

**TÂNIA CORREIA**

Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Doutoranda em Ciências de Enfermagem, Mestre em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem. Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E., CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Portugal.

 tsp.correia@gmail.com

MARIA MANUELA MARTINS

Professora Coordenadora, Doutora em Ciências de Enfermagem. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Portugal.

ELAINE FORTE

Professora Doutora, Doutorada em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Brasil.

GESTÃO DE ENFERMAGEM: ÁREAS PRIORITÁRIAS NA SEGURANÇA DE PROFISSIONAIS E CLIENTES

Nursing management:
priority areas regarding safety
of professionals and clients

Abstract

Background: Due to the disturbing data that have been published, health security has gained special notoriety. The involvement of manager nurses is a fundamental condition to ensure high hospital safety standards. These are responsible for promoting a safety culture in teams and for promoting safe environments.

Objective: To know what areas manager nurses consider as priority in the safety of clients and nurses in a hospital service.

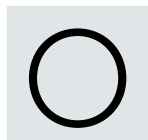
Methodology: A phenomenological qualitative study carried out through a semi-structured interview to 14 manager nurses of a hospital in the central region of Portugal, chosen by convenience. Content analysis was carried out using Atlas.ti software and Bardin methodology.

Results and Discussion: We identified 11 priority areas in client safety that reflect concern about adverse events with higher incidence rates and their causes described as more significant. The 12 priority areas in occupational safety are in line with the known occupational hazards and the most frequent workplace accidents. There are 5 categories that show a relationship between nurses 'and clients' safety.

Conclusion: For those interviewed, customer and professional safety are equally important and interrelated. It is understood that health security is complex and multidimensional and does not only imply client safety, this may be dependent on the safety of the nurse and vice versa. They also demonstrated knowledge of the main safety problems described in the literature.

KEYWORDS: NURSING CARE, PATIENT SAFETY, SAFETY MANAGEMENT, OCCUPATIONAL RISKS.

INTRODUÇÃO



Institute Of Medicine (IOM) publicou em 2000 o relatório "To err is human: building a safer health

care sistem" que revelou um elevado número de mortes resultantes de erros clínicos considerados evitáveis, bem como o facto de existirem problemas evidentes nos sistemas que têm como objetivo evitar esses mesmos erros ⁽¹⁾.

Gestores, profissionais de saúde, formuladores de políticas e utilizadores dos serviços de saúde têm vindo a prestar mais atenção à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde ⁽²⁾.

Contudo, apesar dos esforços atuais para melhorar os níveis de segurança, atualmente um em cada dez clientes é alvo de erros em saúde, dos quais 50% são considerados evitáveis ⁽²⁻⁶⁾. Estes erros resultam em prejuízos de biliões de euros para os sistemas de saúde em todo o mundo e representam cerca de 15% dos gastos e atividade ao nível hospitalar ⁽⁷⁾.

Sobre a relação entre a gestão de enfermagem e os resultados de segurança para o cliente, a evidência é ainda recente e limitada ⁽⁸⁾. Ainda assim, apontam evidências de uma relação positiva entre o desempenho dos enfermeiros gestores e melhores resultados para a o cliente como a satisfação, diminuição de eventos adversos e complicações para o cliente ⁽⁸⁾.

A investigação sobre esta temática têm vindo a focar-se mais nos comportamentos de liderança dos enfermeiros em relação à satisfação do trabalho e outros resultados organizacionais e demonstram que o desempenho da gestão de enfermagem influencia a motivação e o desempenho dos enfermeiros ⁽⁹⁾. Evidenciam também que as atividades desenvolvidas neste âmbito são maioritariamente orientadas para

tarefas e gestão de relações e não tanto para mudanças ⁽⁹⁾. Alguns sistemas de gestão de risco demonstram ainda que, os enfermeiros apresentam limitações na gestão do risco devido à limitação de recursos e à complexidade do trabalho em saúde ⁽¹⁰⁾.

Em questões de segurança, as indústrias de alto risco levam um grande avanço e o papel dos gestores já foi reconhecido como fundamental ⁽¹¹⁾. Foi também já demonstrado que o desempenho da gestão está muito relacionado com o comprometimento da organização com a segurança, comportamentos de segurança dos funcionários e a ocorrência de acidentes de trabalho ⁽¹¹⁾.

