto urinário; pneumonia; infecções de feridas no pós-operatório; erros de medicação; comprometimento pulmonar; trombose; tratamento da dor; hemorragias do tracto gastrointestinal superior; quedas, choque e paragem cardíaca; insucesso na ressuscitação; e readmissão. A satisfação dos doentes, por outro lado, diminuía com dotações reduzidas de enfermeiros. Mostra também uma redução nos eventos adversos quando os níveis de dotações de



enfermeiros são adequados para o nível requerido de cuidados aos doentes.

Para terminar, a literatura demonstra que há uma relação entre os níveis de dotações de enfermeiros e os resultados dos doentes. No entanto, é importante a investigação adicional numa diversidade de ambientes internacionais para apoiar as dotações adequadas. Esta investigação está a ser incentivada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) através dos seus Fóruns Internacionais e Regionais da Força de Trabalho (International and Regional Workforce Forums).

## O papel da concorrência

*As organizações com um número adequado de enfermeiros e médicos estão a utilizar a dimensão do seu pessoal para aumentar o seu factor competitivo relativamente a outros hospitais.*

Os hospitais nos Estados Unidos da América (EUA) publicam detalhes precisos sobre indicadores de qualidade em instalações individuais. As organizações com um número adequado de enfermeiros e médicos estão a utilizar a dimensão do seu pessoal para aumentar o seu factor competitivo relativamente a outros hospitais. Os ambientes de trabalho apelativos destas organizações, por vezes referidas como “hospitais-íman”, permitem-lhes recrutar e manter o pessoal. Estes hospitais partilham características tais como uma liderança

forte, uma representação de enfermagem nas comissões de adopção de medidas, um estilo de gestão participativa, uma melhoria contínua na qualidade, boas relações interdisciplinares e oportunidade para o desenvolvimento (Lash & Munroe 2005).

Este conceito de competitividade encontra-se sobretudo no sector privado e poderá não ser relevante em países com sistemas de cuidados de saúde alternativos, tais como o Canadá, o Japão, a Alemanha, a China e a Holanda. Ainda que possa existir uma prestação do sector privado nestes países, não existe o mesmo foco na concorrência entre organizações.

## Saúde ocupacional: a saúde dos enfermeiros

*Reconhece-se que é importante dispor de pessoal adequado, dado que tal afecta a saúde dos enfermeiros.*

Reconhece-se que é importante dispor de pessoal adequado, dado que tal afecta a saúde dos enfermeiros. Durante uma altura de falta de pessoal, o governo do Canadá ficou tão preocupado com a saúde dos enfermeiros que encomendou um estudo a nível nacional sobre a população de enfermagem, que será publicado em 2007.

Segundo Baumann et al. (2001), as dotações seguras são essenciais para as exigências dos ambientes de trabalho contemporâneos. Estes ambientes incluem uma pressão e *stress* profissionais aumentados, que resultam de preocupações sobre a segurança profissional, segurança no local de trabalho, apoio dos gestores e colegas, controlo sobre a prática, horário de trabalho, liderança e dotações inadequadas. A enfermagem está associada a outras ocupações (p. ex. policiamento e combate a incêndios), nas quais existe incerteza, risco elevado e um ambiente potencialmente perigoso. Tal como acontece para a enfermagem, o *stress*, o *burnout* e as questões do recrutamento estão bem documentados para estas profissões.

Em termos da tentativa de recrutamento ou retenção de pessoal, houve estudos que mostraram que existe uma relação entre os níveis das dotações e a satisfação profissional (Aiken, Clarke & Sloane 2002; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber 2002). Um estudo efectuado no Reino Unido por Sheward, Hunt, Hagen, Macleod e Ball (2005) verificou que os rácios elevados doente-enfermeiro estavam associados a um risco aumentado de exaustão emocional e insatisfação com o emprego actual. Os enfermeiros que trabalham continuamente em horas extraordinárias ou que trabalham sem apoios adequados tendem a ter um maior absentismo e pior saúde.

## Responsabilidade profissional

Os enfermeiros sentem-se frequentemente comprometidos em situações de cuidados aos doentes nas quais não existe pessoal

adequado. Nos países onde há uma tradição de processos legais, a responsabilidade profissional é uma preocupação constante. O *Oxford English Dictionary* (1989) define o termo “responsável” [*liable*] como:

A condição de ser responsável ou de poder responder por lei ou equidade; a condição de ser responsável por, ou estar sujeito a algo, estar apto ou ter a probabilidade de fazer algo; aquilo por que alguém é responsável; um atributo ou traço que coloca alguém em desvantagem; por conseguinte, alguém ou algo que constitui um fardo ou uma desvantagem, uma dificuldade.

*Houve casos de enfermeiros que foram considerados como culpados pelos resultados dos cuidados que prestaram.*

Houve casos de enfermeiros que foram considerados como culpados pelos resultados dos cuidados que prestaram. A questão da responsabilidade concentra-se em aspectos de cuidados que incluem o indivíduo, bem como a equipa. Portanto, independentemente da situação (ou seja, do contexto em que os erros ocorrem), o

enfermeiro é responsável. As dotações seguras constituem portanto um elemento crítico para os enfermeiros, já que têm impacto sobre a sua capacidade para efectuar cuidados adequados. A responsabilidade aumenta num contexto clínico no qual haja infra-estruturas e dotações inadequadas. Em muitos ambientes de cuidados de saúde, a falta de pessoal pode ser uma questão de fornecimento (ou seja, o país não estar a produzir profissionais de saúde em número suficiente para suportar o sistema). Ocorre uma situação alternativa quando os profissionais estão a migrar a um ritmo mais rápido do que aquele ao qual o país está a produzir novos enfermeiros. O dilema crítico é realçado num relatório de síntese da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Awases et al. 2004), que apresenta os resultados de um estudo sobre a migração dos profissionais de saúde a partir de diversos países africanos. Dado que muitos profissionais de saúde estão a migrar, os enfermeiros que ficam são confrontados com níveis muito baixos de dotações, o que constitui um entrave à sua capacidade para prestar cuidados seguros.

## CAPÍTULO 3

### Oportunidades

*Os hospitais com níveis seguros de dotações podem conseguir poupanças financeiras significativas.*

Segundo a Associação de Enfermeiros da Califórnia (*California Nurses Association, CNA*; n.d.), os hospitais com níveis seguros de dotações podem conseguir poupanças financeiras consideráveis. Os resultados das dotações inadequadas relativamente aos custos adicionais decorriam das maiores taxas de rotação de enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) e na necessidade de contratar enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) a título temporário. O investimento a longo prazo no pessoal a tempo inteiro origina poupanças de custos tanto no recrutamento como na retenção (Baumann & Blythe 2003a; Baumann & Blythe 2003b). As dotações seguras mostraram repetidamente contribuir para melhores resultados dos doentes, o que, em última instância, se manifesta em custos reduzidos de saúde para os indivíduos, as famílias e as comunidades e em receitas aumentadas de impostos, uma vez que os doentes regressam à força de trabalho activa.

### Combinação de competências: clarificação dos papéis

*É importante estabelecer linhas de orientação para certos papéis de saúde e determinar a sua combinação eficaz.*

As dotações seguras ou adequadas de enfermagem são influenciadas por outros prestadores de cuidados de saúde. A distribuição de cuidados de saúde inclui uma diversidade de papéis e cargos. É importante estabelecer as linhas de orientação para certos papéis e determinar a sua combinação eficaz, que irá variar de país para país. Há um número reduzido de modelos e estruturas

existentes para guiar a combinação adequada de pessoal, mas não há uma solução única que sirva para todos. Apesar disso, a determinação da combinação certa de pessoal é importante. Os erros na combinação de enfermeiros poderão levar a erros clínicos, que poderão por sua vez resultar em resultados adversos para o doente e para a organização (Associação Canadiana de Enfermagem; *Canadian Nurses Association* 2003). É necessária uma maior colaboração aos níveis local e nacional para aumentar a compreensão das contribuições de diversos profissionais e voluntários de saúde. Está presentemente em decurso no Canadá uma colaboração interessante para desenvolver uma estrutura conjunta de avaliação para a tomada de decisão no que respeita à combinação de pessoal em relação aos enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*), auxiliares de enfermagem (no original: *licensed practical nurses, LPNs*) e enfermeiros em psiquiatria (no original: *registered psychiatric nurses*) (Associação Canadiana de Enfermagem 2003).

A Associação Canadiana de Enfermagem (2005) publicou um recurso destacando questões importantes relativas à tomada de decisão no que respeita à combinação de enfermeiros e à segurança dos doentes com foco nos enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) e auxiliares de enfermagem. São incluídos suportes para a tomada de decisão no que respeita à combinação de pessoal. O documento procura endereçar: indicações de medidas no que respeita à investigação para a combinação de pessoal; estruturas e instrumentos para a tomada de decisão; rácios legislados de dotações; e desafios nas tomadas de decisão adequadas no que respeita à combinação de pessoal.

### Oferta e procura

Em termos de oferta e procura, a questão essencial consiste em dispor de um fornecimento adequado de enfermeiros para ir de encontro às necessidades de saúde da população. Ainda que haja um debate no que respeita ao número de enfermeiros necessários em qualquer país, não há dúvida de que os países com um fornecimento amplo de profissionais de saúde têm melhores indicadores de saúde.

*O fornecimento global de enfermeiros sofreu recentemente o impacto de faltas de pessoal nas nações mais industrializadas.*

A distribuição global de enfermeiros sofreu recentemente o impacto de faltas de pessoal nas nações mais industrializadas, que recrutam enfermeiros vindos de outros países. Localmente, a retenção do fornecimento em enfermagem é influenciada por compensações económicas adequadas, ambientes de trabalho saudáveis e instituições de ensino robustas. Quando há

um fornecimento insuficiente em enfermagem, dá-se uma falta de enfermeiros. Nos países desenvolvidos, as faltas de enfermeiros dão-se devido a fornecimento inadequado e a fraco recrutamento local, bem como a taxas de retenção resultantes de planeamento insuficiente, oportunidades de carreira pouco apelativas ou reformas precoces (Buchan, Parkin & Sochalski 2003). Quais são as formas mais eficientes e eficazes de resolver as faltas de enfermeiros? O recrutamento internacional não é uma solução adequada. Buchan, Parkin e Sochalski (2003) propõem uma estrutura de medidas de resposta às faltas de enfermeiros:

- Aumentar o novo fornecimento – desde o tempo pré-diploma/formação;

- Melhorar a retenção do pessoal actual;
- Melhorar a utilização das competências dos enfermeiros e a combinação com o restante pessoal;
- Encorajar o regresso de enfermeiros que não estejam a praticar actualmente; e
- Examinar o âmbito do recrutamento ético internacional.

*Outras formas de aumentar o fornecimento de enfermeiros incluem o exercício de pressão sobre os governos.*

Outras formas de aumentar o fornecimento incluem o exercício de pressão sobre os governos no sentido de subsidiar adequadamente o sistema de ensino, de forma a ir de encontro às necessidades internas, e melhorar os ambientes de trabalho para recrutar e manter os enfermeiros em condições de trabalho estimulantes. Qualquer

conjunto de medidas terá de incluir intervenções a todos os níveis. As medidas nacionais e locais têm de ser criadas de forma a assegurar uma abordagem que abranja todo o sistema no sentido de conseguir recursos humanos suficientes.

