escola superior de enfermagem de coimbra

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

# Cuidados de Enfermagem Omissos e Fatores Relacionados

Ana Rita dos Santos Loureiro

Coimbra, outubro de 2019

escola superior de enfermagem de coimbra

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

# Cuidados de Enfermagem Omissos e Fatores Relacionados

Ana Rita dos Santos Loureiro

Orientadora: Doutora Maria Isabel Domingues Fernandes, Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Co-Orientador: Doutor Luís Manuel de Jesus Loureiro, Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, outubro de 2019

*Começa por fazer aquilo que é necessário, depois o que é possível e, de repente, estarás a fazer o impossível.*

atribuído a São Francisco de Assis

**AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Beatrice Kalisch, que gentilmente permitiu a utilização da escala *MISSCARE* e encorajou a realização desta investigação.

À Professora Doutora Maria Isabel Fernandes pela orientação contínua, crítica e rigor permanente. Agradeço os momentos de orientação, comentários e desafios lançados. Esta dissertação tem definitivamente a sua marca.

Ao Professor Luís Loureiro pela co-orientação deste trabalho e contributo imprescindível para o rigor metodológico e da análise dos dados.

À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra por ser uma referência ao longo do meu percurso profissional e académico.

Ao Centro Hospitalar, à Senhora Enfermeira Diretora e aos vários Enfermeiros Gestores, que colaboraram no processo de colheita de dados. Um agradecimento particular aos colegas das unidades de internamento, que foram o elemento-chave para fazer acontecer esta investigação e, que todos os dias, de forma abnegada dignificam a profissão.

À família e amigos que, mesmo na minha ausência, se fizeram ainda mais *presentes*. O que sou enquanto profissional devo, em primeiro lugar, a vós que são a minha primeira "escola".

Agradecer e reconhecer é fundamental para saborear cada etapa e repartir as conquistas com aqueles que nos acompanham. Por isso, agradeço a todos os que não nomeei, mas que fizeram parte deste percurso.

**ABREVIATURAS E SIGLAS**

APC – ambiente da prática dos cuidados

BERNCA – *Basel Extent of Rationing of Nursing Care*

CEO – cuidados de enfermagem omissos

CV – coeficiente de variação

Doi – *Digital object identifier*

DP – desvio padrão

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Et al. – e outros

EUA – Estados Unidos da América

Ex. – exemplo

IHORC – *International Hospital Outcomes Research Consortium*

IOM – *Institute of Medicine*

KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin*

MNC – *missed nursing care*

NWE – *nurse work environment*

PES-NWI – the *Practice Environment Scale of Nursing Work Index*

PIRNCA – *Perceived Implicit Rationing of Nursing Care*

RIL – revisão integrativa da literatura

RN4CAST – *Registered Nurse Forecasting*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SOS – *save our souls*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UICISA:E – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

**RESUMO**

**Enquadramento:** Os cuidados de enfermagem omissos (CEO) são definidos como os cuidados de enfermagem necessários que são omitidos, em parte ou na totalidade, ou significativamente adiados, o que corresponde a um erro de omissão (Kalisch, 2015). A escala *MISSCARE* é um instrumento validado por Kalisch e Williams (2009), que avalia a frequência e as razões da omissão.

**Objetivo geral:** Analisar as causas dos CEO identificados pelos enfermeiros que trabalham em serviços de medicina e cirurgia de um centro hospitalar português.

**Metodologia:** Estudo de cariz metodológico, descritivo-correlacional. Amostragem não probabilística de conveniência, sendo a amostra constituída por 208 enfermeiros (idade: $\overline{X}$=39,77; DP=7,94; sexo: 75% feminino, 25% masculino). A colheita de dados foi realizada por autorrelato escrito, a partir de um questionário de autopreenchimento construído no *GoogleForms®.*

**Resultados:** A dimensão *cuidados para a capacitação/autonomia do doente* apresentou valor médio superior, correspondendo ao grupo de CEO mais frequentes. A dimensão *cuidados instrumentais* apresentou o valor médio mais baixo. Em média, os enfermeiros reportaram como razões significativas para a omissão as dimensões *dotação de profissionais e, gravidade e fluxo de doentes.* Como razões menores, os itens das dimensões *comunicação na equipa* e *recursos materiais*. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de unidade de internamento, a intenção de abandonar a instituição e a omissão de cuidados. Não foi identificada relação estatisticamente significativa entre o número de doentes cuidados, de anos de experiência profissional e a omissão de cuidados. O APC correlacionou-se negativamente com a frequência dos CEO. A *comunicação na equipa* emergiu como principal fator preditor da omissão de cuidados.

**Conclusão:** A escala MISSCARE revelou ser um instrumento válido e fiável. Verificou-se maior omissão de *cuidados* no que se prende com a *capacitação/autonomia do doente* e menor omissão nos *cuidados instrumentais.* As variáveis socioprofissionais não foram associadas aos CEO identificados. A *gravidade e fluxo de doentes* e a *dotação de profissionais* foram razões moderadas/significativas para a omissão de cuidados. Este estudo revelou um APC desfavorável. A comunicação e algumas

dimensões do APC emergiram como preditoras da omissão de cuidados. É relevante clarificar este fenómeno para definir estratégias preventivas da omissão.

**Palavras-chave:** cuidados de enfermagem omissos, enfermagem, qualidade dos cuidados, segurança do doente, ambiente da prática de cuidados

**ABSTRACT**

**Background:** Missed nursing care (MNC) refers to any aspect of required care that is omitted, either in part or in whole, or delayed, which is an error of omission (Kalisch, 2015). The MISSCARE survey is a tool to measure MNC, that it was validated by Kalisch e Williams (2009).

**Aim:** To analyse the causes of MNC identified by nurses that work on medical or surgical wards of a Portuguese hospital.

**Methodology:** Methodological, descriptive and correlational study. A non-probabilistic convenience sample was obtained with 208 nurses (age: $\overline{X}$ = 39.77; SD = 7.94; gender: 75% female, 25% male). Data collection was performed with a written self-report, from a GoogleForms® questionnaire.

**Results:** The most frequent MNC were those included on *patient empowerment/autonomy care* dimension. *Instrumental care* showed the lowest average value. On average, nurses reported *staffing* and *patients flow/acuity* as significant reasons for MNC. As minor reasons for MNC, nurses reported *communication* and *material resources.* No statistically significant relationship was identified between nurse to patient ratio, years of professional experience and missed care. Nurse work environment (NWE) was negatively correlated with MNC. Communication emerged as principal predictor of MNC.

**Conclusion:** The MISSCARE survey showed to be a valid and reliable tool. There was greater omission of *patient empowerment/autonomy care* than *instrumental care.* There was no association between sociological/professional variables and MNC. *Patients flow/acuity* and *staffing* were identified as significant reasons for MNC. This study showed a unfavorable practice environment. *Communication* and some NWE dimensions emerged as MNC predictors. It is relevant to clarify this phenomenon to define preventive strategies for omission.

**Keywords:** missed nursing care, nursing, quality of care, patient safety, nurse work environment.

**LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1 –** Modelo de Cuidados de Enfermagem Omissos (adaptado de Kalisch, 2015). ..... 38

**Figura 2** – Modelo conceptual do estudo, adaptado do modelo de cuidados de enfermagem omissos de Kalisch (2015). ..... 40

**Figura 3** – Etapas de Tradução do Questionário, adaptado de Beaton et al. (2000). . 46

**LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1** – Causas dos CEO consideradas na escala MISSCARE (Kalisch & Williams, 2009). ..... 33
**Tabela 2 –** Variáveis demográficas. ..... 43
**Tabela 3 –** Variáveis académicas e profissionais. ..... 44
**Tabela 4 –** Matriz de saturação dos itens do fator Satisfação Profissional com recurso a análise fatorial – solução não rodada (n=208) da escala MISSCARE-PT. Inclui valor de consistência interna (Alfa de Cronbach). ..... 48
**Tabela 5 –** Matriz de saturação dos itens nos fatores para solução rodada ortogonal Varimax com cinco fatores (n=208) da escala MISSCARE Parte A. Inclui valores de consistência interna (Alfa de Cronbach). ..... 48
**Tabela 6 –** Matriz de saturação dos itens nos fatores para solução rodada ortogonal Varimax com cinco fatores (N=208) da escala MISSCARE Parte B. Inclui valores de consistência interna (Alfa de Cronbach). ..... 50
**Tabela 7** – Estatísticas resumo das variáveis relativas às unidades de internamento (N=208). ..... 53
**Tabela 8** – Estatísticas resumo das dimensões e totais da escala MISSCARE – Parte A (N=208). ..... 54
**Tabela 9** – Distribuição percentual das respostas assinaladas pelos enfermeiros aos itens dos cuidados omissos (MISSCARE – Parte A) (N=208). ..... 56
**Tabela 10 –** Distribuição percentual das respostas assinaladas pelos enfermeiros aos itens dos cuidados omissos (MISSCARE – Parte A), como ocasionalmente, frequentemente e sempre (N=208). ..... 57
**Tabela 11** – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre os fatores da Escala MISSCARE Parte A (N=208). Testes bicaudais. ..... 58
**Tabela 12 –** Teste t student para amostras independentes entre o nível de omissão e tipo de unidade de internamento (N=208). ..... 59
**Tabela 13 –** Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a omissão de cuidados dada pela MISSCARE – Parte A e a número de anos de experiência profissional (N=208). ..... 59
**Tabela 14 –** Teste t student para amostras independentes entre o nível de omissão e a intenção de abandonar a instituição (N=208). ..... 60

**Tabela 15 –** Matriz de correlação bivariada de Pearson entre a omissão de cuidados dada pela MISSCARE – Parte A e a número de doentes cuidados no último turno da manhã (N=208). ..... 60
**Tabela 16** – Estatísticas resumo das dimensões e totais da MISSCARE – Parte B (N=208) ..... 61
**Tabela 17 –** Distribuição percentual das respostas assinaladas pelos enfermeiros aos itens das razões para os cuidados omissos (MISSCARE – Parte B) (N=208). ..... 62
**Tabela 18 –** Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre as dimensões da MISSCARE Parte B (N=208). Testes bicaudais. ..... 63
**Tabela 19 –** Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre as dimensões da MISSCARE Parte A e Parte B (N=208). Testes bicaudais. ..... 64
**Tabela 20** – Estatísticas resumo das dimensões e totais da escala PES-NWI (N=208). ..... 65
**Tabela 21 –** Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre as dimensões da Escala PES-NWI (N=208). Testes bicaudais. ..... 66
**Tabela 22 –** Matriz de correlações de Pearson entre as dimensões da MISSCARE – Parte A e da PES-NWI (N=208). Testes bicaudais. ..... 66
**Tabela 23 –** Matriz de correlações de Pearson entre a escala MISSCARE Parte A, MISSCARE Parte B e PES-NWI (N=208). ..... 67
**Tabela 24 –** Teste t student para amostras independentes entre o nível de APC e o tipo de unidade de internamento (N=208). ..... 67
**Tabela 25 –** Resultados da análise de Regressão Múltipla (método stepwise) da MISSCARE Parte A (N=208). ..... 68
**Tabela 26 –** Resultados da análise de Regressão Múltipla (método stepwise) da dimensão cuidados instrumentais (N=208). ..... 68
**Tabela 27 –** Resultados da análise de Regressão Múltipla (método stepwise) da dimensão avaliação do doente e documentação (N=208). ..... 69
**Tabela 28 –** Resultados da análise de Regressão Múltipla (método stepwise) da dimensão pontualidade na resposta ao doente/equipa (N=208) ..... 69
**Tabela 29 –** Resultados da análise de Regressão Múltipla (método stepwise) da dimensão cuidados para capacitação/autonomia do doente (N=208). ..... 69
**Tabela 30 –** Resultados da análise de Regressão Múltipla (método stepwise) da dimensão eficiência na alimentação e medicação (N=208). ..... 70

**SUMÁRIO**

**INTRODUÇÃO ..... 19**
**CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO ..... 23**
1.1 – A OMISSÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE ..... 23
1.2 – EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE CEO ..... 26
1.3 – A INVESTIGAÇÃO EM CEO ..... 28
1.4 – CEO: UMA QUESTÃO ÉTICA? ..... 30
1.5 – CEO E FATORES RELACIONADOS ..... 31
1.5.1 – O ambiente da prática de cuidados ..... 34
1.6 – IMPLICAÇÕES DOS CEO ..... 35
1.7 – MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS ..... 38
**CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA ..... 41**
2.1 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES ..... 41
2.2 – POPULAÇÃO/AMOSTRA ..... 42
2.2.1 – Caraterização geral da amostra ..... 43
2.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS ..... 44
2.3.1 – Processo de adaptação para a língua portuguesa e validação da escala MISSCARE ..... 46
2.3.1.1 – Estudo de fidelidade e validade através da análise fatorial ..... 47
2.4 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS ..... 51
2.5 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO ..... 52
**CAPÍTULO 3 – RESULTADOS ..... 53**
3.1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS ..... 53
3.1.1 – Omissão de cuidados ..... 54
3.1.2 – Omissão de cuidados e fatores associados ..... 60
3.1.2.1 – Ambiente da prática de cuidados ..... 64
3.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ..... 70
**CONCLUSÃO ..... 81**
**BIBLIOGRAFIA ..... 85**
**ANEXOS**
ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR
ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

**APÊNDICES**

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

## INTRODUÇÃO

A segurança do doente e a qualidade dos cuidados têm constituído um desafio significativo para os líderes de enfermagem (Kalisch & Williams, 2009). A qualidade dos cuidados foi definida em 2000, pelo Institute of Medicine (IOM), como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados saudáveis e desejados e são consistentes com o conhecimento atual. Esta qualidade inclui, de acordo com Fragata (2006), performance técnica, eficiência de recursos, gestão de risco e satisfação dos doentes. Este autor define-a pela triangulação de três fatores: efetividade (eficácia e eficiência), experiência dos doentes (satisfação) e segurança (ausência de complicações) (Fragata, 2011).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, no Despacho n.º 1400-A/2015, evidencia que as instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde têm dez vezes mais risco de ocorrência de incidentes de segurança, com consequências humanas, físicas e emocionais nos doentes e famílias e, repercussões estratégicas na reputação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e na economia.