A segurança do trabalhador enquadra-se no âmbito da Saúde Ocupacional (SO) que tem como objetivos a prevenção de riscos profissionais, proteção e promoção da saúde do trabalhador, garantindo ambientes de trabalho saudáveis que previnam ou diminuam a exposição a fatores de risco ^(12,13).

De notar que a prática de enfermagem implica um conjunto de riscos acrescidos que se devem à essência da sua atividade e ao ambiente em que se desenvolve, estes riscos não podem ser ignorados pelos gestores na tomada de decisão ⁽¹³⁾.

Este tema ganha elevada importância no âmbito da segurança hospitalar dado que não podem ser prestados cuidados de saúde seguros se os profissionais de saúde não estão também eles em segurança. ⁽¹³⁾

No sentido de garantir a segurança em saúde é fundamental que os gestores de enfermagem identifiquem focos de intervenção para implementar estratégias de gestão de risco. Além disso importa considerar que a segurança dos cuidados de saúde é abrangente e complexa envolvendo segurança do cliente e profissionais.

Apesar de já existirem estudos sobre segurança do cliente e sobre a segurança no trabalho, as duas áreas juntas como uma área de gestão não surge ainda com evidência.

OBJETIVO

Este estudo pretende conhecer que áreas os enfermeiros gestores consideram prioritárias para a segurança de clientes e profissionais nos serviços pelos quais são responsáveis.

MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo qualitativo fenomenológico, cujos participantes são enfermeiros gestores de um hospital da região centro de Portugal, cujo método de amostragem é o de conveniência por serem os mais acessíveis ⁽¹⁴⁾. Os critérios de inclusão são: experiência mínima de seis meses em gestão de um serviço hospitalar e encontrar-se em exercício de funções no momento da entrevista. A amostra é constituída por 14 enfermeiros gestores, dos quais, 11 mulheres e 3 homens, com médias de idade de 55,7 anos e tempo de experiência em gestão de 16,7anos. Todos enfermeiros especialistas, 8 mestres, 1 mestrando, 1 doutorando e doze com algum tipo de formação na área da gestão. Na recolha de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada individual. Estas ocorreram entre fevereiro e maio de 2015 no local de trabalho dos participantes.

Para a análise de conteúdo baseamos-nos na metodologia de Bardin ⁽¹⁵⁾ que envolve três fases: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação ⁽¹⁵⁾. Como instrumento de recurso para a codificação e categorização das entrevistas utilizou-se o *software* Atlas.ti®, o que coadjuvrou na análise dos resultados. >

No respeito pelos princípios éticos e legais, para a realização da investigação, procedeu-se a um pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar em estudo e à respetiva Comissão de Ética. A última respondeu informando que apenas se pronuncia se solicitado pelo Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar que é responsável por autorizar estes pedidos. Foi autorizada a realização do estudo pelo mesmo. Todos os procedimentos realizados com os participantes respeitaram o anonimato, a confidencialidade e o consentimento informado.

RESULTADOS

Sobre as áreas prioritárias para a segurança dos clientes os enfermeiros gestores alargaram-se no discurso e foram identificadas onze áreas prioritárias que se traduzem nas seguintes categorias: Comunicação, Cirurgia segura, Segurança do medicamento, Identificação do cliente, Quedas, Úlceras de pressão, Risco de infeção, Dotações seguras, Boas práticas, Controlo de visitas e Estrutura (Figura 1).

Face às áreas que consideram prioritárias na segurança do cliente foi possível identificar 12 categorias: Acidentes de Serviço, Riscos Biológicos, Ergonomia, Violência, Quedas, Burnout, Pausas Laborais, Satisfação, Comunicação, Controlo de visitas, Dotações Seguras e Estrutura (Figura 2).