*A procura de uma população de cuidados de saúde é diferente nas várias partes do mundo.*

A procura de uma população de cuidados de saúde é diferente nas várias partes do mundo. Nalguns países devastados pela doença, o fornecimento de enfermeiros é gravemente comprometido pela migração e por necessidades de saúde esmagadoras. O fornecimento local de enfermeiros pode

sofrer o impacto da migração. Nas últimas quatro décadas, o número de migradores internacionais mais do que duplicou (192 milhões por ano). Os enfermeiros fazem, cada vez mais, parte do fluxo migratório que circula pelo globo. Os profissionais de saúde formados noutros países constituem agora até 25% das forças de trabalho médica e de enfermagem da Austrália, Canadá, Reino Unido e EUA.

A distribuição dos enfermeiros expandiu-se com a introdução de um mercado de trabalho global e a guerra pelo “talento” ou as

competências escassas. Recrutar enfermeiros de outros países, no entanto, não resolve as questões iniciais de recrutamento/ retenção que provocam faltas de pessoal nos países de destino (Kingma 2006). Existe, no entanto, uma grande variação regional intra e inter países no que respeita aos enfermeiros e cada país tem de ter uma diversidade de estratégias dirigidas às faltas de pessoal locais.

## Restrições económicas

*As dotações seguras poderão não receber a atenção adequada.*

Os sistemas de cuidados de saúde são dispendiosos. Há muitos interesses que competem pelo dinheiro destinado à saúde e os países diferem no seu investimento nas questões de saúde. Em larga medida, os custos esmagadores incluem os serviços farmacêuticos, tecnologia e medicina. O dinheiro que resta vai para instituições e cuidados comunitários nos quais estão inseridos os cuidados de enfermagem e as dotações seguras. Porque o contexto de dotações seguras está inserido num vasto espectro de preocupações com custos, as dotações seguras poderão não receber a atenção adequada a menos que sejam emparelhadas com a segurança dos doentes.

Segundo Spetz (2005), a principal razão pela qual os hospitais nos EUA não atingem os níveis óptimos de dotações de enfermeiros consiste no facto de os enfermeiros não serem pagos de acordo com a qualidade dos cuidados que prestam. Os hospitais recebem poucos benefícios por aumentarem a sua qualidade nos cuidados, mas o resultado disso poderá consistir em gastos elevados. Em resultado, ainda que maiores dotações de enfermeiros possam beneficiar o cuidado dos doentes, os custos associados a ter mais enfermeiros ultrapassam os ganhos para os hospitais. No entanto, fontes de custos, tais como o absentismo, rotação de pessoal e morbilidade e mortalidade mais elevadas têm de ser consideradas como um custo global e contínuo para o sistema e a sociedade.



## Falta de instrumentos eficazes de medição da carga laboral

*Os instrumentos existentes são incapazes de capturar mais do que 40% do trabalho de enfermagem.*

Durante muitos anos, a enfermagem lutou por quantificar o trabalho dos enfermeiros. A investigação nesta área foi efectuada sobretudo em ambientes de cuidados de urgência em hospitais de formação de grandes dimensões. Há uma concordância em como os instrumentos existentes, que são actualmente comercializados, são

incapazes de capturar mais do que 40% do trabalho de enfermagem nalguns ambientes.

*Os instrumentos para a medição da carga laboral não são uma solução completa para a determinação das dotações seguras.*

Ainda que os instrumentos tenham sido úteis na identificação das tarefas dos enfermeiros, a maior parte não foi capaz de capturar os aspectos cognitivos/intelectuais do seu papel. Funções importantes, tais como a coordenação, a facilitação e a tomada de decisão, não foram descritas ou quantificadas de forma adequada. Portanto,

ainda que tenham sido utilizados instrumentos de medição da carga laboral no debate sobre as dotações seguras, estes não constituem de forma alguma uma solução completa na determinação das dotações seguras. Um documento recente do ICN (2004) resumiu as questões sobre o esforço de medição do trabalho dos enfermeiros. Não há dúvida de que questões tais como a do trabalho em equipas multidisciplinares de cuidados de saúde e a questão em evolução das contribuições do doente e da família contribuem ainda mais para aumentar a indefinição na discussão de quem faz o quê. Tendo dito isto, a importância de ter uma enfermagem profissional como componente essencial dos cuidados de saúde tem sido bem documentada (Baumann, Deber, Silverman & Mallette 1998).

# CAPÍTULO 5

## Como fazer?

As iniciativas relativas às dotações seguras podem ser encorajadas de diversas maneiras.

### Legislação

Alguns países conseguiram decretar legislação para melhorar as dotações seguras para os enfermeiros. Nos EUA, por exemplo, a Associação Americana de Enfermeiros (*American Nurses Association, ANA*) propôs legislação relativa às dotações seguras para os enfermeiros (*The ANA Talks 2001*). A necessidade de uma tal legislação surgiu em resultado de uma falta de enfermeiros nos EUA e nas consequências daí resultantes (p. ex. horas extraordinárias e comprometimento dos cuidados e da segurança dos doentes). A legislação, que foi introduzida na Câmara dos Representantes em Dezembro de 2003, inclui:

- Protecção para os enfermeiros que relatam condições inseguras;
- Recolha e relatório públicos de dados de qualidade sensíveis para a enfermagem (p. ex. níveis de dotações necessários para cuidados seguros e de qualidade); e
- A necessidade de melhores instrumentos para o cálculo dos níveis adequados de dotações e da combinação adequada de competências.

*Foram implementados rácios legislados enfermeiro-doente no estado americano da Califórnia e em Victoria, na Austrália.*

Uma outra abordagem para assegurar as dotações adequadas para a enfermagem consiste na legislação de rácios de dotações seguras (ICN n.d.). Ainda que tenham sido recomendados rácios de dotações na Bélgica,

utilizando um conjunto de dados mínimo (ICN 2004), os rácios enfermeiro-doente legislados só foram implementados no estado americano da Califórnia e no estado australiano de Victoria (consulte o Anexo 9). No entanto, há pelo menos outros 14 estados americanos que estão a considerar uma legislação semelhante (CFNU 2005). Os rácios consistem no número máximo de doentes que podem ser atribuídos a um enfermeiro (no original: *registered nurse, RN*) durante um turno e variam segundo as unidades de cuidados de emergência (CNA 2003). Os rácios específicos na Califórnia baseiam-se na Lei 394 da Assembleia e incorporam os princípios da ANA para as dotações de enfermeiros (ANA 1999). A lei foi originada para gerir a crise doente-cuidados, procurar resolver a falta de enfermeiros, proteger a segurança dos doentes e melhorar a situação da enfermagem na Califórnia (CNA 2003).

*Alguns autores tentaram quantificar o pessoal necessário para o espectro de problemas dos doentes, mas este cálculo é considerado complexo.*

Alguns autores tentaram quantificar o pessoal necessário para o espectro de problemas dos doentes, mas este cálculo é considerado complexo. Hurst (2002) sugere outras abordagens para a estimativa da dimensão e combinação das equipas de enfermagem (consulte o Anexo 6). Revê um algoritmo que se baseia no julgamento profissional, uma fórmula para calcular o número de enfermeiros por turno, o método do número de enfermeiros por cama

ocupada, o método da qualidade da acuidade, o método tempo-tarefa/actividade e o método de análise de regressão. Todos estes métodos requerem dados e documentação consideráveis e poderão ser difíceis em ambientes que já estão comprometidos em termos de dotações adequadas. Hurst analisa os pontos fortes e fracos de cada abordagem. Tem havido algum trabalho interessante de discussão dos prós e contras da utilização dos rácios de dotações seguras.

Prós:

Há estudos que indicam que um rácio enfermeiro-doente mais elevado desempenha um papel importante nos resultados para os

cuidados dos doentes (Dimick, Swoboda, Pronovost & Lipsett 2001; Sasichay Akkadechanunt, Scalzi & Jawad 2003);

- Melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos doentes (CFNU 2005);
- Recrutamento e retenção melhorados dos enfermeiros (CFNU 2005; CNA 2003);
- Melhoria no bem-estar dos enfermeiros, moral mais elevado, diminuição nas lesões no local de trabalho, aumento na satisfação profissional e redução no *stress* (CFNU 2005);
- Capacidade aumentada de prestação de serviços ao público (CFNU 2005);
- Confiança aumentada no sistema de saúde pública (CFNU 2005);
- Dependência diminuída das agências de enfermagem (CFNU 2005); e
- Falta de provisões para a aplicação de planos de dotações voluntárias (CFNU 2005).

Contras:

- Há estudos que verificaram a existência de poucas evidências clínicas para apoiar a introdução de rácios enfermeiro-doente mínimos para os hospitais com urgências (Bolton et al. 2001; Lang, Hodge, Olson, Romano e Kravitz 2004);
- Os rácios de dotações consistentes são dispendiosos e qualquer legislação tem de ser acompanhada de acordos financeiros para as subsidiar adequadamente;
- Não reflectem com exactidão as necessidades dos doentes ou a complexidade dos cuidados requeridos (CFNU 2005);
- Servem apenas como medida grosseira para os requisitos de dotações;
- Geralmente, não têm em conta as alterações no nível de acuidade dos doentes, disposição da unidade de enfermagem,

presença de pessoal auxiliar, prestadores de cuidados para além dos enfermeiros(no original: *registered nurse, RN*), ou presença de tecnologia (CFNU 2005);

- Podem não estar dirigidos às questões endémicas do local de trabalho e não ser relevantes em muitos contextos internacionais.

*Um estudo verificou que rácios doente-enfermeiro de 4:1 são eficazes em termos de custos e estão associados a menor mortalidade dos doentes.*

Como devem ser determinadas as dotações seguras? Um estudo demonstrou a eficácia em termos de custos de rácios doente-enfermeiro de dotações que iam dos 8:1 aos 4:1. Os autores verificaram que, ainda que o rácio de oito doentes por enfermeiro fosse o menos dispendioso, estava associado a uma mortalidade mais elevada dos doentes.

Concluíram que, como intervenção para a segurança dos doentes, os rácios de 4:1 eram razoavelmente eficazes em termos de custos (Rothberg, Abraham, Lindenauer & Rose 2005). No entanto, os rácios dependem de muitos factores, tais como a acuidade dos doentes e os cuidados requeridos. As considerações relativas aos custos poderão variar dependendo da perspectiva do pagador, p. ex. hospital, sistema de saúde ou sociedade.

## Juízo profissional

*Ao invés de legislar rácios de dotações seguras, alguns autores sugerem que as organizações deveriam identificar a sua própria definição de dotações seguras.*

Ao invés de legislar rácios de dotações seguras, alguns autores sugerem que as organizações deveriam identificar a sua própria definição de dotações seguras, com base em variáveis tais como a acuidade dos doentes os valores dos rácios e a combinação do pessoal. A ANA apoia também o juízo profissional na determinação das dotações seguras, tal como demonstrado na sua legislação para as dotações seguras que culminou na Lei para

a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (*Quality Nursing Care Act*) de 2004. Esta lei baseia-se nos Princípios para as Dotações Seguras da ANA (*ANA's Principles for Nurse Staffing*), que advogam que os sistemas de dotações seguras requerem a contribuição de enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) para os cuidados directos, juntamente com a consideração do número de doentes, experiência dos enfermeiros na unidade, gravidade do estado dos doentes e disponibilidade dos sistemas e recursos de apoio (ANA 1999; Artz 2005; Donnellan 2003; “Safe Staffing Initiatives” 2004). Esta abordagem permitiria a consideração da diversidade de prestadores de cuidados que possam estar disponíveis em ambientes distintos.