Os eventos adversos são um tipo de incidente de segurança, definidos como ocorrências indesejáveis que causaram danos, resultantes do tratamento e não da doença, por atos cometidos ou omissos (Fragata, 2011). Estima-se que ocorrem cerca de dez eventos adversos por cada cem internamentos hospitalares. Em 65% dos casos não há dano para os doentes e nos restantes 35% há consequências, que podem ir desde o aumento do número de dias de internamento a danos físicos. Para o mesmo autor, cerca de metade dos casos poderiam ser evitáveis.

Nos últimos dez anos, estudos em vários países têm revelado que os enfermeiros omitem cuidados aos doentes internados em hospitais (Jones, Hamilton & Murry, 2015). O conceito *cuidados de enfermagem omissos* foi largamente trabalhado por Kalisch, Landstrom e Hinshaw (2009). Assim, cuidados de enfermagem omissos (CEO – do inglês *missed nursing* care), são definidos como os cuidados de enfermagem necessários que são omitidos (em parte ou na totalidade) ou significativamente adiados, o que corresponde a um erro de omissão (Kalisch, 2015). Outros autores consideram outros conceitos: “tarefas deixadas por fazer” para Sochalski (2004); priorização de cuidados para Schubert et al. (2008); ou cuidados incompletos para Jones et al. (2015).

Estas são expressões diversas encontradas na literatura que apontam para um mesmo fenómeno (Jones et al., 2015). Contudo, e no âmbito deste trabalho, optar-se-á por utilizar o primeiro conceito de Kalisch (2015). Trata-se de uma problemática significativa e global (Jones et al., 2015), que tem merecido a atenção e interesse dos investigadores tendo sido apontado como um novo indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem e segurança do doente.

Estudos científicos evidenciam que os CEO estão associados com eventos adversos (Sochalski, 2004; Recio-Saucedo et al., 2018), menor qualidade dos cuidados reportada pelos enfermeiros (Schubert et al., 2008), menor satisfação dos doentes (Lake, Germack & Viscordi, 2016; Recio-Saucedo et al., 2018), maior readmissão de doentes com falência cardíaca (Carthon, Lasater, Sloane & Kutney-Lee, 2015), menor satisfação com o trabalho (Kalisch, Tschannen & Lee, 2011), maior intenção de demissão (Tschannen, Kalisch & Lee, 2010) e aumento da mortalidade (Recio-Saucedo et al., 2018).

O ambiente da prática dos cuidados (APC) tem surgido na literatura como fator influenciador dos resultados para os profissionais e para a segurança dos doentes (*Institute of Medicine*, 2004). O conceito proposto por Eileen Lake (2002) define APC como um conjunto de caraterísticas de um local de trabalho que facilitam ou dificultam a prática de Enfermagem. A revisão da literatura realizada por Jones et al. (2015) aponta que o APC tem uma forte influência nos CEO. Por conseguinte, ao pretender estudar os CEO num determinado contexto, optou-se por incluir esta variável no desenho do estudo.

Na literatura surgem estudos com diferentes perspetivas do problema e foram identificados vários instrumentos que permitem quantificar os CEO e as razões apontadas para a sua ocorrência. Este relatório pretende apresentar o processo de tradução e validação do questionário *MISSCARE* (Kalisch & Williams, 2009) e, através deste instrumento, conhecer quais são os CEO reportados pelos enfermeiros que trabalham em serviços de medicina e cirurgia de um centro hospitalar português, identificando também as causas explicativas do fenómeno.

Assim, a investigação realizada tem como objetivos:

- Analisar os CEO dos enfermeiros na prática de cuidados em unidades de internamento médicas e cirúrgicas;

- Identificar as variáveis de domínio socioprofissional associadas aos CEO identificados pelos enfermeiros;

- Analisar as causas que os enfermeiros atribuem aos CEO identificados;

- Identificar a relação entre os CEO e as causas atribuídas pelos enfermeiros;

- Analisar a perceção dos enfermeiros relativamente ao APC;

- Analisar a relação entre os CEO, as causas que lhe são atribuídas e o APC.

A validação da escala permitirá, por um lado, conhecer o fenómeno dos CEO e, por outro, disponibilizar uma escala útil e facilmente utilizável aos enfermeiros no contexto da prática clínica e investigadores que pretendam fomentar e consolidar o conhecimento nesta área.

Apesar de se considerar um problema significativo e global, esta realidade encontra-se pouco estudada em Portugal. Os constrangimentos nos recursos humanos e económicos dos últimos anos ao nível do SNS, reforçam a possibilidade de os cidadãos não estarem a receber todos os cuidados que necessitam. Com início em 2008, a crise económica tornou-se o epicentro de importantes impactos na saúde dos portugueses. Num estudo publicado em 2016, Moreira refere que questões como a falta de pessoal, recursos, baixa modernização de recursos e meios condicionaram um deficiente e dificultado acesso para os cidadãos aos cuidados hospitalares. Mais ainda, refere que os profissionais não dispunham das melhores condições físicas e materiais para exercer o seu trabalho (Moreira, 2016).

O presente documento, construído com a finalidade de registar o percurso de investigação, estrutura-se em três capítulos. O primeiro, designado enquadramento teórico, apresenta a problemática estudada do ponto de vista conceptual, ético e da evidência publicada nos últimos dez anos. O capítulo dois aborda o percurso metodológico seguido ao longo da investigação, nomeadamente as questões de investigação e hipóteses, população/amostra, instrumentos de colheita de dados, o processo de adaptação para a língua portuguesa e validação da escala *MISSCARE*, procedimentos de colheita de dados e tratamento estatístico realizado. O terceiro capítulo apresenta a análise dos dados e a discussão dos resultados. No final, apresentam-se as conclusões e anexam-se outros documentos de apoio ao trabalho de investigação, como a autorização do centro hospitalar, o parecer da Comissão de Ética e o instrumento de colheita de dados.

## CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os enfermeiros são responsáveis pela maioria dos serviços de saúde (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2007). Poucos são os processos de cuidados que não passam em primeiro lugar pelas mãos dos enfermeiros (Jones et al., 2015).

Em 2006, Kalisch propôs o conceito de CEO e mais tarde definiu-o como os cuidados de enfermagem necessários que são omissos, em parte ou na totalidade, ou significativamente adiados (Kalisch, 2015). Correspondem a qualquer parte do cuidado que é omitida no plano de cuidados. Assim, a investigação em CEO tem procurado dar resposta a esta dificuldade em compreender quais os cuidados que são omitidos e as razões que o sustentam.

Desde então, proliferaram numerosos estudos que correlacionavam as dotações em enfermagem com a qualidade dos cuidados. A produção científica tem se centrado no resultado entre fatores, estando pouco claro o que acontece durante o processo de cuidados e que cuidados de enfermagem fazem a diferença (Kalisch, 2015).

O presente capítulo deste relatório procura enquadrar e fundamentar os conceitos centrais desta investigação. Em primeiro lugar, esclarecendo a emergência de colocar a qualidade e segurança no topo das prioridades das políticas de saúde. Posteriormente, importa definir o que é a omissão de cuidados de enfermagem e a evolução da investigação neste domínio, com ênfase nos CEO reportados na literatura, os fatores ou as causas explicativas, as consequências dos CEO já estudadas, bem como uma reflexão sobre aspetos éticos que a omissão de cuidados tem vindo a suscitar. Em sequência e sempre que adequado, será também apresentada a relação destes cuidados com o APC, clarificando o seu conceito e dimensões.

Ainda no capítulo, explicita-se o "Modelo de Cuidados de Enfermagem Omissos" (Kalisch, 2015), um quadro de referência que serviu de alicerce à presente investigação.

### 1.1 – A OMISSÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE

Em 1999, o princípio hipocrático *primun non nocere* foi indelevelmente abalado com a declaração de que entre 44 000 a 98 000 americanos poderiam, por ano, morrer nos Estados Unidos da América (EUA), em resultado de erros no sistema de saúde. A

publicação do *To err is Human* pelo IOM (1999) constituiu um ponto de não retorno, gerando o conhecido movimento da segurança do doente.

Os cuidados de saúde são um exercício de humanidade: acontecem através de atos de humanos e que recaem sobre humanos, conferindo incerteza à sua prestação e resultados, pois o preço da humanidade dos cuidados é a falibilidade (Fragata, 2011).

O erro tem uma conotação pejorativa para os profissionais de saúde de forma particular, uma vez que o seu objeto de trabalho são as pessoas. Trata-se de um conceito de difícil conceptualização, encontrando-se diferentes definições na literatura.

Para Fragata (2011), o erro é um desvio de um resultado em relação a um plano estabelecido ou o uso de um plano errado para atingir um dado objetivo. Os erros podem classificar-se em dois tipos: erros de comissão, quando deliberadamente se pratica um ato incorreto; ou erros de omissão, quando existem dificuldades em cumprir um ato de forma correta (Fragata, 2011; Kalisch, 2015).

Para Kalisch (2015), o erro também pode classificar-se em três tipos: subuso (do inglês *underuse,* ex. CEO, cuidado que devia ser prestado mas que é omitido), uso excessivo (do inglês *overuse*, ex. administrar antibiótico para uma infeção viral, cuidado que pode causar mais dano do que benefício) ou uso indevido (do inglês *misuse*, ex. doente com alergia a um fármaco que lhe foi administrado), cuidado considerado apropriado, mas que conduz a complicação que poderia ter sido prevenida.

Volvidos vinte anos do *início* do movimento da segurança do doente, percebe-se que o erro continua a ser uma realidade quotidiana. De acordo com Fragata (2011), os estudos desenvolvidos neste domínio apontam para dados semelhantes: ocorrem cerca de dez eventos adversos por cada cem internamentos hospitalares, sendo que em 65% dos casos não se verifica dano para os doentes e em 35% há consequências, como o aumento do número de dias de internamento ou danos físicos. Outros dados frequentemente encontrados nos estudos, apontam que cerca de metade dos eventos poderiam ser evitáveis. No entanto, a verdadeira dimensão destes é de difícil avaliação por deficiente definição e registo. O seu impacto transcende os doentes e profissionais, repercutindo-se em custos acrescidos em saúde.

Os enfermeiros estão envolvidos na maioria dos processos de cuidados de saúde (Jones et al., 2015), pelo que a omissão de cuidados de enfermagem corresponde também a um erro de *underuse*, considerado o tipo de erro mais frequente (Ball & Griffiths, 2018). Este aspeto é, em parte, explicado pelo fenómeno da escassez de recursos de enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2007).

Em 2004, o IOM publicou o relatório *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*, reconhecendo-se o papel decisivo dos enfermeiros para a segurança do doente. Este documento aponta que é fundamental alterar os ambientes da prática de cuidados, envolver as lideranças e alterar práticas de governação, reconhecer e respeitar as intervenções de enfermagem, bem como reconhecer os processos e caraterísticas que ameaçam ou protegem a segurança do doente.

Destacam-se oito estratégias promotoras da segurança do doente: governação clínica focada na segurança; gestão e liderança baseada na evidência; liderança de enfermagem efetiva; dotações adequadas; formação contínua e apoio à tomada de decisão em enfermagem; mecanismos que promovam colaboração interdisciplinar; contextos de prática que protejam da fadiga e insegurança; e um sistema justo de notificação, análise e *feedback* de erros, com treino e recompensas (IOM, 2004).