DISCUSSÃO

Áreas Prioritárias para a Segurança do Cliente
A falha na Comunicação tem vindo a ser apontada como uma das principais causas dos eventos notificados (16). Enquanto área prioritária, a comunicação foi identificada por três enfermeiros gestores que referiram ser essencial mencionando o compromisso da segurança



quando esta não é eficaz: "(...) não só a comunicação entre profissionais, a comunicação de informação clínica, (...) a comunicação entre o profissional e o cliente e entre profissional e cuidador, é ver a forma como o doente entende o cuidado, entende o procedimento e apreende e interioriza a sua responsabilidade no seu tratamento quer quando está no internamento quer quando vai para casa porque depende muito do sucesso da comunicação a orientação do cliente para evitar a recaída ou para terminar o seu tratamento em sucesso." (E10). Esta está mencionada no Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020 como um dos seus objetivos estratégicos: o aumento da segurança da comunicação, desta forma, faz sentido que figure no leque de áreas prioritárias de intervenção dos enfermeiros gestores (17). Dois enfermeiros gestores identificaram a cirurgia segura como área prioritária referindo especificamente à iniciativa: "cirurgias seguras salvam vidas implementando uma checklist um protocolo implementado pela Direção Geral de Saúde em que o cliente não segue

para o bloco se não estiver a lista preenchida devidamente. (...) Com isto temos evitado cancelamento de cirurgias porque identificamos e atuamos atempadamente" (E5). Esta área prioritária respeita o PNSD 2015-2020 que contempla como objetivo estratégico de aumentar a segurança cirúrgica (17). Além disso, está em consonância com o manual "Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009" é de aplicação obrigatória em todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde (18). Também a categoria da segurança do medicamento, contemplada no PNSD 2015-2020 (17), foi reconhecida como área prioritária por treze dos catorze enfermeiros gestores entrevistados e foi possível perceber que há um conhecimento da evidência atual sobre os erros medicamentosos: "(...) está relatado (...) que há erros, nós temos vários fatores intervenientes no erro aqui, (...), a visita que está a decorrer, não temos uma sala própria para preparar a medicação, as pessoas não respeitam (...), nós temos os telemóveis connosco a tocar, (...), somos interrompidos pelos nossos colegas, pelos assistentes operacionais, pelos médicos (...)

mais aquele que é inerente a mim, que eu sou uma pessoa que posso errar(...)" (E11).

A falha na identificação dos clientes, de acordo com OMS contribui em larga escala para erros de medicação, erros de transfusão, erros em exames, procedimentos em pessoas erradas, entrega de bebês a famílias aos quais não pertencem (19). A identificação do cliente foi referida por quatro enfermeiros gestores como prioritária, embora em discursos breves, demonstram que estão implementadas medidas de avaliação: "Nós temos algumas auditorias ao serviço, nomeadamente a identificação dos clientes com a pulseira" (E9). Esta categoria mais uma vez respeita as indicações do PNSD 2015-2020 no objetivo estratégico de assegurar a identificação inequívoca dos clientes (17).

As Quedas em internamento ocorrem cerca de 4,8 a 8,4 por 1000 clientes (19). Também abrangida no PNSD 2015-2020 (17), a prevenção da ocorrência de quedas também foi referida, desta vez por, seis enfermeiros gestores que enumeraram a queda

como foco de intervenção prioritário, referindo mesmo a importância do registo e acompanhamento de resultado de auditorias: "(...) está implementada no serviço (...) a vigilância das quedas (...) que já estão no nosso padrão de documentação (...) e temos os resultados das auditorias (...)"(E11).

A Úlcera de Pressão enquanto elemento de atenção foi referida por quatro dos entrevistados: "Temos as úlceras de pressão que é uma prioridade que eu dou muito valor nomeadamente aqui no Serviço (...)" (E10). A taxa de incidência de Úlceras de pressão é de 10% a 14% e mais uma vez está contemplada no PNSD 2015-2020 no objetivo estratégico de prevenção da ocorrência de úlceras de pressão (17,19).

O risco de infeção, também abrangido pelo PNSD 2015-2020 (17) no objetivo estratégico: prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos, evidenciou-se uma preocupação nos discursos de três participantes que, no entanto, incidiram mais em situações de contexto de infeções identificadas

e não tanto com intuito preventivo: "quando percebemos que há um cliente infetado tentamos colocá-lo em (...) isolamento possível, mas às vezes as condições físicas não permitem (...) Em relação ao pessoal tentamos sempre utilizar os equipamentos de proteção individual, (...)" (E9). Esta área prioritária justifica-se pela elevada taxa de incidência das infeções associadas aos cuidados de saúde que varia entre 5% a 10% (19). As dotações seguras representam também uma preocupação de três enfermeiros gestores no que se refere à segurança dos clientes: "Mesmo até em termos de recursos humanos, está bem que estamos a trabalhar as dotações da DGS, (...), mas eu penso que se conseguíssemos tirar mais partido informaticamente dos registos de enfermagem se calhar também nos ia ajudar nas dotações seguras." (E9).