## Estruturas profissionais

*Os enfermeiros podem encontrar-se numa situação na qual não disponham de uma estrutura adequada “no país” para suportar a procura de dotações adequadas.*

Os enfermeiros, individualmente, podem encontrar-se numa situação na qual não disponham de uma estrutura adequada “no país” para suportar a procura de dotações adequadas. Há organizações, tais como o ICN, que efectivamente proporcionam estruturas de enquadramento para a prestação de cuidados (ICN 2004). Estes documentos incentivam os ambientes de trabalho saudáveis e quantidades adequadas de enfermeiros para a prestação

de cuidados (ICN 2000). Numa situação ideal, poderá haver estruturas regulamentares, linhas de orientação para a prática profissional e linhas de orientação para as melhores práticas ao nível local; todas estas reforçam a importância dos cuidados de enfermagem e a necessidade de suportes adequados, ambientais e de pessoal (*Pan American Health Organization* 2004; OMS 2002). Na ausência destes suportes, os enfermeiros têm que contar com a documentação externa para reforçar a sua argumentação para dotações mais seguras. Os sítios na *Web* de diversas organizações contêm uma multiplicidade de informações em diversos idiomas.



## CAPÍTULO 6

### O papel das associações nacionais de enfermagem

#### Investigação

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

#### Tomada de medidas

Os líderes de enfermagem com iniciativa têm conhecimento sobre as realidades no campo e são peritos na resolução de problemas. As partes interessadas no sector da saúde e os enfermeiros procuram nas ANEs orientações e estratégias eficazes para procurarem endereçar a falta crítica de enfermeiros sentida em muitos sistemas de saúde em todo o mundo. As ANEs introduziram processos de acreditação para as organizações de cuidados de saúde, tendo as dotações seguras como um dos critérios. A sua tomada de medidas gerou uma nova função para as ANEs, que desempenham agora um papel mais alargado no sector da saúde.

Os representantes das ANEs tendem a ser membros activos da direcção do organismo nacional de regulamentação. Nalguns casos, as ANEs poderão funcionar como organismos nacionais de regulamentação para os enfermeiros e a enfermagem. Nesta qualidade, desenvolvem estruturas que apoiam a segurança dos doentes, que deverão incluir as dotações adequadas e estabelecer



mecanismos de monitorização e aplicação de medidas para dotações adequadas. Podem ser recolhidos do registo dados valiosos sobre os fluxos de entrada e de saída nesta qualidade, no caso de este ser um registo “ao vivo”.

## Advocacia

As ANEs desempenham um papel crucial na advocacia para os ambientes de trabalho saudáveis e para as práticas de dotações seguras.

As ANEs desempenham um papel crucial na advocacia para os ambientes de trabalho saudáveis e para as práticas de dotações seguras. Tal poderá ocorrer a nível nacional ou na qualidade de grupo de interesse/especialidade. Por exemplo, Adkinson (2004) discute o enunciado de posição da Sociedade de Enfermeiros com especialização em Pediatria (*Society of Pediatric Nurses*, SPN) relativamente às

dotações seguras. Advogam níveis adequados de dotações nas unidades pediátricas. As suas recomendações baseiam-se em estudos que demonstram taxas aumentadas de morbilidade e mortalidade dos doentes quando não estão disponíveis dotações adequadas. A NCNA (2005) tem também um artigo de posição sobre as dotações seguras. Apoiam os esforços de promoção de dotações seguras para os enfermeiros e aprovam a Lei de Dotações Seguras para os enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) e os Princípios da ANA para as Dotações de Enfermeiros (consulte o Anexo 5). Sublinham a necessidade de uma definição clara dos resultados para as dotações seguras no que diz respeito aos cuidados dos doentes, vida profissional na enfermagem e categorias de organização.

## Representação

Num ambiente no qual o litígio está a aumentar, os enfermeiros vêem-se legalmente e por vezes financeiramente responsáveis por eventos adversos originados por sistemas de saúde deficientes

*As ANEs têm a responsabilidade de representar e defender os seus membros, quer no tribunal, quer no organismo de regulamentação.*

(p. ex. com falta de pessoal), e não por negligência ou pelo erro de qualquer indivíduo em particular. As ANEs têm a responsabilidade de representar e defender os seus membros, quer no tribunal, quer no organismo de regulação.

Algumas associações têm sido capazes de introduzir legislação relativa aos informantes – protecção legal para o pessoal que denuncia práticas inseguras quando as tentativas internas para a correcção de problemas no local de trabalho não tiveram sucesso – prestando assim assistência antes da ocorrência de uma crise.

## **N**egociação

Em termos das faltas de enfermeiros críticas, o planeamento dos recursos humanos é frequentemente citado como sendo uma das primeiras medidas necessárias para mudar a situação. As ANEs têm um papel crítico a desempenhar ao darem voz aos enfermeiros e à enfermagem, negociando um fornecimento adequado de enfermeiros a entrarem na prática activa (p. ex. estágios, subsídios e bolsas para estudantes) e fazendo pressão no sentido da existência de condições de trabalho que retenham os enfermeiros competentes no sector da saúde (p. ex. dotações seguras).

Em todo o mundo, as ANEs estão envolvidas, quer directa quer indirectamente, na negociação da vida profissional dos enfermeiros. Os acordos colectivos em apoio de níveis de dotações seguras constituem instrumentos de vinculação legal que conduzem a cargas laborais viáveis, bem como à segurança dos doentes. A negociação tem lugar não apenas no contexto do trabalho mas também a nível do parlamento. Tal como mencionado, a legislação a nível regional e do estado introduziu medidas para o assegurar das dotações seguras. Tal, no entanto, não teria sido possível sem a negociação contínua e eficaz das

ANEs interessadas. As dotações seguras exigem claramente uma abordagem multifacetada, com as ANEs a mobilizarem os seus recursos, bem como todos os seus contactos.

# CAPÍTULO 7

## Recomendações

---

As dotações inadequadas nalguns ambientes atingiram proporções de crise. A ênfase nas dotações seguras destacou muitas questões relacionadas com o cuidado dos doentes. Acumulam-se as evidências em apoio da exigência de pessoal de saúde adequado para a prestação de cuidados de saúde polivalentes. Os ambientes de cuidados de saúde variam, mas a necessidade de dotações adequadas é partilhada. Esta necessidade vai além do mínimo necessário para a prestação de cuidados de padrões inferiores e reflecte a necessidade das dotações seguras para a prestação de cuidados óptimos. Abaixo, descreve-se um guia para o aumentar o apoio para as dotações seguras. As recomendações destinam-se às associações profissionais.

1. Determinar a extensão do problema;
2. Definir o que são as dotações seguras no contexto das necessidades dos doentes;
3. Recolher quaisquer dados relevantes;
4. Utilizar um instrumento de avaliação para refinar mais as questões;
5. Preparar um plano de comunicação que influencie a tomada de decisão;
6. Utilizar o conjunto de instrumentos para fornecer dados de enquadramento para apoiar as iniciativas relativas às dotações seguras;
7. Participar no planeamento dos recursos humanos para a saúde e no desenvolvimento de medidas ao nível governamental;
8. Apoiar estudos de avaliação de impacto, de forma a que as consequências das alterações potenciais ou efectivas nas

medidas sejam conhecidas em termos do pessoal ou das condições de trabalho, bem como em termos da segurança dos doentes;

9. Exercer pressão junto das entidades empregadoras no sentido de estas proporcionarem ambientes de trabalho saudáveis e dotações adequadas;
10. Educar o público relativamente à importância dos serviços de enfermagem; e
11. Trabalhar em iniciativas locais que promovam ambientes de trabalho saudáveis para os enfermeiros.

**CONJUNTO DE INSTRUMENTOS**

**PARA O TEMA**

**“DOTAÇÕES SEGURAS SALVAM VIDAS”**



## **Instrumento de avaliação para as dotações de enfermeiros**

### **Entidades empregadoras e Ambiente/Organização de trabalho**

- O ambiente de trabalho / organização fornecem equipamento adequado para o pessoal prestar cuidados suficientes aos doentes?
- O ambiente de trabalho / organização têm uma estrutura física adequada na qual o pessoal possa desempenhar o seu trabalho em instalações funcionais?
- Existem políticas relativas ao ambiente de trabalho / à organização dirigidas às dotações seguras? A sua aplicação é monitorizada? Existem políticas analisadas regularmente e revistas conforme o requerido? Existem procedimentos de penalização?
- Existe uma liderança clara e influente aos níveis mais elevados de tomada de decisão na enfermagem, a desempenhar um papel completo e com iniciativas no planeamento estratégico e corporativo?
- Os enfermeiros recebem uma compensação adequada pelo seu trabalho? As condições de trabalho permitem um recrutamento e retenção óptimos dos enfermeiros?

### **Enfermeiro**

- As equipas de enfermeiros contêm uma combinação de pessoal adequado?
- A complexidade dos doentes é tida em consideração ao determinar a carga laboral dos enfermeiros?
- São efectuadas avaliações regulares da carga laboral dos enfermeiros que incluem uma avaliação do impacto de outros deveres, tais como deveres de educação e supervisão?



- Os enfermeiros estão envolvidos nas decisões relativas às dotações?
- Os enfermeiros monitorizam a sua saúde pessoal?

## **Governo**

- As políticas do governo estão dirigidas no sentido de um fornecimento adequado de enfermeiros para ir de encontro às necessidades das populações de doentes?
- Existe um conjunto de medidas para os recursos humanos na saúde?
- Existe uma combinação de pessoal de saúde regulamentada e exercem em conjunto?
- Existem políticas de retenção e imigração de forma a assegurar que não ocorra carência de enfermeiros?
- O governo está envolvido no financiamento e administração do sistema de cuidados de saúde?
- O governo fornece uma estrutura de regulamentação para o assegurar das práticas de dotações seguras em enfermagem?
- O governo conduz uma política de avaliação do impacto antes de introduzir alterações à legislação que tenham impacto sobre a procura da força de trabalho?
- Os enfermeiros recebem uma compensação adequada pelo seu trabalho?

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

- Os processos de acreditação para organizações de saúde que tenham as dotações seguras como critério são apoiados pela ANE?
- A ANE advoga e promove ambientes de trabalho saudáveis para os enfermeiros?
- A ANE está envolvida na educação das partes interessadas no

sector da saúde, incluindo as entidades empregadoras, relativamente às práticas de dotações seguras para os enfermeiros?

- A ANE encoraja e proporciona o desenvolvimento profissional para os enfermeiros?
- Procuram-se alianças com organizações de doentes ou com outros grupos profissionais para assegurar uma resposta focada nas questões da carga laboral?
- A ANE contribui para a formulação da agenda de investigação, bem como para a avaliação da capacidade e competência da força de trabalho de enfermagem?

### **Instituição de ensino**

- As instituições de ensino desempenham um papel completo, ao assegurar que os currículos equipam os enfermeiros com as competências necessárias para avaliar necessidades em cuidados de enfermagem, planear, implementar e avaliar os cuidados, de maneira a que tal dê origem a informações sobre a carga laboral e a acuidade como produto secundário?
- As instituições de ensino oferecem um acesso flexível à educação para apoio das iniciativas de recrutamento e retenção?
- Os educadores participam da discussão sobre o fornecimento local e do diálogo relativo à política global?

### **Organismo de regulação**

- Os organismos de regulação analisam regularmente os âmbitos da prática e as competências necessárias para conseguir cuidados de enfermagem contemporâneos?
- Os dados dos registos são utilizados de forma rotineira para informar das decisões de planeamento relativas à força de trabalho e para avaliar o sucesso das iniciativas concebidas para recrutar ou reter o pessoal?

- O organismo de regulação analisa de forma rotineira as tendências das reclamações e os resultados de saúde e conduz recomendações para informar as entidades empregadoras e o governo das questões emergentes relativas à força de trabalho?
- Os responsáveis pela regulação reúnem-se regularmente com sectores tais como a educação, a saúde e o trabalho?