Concomitantemente, tem crescido a consciência de que os enfermeiros têm múltiplas solicitações, enquanto se registam constrangimentos nas dotações e organização das equipas, o que contribui para que alguns cuidados não aconteçam no tempo oportuno ou não sejam prestados ao doente.

Fatores demográficos e económicos têm influenciado a oferta e procura de cuidados de enfermagem, conduzindo a inadequadas dotações de enfermeiros. Concomitantemente, os modelos de gestão hospitalar assentam em estratégias de poupança de custos, com redução do número de admissões e dias de internamento. O consequente aumento de gravidade dos doentes internados e da necessidade de cuidados de enfermagem, não foi acompanhado de um aumento do número de profissionais (Schubert et al., 2008).

Simultaneamente, a procura da máxima eficiência intensificou a racionalização do tempo, alocação de recursos humanos, com redução do número de profissionais, redução da remuneração, criando tensões entre o orçamento e o atendimento das necessidades das pessoas. Como referem Harvey, Thompson, Willis, Meyer e Pearson (2018), estas decisões têm sido baseadas em indicadores financeiros e não na avaliação individual da pessoa. A gestão *Lean* centra-se na eficiência e controlo de custos, em vez de definir o valor do doente.

No caso da Nova Zelândia, o pensamento *Lean* e o Modelo neoliberal *New Public Management* tem sido criticado por conduzir a um modelo de gestão baseado no mercado. Medir o cuidado como uma unidade estática não é possível, pois a pessoa não é um objeto inerte. Como defendem Harvey et al. (2018), o cuidado não pode ser considerado uma mercadoria e não pode ser reduzido a meros componentes de tarefas.

Nem os doentes são parte de uma linha de montagem, nem os enfermeiros são empregados fabris.

Por conseguinte, estudos em vários países têm revelado que os enfermeiros omitem cuidados aos doentes internados em hospitais (Jones et al., 2015).

O estudo RN4CAST (*Registered Nurse Forecasting*) foi conduzido em 12 países europeus e 4 estados dos EUA. Tratou-se do primeiro estudo europeu que explorou a relação entre as dotações em enfermagem e o seu impacto nos resultados para o doente. Para além disto, verificou-se que um contexto com um melhor APC e rácio enfermeiro/doente adequado apresentava melhores indicadores de qualidade e segurança do doente (Aiken et al., 2012) e que existe uma relação positiva entre o número de enfermeiros e a redução de cuidados omissos (Aiken et al. 2017).

Assim, importa esclarecer esta problemática e o seu impacto na condição do doente, reforçando-o como um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem (VanFosson, Jones & Yoder, 2016).

## 1.2 – EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE CEO

O fenómeno da omissão de cuidados de enfermagem tem sido amplamente estudado. Na literatura podem encontrar-se várias designações: “cuidados de enfermagem omissos” (Kalisch, Landstrom & Hinshaw, 2009), “tarefas deixadas por fazer” (Sochalski, 2004), “priorização/racionalização de cuidados” (Schubert et al., 2008) ou “cuidados incompletos” (Jones et al., 2015).

Em 2004, a primeira expressão encontrada na literatura, tarefas deixadas por fazer (do inglês *tasks undone*), remetia para as atividades de enfermagem que não são realizadas por falta de tempo (Sochalski, 2004). Este tem sido o referencial para o *International Hospital Outcomes Research Consortium* (IHORC). O instrumento TU-7 foi o primeiro utilizado para medir o fenómeno da omissão de cuidados e correspondia a uma lista de 7 atividades de enfermagem, a que o respondente indicava, em resposta de Sim/Não, se ocorria omissão.

Em 2006, foi publicado o primeiro artigo que explorou o conceito de cuidados de enfermagem omissos, por Beatrice Kalisch, da Universidade do Michigan (EUA). A autora define CEO como os cuidados de enfermagem necessários que são omitidos (em parte ou na totalidade) ou significativamente adiados, correspondendo a um erro de omissão (Kalisch, 2006; Kalisch, 2015; Kalisch et al., 2009). Posteriormente, em 2009, a autora conjuntamente Arthur Williams, na sequência de estudos prévios com grupos

focais, validam a escala *MISSCARE*. Trata-se de um questionário constituído por 31 itens, divididos em duas partes: parte A que avalia a frequência de CEO (24 itens) e a parte B que avalia as razões para a omissão (17 itens).

Uma outra abordagem conceptual surgiu do estudo *Rationing of Nursing Care in Switzerland* que incluiu o IHORC e a Universidade de Basileia (Schubert et al., 2007). A priorização de cuidados (do inglês *rationing of nursing care/implicit rationing*) define-se como a negação ou incapacidade de realizar as tarefas de enfermagem necessárias, devido à falta de tempo ou inadequadas dotações/*skill mix* (Shubert et al., 2008). Este consórcio desenvolveu outro instrumento para avaliação da frequência da omissão de cuidados, o *Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument* (BERNCA). Trata-se de um inventário de 20 atividades vulneráveis à omissão que, mais tarde, foi expandido para 32 (Ausserhofer et al., 2013).

Outro conceito surgiu em 2015, definido por Jones et al.: cuidados de enfermagem incompletos. Estes são considerados como o resultado de um problema de escassez de tempo, que precipita um processo de racionalização assente em prioridades clínicas. Esta abordagem integra três dimensões: um problema – falta de recursos/tempo, um processo – tomada de decisão clínica, e um resultado – cuidados que ficam incompletos.

A omissão de cuidados de enfermagem tem sido amplamente investigada em unidades de internamento médico-cirúrgicas de agudos, mas também em contextos diferenciados de cuidados, desde unidades de cuidados intensivos neonatais (Rochefort, Rathwell, & Clarke, 2016; Tubbs-Cooley et al., 2017; Tubbs-Cooley, Mara, Carle, Mark & Pickler, 2019; Tubbs-Cooley, Pickler, Younger, & Mark, 2015), unidades de cuidados intensivos de adultos (Rehem, El badawy Abd, ELhamid & Elsalam, 2017), serviços de obstetrícia (Simpson & Lyndon, 2017; Simpson, Lyndon, Spetz, Gay, & Landstrom, 2019), bloco operatório (Talsma & McLaughlin, 2015), serviços de oncologia (Dehghan-Nayeri, Shali, Navabi, & Ghaffari, 2018; Papastavrou, Charalambous, Vryonides, Eleftheriou, & Merkouris, 2016; Vyronides et al., 2018), em contexto comunitário (Phelan, McCarthy, & Adams, 2018) e até em estruturas residenciais para idosos (Henderson, Willis, Xiao, & Blackman, 2017; Nelson & Flynn, 2015; Zúñiga et al., 2015).

A revisão da literatura conduzida por Jones et al. (2015) incluiu estudos de 20 países e a evidência gerada sugere, também, que esta é uma problemática global, experienciada por enfermeiros de diferentes culturas, ambientes políticos, sistemas de saúde e contexto socioprofissional.

Embora os conceitos pareçam apontar para um fenómeno comum, verificam-se algumas diferenças conceptuais, que têm conduzido a desenhos de investigação

diversos (Jones et al., 2015). Este aspeto parece explicar porque se encontram resultados díspares na literatura, uma vez que os instrumentos de colheita de dados e a variáveis nele consideradas, em cada investigação, são diferentes.

## 1.3 – A INVESTIGAÇÃO EM CEO

Com diferentes abordagens conceptuais, toda a investigação em CEO dos últimos dez anos tem apontado que esta é uma problemática real. Todos os estudos analisados identificam omissão de cuidados, a serem reportados com frequências díspares pelos enfermeiros. A revisão da literatura realizada por Jones et al. (2015) aponta uma prevalência de CEO entre 55 a 98%.

O estudo de Smith et al. (2017) aponta que 94% dos enfermeiros reportaram que, no último mês, uma ou mais atividades de enfermagem foram sempre ou frequentemente omitidas. A média de CEO foi de 1,74 (desvio-padrão de 0,68), de um total máximo de 4.

Para Ball et al. (2016), 74% dos enfermeiros relataram que alguns cuidados foram deixados por fazer no seu último turno. De forma semelhante, Jones (2015) mostra que 98% dos enfermeiros referiram algum grau de priorização/omissão de cuidados e que 97% reportaram múltiplas atividades omissas. O estudo de Cho et al. (2016) aponta que 82% dos enfermeiros identificaram que, no seu último turno, uma ou mais atividades necessárias não foram realizadas devido à falta de tempo, sendo que em média 3 atividades de 12 possíveis foram omissas.

Numa outra investigação realizada por Hessels et al. (2015), os enfermeiros omitiram cerca de 10 a 27% de cuidados de enfermagem e em Lake et al. (2016) os enfermeiros reportaram que deixaram por fazer 2,7 das 12 atividades de cuidados avaliadas, sendo que 73,4% omitiram pelo menos uma atividade.

Os CEO mais frequentemente identificados nestas investigações foram a deambulação, posicionamento a cada duas horas, higiene oral, alimentação do doente, educação do doente e família, conforto/comunicação, suporte emocional, assistir no uso do sanitário, avaliação do risco de queda, administração da medicação e documentação/registos de enfermagem. Verifica-se que existe grande diversidade de resultados, com diferentes cuidados de enfermagem a serem considerados omissos.

Por um lado, um conjunto de autores refere omissão de cuidados de enfermagem relacionados com a mobilidade do doente (Bruyneel et al., 2015; Chapman et al., 2016; Cho et al., 2015; Hernández-Cruz et al., 2017; Orique et al., 2016; Palese et al., 2015;

Smith et al., 2017; Winsett et al., 2016) e, por outro, emerge a omissão de cuidados correspondentes a comunicação, educação ou suporte emocional (Ball et al., 2016; Bruyneel et al., 2015; Carthon et al., 2015; Cho et al., 2016; Dehghan-Nayeri et al., 2015; Hernández-Cruz et al., 2017; Hessels et al., 2015; Higgs et al., 2016; Jones, 2015; Lake et al., 2016; McMullen et al., 2017; Orique et al., 2016; Palese et al., 2016).

Para Jones et al. (2015), os cinco cuidados mais omitidos encontrados na literatura são o suporte emocional, educação do doente, coordenação dos cuidados e planeamento da alta, planeamento dos cuidados e pontualidade dos cuidados.

No entanto, a abordagem dos CEO proposta por Kalisch mostra que os cuidados relacionados com a mobilidade do doente são mais omitidos, comparativamente à abordagem *implicit rationing* (Schubert et al., 2007) onde surgem atividades omissas relacionadas com a vigilância do doente.

A investigação tem ainda identificado os cuidados que os enfermeiros raramente omitem. Globalmente, estes relacionam-se com monitorizações (glicémia capilar ou balanço hídrico), tratamentos e procedimentos (medicação, tratamento a feridas e gestão da dor), avaliação do doente e higienização das mãos. Tal como os CEO mais reportados, também aqui existe variabilidade de resultados, possivelmente explicável pelos diversos instrumentos de colheita de dados utilizados.

A revisão de Jones et al. (2015) também corrobora esta variabilidade pois as atividades consideradas menos omissas relacionam-se com o controlo de infeção, tratamentos, procedimentos, nutrição e eliminação.

Os resultados parecem indicar que os enfermeiros priorizam atividades no domínio das necessidades fisiológicas imediatas em detrimento de outras atividades, como salienta Jones (2015), ou omitem mais atividades de planeamento do que atividades clínicas como refere Lake et al. (2016).

Os CEO mais frequentes, para Jones et al. (2015), partilham características como estarem mais relacionados com necessidades emocionais ou psicológicas do que com necessidades fisiológicas, o seu efeito na saúde do doente ser indireto e não imediato, requererem mais tempo para serem completados, e haver menor probabilidade de serem auditados.

A investigação sobre a efetividade dos cuidados básicos de enfermagem é incipiente, para autores como Kalisch (2015), havendo uma genérica desvalorização destes cuidados, o que pode ajudar a explicar que a omissão dos cuidados de enfermagem tenha esta dimensão globalizada nos serviços de saúde.

## 1.4 – CEO: UMA QUESTÃO ÉTICA?

Apesar de parecer uma verdade irrefragável e dos enfermeiros estarem conscientes que existem cuidados de enfermagem que não acontecem, este é um tópico que não é discutido abertamente (Kalisch et al., 2009). No entanto, a deontologia da profissão sustenta uma posição clara sobre a temática.

O Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 83.º, estabelece que o enfermeiro tem o dever de corresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento. Mais adiante, o artigo 88.º aponta que o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, através da adequação das normas de qualidade dos cuidados às necessidades da pessoa, assegurando as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia e comunicando as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

É, assim, possível afirmar que os enfermeiros se encontram numa encruzilhada. Por um lado, estão reféns da insegurança dos cuidados e inadequada gestão e liderança que promovam ambientes de prática favoráveis (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2007) e por outro, esmagados pelo imperativo ético e deontológico de cuidar de acordo com a melhor evidência e qualidade.

Este fenómeno apresenta-se como um problema perverso de sustentabilidade, em resultado de obstáculos estruturais que impedem uma alocação de recursos efetiva e preventiva da omissão (Jones, Willis, Amorim-Lopes & Drach-Zahavy, 2019).

Assim, os CEO poderão ser encarados numa perspetiva ética? Os enfermeiros poderão ser moralmente e deontologicamente responsabilizados pela omissão de cuidados? Para Suhonen e Scott (2018), o conjunto de decisões que o enfermeiro toma para omitir um qualquer cuidado e a própria omissão desse cuidado deve ser objeto de uma cuidada reflexão ética. É relevante salientar que a priorização sobre as diferentes necessidades de cuidados avaliadas e a gestão de expectativas conflituantes, desafia os valores profissionais e morais dos enfermeiros (Suhonen et al., 2018).

Sabendo que a raiz do problema da omissão de cuidados é em muito atribuída à deficiente alocação de recursos, a responsabilidade da situação não pode recair no enfermeiro de forma individual. Contudo, sobre esta situação Kearns (2019) considera que a decisão individual de um enfermeiro ou de uma equipa recai nas pessoas que a tomam.

Este autor construiu uma reflexão em torno do princípio "*Ought implies can*" e os CEO. *Ought implies can* significa que quando uma pessoa tem a obrigação moral de fazer uma coisa, esta tem de ter a capacidade de o fazer. Ou seja, se a pessoa não tem condições para fazer algo, então não pode ser moralmente responsável pela sua omissão. Para o autor, este princípio ético abre a possibilidade de os enfermeiros não poderem ser eticamente responsabilizados pela ocorrência de CEO. Todavia, pode não ser aplicável a toda a omissão de cuidados dependendo da causa subjacente.

Para Sapontzis (1991) como referido por Kearns (2019), quando cessa a obrigação de fazer pela incapacidade de o cumprir, podem surgir novas obrigações para corrigir a falha da primeira obrigação, como seja o designado *principle of making amends*. A lacuna entre a obrigação moral, presente nos valores e na deontologia da profissão e a capacidade para cumprir os cuidados necessários tem suscitado a investigação sobre a angústia moral dos enfermeiros (Papastravou, Andreou & Vryonides, 2014).

A angústia moral tem sido entendida como a ansiedade ou preocupação sobre a capacidade de corresponder aos desafios, à integridade de uma pessoa, ou um sentimento de falha, traição de compromissos e valores morais fundamentais (Carse, 2013).

Na perspetiva de Harvey et al. (2018), os enfermeiros raramente omitem cuidados por esquecimento ou não reconhecimento deste no plano de cuidados do doente, mas priorizam/racionalizam através de um processo de tomada de decisão que recorre às suas competências de avaliação e conhecimento da situação clínica do doente. Para estes, a omissão de cuidados pode também ser uma responsabilidade da organização por responsabilidade indireta, se houver questões da organização relacionadas com a omissão.

## 1.5 – CEO E FATORES RELACIONADOS

A investigação em CEO tem estabelecido correlações com diversos fatores ou causas. Ao mesmo tempo que se tem vindo a conhecer este fenómeno, as causas subjacentes permitem deslindar as razões que conduzem à omissão e fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro, neste domínio.

Os CEO foram considerados mais frequentes em unidades médico-cirúrgicas do que em serviços de urgência no estudo de Hernández-Cruz et al. (2017). No entanto, Higgs et al. (2016) concluíram que as intervenções relacionadas com cuidados básicos foram mais frequentemente omitidas em unidades de cuidados intensivos e urgência,

enquanto as atividades de planeamento foram mais omissas em unidades médicas e cirúrgicas. Em Bragadóttir et al. (2016), também as unidades médico-cirúrgicas apresentaram maior frequência de CEO do que as unidades de cuidados intensivos, enquanto que, para Chapman et al. (2016), as frequências de CEO foram semelhantes nas diversas unidades de internamento incluídas no estudo.

Os enfermeiros de hospitais universitários e com idade inferior a 34 anos reportaram mais CEO no trabalho de Bragadóttir et al. (2016). De forma semelhante, os enfermeiros de unidades cirúrgicas com idades compreendidas entre 20 e 29 anos e com mais habilitações literárias, assim como os enfermeiros de unidades médicas com maior número de anos de experiência profissional e no serviço foram os que reportaram mais CEO (Higgs et al., 2016). Para Palese et al. (2015), a idade da equipa foi considerada um fator protetor da omissão, ou seja, enfermeiros com mais idade reportam menos CEO. Pelo contrário, Bruyneel et al. (2015) identificaram que os enfermeiros com mais qualificações reportaram menos CEO, o que é justificado pelos autores considerando que os enfermeiros com mais qualificações têm uma produtividade mais elevada e, por isso, omitem menos cuidados.

Num estudo de 2017, Ball et al. avaliaram os CEO em diferentes turnos, tendo concluído que a frequência de CEO foi 1,13 vezes maior para enfermeiros que trabalham em turnos com duração superior a 12 horas, com uma média de 4,23 atividades omissas, contra 3,85 atividades omissas por enfermeiros que trabalham menos de 8 horas. Para Ball et al. (2016) foram registados mais CEO nos turnos da manhã e tarde, enquanto que no turno da noite todas as atividades avaliadas foram menos omissas.

O trabalho em equipa foi considerado elemento preditor de CEO por Bragadóttir et al. (2016), enquanto Chapman et al. (2016) encontraram correlação entre CEO e o trabalho em equipa. Os mesmos autores encontraram correlação positiva fraca, mas significativa, entre o número de doentes atribuídos a cada enfermeiro e a frequência de CEO. Os enfermeiros que percecionavam melhor dotação de profissionais reportaram menos CEO (Bragadóttir et al., 2016).

De forma similar também Ball et al. (2016), identificaram que a probabilidade de ocorrer CEO foi reduzida para metade em turnos onde cada enfermeiro tem atribuídos menos de seis doentes, em comparação com turnos onde cada enfermeiro cuida de dez ou mais doentes. Nos turnos diurnos, os enfermeiros que relataram CEO tinham, em média, 6,2 doentes distribuídos, em comparação com 4,76 doentes em turnos onde não foram reportados CEO. Este dado é corroborado pelas conclusões de Cho et al. (2016), em que a um aumento de 1 doente por enfermeiro foi associado um aumento de 3% de

probabilidade de omissão de cuidados. Uma relação significativa entre o número de doentes por enfermeiro e a frequência de CEO foi identificada por Orique et al. (2016).

A escala *MISSCARE* considera três grupos de causas para os CEO: comunicação, recursos materiais e recursos laborais (Kalisch & Williams, 2009), conforme explicita a tabela que se segue.

**Tabela 1** – Causas dos CEO consideradas na escala MISSCARE (Kalisch & Williams, 2009).

| CAUSAS | ITENS CONSIDERADOS |
|---|---|
| Comunicação | - Tensão ou quebras de comunicação dentro da equipa de enfermagem<br>- Falta de suporte dos elementos da equipa<br>- O auxiliar de enfermagem não comunica cuidados que não foram cumpridos<br>- O cuidador está fora da unidade ou indisponível<br>- Tensão ou quebras de comunicação com a equipa médica<br>- Tensão ou quebras de comunicação com outros serviços de suporte<br>- Outros serviços não providenciam os cuidados necessários<br>- Inadequada transmissão de informação do turno anterior ou da unidade que transfere o doente<br>- Distribuição de doentes desequilibradas |
| Recursos materiais | - Aprovisionamento/equipamento indisponível quando necessário<br>- Aprovisionamento/equipamento não funcionantes quando necessário<br>- Medicação indisponível quando necessário |
| Recursos laborais | - Inesperado aumento do número e/ou gravidade de doentes na unidade<br>- Agravamento da situação do doente<br>- Inadequada dotação de enfermeiros<br>- Inadequada dotação de auxiliares |

Para Hernández-Cruz et al. (2017), os recursos humanos foram apontados como principal fator influenciador dos CEO, seguido da comunicação e, por fim, os recursos materiais. Os participantes do estudo indicaram que a frequência de CEO se devia à inadequada dotação da equipa, ao aumento inesperado de doentes e/ou volume de trabalho. Outros autores como Chapman et al. (2016), Palese et al. (2015), Winsett et al. (2016) consideram potenciadores de CEO os recursos laborais, fundamentalmente um inesperado aumento do volume de trabalho. Por seu turno, os resultados de McMullen et al. (2017) mostraram que a comunicação e os recursos materiais e laborais foram considerados fatores influenciadores de CEO pelos enfermeiros.

A indisponibilidade de medicamentos quando necessário e uma dotação inadequada (Winsett et al. 2016) foram considerados aspetos relevantes, sendo este último fator também identificado por Chapman et al. (2016), Cho et al. (2015), Cho et al. (2016), Orique et al., 2016 e Palese et al. (2015).

Cuidados realizados por enfermeiros em detrimento de auxiliares e número de doentes por enfermeiro foram considerados fatores protetores da ocorrência de CEO por Palese et al. (2015). Ao invés, as tensões na comunicação entre enfermeiros e auxiliares, experiência na unidade e cuidados realizados por auxiliares foram considerados fatores de risco para CEO para o mesmo autor e também para Orique et al. (2016).

Para Dehghan-Nayeri et al. (2015), um ambiente de trabalho inadequado, falhas no trabalho em equipa ou na gestão e liderança são fatores identificados pelos enfermeiros como explicativos da omissão de cuidados.

Por seu turno, o estudo de Smith et al. (2017) relacionou os CEO com o APC. Como referido anteriormente, trata-se de um conceito proposto por Lake (2002), que se traduz num conjunto de caraterísticas de um local de trabalho que facilitam ou dificultam a prática de enfermagem. Tem sido associado com a qualidade dos cuidados e resultados para o doente em vários países (Warshawsky & Havens, 2011 como referido por Smith et al., 2017). Um APC favorável foi associado a menos CEO (Smith et al., 2017). Esta relação entre CEO e o APC foi encontrada nos estudos de Ball et al. (2016), Bruyneel et al. (2015), Carthon et al. (2015) e Hessels et al. (2015). Estes resultados justificaram a escolha do APC como variável a incluir no desenho da investigação.

### 1.5.1 – O ambiente da prática de cuidados

Nas últimas décadas, vários investigadores têm estudado a efetividade dos cuidados de enfermagem, através do modelo de estrutura-processo-resultado de Donabedian (1988) ou do modelo de efetividade dos cuidados de Enfermagem de Doran, Sidani, Keatings & Doidge (2002). Os dois modelos valorizam as caraterísticas do ambiente como influenciadores dos cuidados de Enfermagem.

Ambiente da prática dos cuidados (APC) é um termo de conceptualização difícil e surge na literatura como fator influenciador dos resultados para os profissionais e para a segurança dos doentes (*Institute of Medicine*, 2004). O conceito mais conhecido foi proposto por Eileen Lake (2002), que define APC como um conjunto de caraterísticas de um local de trabalho que facilitam ou dificultam a prática de Enfermagem.

Assim, e de acordo com o conceito, conhecer o ambiente onde se desenrola o processo de prestação de cuidados permite deslindar as relações que condicionam as equipas e que têm impacto nos resultados para o doente. Em 2007, o Conselho Internacional de Enfermeiros alertou para este facto com a publicação do documento “Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade”.

A revisão da literatura realizada por Jones et al. (2015) aponta que o APC tem uma forte influência nos CEO, sendo esta superior às características individuais do enfermeiro. Um APC favorável condiciona maior satisfação profissional, diminuição do *burnout* e redução de profissionais que querem sair do serviço ou abandonar a profissão (Aiken et al., 2008). No entanto, o consórcio europeu RN4CAST que estudou as condições de trabalho dos enfermeiros em 12 países mostra que continua a ser necessário melhorar

o APC, com vista a maximizar a qualidade dos cuidados e a aumentar a satisfação dos profissionais (Aiken et al., 2013).

O APC tem sido associado com a qualidade dos cuidados em diversos países (Warshawsky & Havens, 2011), pela ocorrência de menos eventos adversos, com redução da incidência de quedas, erros de medicação, úlceras por pressão e infeções associadas aos cuidados de saúde (Stalpers, et al. 2015). Deste modo, e de acordo com um conjunto de autores, um APC favorável correlaciona-se com menos CEO (Ball et al., 2016; Bruyneel et al., 2015; Carthon et al., 2015; Hessels et al., 2015; Jones et al., 2015; Smith et al., 2017).