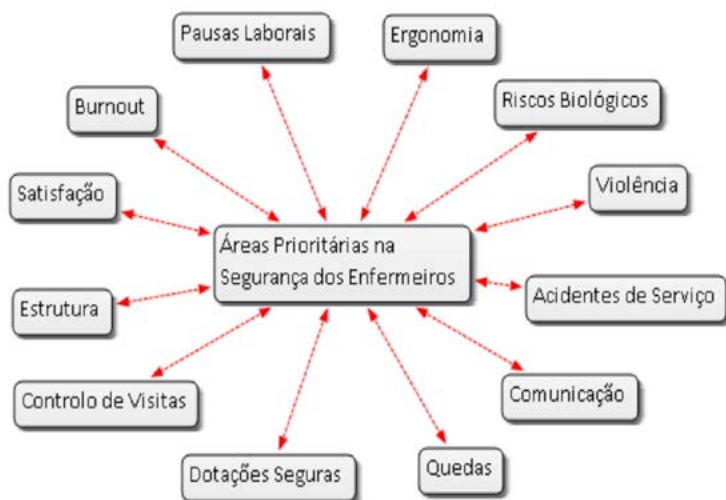
Um enfermeiro gestor enumerou boas práticas como uma preocupação: "Boas práticas sempre me preocuparam" (E2). Estas são definidas como práticas, clínicas, científicas e/ou profissionais baseadas na evidência e reconhecidas pela maioria dos profissionais de uma área específica (20).

Também apenas um enfermeiro gestor referiu o controlo de visitas como foco prioritário de atenção para a segurança dos clientes: "(...) qualquer pessoa entra no hospital a qualquer hora, (...)" (E7) referindo mesmo que "(...) por vezes complicam a prestação de cuidados e depois a nível de segurança é complicado." (E7). Neste âmbito, a Lei n.º 15/2014, que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do cliente dos serviços de saúde, refere o direito de acompanhamento nos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (21). No entanto nada refere acerca de horários de visita ou como é feito esse controlo e por quem.

Por fim, cinco enfermeiros gestores enunciaram a estrutura como tema prioritário para a segurança do

FIGURA 2

ÁREAS PRIORITÁRIAS NA SEGURANÇA DOS CLIENTES (FONTE: ATLAS.TI)



cliente e foram unânimes ao considerarem que *"Basicamente, temos uma estrutura física antiga, apesar de terem sido reestruturados quartos de banho e quartos, temos espaço reduzido, precisávamos de mais quartos e mais quartos de banho."* (E14). As instalações físicas estão incluídas no elemento estrutura incluído no modelo de avaliação da qualidade de Donabedian ⁽²²⁾.

As áreas prioritárias identificadas pelos enfermeiros gestores refletem preocupação com eventos adversos com maiores taxas de incidência e com as causas descritas como mais significativas para a ocorrência de eventos adversos. Além disso, as áreas prioritárias identificadas incluíram sete dos nove objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020, deixando de fora a cultura de segurança do ambiente interno bem como a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes ⁽¹⁷⁾. Os dois últimos temas foram abordados quando questionados especificamente sobre o assunto e os dados analisados separadamente ⁽²³⁾. Áreas Prioritárias para a Segurança do Enfermeiro

Os Riscos Biológicos como vírus, fungos e bactérias que podem causar doença ⁽²⁴⁾ foram identificados como área prioritária, três enfermeiros gestores a referiram: *"a infeção hospitalar também diz muito em relação aos enfermeiros, também somos todos pessoas e também precisamos de nos prevenir e de nos precaver sobre certas infeções e sobre certos riscos que corremos (...)"* (E9).

Cinco entrevistados mencionaram a Ergonomia como foco prioritário de atenção: *"A área prioritária é claramente a área da gestão de esforços. A maior parte dos problemas que temos prende-se com lombalgias de esforço. Temos uma quantidade grande de pessoas com problemas, com limitações que são impostas pela medicina do trabalho, que também a ergonomia dos postos de trabalho não é a melhor (...)"* (E8). A

categoria Ergonomia tem subjacente o risco relacionado com trabalho, com postura e atividade física resultante da atividade laboral.