## **Dotações seguras: o que podem fazer os enfermeiros**

- Exercer pressão no sentido de conseguir níveis seguros de dotações e ambientes de trabalho saudáveis no seu local de trabalho, na sua comunidade e a nível nacional. Utilize e-mails, cartas ou visite os escritórios governamentais para educar os oficiais do governo, administradores seniores do hospital e da comunidade e outros responsáveis pela tomada de decisão e organizações que afectem a prática de enfermagem. Recomende rácios seguros tendo em conta os contextos local e institucional. Negocie as dotações seguras em acordos colectivos de negociação. Demonstre o motivo pelo qual as dotações seguras são importantes para a segurança dos seus doentes e que tipo de cuidados pode prestar ao dispor de pessoal adequado.
- Assegurar que a enfermagem tem uma voz no seu país, participando no planeamento de recursos, gestão e desenvolvimento locais e nacionais. Utilizar o conjunto de instrumentos para fornecer dados de enquadramento para apoiar as iniciativas relativas às dotações seguras. Assegurar que os dados dos registos são utilizados de forma rotineira para informar das decisões de planeamento relativas à força de trabalho e para avaliar o sucesso das iniciativas concebidas para recrutar ou reter o pessoal.
- Desenvolver e divulgar um enunciado de posição, uma folha informativa e um comunicado de imprensa sobre os níveis das dotações seguras e a segurança dos doentes (consultar o exemplo). Utilizar a sua folha informativa ou jornal da ANE para enviar para as agências de imprensa locais e nacionais, para comunicar com uma vasta audiência.
- Definir o âmbito da acção da enfermagem e dos membros da equipa de saúde. Determinar as competências específicas e compartilhadas para cada uma delas. Exercer pressão no

sentido de uma análise regular dos âmbitos da prática e das competências necessárias para conseguir produzir cuidados de enfermagem ótimos.

- Obter apoio de não enfermeiros. Formar parcerias com outros profissionais de saúde. Organizar eventos sobre os doentes e a segurança pública e fornecer educação pública sobre os níveis de dotações seguras. Fazer uma apresentação no seu centro religioso, grupo de mulheres ou grupo comunitário sobre a forma como as dotações seguras afectam a todos. Informar os doentes e os grupos de consumidores sobre a importância dos níveis de dotações seguras e os rácios enfermeiro/doente adequados.
- Comprar espaço publicitário no seu jornal local para educar o público sobre a importância das dotações seguras de enfermeiros. Tal irá atrair a atenção do público, do governo local e da administração hospitalar. Divulgue panfletos e pósteres e organize eventos para a comunicação social, tal como entrevistas para a rádio ou a televisão.
- Apoiar a investigação e recolha dados para as melhores práticas. Divulgue investigações eficazes em termos de custos sobre os níveis de dotações seguras de enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*). Efectue estudos de avaliação de impacto na força de trabalho e na segurança dos doentes quando forem planeadas ou estabelecidas políticas relacionadas com o sector da saúde.
- Entregar prémios a instalações de cuidados de saúde que implementem dotações seguras.
- Advogar pelo acesso flexível à educação em enfermagem e pelo melhoramento dos currículos, de forma a assegurar que os enfermeiros têm as competências necessárias para avaliar, planear, implementar e avaliar os cuidados.
- Apoiar o reforço de capacidades dos gestores na área do planeamento, gestão e desenvolvimento dos recursos humanos.

- Divulgar o conjunto de instrumentos para as dotações seguras através do sítio da ANE na *Web*, teleconferências e *workshops*. Partilhe-o com outras organizações interessadas. Podem ser enviados alertas através da *Web* ou de e-mail para avisar as audiências pretendidas da disponibilidade do conjunto de instrumentos nos sítios da *Web*.



## Comunicado de imprensa

### **EXEMPLO DE COMUNICADO DE IMPRENSA**

***As dotações seguras nos cuidados de saúde salvam vidas e poupam dinheiro***

***A enfermagem de todo o mundo dirige-se aos legisladores e responsáveis pela tomada de medidas no sentido de procurarem endereçar a necessidade de recursos humanos suficientes e adequados nos ambientes de cuidados de saúde***

**Genebra, 12 de Maio de 2006** As dotações inadequadas nos ambientes de cuidados de saúde estão a atingir proporções de crise em todas as regiões. As evidências indicam que tal é resultado de um aumento crítico na duração das estadias no hospital, na morbilidade e mortalidade dos doentes e nos eventos adversos preveníveis. Um estudo verificou que o aumento na carga laboral de um enfermeiro, de quatro para seis doentes submetidos a cirurgia, resultou num aumento de 14% na probabilidade de um doente ao cuidado desse enfermeiro morrer no intervalo de 30 dias após a admissão.<sup>1</sup> A realidade é que muitos enfermeiros são desafiados diariamente com cargas laborais muito maiores. Por ocasião do Dia Internacional do Enfermeiro, os enfermeiros de toda a parte pedem um conjunto de medidas que assegure que seja dada uma atenção séria ao planeamento polivalente dos recursos humanos de saúde, bem como a um rácio adequado de dotações enfermeiro-doente em todos os ambientes de cuidados de saúde.

Não há dúvida. O número de profissionais de saúde faz a diferença. “A evidência verifica-se pelo seguinte: é essencial um fornecimento adequado em enfermagem para os resultados de saúde das nações. As dotações melhoradas em enfermagem

---

<sup>1</sup> Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J & Silber J (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction, *JAMA*. 288: 1987-1993



(tanto nas quantidades como na combinação de competências) estão associadas com taxas de mortalidade mais baixas para os doentes internados e estadias mais curtas no hospital – salvando vidas e poupando dinheiro”, declarou Hiroko Minami, Presidente do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN). “As dotações seguras levam a menores incidências de erros de medicação, infecções do tracto urinário pós-intervenção, hemorragias do tracto gastrointestinal superior, quedas, pneumonia e choque. A falta global de enfermeiros sentida hoje em dia ameaça claramente o atingir dos Objectivos de Desenvolvimento para o Milénio”.

Os rácios doente-enfermeiro elevados não só têm um impacto negativo nos resultados dos doentes como afectam também os enfermeiros, que estão em maior risco de exaustão emocional, *stress*, insatisfação profissional e *burnout*. Os enfermeiros que trabalham continuamente em horas extraordinárias ou sem apoios adequados estão sujeitos a um maior absentismo e a pior saúde, enfraquecendo assim as respostas dos sistemas de saúde às necessidades de saúde da comunidade.

Os ambientes de cuidados de saúde variam em todo o mundo, mas a necessidade de dotações adequadas é partilhada. Esta necessidade vai para além do mínimo requerido para os cuidados sub-padrão potenciais. Os enfermeiros, as suas associações de enfermagem e as partes interessadas no sector da saúde estão a ser desafiados para determinarem níveis de dotações seguras no contexto das necessidades dos doentes, recolher dados clínicos e relativos à força de trabalho relevantes, divulgar e demonstrar a importância das dotações seguras, formar alianças para apoiar medidas para as dotações seguras, efectuar estudos de avaliação de impacto e preparar um plano de comunicações que influencie eficazmente a tomada de decisão. Para ajudar os enfermeiros, os administradores hospitalares, o governo e o público em geral a compreender este assunto complexo e crítico, o ICN preparou um conjunto de instrumentos sobre as dotações seguras, *Dotações seguras salvam vidas*, que está disponível no sítio na *Web* do ICN, [www.icn.ch](http://www.icn.ch).

## **Nota do editor**

O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) é uma federação de 129 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.

**Para mais informações, contacte Linda CarrierWalker**

**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)**



## Sabia que? Factos sobre as dotações seguras

- As dotações seguras significam está disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidado dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos.
- Nos EUA, 98.000 pessoas morrem a cada ano devido a erros médicos que ocorrem nos hospitais (número superior ao das mortes devidas a acidentes rodoviários, cancro da mama ou SIDA) sendo as dotações inseguras e as cargas laborais pesadas os principais factores que para tal contribuem.
- Uma combinação de competências mais rica em enfermeiros (no original: *registered nurse, RN*) leva a morbilidade e mortalidade dos doentes mais reduzidas, incidências reduzidas de eventos adversos, duração mais curta da estadia no hospital e satisfação dos doentes mais elevada. Os enfermeiros nestes ambientes de trabalho registam uma maior satisfação profissional, menos *stress* e menos casos de *burnout*. O absentismo e as taxas de rotação são reduzidas, tendo assim um impacto positivo sobre a continuidade e a qualidade dos cuidados.
- Numa unidade prestadora de cuidados a doentes com SIDA, a adição de um enfermeiro por dia-doente esteve associado a uma diminuição de 50% na mortalidade aos 30 dias.
- A investigação verificou que um menor número de enfermeiros durante a noite estava associado a um risco aumentado de complicações pulmonares específicas no pós-operatório, maiores taxas de quedas e níveis mais baixos de satisfação dos doentes relativamente ao tratamento da dor.
- Numa unidade de cirurgia, os investigadores verificaram que cada doente adicional por enfermeiro com uma carga de quatro

doentes estava associado a um aumento de 7% na probabilidade de morte no intervalo de 30 dias após a admissão e um aumento de 7% na probabilidade de insucesso no salvamento.

- Uma análise transversal dos doentes médico-cirúrgicos verificou uma proporção mais elevada de horas de cuidados por enfermeiros por dia e um número mais elevado de horas de cuidados por enfermeiros por dia estiveram associados a: estadias mais curtas; taxas mais baixas de infecções do tracto urinário; hemorragias do tracto gastrointestinal superior; pneumonia; choque a paragem cardíaca; e casos reduzidos de insucesso no salvamento.
- As dotações seguras são eficazes em termos de custos para os indivíduos, os sistemas de saúde e a sociedade. As organizações com um número adequado de enfermeiros e médicos estão a utilizar a dimensão do seu pessoal para aumentar o seu factor competitivo relativamente a outros hospitais.
- Em períodos críticos de carência de enfermeiros, as dotações seguras constituem um incentivo poderoso para os enfermeiros permanecerem ou regressarem à prática activa, sendo portanto uma estratégia eficaz de recrutamento e retenção.
- A responsabilidade aumenta num contexto clínico no qual haja infra-estruturas e dotações inadequadas.
- Os conjuntos de medidas relativos aos recursos humanos na saúde são essenciais para orientar as decisões relativas às dotações de enfermeiros.

## Princípios da Associação Americana de Enfermagem para as dotações seguras

### Matriz para a tomada de decisão relativa às dotações

Itens	Elementos/Definições
Doentes	Características dos doentes e número de doentes aos quais estão a ser prestados cuidados.
Intensidade da unidade e dos cuidados	Intensidade individual dos doentes; intensidade através da unidade (tendo em consideração a heterogeneidade dos ambientes); variabilidade dos cuidados; admissões, altas e transferências; volume.
Contexto	Arquitectura (dispersão geográfica dos doentes, dimensão e disposição das quartos individuais dos doentes, arranjo de todas as unidades de cuidados aos doentes e assim por diante); tecnologia ( <i>beepers</i> , telemóveis, telefones, computadores); mesma unidade ou agregado de doentes.
Especialização	Curva de aprendizagem para indivíduos e grupos de enfermeiros; consistência, continuidade e coesão do pessoal; formação cruzada; controlo da prática; envolvimento em actividades para a melhoria da qualidade; expectativa profissional; preparação e experiência.

### Princípios para as dotações de enfermeiros

Os nove princípios abaixo foram identificados por um painel de peritos sobre as dotações de pessoal em enfermagem e adoptados pelo Conselho de Direcção da ANA a 24 de Novembro de 1998:

#### Relacionados com a unidade de cuidados aos doentes

1. Os níveis adequados de dotações para uma unidade de cuidados aos doentes reflectem a análise das necessidades individuais e conjuntas dos doentes.