Uma revisão sistemática da literatura realizada por Schalk, Bijl, Halfens, Hollands e Cummings (2010) lista várias intervenções com vista a melhorar o APC, que passam pelo reforço de competências de liderança e do trabalho em equipa.

A escala PES-NWI (*Practice Environment Scale of the Nursing Work Index)* (Lake, 2002) é um instrumento que avalia o APC, validado para a população portuguesa por Amaral, Ferreira e Lake (2012). É uma escala composta por 31 itens que descrevem as caraterísticas do ambiente da prática agrupadas em cinco subescalas: participação nas políticas hospitalares; fundamentos de Enfermagem para a qualidade dos cuidados; capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros; adequação dos recursos humanos e materiais; e relação colegial entre médicos e enfermeiros. A pontuação das cinco subescalas é combinada, servindo como uma medida de avaliação do APC. Uma pontuação acima de 2,5 indica um ambiente favorável e abaixo de 2,5 corresponde a uma APC desfavorável (Zangaro & Jones, 2019).

A sua utilização tem sido recomendada por diversas organizações internacionais, como a *National Quality Forum,* ou a *Joint Commission For Accreditation of Hospitals* (Amaral, Ferreira & Lake, 2012). A meta-análise de Zangaro e Jones (2019), aponta a PES-NWI como um instrumento confiável para avaliação do APC, em diversos países e contextos de cuidados.

## 1.6 – IMPLICAÇÕES DOS CEO

As implicações dos CEO podem manifestar-se de formas distintas e em diferentes intervenientes dos cuidados de saúde pois a omissão pode: colocar o doente em risco de deterioração clínica; desafiar as organizações, que confiam na qualidade dos cuidados e continuam a enfrentar a (in)segurança dos cuidados, e os enfermeiros que colocam a si próprios, questões ético-legais e morais por não atingirem o *standard* de cuidados (Harvey et al., 2018).

A primeira revisão sistemática da literatura sobre o impacto dos CEO em adultos internados em hospitais ou estruturas residenciais para idosos foi publicada por Recio-Saucedo et al. (2018). A revisão incluiu 14 estudos que reportaram relação entre a omissão de cuidados, a qualidade dos cuidados e resultados adversos para o doente.

Vários estudos encontraram associação entre CEO e a ocorrência de infeções associadas aos cuidados de saúde (Lucero et al., 2010; Schubert et al., 2008; Schubert et al., 2009) e, de forma particular, infeções da corrente sanguínea e pneumonia (Ausserhofer et al., 2013). Foi encontrada associação entre CEO e erros na administração de medicação nos estudos de Ausserhofer et al. (2013), Lucero et al. (2010) e Schubert et al. (2008). Também a ocorrência de quedas foi associada à omissão de cuidados de enfermagem nos estudos de Lucero et al. (2010) e Schubert et al. (2008).

A incidência de lesões por pressão também foi significativamente associada aos CEO (Schubert et al., 2008; Schubert et al., 2009). Por oposição, Thompson (2014) não encontrou relação entre a prevalência de lesões por pressão e a omissão de cuidados.

O estudo de Nelson e Flynn (2015), realizado em 63 estruturas residenciais para idosos, revelou associação entre a percentagem de residentes com infeção do trato urinário e a omissão de administração de medicação, vigilância do doente, tratamentos/procedimentos, conforto/falar com doentes, ensinos ao doente/família, documentação dos cuidados de enfermagem e coordenação dos cuidados.

No que diz respeito à mortalidade, Ambrosi et al. (2016) e Lucero et al. (2010) não encontraram relação significativa com a omissão de cuidados. Todavia, Schubert et al. (2012) verificaram que os doentes tratados num hospital com maior nível de CEO tinham 51% maior probabilidade de morrer do que os doentes dos outros hospitais. Na investigação de Carthon et al. (2015), um aumento de 10% de omissão de tratamentos/procedimentos resultou num aumento da probabilidade de readmissão nos 30 dias após a alta hospitalar.

Também a satisfação do doente foi correlacionada com a omissão de cuidados de enfermagem (Ausserhofer et al., 2013; Bruyneel et al., 2015; Schubert et al., 2009). Em Schubert et al. (2008), um aumento de 0,5 nas pontuações de CEO foi associado a uma redução de 37% de probabilidade de o doente reportar satisfação com os cuidados recebidos. Os CEO foram associados a cinco dimensões da satisfação do doente (cuidados de enfermagem diretos, cuidados técnicos, informação, relação interpessoal e cuidados de enfermagem indiretos) no trabalho de Papastavrou, Andreou, Tsangari & Merkouris (2014).

Ao invés, a segurança do doente reportada pelos enfermeiros foi associada à qualidade dos cuidados de enfermagem (Ball, Murrells, Rafferty, Morrow, & Griffiths, 2014) e a qualidade dos cuidados foi associada a menor omissão (Zuniga et al., 2015). Para Sochalski (2004), a baixa qualidade dos cuidados foi associada ao número de tarefas de enfermagem incompletas.

Após a publicação da revisão de Recio-Saucedo et al. (2018), foram publicadas outras investigações que procuraram identificar o impacto dos CEO. Um estudo qualitativo, com dados colhidos por entrevista em grupos focais, por Simpson e Lyndon (2017) tinha o objetivo de identificar a omissão de cuidados no trabalho de parto e nascimento. Os participantes expressaram preocupação com o risco materno-fetal presente quando não existem profissionais em número suficiente e discutiram a possibilidade de resultados adversos como nascimento por cesariana, hemorragia, insucesso na amamentação, satisfação e experiência do doente.

As lacunas na documentação de intervenções de enfermagem foram identificadas no estudo de Tesoro, Peyser e Villarente (2018), que tinha como objetivo determinar a incidência de pneumonia associada aos cuidados de saúde e identificar omissão de intervenções de enfermagem preventivas deste tipo de infeção. Os autores colocaram a hipótese que esta omissão pode explicar a incidência deste evento adverso. A falta de documentação de intervenções de enfermagem foi mais relevante na higiene oral, elevação da cabeceira, mobilização fora do leito e espirometria de incentivo.

As quedas são outra das implicações dos CEO identificados por Hessels, Paliwal, Weaver, Siddiqui e Wurmser (2018).

No que se prende com a mobilidade do doente, também Veal, Peat, Jones, Tsianakas & Armes (2019) identificaram que os profissionais de saúde omitem a atividade física durante o tratamento secundário do cancro colorretal, com prejuízo da funcionalidade e prevenção de efeitos secundários.

Para além das implicações para o doente, a omissão de cuidados também tem sido associada a resultados deletérios para os profissionais e organizações. Nestes domínios tem sido identificado que os CEO estão correlacionados com menor satisfação dos doentes (Lake, Germack & Viscardi, 2016), menor satisfação com o trabalho (Kalisch, Tschannen & Lee, 2011) e maior intenção de demissão do trabalho atual (Tschannen, Kalisch & Lee, 2010).

Conhecer mais fatores que afetam o cumprimento das intervenções de enfermagem é de grande importância e um aspeto para que os investigadores deste domínio temático devem estar sensíveis, dado o potencial impacto negativo dos CEO. É imperioso limitar

a ocorrência de omissão de cuidados para reduzir a frequência de eventos adversos e, tal como referem Recio-Saucedo et al. (2018) aumentar a cultura de segurança e qualidade das instituições. Mas importa salientar que limitar esta ocorrência (de CEO) será tanto mais viável quanto mais se evidenciarem as suas implicações.

## 1.7 – MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS

O "Modelo de Cuidados de Enfermagem Omissos" (do inglês – *Missed Nursing Care Model),* desenvolvido por Beatrice Kalisch, serviu de alicerce conceptual à investigação (Kalisch, 2015). Este baseia-se no modelo de estrutura-processo-resultado de Donabedian (1988). Também Jones et al. (2015) identificaram que os CEO são um fenómeno que inclui um problema (recursos/escassez de tempo), um processo (decisão clínica de priorizar ou omitir cuidados) e um resultado (CEO), considerando que para indagar a frequência, causas e consequências destes seria relevante selecionar indicadores de estrutura, processo e resultados.

O modelo tem sido desenvolvido e estudado para conhecer o que acontece durante o processo da prestação de cuidados de enfermagem. Este assume que as caraterísticas do hospital, das unidades de internamento e equipas, assim como o trabalho em equipa são indicadores de estrutura. Estes indicadores concorrem para os CEO nos hospitais, constituindo-se como indicador de processo, e podem condicionar o resultado para o doente e para as equipas – indicadores de resultado. Estes indicadores e os seus elementos constituintes estão esquematizados na Figura 1.

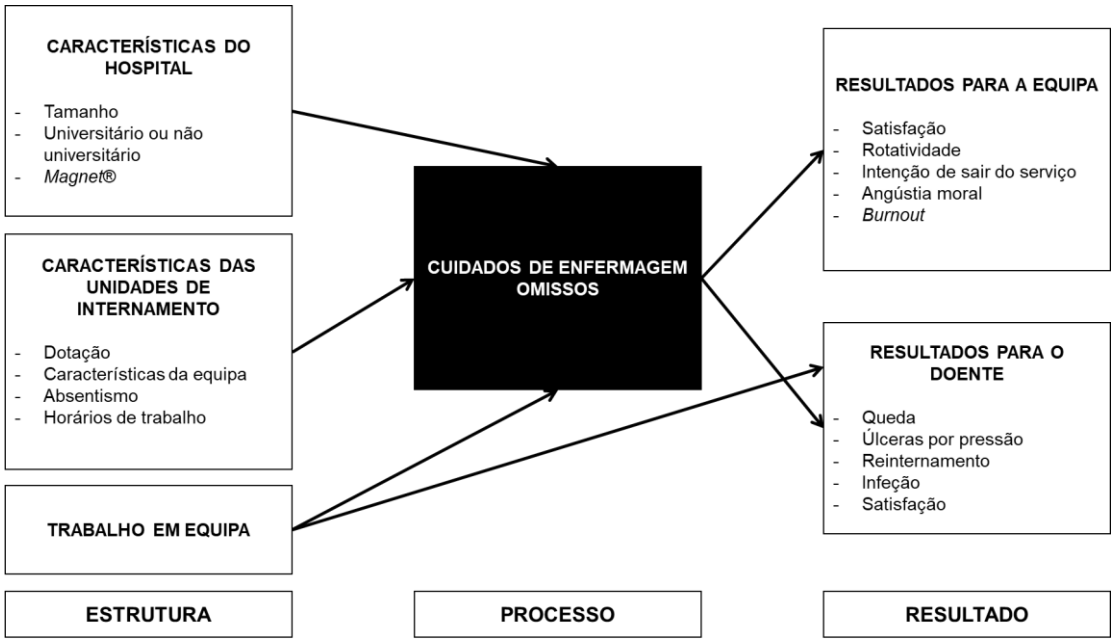



**Figura 1 –** Modelo de Cuidados de Enfermagem Omissos (adaptado de Kalisch, 2015).

As caraterísticas do hospital, enquanto indicador de estrutura, compreendem a sua dimensão, a tipologia e as atividades a que se destina. A unidade de internamento é caraterizada pelo tipo de serviço (ex. unidades médicas, cirúrgicas, cuidados intensivos), dotações, a equipa e suas caraterísticas e horários de trabalho. Quanto às caraterísticas do hospital, o modelo inclui variáveis como a dimensão, o facto de se tratar de um hospital universitário ou tratar-se de uma instituição com designação específica, como é o caso dos hospitais *Magnet®.* Também as caraterísticas individuais, como sexo, idade, educação, experiência profissional e horários de trabalho, são incluídos como variáveis influenciadoras nos indicadores de estrutura do modelo.

A avaliação do processo dos cuidados de enfermagem é fundamental para que se possam desenvolver intervenções para o melhorar (Kalisch, 2015). Assim, o indicador de processo do modelo são os CEO, enquanto medida de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Os indicadores de resultado incluem variáveis tanto do doente como das equipas. No caso do doente, o modelo relaciona os CEO com eventos adversos como a infeção, a incidência de quedas, as úlceras por pressão ou a satisfação com os cuidados. No caso das equipas, a ocorrência de CEO pode influenciar a satisfação profissional, a intenção de demissão ou a angústia moral.

Assim, perante o modelo poderão ser postuladas várias hipóteses, como por exemplo: a dotação influencia os CEO; o tipo de unidade de internamento prediz a ocorrência de CEO; a experiência profissional tem impacto na ocorrência de CEO; entre outros. Para além das variáveis descritas, esta investigação pretende incluir o conceito de APC dentro das variáveis de estrutura. Como será apresentado posteriormente, esta centrar-se-á nos indicadores de estrutura e processo do modelo, conforme se ilustra na figura 2.