A Queda foi apenas citada mas o enfermeiro gestor que em causa não explicou em que sentido representa um elemento prioritário na segurança dos enfermeiros.

A Violência evidenciou-se no discurso de um participante que expôs o problema *"das lesões por visitas e por clientes, agressões verbais e físicas e ameaças que leva a baixas do foro psiquiátrico em que as pessoas têm medo de vir trabalhar."* (E9). Esta categoria demonstra que os enfermeiros gestores estão atentos a fatores que contribuem, neste caso, para os riscos físicos e psicossociais dos profissionais que possam ter origem na violência no local de trabalho.

Três enfermeiros gestores indicaram o Controlo de Visitas como essencial para a segurança dos enfermeiros, no contexto de mudança de paradigma que se vive atualmente no que se refere à presença de familiares nos hospitais: *"as correntes que existem é de que um hospital deve ser (...) o mais aberto possível, principalmente para os elementos de transferência para envolver os familiares no processo terapêutico do cliente e para integração mais eficaz no seio familiar e na sociedade (...)"* o problema que nós temos é que de facto as pessoas, quando estão no hospital, só têm direitos, não têm obrigações, e sabem tudo e o respeito pelos outros está de lado. É lógico que nós aí não estamos muito seguros" (E11), e acreditam que neste contexto o enfermeiro fica desprotegido quando não há um controlo de visitas efetivo, quer pelo risco físico, quer pelo sentimento de insegurança que contribui para aumento do risco psicossocial.

O Burnout enquanto área prioritária na segurança dos enfermeiros, foi apenas relatado por um enfermeiro gestor: *"Nos momentos críticos em que a prestação de cuidados é difícil por falta de condições e de recur-*

sos humanos, é uma insatisfação e frustração muito grande para o enfermeiro não poder prestar cuidados com a máxima qualidade mas fazer aquilo que é prioritário e isso cria frustração e desencanto com a própria profissão. Mas temos de saber dar a volta e (...) para não entrarmos em burnout, (...)" (E5). Este fenómeno é considerado uma síndrome característica do meio laboral, que se trata de um processo de resposta ao stress ocupacional crónico com efeitos negativos nas esferas individual, profissional, familiar e social ⁽²⁵⁾. Contribui para a redução da produtividade e qualidade do desempenho profissional, o aumento do absentismo, acidentes laborais, para uma imagem negativa da instituição bem como prejuízos financeiros ⁽²⁵⁾.

Num domínio semelhante, a Satisfação dos Enfermeiros foi considerada prioritária: *"(...) porque se estiverem satisfeitos, aumenta a segurança deles."* (E14) no entanto apenas foi referida uma vez sem grande elaboração sobre o assunto.

Nas duas últimas categorias referidas, está presente o risco psicossocial. Um enfermeiro gestor, que tem como foco de atenção a satisfação dos enfermeiros e a prevenção do burnout, está a dar o primeiro passo na gestão deste risco.

A categoria de Acidentes de Trabalho foi identificada como prioritária para a segurança dos enfermeiros por dois enfermeiros gestores: *"Relativamente aos enfermeiros, uma das áreas é a questão dos acidentes em serviço."* (E6), no entanto não se alongaram além disto. Acidente de trabalho é entendido como: *"aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza directa ou indirectamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte"* ⁽²⁶⁾. Os acidentes de trabalho podem originar doença profissional, que é *"toda aquela que é produzida em consequência do trabalho, (...) occasione ao trabalhador uma incapacidade"*

dade para o exercício da sua profissão ou a morte.” (24).

Os riscos profissionais, materializados em acidentes de trabalho e doenças profissionais refletem-se em incapacidades, morbidades e absentismo. O absentismo pode ser definido como o somatório dos dias de ausência excluindo-se as faltas dos períodos de férias (27). É, muitas vezes, reflexo de ambientes de trabalho inadequados, de falta de condições de segurança, de condições de trabalho stressantes. Além disso, a falta de trabalhadores tem consequências para os restantes pois aumenta o volume de trabalho individual, criando uma sobrecarga adicional em cada trabalhador que ainda está em atividade e, por consequência, aumento o risco de acidentes de trabalho (28).