2. Existe uma necessidade crítica de retirar ou questionar seriamente a utilidade do conceito de horas de enfermagem por dia-doente.
3. Na determinação dos níveis de dotações, têm também de ser consideradas as funções de unidade necessárias para apoiar a prestação de cuidados de qualidade aos doentes.

### **Relacionados com o pessoal**

4. As necessidades específicas de diversas populações de doentes deverão determinar as competências clínicas apropriadas requeridas do enfermeiro que exerce a sua prática nessa área.
5. Os enfermeiros devem ter apoio de gestão de enfermagem, bem como uma representação tanto aos níveis operacional como executivo.
6. O apoio clínico por parte de enfermeiros com experiência deverá encontrar-se facilmente à disposição dos enfermeiros menos versados.

### **Relacionados com a instituição/organização**

7. A política da organização deverá reflectir um clima na organização que valorize os enfermeiros e os restantes empregados como valores estratégicos e mostrem um verdadeiro compromisso no preenchimento de cargos orçamentados de forma oportuna.
8. Todas as instituições deverão ter competências documentadas para o enfermeiros, incluindo enfermeiros de agências, suplementares ou viajantes, para as actividades que tiverem sido autorizados a efectuar.
9. As políticas da organização deverão reconhecer a miríade de necessidades tanto dos doentes como do enfermeiros.

## **Seleção e aplicação de métodos para a estimativa da dimensão e combinação das equipas de enfermagem**

*Adaptado de Summary: Systematic review of the literature commissioned by the Department of Health, April 2002, by Dr Keith Hurst, Senior Lecturer, Nuffield Institute for Health, Leeds University.*

### **Introdução**

Os objectivos deste relatório consistem em ajudá-lo a compreender o mundo complexo e incerto do planeamento da força de trabalho de enfermagem e a tomar melhores decisões relativamente a quantidades e combinações de enfermeiros eficazes em termos de custos. Para tal, são analisados e descritos cinco métodos frequentemente utilizados para o planeamento da força de trabalho.

Foi efectuado um esforço considerável para explicar os pontos fortes e pontos fracos destes cinco sistemas de planeamento da força de trabalho de enfermagem aqui descritos brevemente:

1. Abordagem do juízo profissional.
2. Método do número de enfermeiros por cama ocupada.
3. Método da qualidade-acuidade.
4. Abordagens de tarefas/actividades cronometradas.
5. Sistemas baseados na regressão.

As explicações e os exercícios para os cinco métodos frequentemente utilizados para estimar ou avaliar a dimensão e combinação das suas equipas de enfermagem vão de simples a complexos. Os passos exactos requeridos para calcular a dimensão e combinação das equipas de enfermagem utilizando cada um dos métodos podem ser encontrados no relatório completo efectuado pelo Dr. Hurst. Consulte o endereço do sítio na *Web* no final deste resumo.



## Método do juízo profissional

Esta técnica ajudá-lo-á simplesmente a converter as suas rotas de serviço em equivalentes de tempo inteiro (ETIs; no original: *Whole Time Equivalents, WTE*). Este método, tal como demonstrado pelo algoritmo abaixo, é simples de utilizar e é um excelente ponto de partida antes de abordar os métodos mais sofisticados que vêm a seguir. Verá que este método é inestimável para ajustar rapidamente a distribuição dos enfermeiros após alterações nas políticas ou práticas, tais como emendas aos tempos de transição entre turnos ou aos tempos de intervalo. No seguinte exemplo de uma ala de cirurgia com 15 camas, é tomada uma decisão para fazer uma escala de serviço com três enfermeiros para os turnos da manhã e da tarde, e dois enfermeiros para o turno da noite. São incluídos tempos de transição entre turnos de 30 minutos na passagem do turno da manhã para o turno da tarde, e de 15 minutos na passagem do turno da tarde para o da noite, dado que tal faz parte do padrão habitual de trabalho. Poderá substituir os tempos locais e as suas quantidades preferidas de pessoal para diferentes contextos.

### Tabela 1: Escala de sete dias para uma ala Fórmula de dotações segundo o Juízo Profissional

➤ **Passo 1.** Calcule o número de horas de trabalho necessárias:

Turno da manhã: 07h00 às 14h30	= 7,5 h x 3 enfermeiros x 7 dias	157,5 h
Turno da tarde: 14h00 às 21h30	= 7,5 h x 3 enfermeiros x 7 dias	157,5 h
Turno da noite: 21h15 às 07h15	= 10 h x 2 enfermeiros x 7 dias	140 h
Total	=	455 h

No entanto, este número de horas parte do princípio de que os enfermeiros nunca estão doentes nem têm férias, etc. Portanto, é necessário um ajuste de “tempo de folga” para cobrir as ausências de todos os tipos. A tolerância de 22% utilizada na fórmula abaixo foi obtida a partir de um estudo de “tempo de folga” efectuado em mais de 300 alas no Reino Unido. No entanto, se o desejar, poderá substituir esse valor por um valor local (que poderá obter junto do seu departamento de pessoal).

➤ **Passo 2.** Adicionar a tolerância do tempo de folga.

455 h x 1,22 (tempo de folga)	= 555,1h/37,5h (1 ETI)	= 14,8 ETI
-------------------------------	------------------------	------------

Um padrão de dotações com três enfermeiros de manhã, três enfermeiros para a tarde e dois enfermeiros para a noite requer quase 15 enfermeiros a tempo inteiro para esta pequena ala de cirurgia.

### **Pontos fortes**

- utilização rápida, simples e não dispendiosa;
- pode ser aplicado a qualquer especialidade, independentemente do número de horas de funcionamento do serviço por dia;
- os resultados são fáceis de actualizar;
- são necessários poucos ajustes para outros grupos de cuidados;
- Os efeitos do ajuste das dotações de enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados podem ser medidos através de um ou mais inquéritos de qualidade de enfermagem e de satisfação profissional dos enfermeiros.

Este método funciona como uma excelente rampa de lançamento para métodos mais sofisticados e é frequentemente utilizado para verificar os resultados de outros métodos, numa espécie de abordagem cuidadosa à gestão do funcionamento. Ao obter resultados semelhantes com dois ou mais métodos (naquilo que é conhecido como triangulação) terá uma maior confiança relativamente às suas decisões.

### **Pontos fracos**

- as relações entre os níveis de dotações e a qualidade da enfermagem é difícil de explicar (ou seja, como saber se 25,5 ETI enfermeiros será suficiente para manter um padrão de cuidados aceitável, ou para assegurar cargas laborais

equitativas, satisfação profissional e, por conseguinte, o desejo de permanecer no cargo?);

- menos flexível quando a quantidade de doentes e sobretudo quando a combinação do grau de dependência dos doentes se alteram (ou seja, a ala ficará frequentemente com pessoal a mais ou a menos);
- Demasiado subjectivo (ou seja, deverão ser os próprios profissionais a determinarem os seus níveis de dotações sem uma verificação independente?);
- os cálculos tornam-se algo estranhos quando se trabalha em turnos pouco habituais, tais como em turnos alargados. No entanto, as folhas de cálculo em computador facilitam a tarefa.

### **Método do número de enfermeiros por cama ocupada.**

O número médio de enfermeiros por cama ocupada (EPCO; no original: *Nurses per Occupied Bed, NPOB*) é um outro método simples e popular para determinar ou avaliar a quantidade e combinação de pessoal na ala.

### **Pontos fortes**

- pode também ser utilizado para verificar os resultados obtidos com o método do juízo profissional;
- é útil sobretudo quando o seu complemento de camas na ala se altera e tem necessidade de modificar a distribuição dos enfermeiros;
- é honrado o método de manter um sistema simples de planeamento das exigências da força de trabalho;
- as fórmulas para as principais especialidades são únicas porque são derivadas de dados recolhidos em alas da mesma especialidade;
- facilita a determinação das distribuições e a geração do grau de combinação das alas, dado que as fórmulas são separadas por grau de enfermagem;

- os dados são facilmente incorporados numa folha de cálculo computadorizada.

### **Pontos fracos**

- parte do princípio de que as dotações de base foram determinadas de forma racional;
- não garante que as médias de outras fontes provenham de alas que prestem um padrão de cuidados aceitável;
- é insensível às alterações no grau de dependência dos doentes (ou seja, as fórmulas recomendam o mesmo número de enfermeiros para populações de doentes internados que tenham um grau de dependência quer baixo quer elevado;
- as fórmulas são de actualização dispendiosa;
- os dados recolhidos de forma rotineira, tais como a ocupação das camas utilizada nas fórmulas de dotações estão mais sujeitos a erros do que os dados recolhidos de forma deliberada e sistemática, já que neste caso os dados empíricos são geralmente confirmados de alguma forma;
- contém estruturas e processos ocultos, que precisam de ser tornados explícitos;
- os dados poderão ser provenientes de alas geograficamente distintas das suas;
- insensível à consideração das contribuições dos enfermeiros em formação ou, em alternativa, naquilo que exigem do tempo do pessoal qualificado.

### **Método da qualidade-acuidade.**

Um terceiro método de estimar ou avaliar a dimensão ou combinação de equipas de enfermagem nas alas é o método da dependência-actividade-qualidade. Este método de determinação das dotações ultrapassa muitos dos pontos fracos destacados para os métodos do juízo profissional e de EPCO. É útil para alas nas quais a quantidade e combinação de doentes flutuam. Por esse

motivo, os gestores das unidades de admissão médica e cirúrgica acham este método inestimável. As fórmulas não só são sensíveis à quantidade e à combinação de doentes internados como têm também um patamar abaixo do qual os padrões de cuidados de enfermagem não deverão descer. As fórmulas são, por conseguinte, mais complexas de elaborar e aplicar. A análise requer geralmente a utilização de folhas de cálculo em computador, sobretudo quando se colocam questões do tipo “e se?”, tais como o que fazer na caso de a ala ter um influxo súbito de doentes com um elevado grau de dependência.

### **Pontos fortes**

- a alteração das variáveis da ala, sobretudo no que respeita à quantidade e grau de dependência dos doentes, é facilmente acomodada pelo algoritmo da acuidade-qualidade;
- pode inverter o método da acuidade-qualidade e ajustar a ocupação e combinação do grau de dependência dos doentes de forma a que sejam adequados aos recursos de enfermagem disponíveis;
- assim que um computador estiver configurado, é possível calcular a quantidade de pessoal para turnos individuais;
- os marcos na enfermagem e os indicadores de desempenho (tais como o custo em enfermeiros por cama ocupada) são um produto secundário natural do método de acuidade-qualidade.

### **Pontos fracos**

- o método da acuidade-qualidade é complexo;
- têm de ser aceites os minutos de cuidado directo para cada categoria de dependência a menos que possam ser obtidos valores locais para a actividade de enfermagem;
- o sentido de propriedade que é originado pela utilização de informações locais poderá perder-se quando se utilizam dados externos;

- colapsar o número de doentes e os dados de actividade de enfermagem relacionados em grupos de dependência ignora as características individuais dos doentes;
- a actividade de enfermagem, utilizada para obter a quantidade de tempo de enfermagem requerida, por vezes falha em medir a componente psicológica do cuidado dos doentes. No entanto, a maior parte dos métodos alternativos são ainda menos sensíveis a estas questões;
- nalgumas situações, pode recomendar uma distribuição insuficiente dos enfermeiros de forma a fornecer pelo menos um enfermeiro qualificado por turno, dado que a fórmula se baseia tanto na carga laboral como na taxa de ocupação;
- as populações com menos de 12 doentes (sobretudo se forem doentes com um grau de dependência baixo) criam o problema da chamada "ala pequena";
- aumenta a carga laboral dos enfermeiros das alas, já que são requeridas informações adicionais sobre os doentes;
- a obtenção de dados actualizados pode ser dispendiosa, p. ex. a obtenção de dados representativos da actividade de enfermagem e da qualidade da enfermagem requerem que dois observadores dos enfermeiros, independentes e não-participativos, passem vários dias na ala;
- as configurações com combinação de graus poderão não ser adequadas ao contexto da sua ala, p. ex. poderá não estar de acordo com a política local empregar assistentes de cuidados de saúde de nível 3 ou 4. A reconfiguração da combinação de graus de acordo com a política local e o ajuste do algoritmo de acuidade-qualidade ao mesmo tempo requer um trabalho de campo e competências consideráveis;
- presta-se menos bem à previsão da quantidade de pessoal do que alguns dos métodos seguintes.