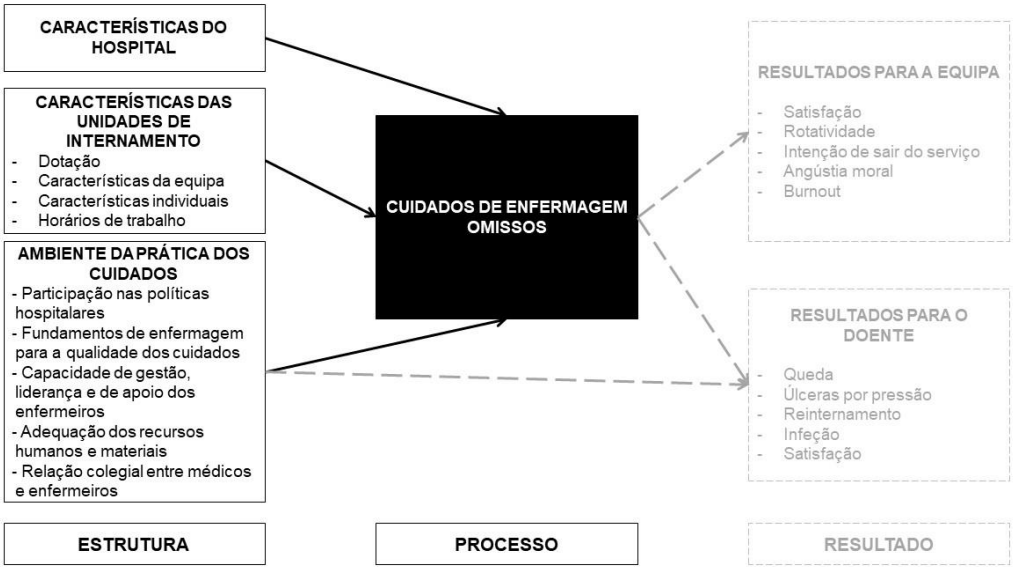



**Figura 2** – Modelo conceptual do estudo, adaptado do modelo de cuidados de enfermagem omissos de Kalisch (2015).

Considerando a evidência analisada, o fenómeno dos CEO assume-se como uma realidade global e significativa. A decisão de priorizar ou omitir cuidados de enfermagem é influenciada por diversos fatores e, sobre estes, pretende-se dar mais alguns contributos nesta investigação.

## CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA

A investigação realizada assenta numa abordagem quantitativa, tratando-se de uma investigação de nível II, descritiva e correlacional. Para a concretização desta, em simultâneo, realizou-se um estudo metodológico (Polit & Beck, 2012).

A inexistência de instrumentos de medida para avaliar dos CEO, conduziu à decisão de utilizar a *MISSCARE* (Kalisch & Williams, 2009), uma vez que este instrumento foi já largamente utilizado em investigações realizadas noutros países (Bragadóttir et al., 2016; Chapman et al., 2016; Cho et al., 2015; Hernandez-Cruz et al., 2017; Higgs et al., 2016; McMullen et al., 2017; Orique et al., 2016; Palese et al., 2015; Smith et al., 2017; Winsett et al., 2016) evidenciando ser um instrumento válido. Neste caso, procedeu-se previamente à tradução para a língua portuguesa e respetiva validação, de forma a possibilitar a sua utilização no contexto da prática clínica e no âmbito desta investigação.

O presente capítulo define as etapas do percurso metodológico, explora as opções tomadas e apresenta alguns dados nele obtidos. Concretizando, visa apresentar questões e hipóteses de investigação, população e amostra, instrumento de colheita de dados, processo de adaptação para a língua portuguesa e validação da escala *MISSCARE*, os procedimentos adotados para e na colheita de dados, bem como a apresentação da estratégia seguida no seu tratamento estatístico.

### 2.1 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

A investigação desenvolvida pretende dar resposta à questão geral: *quais as causas dos cuidados de enfermagem omissos que são reportados pelos enfermeiros que trabalham em unidades de internamento médicas e cirúrgicas de adultos de um centro hospitalar?*

Considerando a questão e o conhecimento já desenvolvido no âmbito da omissão de cuidados de enfermagem, subdividiu-se a questão em três partes e, dentro de cada uma destas, formularam-se hipóteses.

**- Questão 1**: Quais os cuidados de enfermagem omissos identificados pelos enfermeiros das unidades de internamento médicas e cirúrgicas?

- Hipótese 1: Existe diferença entre os CEO identificados de acordo com o tipo de unidades de internamento.
- Hipótese 2: Há relação entre os CEO identificados e o número de anos de serviço dos enfermeiros.
- Hipótese 3: Existe diferença entre os CEO identificados e a intenção de abandonar a instituição.
- Hipótese 4: Há relação entre os CEO identificados e o número de doentes atribuídos a cada enfermeiro.

**- Questão 2**: Quais os fatores identificados pelos enfermeiros das unidades de internamento médicas e cirúrgicas que estão associados à omissão de cuidados?

- Hipótese 5: Há relação entre os fatores e os CEO identificados pelos enfermeiros.

**- Questão 3:** Qual a perceção dos enfermeiros das unidades de internamento médicas e cirúrgicas sobre o APC?

- Hipótese 6: Existe diferença entre o APC de acordo com o tipo de unidade de internamento.
- Hipótese 7: Os fatores associados e o APC identificados pelos enfermeiros permitem prever os CEO.

## 2.2 – POPULAÇÃO/AMOSTRA

Uma vez que se pretendia estudar a perceção dos enfermeiros sobre o fenómeno CEO, optou-se por considerar um determinado contexto: unidades hospitalares direcionadas ao internamento de adultos com patologias médicas e cirúrgicas. Esta escolha deveu-se, por um lado, à facilidade de acesso ao contexto e, por outro lado, por estas constituírem um grupo de unidades que reúnem um conjunto de caraterísticas homogéneas. Assim, tratou-se de um processo de amostragem não probabilístico de conveniência (Polit & Beck, 2012).

Assim, a população do estudo correspondeu aos enfermeiros que trabalhavam em unidades de internamento hospitalar médicas e cirúrgicas, de adultos. A população acessível correspondeu a uma parte da população que está acessível ao investigador (Polit & Beck, 2014) que, neste caso, correspondeu aos enfermeiros dos referidos serviços do centro hospitalar.

Para efeitos do estudo de validade e fiabilidade do instrumento, Bryman e Cramer (1992) recomendam que a amostra seja constituída por 5 sujeitos por cada item e não menos

de 100 sujeitos no total. Uma vez que a *MISSCARE* possui 41 itens e pretendendo-se fazer uma avaliação das suas propriedades psicométricas, incluíram-se unidades de internamento médicos e cirúrgicos (medicina interna, cirurgia geral e diversas especialidades médicas e cirúrgicas).

Para além disto, foram incluídos os enfermeiros que reuniam os seguintes critérios de inclusão: aceitarem participar no estudo; que prestassem cuidados diretos ao doente; e que tivessem pelo menos seis meses de experiência no atual serviço.

### 2.2.1 – Caraterização geral da amostra

A amostra do estudo foi caraterizada em função de variáveis demográficas, como a idade, número de anos de experiência profissional, número de anos de experiência na instituição e número de faltas ao trabalho nos últimos 3 meses, como se apresenta na Tabela 2.

Os participantes eram maioritariamente enfermeiras (75,0%). A média de idade era de 40 anos, com um tempo médio de experiência profissional de 17 anos e 10 anos de experiência na instituição (em média). Registou-se um nível de absentismo com uma média de 1 dia de falta ao trabalho nos últimos 3 meses.

**Tabela 2 –** Variáveis demográficas.

| Variáveis Demográficas | | | | | n.º | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sexo | Feminino | | | | 156 | 75,0 |
| | Masculino | | | | 52 | 25,0 |
| | Mín. | Máx. | $\bar{X}$ | s | EPM | CV |
| Idade | 25,0 | 61,0 | 39,77 | 7,94 | 0,55 | 19,96% |
| N.º anos de experiência profissional | 3 | 36 | 16,82 | 7,58 | 0,525 | 45,06% |
| N.º anos de experiência na instituição | 1 | 34 | 10,10 | 7,76 | 0,537 | 76,83% |
| N.º turnos que faltou nos últimos 3 meses | 0 | 90 | 1,15 | 0,49 | 7,074 | 42,61% |

No que diz respeito às variáveis académicas e profissionais, a maioria dos enfermeiros detinham a categoria profissional de enfermeiro (71,2%) e tinham um vínculo profissional por contratos de trabalho por tempo indeterminado de 35 horas por semana (99%). No que diz respeito às habilitações, destacam-se aproximadamente 90% que eram licenciados ou pós licenciados, isto é 58,7% e 20,7% detinham Licenciatura em Enfermagem e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem, respetivamente.

Dos participantes que explicitaram o local de trabalho, cerca de 46% trabalhavam em unidades de internamento médicas e 50% em unidades cirúrgicas. Observou-se que a duração do turno mais frequente era de 7 a 8 horas, sendo que a maioria dos enfermeiros trabalhavam por turnos rotativos (37%) ou turno da manhã (36,5%). A

maioria dos participantes apontaram 1 a 20 horas de trabalho extraordinário nos últimos 3 meses (47,6%). No que diz respeito à intenção de deixar a instituição, 69,2% dos enfermeiros não planeavam deixar, 21,2% planeavam deixar no próximo ano e 9,6% nos próximos 6 meses. Estes dados encontram-se sintetizados na Tabela seguinte.

**Tabela 3 –** Variáveis académicas e profissionais.

| Variáveis académicas e profissionais | | n.º | % |
|---|---|---|---|
| Categoria profissional | Enfermeiro | 148 | 71,2 |
| | Enfermeiro Especialista | 56 | 26,9 |
| | Outro | 4 | 1,9 |
| Vínculo profissional | CPFP por tempo indeterminado | 100 | 48,1 |
| | CPFP por tempo certo | 1 | 0,5 |
| | CIT por tempo indeterminado | 98 | 47,1 |
| | CIT por tempo certo | 5 | 2,4 |
| | CIT por tempo incerto | 4 | 1,9 |
| n.º horas de trabalho | 25h/semana | 1 | 0,5 |
| | 35h/semana | 206 | 99 |
| | 40h/semana | 1 | 0,5 |
| Habilitações Académicas | Bacharelato em Enfermagem | 1 | 0,5 |
| | Licenciatura em Enfermagem | 122 | 58,7 |
| | Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem | 43 | 20,7 |
| | Mestrado em Enfermagem | 34 | 16,3 |
| | Doutoramento em Enfermagem | 1 | 0,5 |
| | Outro Mestrado/Doutoramento | 6 | 2,9 |
| | Não responde | 1 | 0,5 |
| Tipo de unidade de internamento | Médica | 96 | 46,2 |
| | Cirúrgica | 105 | 50,5 |
| | Não responde | 7 | 3,4 |
| Turno de trabalho mais frequente | Manhã | 76 | 36,5 |
| | Tarde | 51 | 24,5 |
| | Noite | 4 | 1,9 |
| | Rotativos | 77 | 37 |
| Duração do turno de trabalho mais frequente | 7 horas | 67 | 32,2 |
| | 8 horas | 103 | 49,5 |
| | 10 horas | 25 | 12 |
| | Outro | 13 | 6,3 |
| N.º de horas extraordinárias realizadas nos últimos 3 meses | Nenhuma | 43 | 20,7 |
| | 1 a 20 horas | 99 | 47,6 |
| | 20 a 50 horas | 51 | 24,5 |
| | > 50 horas | 15 | 7,2 |
| Intenção de deixar a instituição | Nos próximos 6 meses | 20 | 9,6 |
| | No próximo ano | 44 | 21,2 |
| | Não planeio | 144 | 69,2 |

## 2.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi realizada na forma de autorrelato escrito, construído no *GoogleForms*®, sendo constituído por 6 secções (ver APÊNDICE I).

A primeira secção era constituída por informação ao participante e o pedido de consentimento informado. Encontravam-se explicitados os objetivos do estudo, bem como os contactos da investigadora principal.

A segunda, terceira e quarta secções correspondiam à escala *MISSCARE* traduzida. O instrumento era constituído por 41 itens, dividido em 3 partes que avaliam: satisfação profissional (três perguntas); CEO (Parte A) e razões para a omissão (Parte B).