Assim, os acidentes de trabalho têm consequências no profissional em causa mas também para toda a organização, pelo deve constituir um foco de intervenção prioritário para os enfermeiros gestores.

Outro enfermeiro gestor referiu ainda as Pausas Laborais como prioritário: *“Devíamos ter mais espaços de convívio, ser obrigatório fazer pausas, era muito importante (...). O que eu acho também complicado é a prática do horário de 12h neste contexto (...ninguém respeita a nossa hora de almoço (...)) não temos horários.”* (E 12). De acordo com o artigo nº 213 da lei nº7/2009 de 12 de Fevereiro “O período de trabalho diário deve ser interrompido por um intervalo de descanso, de duração não inferior a uma hora nem superior a duas, de modo a que o trabalhador não preste mais de cinco horas de trabalho consecutivo, ou seis horas de trabalho consecutivo caso aquele período seja superior a 10 horas.” (29).

Num total de seis referências, as Dotações Seguras reuniram mais consenso entre os enfermeiros gestores face à segurança do enfermeiro: *“Dotações seguras, acho que é prioritário porque não tendo dotações seguras temos riscos que estão mais*

do que identificados e provado que tem consequências (...)” (E10).

Por fim, houve relato de preocupação prioritária com a Estrutura Física dos espaços onde os enfermeiros desenvolvem a sua atividade profissional: *“(...)condições de trabalho que engloba (...) a estrutura física do serviços acho que são áreas importantes.”* (E10), outros enumeraram alguns problemas identificados: *“a ergonomia dos postos de trabalho não é a melhor (...)”* (E8).

A Comunicação foi referida como área prioritária para a segurança do enfermeiro, mas não explanada pelos entrevistados de que modo. As áreas, identificadas como prioritárias para a segurança dos enfermeiros, além de estarem de acordo com os riscos profissionais descritos, também demonstram atenção aos acidentes de trabalho apontados como mais frequentes, como são os riscos biológicos, quedas e ergonomia.

Importa sublinhar que os participantes valorizam a segurança do enfermeiro embora nos seus discursos haja falta de referência ao absentismo e doença profissional. Ainda assim, demonstraram conhecimento e sensibilização dos efeitos negativos das más condições de trabalho na segurança dos enfermeiros e reconheceram que, naturalmente a segurança dos enfermeiros se repercute na segurança dos clientes.

As categorias identificadas em áreas prioritárias dos clientes e dos enfermeiros tiveram cinco categorias em comum: Dotações seguras, Contolo de visitas, Estrutura, Quedas e Comunicação. Demonstra-se assim que, para os entrevistados, nem a segurança do cliente se sobrepõem à segurança do enfermeiro nem vice-versa.

CONCLUSÕES

Conhecer as áreas que os enfermeiros gestores consideraram prioritárias para a segurança de clientes e profissionais, permitiu compreender

melhor a sua atuação. Foram identificadas onze áreas prioritárias para a segurança dos clientes que demonstram conhecimento sobre os eventos adversos com maiores taxas de incidência e com as causas descritas como mais significativas para a ocorrência de eventos adversos. Dos nove objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020 sete estão incluídos nas categorias descritas (17). De fora ficam a Cultura de Segurança do Ambiente Interno e a prática sistemática de Notificação, Análise e Prevenção de Incidentes que foram abordadas em outro momento do estudo.

As áreas que encaram como prioritárias na segurança do cliente traduzem-se em 12 categorias que comprovam a identificação dos riscos profissionais descritos bem como os acidentes de trabalho mais notificados.

Embora, os relatos dos participantes valorizem a segurança dos enfermeiros, não referiram as consequências do absentismo nem a doença profissional. Contudo, demonstraram conhecimento sobre as consequências de determinadas condições de trabalho na segurança dos enfermeiros.

Verificam-se cinco categorias identificadas em comum como prioritárias quer para a segurança dos clientes, quer para a segurança dos profissionais. Este fato sustenta o reconhecimento da influência da segurança dos enfermeiros na segurança dos clientes e vice-versa o que evidencia a relação entre a segurança de ambos.