## **Método das tarefas/actividades cronometradas**

Este método de estimativa ou avaliação da dimensão e combinação das equipas de enfermagem surgiu sobretudo da crença de que os métodos de acuidade-qualidade para as dotações, por exemplo, eram inferiores aos previsores de dotações. Considera-se que o tipo e frequência das intervenções de enfermagem requeridas pelos doentes constituem um melhor predictor do que a dependência dos doentes. Se os enfermeiros se sentirem confortáveis com a elaboração de planos de cuidados dos doentes, então o método das tarefas/actividades cronometradas requer apenas que sejam adicionados minutos para cada intervenção ao plano, dando assim origem ao número de horas de enfermagem necessárias. Este método será adequado a alas nas quais os planos sejam elaborados de forma sistemática, bem como para alas nas quais as necessidades de enfermagem dos doentes possam ser previstas com confiança; nomeadamente aquelas que admitem doentes a partir de listas de espera.

Na prática, as necessidades diárias de cuidados directos de enfermagem de cada doente são registadas quer manualmente quer electronicamente numa lista de verificação desenvolvida localmente para as intervenções de enfermagem. O número de intervenções de enfermagem por onde escolher varia de sistema para sistema. Dado que cada intervenção está associada a um tempo localmente acordado para ser completada, o plano de cuidados dos doentes e a necessidade de tempo de enfermagem são elaborados de forma sistemática. O valor associado a cada intervenção é geralmente a quantidade de tempo necessária para prestar esse cuidado a um doente ao longo de um período de 24 horas. Tal como acontece com o método da acuidade-qualidade, é necessário acrescentar um “extra” por ala para servir os cuidados indirectos e outros aspectos do tempo dos enfermeiros. Da mesma forma, têm de ser considerados os intervalos e o tempo de folga e, idealmente, o método deveria ser computadorizado.

### **Pontos fortes**

- gera resultados que podem ser facilmente corroborados por outros métodos;

- é facilmente computadorizado, de tal forma que o método se torna parte do sistema de informação em enfermagem;
- é possível adoptar o sistema noutro ambiente de cuidados sem destruir a sua integridade.

### **Pontos fracos**

- é o mais dispendioso de todos os métodos descritos;
- moroso;
- a redução dos cuidados de enfermagem a uma lista do tipo estudo de trabalho horroriza alguns enfermeiros.

### **Método da análise de regressão**

Em termos gerais, os métodos de regressão prevêem o número necessário de enfermeiros para um dado nível de actividade. O previsor é chamado a *variável independente* e o resultado ou nível de pessoal é conhecido como a *variável dependente*. Ainda que a análise estatística constitua um desafio, uma vez completada, só é necessário conhecer o valor da variável independente para poder prever a quantidade de pessoal (variável dependente). Por exemplo, um estudo desenvolveu um modelo de dotações de enfermeiros a partir de uma análise das distribuições de enfermeiros nas alas e da ocupação das camas. A análise de regressão mostrou que o número de enfermeiros (variável dependente) aumentava à medida que a taxa de ocupação das camas (variável independente) subia, permitindo assim fazer estimativas das dotações. Outras variáveis independentes na literatura incluem o número de sessões por dia no bloco operatório e o número de casos de cirurgia ambulatória. Em resumo, assim que os dados de base estejam recolhidos, os cálculos são tão directos como no método de EPCO.

### **Pontos fortes**

- útil em situações nas quais sejam possíveis previsões, tal como no número de admissões planeadas;
- ajuda os gestores a prever e preparar exigências adicionais;



- tende a ser o método menos dispendioso, porque os dados são mais fáceis de recolher e podem ser agregados a partir de alas semelhantes;
- particularmente útil aos gestores com recursos limitados, e que não têm meios para efectuar estudos completos de dependência-actividade-qualidade ou de tarefas/actividades cronometradas;
- os resultados tendem a ser corroborados por evidências independentes;
- as fórmulas das dotações são consideradas válidas e também mais utilizáveis do que os métodos pormenorizados e dispendiosos da acuidade qualidade e das tarefas/actividades cronometradas;
- fácil de utilizar  $\square$  as recomendações das dotações são relativamente fáceis de testar no que respeita à exactidão, verificando até que ponto o tempo de enfermagem é bem utilizado na sequência da decretação das recomendações de dotações retiradas de modelos de regressão.

### **Pontos fracos**

- necessita dos conhecimentos e competências de um especialista em estatística para o ajudar a conceber e implementar o trabalho de campo que recolha os dados mais apropriados para a análise de regressão;
- a transferência das fórmulas de dotações derivadas a partir de coeficientes de regressão de um ambiente para outro não é encorajada devido à existência de variáveis únicas (tais como a disposição da ala). No entanto, os testes de validade e fiabilidade ajudam a verificar se essa transplantação será segura;
- algumas variáveis independentes são qualitativas, ao passo que outras são consideradas subjectivas, tais como as percepções do gestor da ala relativamente às dotações ideais;

- por vezes, os dados nominais têm de ser atribuídos a variáveis, mas este modelo é geralmente baseado em dados de intervalos ou de rácios;
- parte-se do princípio de que as alas que fornecem os dados para a análise de regressão funcionam de forma eficiente e eficaz, ou seja, que as alas que fornecem os dados de distribuição dos enfermeiros e da taxa de ocupação das camas sofreram alterações nas dotações segundo a exigência dos doentes;
- a inclusão de dados de alas com excesso de absentismo ou fraca qualidade de cuidados pode distorcer e invalidar os resultados;
- não é seguro prever os níveis de dotações fora da gama de observações do modelo de regressão, ou seja, se os seus dados são provenientes de alas com não mais de 25 camas, então a extrapolação para alas com p. ex. 30 camas ocupadas pode levar a erros, porque não podemos ter a certeza de que existam relações lineares entre as variáveis dependentes e independentes para além das 25 camas;
- a imposição de técnicas estatísticas de regressão excluiu alguns enfermeiros devido a falta de compreensão e de sentido de propriedade.

### **Para mais informações:**

O relatório completo efectuado pelo Dr. Hurst está disponível em linha, em:

[http://www.nuffield.leeds.ac.uk/downloads/nursing\\_teams\\_summary\\_published.pdf](http://www.nuffield.leeds.ac.uk/downloads/nursing_teams_summary_published.pdf)



## **Segurança, higiene e saúde no trabalho para os enfermeiros**

### **Posição do ICN:**

O ICN deplora a falta de legislação nacional de segurança, higiene e saúde no trabalho 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 insuficientes recursos atribuídos para assegurar serviços de segurança, higiene e saúde e para a inspecção no trabalho.

O ICN promove o desenvolvimento e aplicação de instrumentos ou medidas internacionais que salvaguardem o direito dos enfermeiros a um ambiente de trabalho seguro, incluindo a formação contínua, a imunização e o vestuário/equipamento de protecção. O ICN volta a confirmar o seu mandato para encorajar a investigação nesta área e para fazer circular regularmente informações relevantes pelas associações-membro.

O ICN apoia fortemente as diversas Convenções da Organização Internacional do Trabalho relacionadas com a segurança, higiene e saúde 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 segurança, higiene e saúde no trabalho. Tal poderá ser efectuado exercendo pressão e tomando acções individuais e/ou colectivas.

- Iniciar e/ou apoiar a investigação nos seus países relativamente à segurança e adequabilidade do ambiente de trabalho dos enfermeiros, bem como relativamente a comportamentos, atitudes, procedimentos e actividades de risco.

- Sensibilizar o enfermeiros, entidades empregadoras e o público para os riscos ocupacionais no sector da saúde, incluindo a violência ou a agressão.
- Aumentar a consciencialização dos enfermeiros relativamente ao seu direito (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 as entidades empregadoras a adoptarem e implementarem todas as medidas necessárias para salvaguardar a segurança e o bem-estar dos enfermeiros em risco no decurso do seu trabalho, incluindo a vacinação, quando apropriada.
- Apelar aos governos / entidades empregadoras que assegurem o acesso do enfermeiros 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 segurança, higiene e saúde no local de trabalho.
- Cooperar com as autoridades competentes no sentido de assegurar a exactidão da Lista do Doenças Ocupacionais e avaliar periodicamente a sua relevância para o enfermeiros.
- Apoiar as reivindicações dos enfermeiros relativamente a compensações por doenças e/ou danos ocupacionais.
- Obter e divulgar informações relativas à incidência de acidentes relacionados com o trabalho, 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 medidas de

segurança, higiene e saúde no trabalho e de planos de tratamento.

- Apoiar os enfermeiros a não se sentirem intimidados no seu papel de advocacia pelos doentes.
- Pedir sistemas adequados de monitorização a todos os níveis, que assegurem a implementação apropriada das medidas.
- Divulgar informações sobre a introdução de novos riscos no local de trabalho.
- Divulgar informações de não cumprimento por parte das entidades empregadoras relativamente à legislação de segurança, higiene e saúde no trabalho, incluindo mecanismos de relato dessas violações.

### **Enquadramento:**

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

O ICN apoia o papel em expansão do enfermeiro especializado em segurança, higiene e saúde no trabalho em ir de encontro às necessidades primárias de cuidados de saúde dos trabalhadores e exige uma remuneração justa e estruturas de carreira adequadas, que apoiem o desenvolvimento profissional.

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.
- A perturbação dos padrões da vida do dia-a-dia, associada ao trabalho por turnos.
- As 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 inadequada (engenharia e concepção de equipamento, materiais e instalações relacionados com a medicina).
- Distribuição inadequada de recursos, p. ex. humanos, financeiros.
- Isolamento.

Os cuidados dos doentes beneficiam de um ambiente de trabalho seguro para o pessoal de saúde. O ICN assinala que a maior parte dos governos não tem não tem sucesso na recolha de informações exactas e actualizadas sobre a incidência de acidentes, lesões e doenças no enfermeiros, como base para uma formulação razoável de medidas. A falta de dados relevantes é um assunto de grande preocupação.

Em certos países, não existe legislação de segurança, higiene e saúde no trabalho. Noutros, os meios para monitorizar a respectiva implementação e a maquinaria para disciplinar as entidades empregadoras que cometem ofensas é ineficaz ou não existente. No entanto, outros países adoptaram legislação que exclui os hospitais e outras agências de saúde.

*A Convenção 149 da Organização Internacional do Trabalho relativamente ao Emprego e Condições de Vida e de Trabalho do*

*Enfermeiros*<sup>1</sup> pede aos estados-membro que “melhorem as leis e regulamentações existentes sobre a segurança, higiene e saúde no trabalho, 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 segurança, higiene e saúde dos enfermeiros no local de trabalho.

### **Adoptado em 1987**

### **Revisto e actualizado em 2000**

<p><b>Posições relacionadas do ICN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Redução dos riscos de saúde relacionados com o ambiente e o estilo de vida</li><li>• Os enfermeiros e o ambiente natural</li><li>• O tabagismo e a saúde</li></ul>	
--	--

---

<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.