A escala *MISSCARE* na versão original é um instrumento constituído por 41 itens, validado nos EUA por Kalisch e Williams (2009) com boas propriedades psicométricas (percentagem de resposta de 85%; índice de validade interna 0,89; alfa de Cronbach de 0,64-0,86; coeficiente de correlação de *Pearson* de 0.87 na parte A e 0.86 na parte B). A parte A é constituída por 24 afirmações sobre cuidados de enfermagem em que os indivíduos respondem, numa escala de tipo *Likert* de 5 itens (sempre, frequentemente, ocasionalmente, raramente e nunca), qual a sua perceção sobre a frequência com que aquele cuidado é omitido, por toda a equipa de enfermagem. Na parte B, constituída por 17 afirmações – fatores contribuintes dos CEO - os indivíduos reportam a sua perceção se esta é uma "razão significativa", "razão moderada", "razão menor" ou "não é razão para CEO" (Kalisch e Williams, 2009).

A quinta secção correspondia à versão validada para a população portuguesa do *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) (Amaral, Ferreira & Lake, 2012). Este instrumento que avalia o ambiente da prática de cuidados (APC) é composto por 31 itens agrupados em 5 subescalas: participação nas políticas hospitalares; fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados; capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros; adequação dos recursos humanos e materiais; e relação colegial entre médicos e enfermeiros. O índice foi desenvolvido e validado por Lake (2002) apresentando com boas propriedades psicométricas em termos de consistência interna (alfa Cronbach 0,71-0,83). O instrumento foi posteriormente traduzido e validado para a população portuguesa por Amaral, Ferreira e Lake (2012), apresentando boa consistência interna, com valores de alfa de Cronbach entre 0,69 e 0,82 nas várias subescalas, a saber: participação nas políticas hospitalares – 0,78; fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados – 0,76; capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros – 0,77; adequação dos recursos humanos e materiais – 0,79; e relação colegial entre médicos e enfermeiros – 0,82. Trata-se de uma escala com opção de resposta tipo *likert*, em que o participante seleciona o nível de concordância com as afirmações numa escala de 1 ("concordo fortemente") a 4 ("discordo fortemente").

A sexta secção incluía questões de caraterização demográfica, académica e profissional, como idade, sexo, categoria profissional, serviço onde trabalha, número de horas de trabalho semanal, vínculo profissional, número de anos de experiência profissional, número de anos de experiência profissional no atual serviço e habilitações

literárias/académicas. Foi ainda questionado qual o turno realizado com maior frequência, duração do mesmo, número de horas extraordinárias realizadas nos últimos três meses, número de faltas por doença, número de doentes atribuídos no último turno, número de admissões e altas e uma questão sobre a intenção de deixar o atual trabalho. Estas questões foram formuladas a partir da caraterização sociodemográfica e profissional proposta na escala *MISSCARE* na sua versão original, com as adaptações exigíveis ao contexto profissional português.

### 2.3.1 – Processo de adaptação para a língua portuguesa e validação da escala MISSCARE

De forma a utilizar um processo de tradução e validação sistemático da escala *MISSCARE*, optou-se por seguir as recomendações de Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000) para a adaptação transcultural de instrumentos de autopreenchimento. Para estes autores, a adaptação transcultural destes instrumentos para uso num novo país, cultura ou língua, necessita um método único para obter uma equivalência entre o original e a versão traduzida. A Figura 3 apresenta um esquema das etapas do processo de adaptação transcultural, adaptado a partir de Beaton et al. (2000).

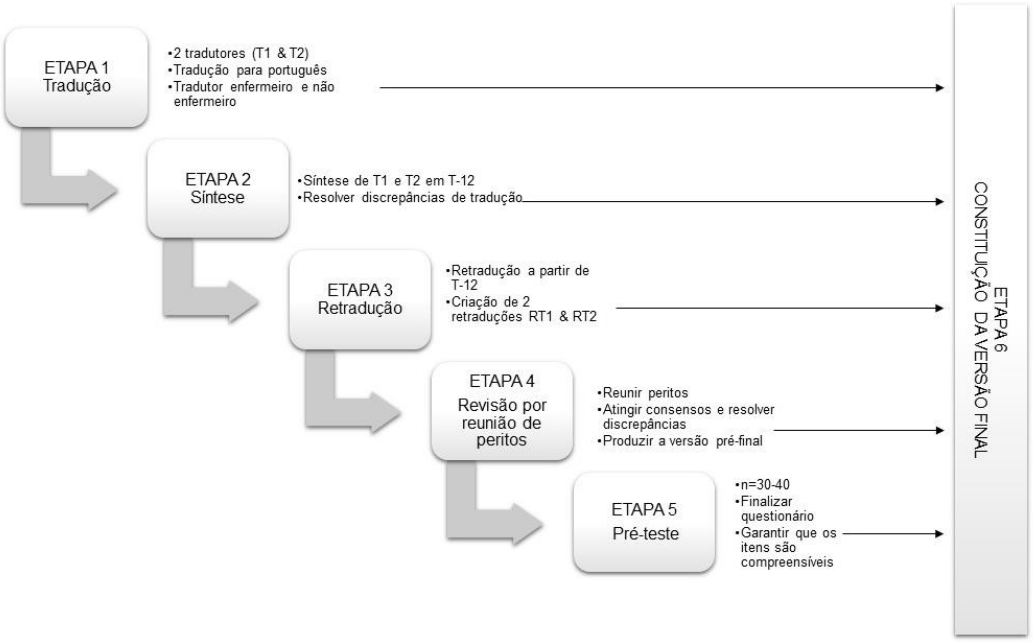



**Figura 3** – Etapas de Tradução do Questionário, adaptado de Beaton et al. (2000).

Na etapa 1, foram convidados dois tradutores (um enfermeiro e outro não enfermeiro) para traduzir a *MISSCARE* da língua inglesa para a língua portuguesa (T1 e T2). Seguiu-se a etapa 2, com a síntese e fusão das duas traduções realizada pelos investigadores (T-12).

A retradução do português para o inglês foi também realizada por dois tradutores (RT1 e RT2) com domínio da língua inglesa, a partir da tradução anterior (T-12), criando-se uma retradução final única (RT-12). Nas duas etapas anteriores não se verificaram discrepâncias significativas.

Constituiu-se uma reunião de peritos (etapa 4) com enfermeiros que trabalhavam em unidades de internamento médicas e cirúrgicas e professores da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). O conceito *caregiver* levantou a dúvida se este era referente aos cuidadores informais ou aos profissionais de saúde. Este aspeto foi esclarecido com a autora da escala, tendo sido resolvidas as discrepâncias encontradas nas retraduções. Foram revistos todos os relatórios escritos e constituiu-se a versão pré-final.

Por fim, na etapa 5 realizou-se um pré-teste com uma amostra de enfermeiros, estudantes da formação pós-graduada, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, para assegurar a operacionalidade do questionário e obter a versão final a aplicar na amostra do estudo. Após este teste, verificou-se que o conceito de CEO não era claro para os participantes, situação revelada pela dificuldade de resposta ao questionário. Assim, optou-se por incluir o conceito na introdução da escala *MISSCARE*.

#### 2.3.1.1 – Estudo de fidelidade e validade através da análise fatorial

Concluído o processo de adaptação para a língua portuguesa, foram avaliadas as propriedades psicométricas da escala *MISSCARE*. Para tal, procedeu-se a um estudo da sua validade de construto, através da análise fatorial. Adicionalmente, foi também avaliada a consistência interna, tendo sido calculado o alfa de Cronbach de cada uma das partes do instrumento.

*Escala MISSCARE – Satisfação*

Para o estudo da validade de construto procedeu-se à realização de uma análise fatorial em componentes principais, para os três itens. A solução encontrada é apresentada na Tabela 4, que mostra um fator (não rodado), com valores próprios ≥ 1,00 e que explica 61,49% da variância. Salienta-se que a medida KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) é de 0,65,

valor considerado aceitável, assim como o resultado do teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2$=103,766; p = 0,000).

**Tabela 4 –** Matriz de saturação dos itens do fator Satisfação Profissional com recurso a análise fatorial – solução não rodada (n=208) da escala MISSCARE-PT. Inclui valor de consistência interna (Alfa de Cronbach).

| Itens do Fator | Saturações |
|---|---|
| Quão satisfeito está na sua situação profissional atual? | 0,81 |
| Independente do seu emprego atual, quão satisfeito está por ser enfermeiro/a? | 0,81 |
| Quão satisfeito está com o nível de trabalho em equipa na unidade? | 0,73 |
| Valores próprios | 1,85 |
| % variância explicada | 61,49 |
| Alfa de Cronbach | 0,69 |

*Escala MISSCARE Parte A*

Para o estudo da validade de construto procedeu-se à realização de análise fatorial em componentes principais, seguindo rotação ortogonal *Varimax*. A solução encontrada é apresentada na Tabela 5 e mostra cinco fatores com valores próprios ≥ 1,00 e que explicam na totalidade 64,18% da variância. Salienta-se que a medida KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) é de 0,923, valor considerado muito bom, assim como o resultado do teste de esfericidade de *Bartlett* ($\chi^2_{(276)}$: = 2732,954; p = 0,000).

**Tabela 5 –** Matriz de saturação dos itens nos fatores para solução rodada ortogonal *Varimax* com cinco fatores (n=208) da escala *MISSCARE* Parte A. Inclui valores de consistência interna (Alfa de Cronbach).

| Itens da Escala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuidados à boca | 0,79 | | | | |
| Banho do doente/cuidados à pele | 0,72 | | | | |
| Lavar as mãos | 0,70 | | | | |
| Monitorização da glicémia conforme planeado | 0,68 | | | | |
| Cuidados e avaliação dos acessos vasculares… | 0,59 | | | | |
| Cuidados à pele/feridas | 0,57 | | | | |
| Sinais vitais avaliados como prescrito | | 0,79 | | | |
| Monitorização de entradas/saídas | | 0,70 | | | |
| Avaliações do doente realizadas em cada turno | | 0,64 | | | |
| Reavaliações focalizadas de acordo com … | | 0,64 | | | |
| Documentação completa de todos… | | 0,51 | | | |
| Assistir na necessidade de uso do sanitário… | | | 0,70 | | |
| Assistir a reuniões interdisciplinares… | | | 0,66 | | |
| Resposta ao sinal/toque de chamada… | | | 0,64 | | |
| Solicitações de medicação SOS respondidas… | | | 0,62 | | |
| Avaliar a eficácia dos medicamentos | | | 0,61 | | |
| Deambulação três vezes por dia ou conforme planeado | | | | 0,68 | |
| Posicionar o doente a cada 2 horas | | | | 0,65 | |
| Suporte emocional ao doente e/ou família | | | | 0,60 | |
| Planeamento da alta do doente e ensino | | | | 0,55 | |
| Ensinar o doente sobre a doença, exames… | | | | 0,54 | |
| Preparar refeições para doentes que se alimentam… | | | | | 0,75 |
| Alimentar o doente quando os alimentos ainda estão quentes | | | | | 0,70 |
| Administração de medicamentos dentro de 30 minutos… | | | | | 0,52 |
| Valores próprios | 10,06 | 1,70 | 1,47 | 1,14 | 1,04 |
| % variância explicada | 41,91 | 7,07 | 6,14 | 4,73 | 4,33 |
| % variância explicada cumulativa | 41,91 | 48,98 | 55,12 | 5,85 | 64,18 |
| Alfa de Cronbach (global=0,86) | 0,88 | 0,85 | 0,85 | 0,74 | 0,71 |

O 1.º fator, designado de *cuidados instrumentais*, explica 41,91 da variância e agrega 6 itens: *cuidados à boca, banho do doente/cuidados à pele, lavar as mãos, monitorização da glicémia capilar conforme planeado, cuidados e avaliação dos acessos vasculares (periférico e central) de acordo com a política do hospital* e *cuidados à pele/feridas*.

O 2.º fator explica 7,07% da variância e foi designado *avaliação do doente e documentação*. Neste fator pontuam 5 itens: *sinais vitais avaliados como prescrito, monitorização de entradas/saídas, avaliações do doente realizadas em cada turno, reavaliações focalizadas de acordo com a condição do doente* e *documentação completa de todos os dados necessários.*

O 3.º fator, que se nomeou *pontualidade na resposta ao doente/equipa,* explica 6,14% da variância e agrega os itens: *assistir na necessidade de uso de sanitário nos 5 minutos após o pedido, assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas, resposta ao sinal/toque de chamada nos primeiros 5 minutos, solicitações de medicação SOS respondidas em 15 minutos* e *avaliar a eficácia dos medicamentos*.

O 4.º fator, designado *cuidados para a capacitação/autonomia do doente,* explica 4,73% da variância, integrando-se 5 itens *deambulação três vezes por dia ou conforme planeado, posicionar o doente a cada 2 horas, suporte emocional ao doente e/ou família, planeamento da alta do doente e ensino* e *ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico*.

Por fim, os itens *preparar refeições para doentes que se alimentam autonomamente, alimentar o doente quando os alimentos ainda estão quentes e administração de medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário agendado*, explicam 4,33% da variância. Este fator foi designado por *eficiência na alimentação e medicação*.