Embora em alguns temas se evidencie a carência de discurso face à segurança do enfermeiro, este fato poderá refletir a delegação de funções no departamento de saúde ocupacional, embora isto não tenha sido referido.

Em suma, constata-se que encontramos junto dos participantes informações fundamentais para a perseguição de um caminho para alcançar a segurança dos serviços de saúde. ▴



Referências

1. Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: Institute Of medicine; 2000.
2. Schenk EC, Bryant RA, Van Son CR, Odom-Maryon T. Perspectives on Patient and Family Engagement With Reduction in Harm: The Forgotten Voice. *Journal of Nursing Care Quality* 2018;34(1):73-9.
3. World Health Organization. *Patient Safety: Making health care safer*. Genebra, Suíça: WHO; 2017.
4. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *British Medical Journal Quality & Safety* 2013;22(10):809-15.
5. Institute for Patient and Family Centered Care. *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals-How to Get Started*. Bethesda, Maryland, Estados Unidos da América: Institute for Patient- and Family-Centered Care 2017 Janeiro. 22 p.
6. National Patient Safety Foundation. *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement - Fifteen Years after To Err Is Human*. Report of an Expert Panel Convened. Boston, Estados Unidos da América: National Patient Safety Foundation; 2015.
7. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. Paris, França: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 Março.
8. Wong CA, Cummings GG. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review *Journal of Nursing Management*. 2007;15:508-21.
9. Agnew C, Flin R. Senior charge nurses' leadership behaviours in relation to hospital ward safety: a mixed method study. *International Journal of Nursing* 2014;51(5):768-80.
10. Farokhzadian J, Dehghan Nayeri N, Borhani F. Assessment of Clinical Risk Management System in Hospitals: An Approach for Quality Improvement. *Global Journal of Health Science*. 2015;7(5):294-303.
11. Flin R. Leadership for safety: industrial experience. *Quality and Safety in Health Care*. 2004;13(suppl_2):ii45-ii51.
12. DGS. Norma 026/2013: Programa de Saúde Ocupacional: 2º ciclo 2013/2017. Lisboa: DGS; 2013.
13. DGS. Norma 008/2014: Organização e funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional/Saúde e Segurança do Trabalho dos Centros Hospitalares/Hospitais. Lisboa: DGS; 2014.
14. Fortin M-F. *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures2009. 618 p.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2000.
16. World Health Organization. *Patient Safety Solutions: communication during Patient Hand-overs*. Suíça; 2007.
17. Ministério da Saúde. *Diário da República, 2.ª série — N.º 28: Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020*. Ministério da Saúde; 2015. p. 3882 (2-10).
18. OMS. *Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS: 2009 Cirurgia Segura Salva Vidas*. In: Saúde D-Gd, editor. Lisboa2009.
19. World Alliance For Patient Safety. *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Genebra, Suíça: World Health Organization; 2008.
20. Ordem dos Enfermeiros. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2001.
21. Direção Geral da Saúde. *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa: DGS; 2011.
22. Governo da República Portuguesa. *Lei N.º 15/2014: Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde*. . In: República Ad, editor. Lisboa: Diário da República (21-03-2014); 2014. p. 2127 - 31.
23. Donabedian A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press; 2003.
24. Correia T, Martins M, Forte E. Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. *Revista de Enfermagem Referência*. 2017;IV Série(12):75-84.
25. Ministério da Saúde, Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. *Gestão dos riscos profissionais em estabelecimentos de saúde*. Lisboa, Departamento de Saúde Pública; 2013.
26. Benevides-Pereira A. *O Estado da Arte do Burnout no Brasil*. *Revista Eletrônica InterAção Psy*. 2003:4-11.
27. Governo da República Portuguesa. *LEI N.º 98/2009* In: (04-09-2009) AdR, editor. Lisboa: Diário da República; 2009. p. 5894-920.
28. Administração Central do Sistema de Saúde. *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e SNS - 2014*. Lisboa: ACSS; 2015.
29. Laus AM, Anselmi ML. Ausência dos trabalhadores de enfermagem em um hospital escola. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2008;42:681-9.
30. Governo da República Portuguesa. *Lei N.º 7/2009: revisão do Código do Trabalho*. In: República Ad, editor. Lisboa: Diário da Republica (12-02-2009); 2009. p. 926-1029.