## **S**egurança 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 infeções, 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 dirigidos 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 na 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"
- Regulamentação da enfermagem
- Âmbito da prática de enfermagem
- Enfermeiros de assistência ou apoio

#### **Publicações do ICN:**

- Patient Safety, WHPA, Fact Sheet (2001).

<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.

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.

## Exemplos de rácios enfermeiro-doente

### *Rácios doente-enfermeiro do Estado da Califórnia (EUA)*

Cuidados críticos/intensivos	1:2
Cuidados intensivos neonatais	1:2
Sala de operações	1:1
Recobro pós-anestesia	1:1
Trabalho de parto e nascimento	1:2
Pré-parto	1:4
Pós-parto mães+recém-nascidos	1:4
Pós-parto apenas mulheres	1:6
Pediatria	1:4
Sala de urgências	1:4
Doente de UCI na sala de urgências	1:2
Doente traumatizado na sala de urgências	1:1
Serviço de Cuidados Intermédio inicial	1:4
Serviço de Cuidados Intermédio em 2008	1:3
Telemetria Inicial	1:5
Telemetria em 2008	1:4
Médico-cirúrgico inicial	1:6
Médico cirúrgico em 2005	1:5
Outras especialidades de cuidados inicial	1:5
Outras especialidades de cuidados em 2008	1:4
Psiquiatria	1:6







Fonte: California Nurses Association. (n.d). *Ratio basics*. Acedido a 2 de Novembro de 2005, a partir de <http://www.calnurse.org/files.calnurse.org/assets/finratrn7103.pdf>

## **Rácios enfermeiro-doente em Victoria, Austrália**

<b>Tipo de unidade</b>	<b>Categoria de hospital</b>	<b>Turno a.m.</b>	<b>Turno p.m.</b>
<b>Ala geral médico-cirúrgica</b>	Nível 1	1:4 + responsável	1:4 + responsável
	Nível 3	1:5 + responsável	1:6 + responsável
<b>Pré/Pós-natal</b>	Todos os níveis	1:5 + responsável	1:6 + responsável
<b>Sala de operações</b>	3 enfermeiros por sala (1 enfermeiro circulante, 1 enfermeiro instrumentista e 1 enfermeiro de anestesia). Este valor poderá aumentar ou diminuir dependendo de factores pré-determinados.		
<b>Unidade de cuidados pós-anestesia / Sala de recobro</b>	Todos os turnos 1:1 para doentes inconscientes		

*Fonte:* Canadian Federation of Nurses Union. (2005). *Enhancement of patient safety through formal nursepatient ratios: A discussion paper*. Acedido a 2 de Novembro de 2005, a partir de <http://www.nursesunions.ca/en/Docs/20051003Nurse-PatientRatioEN.pdf>

## Exemplo de apresentação em PowerPoint

 <h2 style="text-align: center;">Dotações Seguras Salvam Vidas</h2> <p style="text-align: center;">Dia Internacional do Enfermeiro 12 de Maio de 2006</p> <p style="text-align: center;"><small>© Pelé progressão de enfermagem e de saúde ao todo o mundo - weickauf</small></p>	 <h3>O que são as dotações seguras?</h3> <p>As dotações seguras significam que está disponível, a todas as alturas, uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competências, no sentido de assegurar a ida ao encontro das necessidades de cuidados dos doentes e a manutenção de condições de trabalho isentas de riscos.</p> <p style="text-align: center;"><small>© Pelé progressão de enfermagem e de saúde ao todo o mundo - weickauf</small></p>
 <h3>Segurança dos doentes</h3> <p>Os doentes correm o risco de estarem sujeitos a eventos adversos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erros na medicação</li> <li>• Quedas</li> <li>• Complicações pós-intervenção</li> <li>• Incidência de "insucessos no tratamento"</li> </ul> <p>Canadá: 185 000 admissões hospitalares por ano associadas a eventos adversos.</p> <p>EUA: 98 000 pessoas por ano morrem devido a erros médicos.</p> <p style="text-align: center;"><small>© Pelé progressão de enfermagem e de saúde ao todo o mundo - weickauf</small></p>	 <h3>Dotações seguras</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurança dos doentes             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhores resultados de saúde</li> <li>• Continuidade dos cuidados</li> <li>• Diminuição da duração da estadia no hospital</li> <li>• Diminuição dos custos</li> </ul> </li> <li>• Segurança dos enfermeiros             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargas laborais suportáveis</li> <li>• Menos stress</li> <li>• Maior satisfação profissional</li> <li>• Menores níveis de absentismo, rotatividade do pessoal e burnout</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><small>© Pelé progressão de enfermagem e de saúde ao todo o mundo - weickauf</small></p>
 <h3>Considerações financeiras</h3> <p>O principal motivo pelo qual os hospitais nos EUA não atingem níveis óptimos de dotações de pessoal de enfermagem consiste no facto de os enfermeiros não serem pagos de acordo com a qualidade dos cuidados que prestam. (Spetz 2005)</p> <p>No entanto, o absentismo, a rápida rotação do pessoal e as taxas mais elevadas de morbilidade e mortalidade dos doentes são também factores de custos significativos.</p> <p style="text-align: center;"><small>© Pelé progressão de enfermagem e de saúde ao todo o mundo - weickauf</small></p>	 <h3>Evidências</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificou-se, para 68 000 doentes com enfarte agudo do miocárdio, que o número de horas por dia-doente estava inversamente relacionado com a mortalidade. (Schutz, van Servellen et al. 1998)</li> <li>• No caso dos doentes com SIDA, um enfermeiro adicional por dia-doente esteve associado a uma diminuição de 50% na mortalidade aos 30 dias. (Aiken, Sloane et al. 1999)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><small>© Pelé progressão de enfermagem e de saúde ao todo o mundo - weickauf</small></p>





## Evidências

- Cada doente adicional por enfermeiro com uma carga de 4 doentes submetidos a cirurgia
  - aumento de 7% na probabilidade de morte no intervalo de 7 dias após a admissão
  - aumento de 7% na probabilidade de insucesso no salvamento. (Aiken, Clarke et al. 2002)
- Uma maior proporção de horas e um número mais elevado de cuidados dia por enfermeiros diplomados
  - taxas mais baixas de infeções do tracto urinário, hemorragias do tracto gastrointestinal superior, pneumonia, choque e paragem cardíaca. (Needleman et al. 2002)

© Pelé progressos de enfermagem e a saúde do futuro de hoje e amanhã - weickauf



## A saúde dos enfermeiros

- Um estudo efectuado no Reino Unido verificou que os rácios doente-enfermeiro elevados estavam associados a um risco aumentado de exaustão emocional e de insatisfação com o emprego actual. (Sheward, Hurt et al. 2005)
- Os enfermeiros que fazem continuamente horas extraordinárias ou trabalham sem apoios adequados estão mais sujeitos a um maior absentismo e a pior saúde. (Sheward, Hurt et al. 2005)

© Pelé progressos de enfermagem e a saúde do futuro de hoje e amanhã - weickauf



## Combinação de competências

- É importante estabelecer as competências e o âmbito da prática para os membros da equipa de cuidados de saúde, bem como determinar a sua combinação eficaz.
- Os erros na formação das equipas de enfermagem podem levar a erros clínicos, que poderão ter resultados adversos para o doente e a organização.

© Pelé progressos de enfermagem e a saúde do futuro de hoje e amanhã - weickauf



## Combinação de competências

- É importante estabelecer as competências e o âmbito da prática para os membros da equipa de cuidados de saúde, bem como determinar a sua combinação eficaz.
- Os erros na formação das equipas de enfermagem podem levar a erros clínicos, que poderão ter resultados adversos para o doente e a organização.

© Pelé progressos de enfermagem e a saúde do futuro de hoje e amanhã - weickauf



## O papel da concorrência

- Nos EUA, os hospitais com um número adequado de enfermeiros e médicos estão a aumentar a dimensão do seu pessoal, de forma a aumentarem a sua vantagem competitiva relativamente a outros hospitais.

© Pelé progressos de enfermagem e a saúde do futuro de hoje e amanhã - weickauf



## Políticas de resposta às faltas de pessoal de enfermagem

- Aumentar o novo fornecimento, incentivar as inscrições nos cursos de enfermagem;
- Melhorar a retenção do pessoal actual;
- Melhorar a utilização das competências dos enfermeiros e de combinação com outro pessoal;
- Encorajar o regresso dos enfermeiros que não estejam actualmente em exercício;
- Recrutamento internacional.

© Pelé progressos de enfermagem e a saúde do futuro de hoje e amanhã - weickauf



## Migração internacional

- Os profissionais de saúde formados no estrangeiro constituem actualmente 25% das forças de trabalho médica e de enfermagem da Austrália, do Canadá e dos EUA.
- O recrutamento a partir do estrangeiro não resolve as questões originais de recrutamento/retenção que provocaram faltas de pessoal nos países de destino. (Kingma 2006)

ISS: [www.progresso.de/enfermagem](http://www.progresso.de/enfermagem) e [www.cco.ca/health/healthcare](http://www.cco.ca/health/healthcare)



## Legislação relativa às dotações seguras

A Associação Americana de Enfermagem propõe legislação relativa às dotações seguras, incluindo:

- Protecção para os enfermeiros, no caso de enfermagem que relessem situações inseguras.
- Recolha e relatório públicos de dados de qualidade sensibilizadores para os enfermeiros, e
- A necessidade de melhores instrumentos para o cálculo de níveis inapropriados de dotações e combinação de pessoal.

ISS: [www.progresso.de/enfermagem](http://www.progresso.de/enfermagem) e [www.cco.ca/health/healthcare](http://www.cco.ca/health/healthcare)



## Rácios legislados para dotações seguras

- Os rácios enfermeiro-doente legislados foram implementados na Califórnia (EUA) e em Victoria (Austrália).
- Os rácios indicam o número máximo de doentes a serem atribuídos a um enfermeiro durante um turno e variam segundo a unidade de cuidados intensivos.

ISS: [www.progresso.de/enfermagem](http://www.progresso.de/enfermagem) e [www.cco.ca/health/healthcare](http://www.cco.ca/health/healthcare)



## Rácios para as dotações seguras: prós

- Melhor qualidade dos cuidados e resultados para os doentes;
- Melhor recrutamento e retenção de enfermeiros;
- Melhoria do bem-estar dos enfermeiros;
- Aumento na capacidade de prestação de serviços ao público;
- Aumento da confiança no sistema de saúde pública.

ISS: [www.progresso.de/enfermagem](http://www.progresso.de/enfermagem) e [www.cco.ca/health/healthcare](http://www.cco.ca/health/healthcare)



## Rácios para as dotações seguras: contras

- Dependentes – poderão ter de ser substituídos;
- Poderão não reflectir exactamente as necessidades dos doentes ou a complexidade dos cuidados necessários;
- Constituem uma medida grosseira das necessidades de pessoal;
- Não têm em conta as alterações na acuidade dos doentes, disposição da unidade de enfermagem, presença ou não de cuidados por enfermeiros diplomados ou de tecnologia;
- Poderão não estar dirigidos para as questões do local de trabalho – nem sempre são relevantes a nível internacional.

ISS: [www.progresso.de/enfermagem](http://www.progresso.de/enfermagem) e [www.cco.ca/health/healthcare](http://www.cco.ca/health/healthcare)



## Juízo profissional

Acórvés de legislar relativamente a rácios de dotações seguras, há quem sugira que as organizações identifiquem a sua própria definição de dotações seguras considerando os seguintes aspectos:

- Acuidade dos doentes;
- Número de rácios; e
- Combinação de pessoal.

ISS: [www.progresso.de/enfermagem](http://www.progresso.de/enfermagem) e [www.cco.ca/health/healthcare](http://www.cco.ca/health/healthcare)



## Papel das Associações Nacionais de Enfermagem

1. **Investigação:** as ANEs podem estabelecer agências de investigação aos níveis local, nacional e internacional.
2. **Tomada de medidas:** proporcionam orientações e estratégias eficazes dirigidas à falta crítica de pessoal de enfermagem.
3. **Advocacia:** desempenham um papel crucial na advocacia pelos ambientes de trabalho saudáveis e pelas práticas de dotações seguras.

EN | [Pelo progresso da enfermagem e do cuidado ao todo o mundo](#) | [www.nursingworld.org](#)



## Papel das ANEs (cont.)

4. **Representação:** têm a responsabilidade de representar os seus membros, quer no tribunal, quer no organismo de regulamentação.
5. **Negociação:** têm um papel crítico na negociação de um fornecimento adequado de enfermeiros e de condições de trabalho que aumentem a retenção.

EN | [Pelo progresso da enfermagem e do cuidado ao todo o mundo](#) | [www.nursingworld.org](#)



## Recomendações

1. Determinar a extensão do problema.
2. Definir as dotações seguras no contexto das necessidades dos doentes.
3. Recoher dados relevantes.
4. Utilizar um instrumento de avaliação para afinar as questões.
5. Preparar um plano de comunicações para influenciar a tomada de decisão.

EN | [Pelo progresso da enfermagem e do cuidado ao todo o mundo](#) | [www.nursingworld.org](#)



## Recomendações (cont.)

6. Fornecer dados de suporte para as iniciativas relativas às dotações seguras.
7. Participar no planeamento dos recursos humanos para a saúde.
8. Apoiar estudos de avaliação de impacto.
9. Exercer pressão junto das entidades empregadoras no sentido de estas proporcionarem ambientes de trabalho saudáveis e dotações seguras.
10. Educar o público relativamente à importância dos serviços de enfermagem.
11. Trabalhar em iniciativas locais de promoção de ambientes de trabalho saudáveis para os enfermeiros.

EN | [Pelo progresso da enfermagem e do cuidado ao todo o mundo](#) | [www.nursingworld.org](#)



## Conclusão

- As dotações seguras trazem benefícios para todos:
- Doentes/público – cuidados de saúde assegurados.
  - Entidades empregadoras – menor risco e custos mais baixos.
  - Reguladores – menos casos para investigar.
  - Enfermeiros – maior satisfação na carreira e melhor crescimento profissional.

**As dotações seguras são essenciais para os cuidados seguros**  
**Dotações seguras salvam vidas**

EN | [Pelo progresso da enfermagem e do cuidado ao todo o mundo](#) | [www.nursingworld.org](#)

## Referências

- Adkison PM (2004). Safe staffing for pediatric patients. *The Alabama Nurse*, 31(1), 26.
- Aiken LH, Clarke SP & Sloane DM (2002). Hospital staffing, organization and quality of care: Crossnational findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5-13.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J & Silber JH (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of the American Nursing Association*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J & Weber AL (1999). Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care*, 37(8), 760-772.
- Amaravadi RK, Dimick JB, Pronovost PJ & Lipsett PA (2000). ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. *Intensive Care Medicine*, 26, 1857-1852.
- American Federation of Teachers (1995). *Definition of "safe staffing."* Acedido a 8 de Novembro de 2005, a partir de <http://www.aft.org/topics/healthcarestaffing/definition.htm>
- American Nurses Association (1999). *Principles for nurse staffing.* Acedido a 8 de Novembro de 2005, a partir de <http://www.nursingworld.org/readroom/stffprnc.htm>
- The ANA talks about their safe staffing and safe care campaign (2001). *Alabama Nurse*, 28(1), 20.
- Artz M (2005). Setting nurse-to-patient ratios: ANA bill calls for development of staffing systems in hospitals. *American Nurses Association*, 105(5), 97.
- Awases M, Gbary A, Nyoni J & Chatora R (2004). *Migration of health professionals in six countries: A synthesis report.*

Acedido a 8 de Julho de 2005, a partir de <http://www.afro.who.int/dsd/migration6countriesfinal.pdf>

Baker GR, Norton PG, Flintoft 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), 16781686.

Baumann A & Blythe J (2003a). Restructuring, reconsidering, reconstructing: Implications for health human resources. *International Journal of Public Administration*, 26(14), 15611579.

Baumann A & Blythe J (2003b). Nursing human resources: Human cost versus human capital in the restructured health care system. *Health Perspectives*, 3(1), 2734.

Baumann A, Deber RB, Silverman BE & Mallette CM (1998). Who cares, who cures? The ongoing debate in the provision of health care. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 10401445.

Baumann A, O'BrienPallas L, ArmstrongStassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron S 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 and The Change Foundation.

Blegen MA, Goode CJ & Reed L (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47(1), 4350.

Blegen MA & Vaughn T (1998). A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economics*, 16(4), 196203.

Bolton LB, Jones D, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Lowe M et al. (2001). A response to California's mandated nursing ratios. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 179184.

Bostick JE (2004). Relationship of nursing personnel and nursing home care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(2), 130136.

- Buchan J, Parkin T & Sochalski J (2003). *International nurse mobility: Trends and policy implications* [Electronic version]. Geneva: World Health Organization. Acedido a 16 de Julho de 2003, a partir de [http://www.icn.ch/Int\\_Nurse\\_mobility%20final.pdf](http://www.icn.ch/Int_Nurse_mobility%20final.pdf)
- California Nurses Association (n.d.). *RN staffing ratios: Can hospitals afford to provide safe staffing?* Acedido a 2 de Novembro de 2005, a partir de [http://www.calnurses.org/assets/pdf/ratios/ratios\\_benefit\\_hospts\\_0105.pdf](http://www.calnurses.org/assets/pdf/ratios/ratios_benefit_hospts_0105.pdf)
- California Nurses Association (2003). *Fact sheet on RN staffing ratio law*. Acedido a 2 de Novembro de 1005, a partir de <http://www.calnurse.org/?Action=Print&id=170>
- Canadian Federation of Nurses Union (2005). *Enhancement of patient safety through formal nursepatient ratios: A discussion paper*. Acedido a 2 de Novembro de 2005, a partir de <http://www.nursesunions.ca/en/Docs/20051003NursePatientRatioEN.pdf>
- Canadian Nurses Association (2003). *Patient safety: Developing the right staff mix. Report of think tank*. Acedido a 4 de Novembro de 2005, a partir de [http://www.cnanurses.ca/cna/documents/pdf/publications/PatientSafety\\_ThinkTank\\_e.pdf](http://www.cnanurses.ca/cna/documents/pdf/publications/PatientSafety_ThinkTank_e.pdf)
- Canadian Nurses Association (2005). Nursing staff mix: A key link to patient safety. *Nursing Now*, 19, 16.
- Cho SH, Ketefian S, Barkauskas VH & Smith DG (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 7179.
- Dimick JB, Swoboda SM, Pronovost PJ & Lipsett PA (2001). Effect of nursetopatient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. *American Journal of Critical Care*, 10(6), 376382.
- Donnellan C (2003). Safe staffing bill introduced in the Senate. *American Nurses Association*, 103(7), 29.
- Hurst K (2002). *Selecting and applying methods for estimating the size and mix of nursing teams*.

- International Council of Nurses (n.d.). *Nurse: Patient ratios*. Acedido a 16 de Dezembro de 2005, a partir de [http://www.icn.ch/matters\\_rnpratio.htm](http://www.icn.ch/matters_rnpratio.htm)
- International Council of Nurses (2000). *Position statement: Occupational health and safety for nurses*. Acedido a 9 de Dezembro de 2005, a partir de <http://www.icn.ch/pshealthsafety00.htm>
- International Council of Nurses (2004). *Workload measurement in determining staffing levels*. Geneva, Switzerland: Author.
- Kingma M (2006). *Nurses on the move: Migration and the global health care economy*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Kohn LT, Corrigan J M & Donaldson MS (Eds.) (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academy: Washington, DC.
- Kovner C (2001). The impact of staffing and the organization of work on patient outcomes and health care workers in health care organizations. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27(9), 458468.
- Kovner C & Gergen PJ (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315321.
- Lang TA, Hodge M, Olson V, Romano PS & Kravitz RL (2004). A systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 326337.
- Lankshear AJ, Sheldon TA & Maynard A (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes: A systematic review of the international research evidence. *Advances in Nursing Science*, 28(2), 163174.
- Lash AA & Munroe DJ (2005). Magnet designation: A communiqué to the profession and the public about nursing. *Medsurg Nursing*, (Suppl.), 713.

- McGillis Hall L (2005). Nurse staffing. In L. McGillis Hall (Ed.), *Quality work environments for nurse and patient safety* (pp. 937). Jones and Bartlett: Sudbury, MA.
- 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.
- North Carolina Nurses Association Commission of Standards and Professional Practice (2005). Position paper on safe staffing. *Tar Heel Nurse*, 67(1), 20.
- Oxford English Dictionary (1989). Acedido a 10 de Novembro de 2005, a partir de [http://dictionary.oed.com/cgi/entry/50132600?query\\_type=word&queryword=liability&first=1&max\\_to\\_show=10&sort\\_type=alpha&result\\_place=2&search\\_id=z4bw1atHGH-10768&hilite=50132600](http://dictionary.oed.com/cgi/entry/50132600?query_type=word&queryword=liability&first=1&max_to_show=10&sort_type=alpha&result_place=2&search_id=z4bw1atHGH-10768&hilite=50132600)
- Pan American Health Organization (2004). *Nursing and midwifery services contributing to equity, access, coverage, quality and sustainability in the health services: Mid term plan 2002 2005*. Acedido a 15 de Dezembro de 2005, a partir de <http://www.paho.org/English/AD/THS/OS/nursvcseng.pdf>
- Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weaver MT, Williams OD, et al. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12.
- Rothberg MB, Abraham I, Lindenauer PK & Rose DN (2005). Improving nurse-to-patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention. *Medical Care*, 43(8), 785-791. Safe staffing initiatives get another boost in Congress (2004). *The American Nurse*, 36(1), 1, 3.
- Sasichay-Akkadechanunt T, Scalzi CC & Jawad AF (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 33(9), 478-485.
- Schultz MA, van Servellen G, Chang BL, McNeese-Smith D & Waxenberg E (1998). The relationship of hospital structural



and financial characteristics to mortality and length of stay in acute myocardial infarction patients. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 2(3), 130136.

Sheward L, Hunt J, Hagen S, Macleod M & Ball J (2005). The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction. *Journal of Nursing Management*, 13, 5160.

Sovie MD & Jawad AF (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588600.

Spetz J (2005). Public policy and nurse staffing: What approach is best? *Journal of Nursing Administration*, 35(1), 1416.

Tourangeau AE, Giovannetti P, Tu JV & Wood M (2002). Nursing-related determinants of 30 mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 7188.

Upvall MJ & Gonsalves A (2002). Behind the mud walls: The role and practice of lady health visitors in Pakistan. *Health Care for Women International*, 23(5), 432441.

Valentine V (2005, November). Health for the masses: China's 'barefoot doctors.' *National Public Radio*. Acedido a 10 de Novembro de 2005, a partir de <http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=4990242>

Winslow R (2005, November 5). The price of a broken heart. *The Wall Street Journal*, p. A1.

World Health Organization (2002). *Nursing midwifery services: Strategic directions 20022008*. Acedido a 15 de Dezembro de 2005, a partir de [http://w3.who.org/LinkFiles/Resources\\_Anglais.pdf](http://w3.who.org/LinkFiles/Resources_Anglais.pdf)



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

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