*Escala MISSCARE Parte B*

Tal como anteriormente foi descrito, procedeu-se à realização de análises fatoriais em componentes principais, seguindo rotação ortogonal *Varimax*. A solução encontrada e apresentada na Tabela 6 mostra cinco fatores com valores próprios ≥ 1,00, e que explicam na totalidade 65,58% da variância. Salienta-se que a medida KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) é de 0,830, valor considerado muito bom, assim como o resultado do teste de esfericidade de *Bartlett* ($\chi^2_{(136)}$: = 1330,601; p = 0,000).

**Tabela 6 –** Matriz de saturação dos itens nos fatores para solução rodada ortogonal *Varimax* com cinco fatores (N=208) da escala *MISSCARE* Parte B. Inclui valores de consistência interna (Alfa de Cronbach).

| Itens da Escala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Comunicação dentro da EQUIPA DE ENFERMAGEM | 0,82 | | | | |
| Assistente operacional não comunicou… | 0,72 | | | | |
| Comunicação com DEPARTAMENTOS DE APOIO | 0,70 | | | | |
| Profissional de saúde ausente ou indisponível | 0,69 | | | | |
| Falta de apoio dos membros da equipa | 0,68 | | | | |
| Tensão ou falhas de comunicação com a EQUIPA MÉDICA | 0,68 | | | | |
| Inadequada passagem de informação | 0,54 | | | | |
| Materiais/equipamentos não disponíveis | | 0,83 | | | |
| Materiais/equipamentos não funcionam | | 0,77 | | | |
| Situações de doentes urgentes | | | 0,83 | | |
| Aumento inesperado do número e/ou gravidade dos doentes | | | 0,81 | | |
| Elevada atividade de admissão e alta | | | 0,56 | | |
| Distribuição não equilibrada de doentes | | | | 0,74 | |
| Medicamentos não disponíveis quando necessário | | | | 0,66 | |
| Outros departamentos não prestaram os cuidados necessários | | | | 0,53 | |
| Inadequado número de elementos na equipa | | | | | 0,82 |
| Número inadequado de pessoal assistencial e/ou administrativo | | | | | 0,73 |
| Valores próprios | 3,80 | 1,97 | 1,85 | 1,78 | 1,75 |
| % variância explicada | 22,34 | 11,60 | 10,89 | 10,49 | 10,27 |
| % variância explicada cumulativa | 22,34 | 33,93 | 44,82 | 55,31 | 65,58 |
| Alfa de Cronbach (global=0,86) | 0,89 | 0,89 | 0,64 | 0,56 | 0,68 |

O 1.º fator, designado de *comunicação na equipa*, explica 22,34% da variância e agrega 7 itens: *falhas de comunicação na equipa de enfermagem, falhas de comunicação com assistente operacional, falhas de comunicação com departamentos de apoio, profissional de saúde ausente ou indisponível*, *falta de apoio da equipa, falhas de comunicação com a equipa médica* e *inadequada passagem de turno.*

O 2.º fator explica 11,60% da variância, reportando-se a *recursos materiais*, como se verifica pelos 2 itens: *materiais/equipamentos não disponíveis* e *materiais/equipamentos não funcionam.*

O 3.º fator foi denominado por *gravidade e fluxo de doentes* e explica 10,89% da variância. Incluem-se 3 itens: *situações de doentes urgentes, aumento do número/gravidade dos doentes* e *elevada atividade de admissão e alta*.

O 4.º fator explica 10,50% da variância. Foi designado por *gestão e organização*, estando incluídos 3 itens: *distribuição não equilibrada de doentes*, *medicamentos não disponíveis* e *outros departamentos não prestaram cuidados*.

O último fator explica 10,27% da variância e foi designado de *dotação de profissionais*. Inclui os itens: *inadequado número de elementos na equipa* e *inadequado número de pessoal assistencial/administrativo.*

## 2.4 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Antes de se iniciar a colheita de dados foi formalizado um pedido de autorização para utilização das escalas utilizadas no instrumento de colheita de dados. No caso da escala *MISSCARE*, a Dr.ª Beatrice Kalisch foi contactada em setembro de 2017, tendo informado que não conhecia a existência de um estudo de validação no contexto de cuidados de saúde em Portugal. De igual modo, pediu-se autorização para utilizar a escala PES-NWI versão portuguesa. Nos dois casos, os autores acederam ao pedido formulado.

Definido o desenho da investigação, estabeleceu-se contacto informal com a Enfermeira Diretora e Enfermeiros Supervisores do Centro Hospitalar onde se colheu dados, no sentido de dar a conhecer os objetivos do estudo e estimular o seu envolvimento no processo investigativo. Seguidamente, foi solicitada autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar para a colheita de dados, pedido que foi autorizado (ANEXO I).

De forma a assegurar que todos os princípios éticos estavam a ser cumpridos na consecução da investigação, foi solicitado parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da ESEnfC. O parecer da Comissão foi favorável (parecer n.º 515/07-2018 – ANEXO II).

A colheita de dados iniciou-se a 6 novembro de 2018 e terminou a 3 de maio de 2019. Foi pedida colaboração aos enfermeiros supervisores das unidades de internamento onde se colheram dados, de forma a garantir o seu envolvimento, divulgação do estudo e estímulo à participação dos enfermeiros das suas equipas. Os enfermeiros supervisores encaminharam a hiperligação do questionário aos enfermeiros chefes, que, por sua vez, o encaminharam aos enfermeiros de cada unidade de internamento, através do e-mail institucional.

Aos participantes do estudo foi assegurado o direito à participação voluntária após consentimento informado (ver APÊNDICE I), não se prevendo qualquer dano decorrente da participação na investigação.

Foi necessário manter um período de colheita de dados longo, uma vez que a taxa de resposta se encontrava aquém das expetativas. Para contornar esta dificuldade, foram realizadas visitas às unidades de internamento e contactos com os enfermeiros, enfermeiros chefes e enfermeiros supervisores das unidades incluídas no estudo.

## 2.5 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Concluídos os procedimentos de colheita de dados, as respostas do questionário do *GoogleForms*® foram exportadas para um ficheiro Excel® e, posteriormente, para o SPSS®. Através deste último aplicativo foi realizada a análise dos dados, com recurso à estatística descritiva e inferencial.

No que diz respeito à caraterização da amostra, foram calculadas as distribuições de frequências absolutas e percentuais, bem como medidas resumo adequadas.

Para a escala *MISSCARE*, procedeu-se à análise fatorial em componentes principais e à análise de fiabilidade, em termos de consistência interna, tendo utilizado o alpha de Cronbach.

Tendo em consideração as questões de investigação e hipóteses formuladas, foram calculadas as estatísticas resumo, assim como testes de hipóteses estatísticos, nomeadamente teste t de *student* para grupos independentes, coeficiente de correlação de Pearson e respetivo teste de significância do *r* e, por último, análises de regressão múltipla pelo método de *stepwise*.

Dado o tamanho da amostra sob estudo, optou-se por testes paramétricos para a testagem das hipóteses (Loureiro & Gameiro, 2011), dado serem robustos às violações dos seus pressupostos, comparativamente aos não paramétricos e de distribuição livre.

## CAPÍTULO 3 – RESULTADOS

O presente capítulo estrutura-se em duas partes. Inicia-se com a apresentação dos dados obtidos na investigação, de acordo com o desenho metodológico definido anteriormente. No segundo subcapítulo, expõe-se a discussão dos resultados, assente no confronto entre os dados, o modelo conceptual que sustentou a investigação, já apresentado no capítulo 1, e os resultados de outros estudos.

Os dados serão apresentados e analisados seguindo a ordem das questões e hipóteses formuladas. Concomitantemente, quando se proceder à discussão dos resultados, pretende-se apresentar, também, as limitações identificadas nesta investigação, bem como implicações para a investigação e para a prática de Enfermagem.

### 3.1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Aos participantes foram apresentadas questões do âmbito demográfico e profissional, mas também sobre o número de doentes cuidados, número de admissões e altas ou transferências ocorridas no último turno de trabalho. Como se pode verificar na Tabela que se segue, registou-se grande variabilidade de respostas para as três variáveis, com coeficientes de variação elevados. Em média, os enfermeiros cuidavam, num turno de trabalho, seis doentes e tiveram um doente admitido ou com alta.

No que diz respeito à satisfação profissional, os enfermeiros apresentavam um nível de satisfação médio de 3,12, o que corresponde a uma posição neutra, com um mínimo de 1,33 (muito insatisfeito/insatisfeito) e máximo de 4,67 (satisfeito/muito satisfeito). Estes dados encontram-se representados na Tabela 7.

**Tabela 7** – Estatísticas resumo das variáveis relativas às unidades de internamento (N=208).

| Variáveis | Mín. | Máx. | $\bar{X}$ | s | CV |
|---|---|---|---|---|---|
| N.º doentes atribuídos no turno da manhã | 0 | 31 | 5,49 | 3,15 | 57,38% |
| N.º de admissões no último turno | 0 | 12 | 1,27 | 1,90 | 149,60% |
| N.º de altas/transferências no último turno | 0 | 12 | 1,09 | 1,66 | 152,29% |
| Satisfação profissional dos enfermeiros | 1,33 | 4,67 | 3,12 | 0,84 | 27,00% |

Em seguida, procedeu-se à apresentação e análise dos dados referentes à omissão de cuidados.

### 3.1.1 – Omissão de cuidados

Primeiramente, importa esclarecer o fenómeno da omissão de cuidados. Pretende-se dar resposta à subquestão "*Quais os cuidados de enfermagem omissos identificados pelos enfermeiros das unidades de internamento médicas e cirúrgicas?".*

Procedeu-se à análise estatística das diferentes dimensões da escala *MISSCARE* – Parte A. Foram calculadas medidas de tendência central, de dispersão e o coeficiente de variação para as pontuações de cada uma das dimensões.

Como se pode verificar na Tabela que se segue (Tabela 8), encontraram-se valores elevados de coeficiente de variação para as dimensões *cuidados instrumentais, avaliação do doente e documentação, pontualidade na resposta ao doente/equipa e eficiência na alimentação e medicação*, que revelam heterogeneidade nas respostas. Por outro lado, a dimensão *cuidados para a capacitação/autonomia do doente* apresentou coeficiente de variação mais baixo, o que indica uma menor heterogeneidade nas respostas. Os valores elevados de coeficiente de variação apresentados sugerem que a *MISSCARE* discrimina e sugere uma homogeneidade da amostra nos valores mais baixos.

A média sugere que os *cuidados para a capacitação/autonomia do doente* (3,13 – ocasionalmente) era a dimensão com valor médio superior, seguido de *pontualidade na resposta ao doente/equipa* (2,70 – raramente/ocasionalmente), *eficiência na alimentação e medicação* (2,65 – raramente/ocasionalmente) e *avaliação do doente e documentação* (2,53 – raramente/ocasionalmente). Com valor médio mais baixo, emergiu a dimensão *cuidados instrumentais* (2,28 – raramente/ocasionalmente). Globalmente, verificou-se um valor médio de omissão de 2,64 (raramente/ocasionalmente), variando entre 1,13 (nunca) e 4,46 (frequentemente).

**Tabela 8** – Estatísticas resumo das dimensões e totais da escala *MISSCARE* – Parte A (N=208).

| Dimensões | Mín. | Máx. | $\overline{X}$ | DP | CV[#] |
|---|---|---|---|---|---|
| *Cuidados instrumentais* | 1,00 | 5,00 | 2,28 | 0,77 | 0,34 |
| *Avaliação do doente e documentação* | 1,00 | 5,00 | 2,53 | 0,79 | 0,31 |
| *Pontualidade na resposta ao doente/equipa* | 1,00 | 5,00 | 2,70 | 0,83 | 0,31 |
| *Cuidados para a capacitação/autonomia do doente* | 1,00 | 4,60 | 3,13 | 0,69 | 0,22 |
| *Eficiência na alimentação e medicação* | 1,00 | 5,00 | 2,65 | 0,81 | 0,31 |
| Total | 1,13 | 4,46 | 2,64 | 0,64 | 0,24 |

[#]Coeficiente de variação

Para além de uma análise entre as dimensões, importa apresentar dados relativos à distribuição percentual das respostas para cada item da *MISSCARE* – Parte A.

Nenhum dos itens da *MISSCARE* – Parte A apresentou maior percentual na frequência de omissão *nunca*. A este nível, os percentuais variaram entre 2,40% (*ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico*) e 38,46% (*monitorização da glicémia conforme planeado*).

De igual forma, nenhum item apresentou maior percentual no nível de omissão *sempre,* variando entre 1,44% para *cuidados à pele/feridas* e 14,90% para o item *assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas*.

Seguidamente, apresenta-se uma análise dos percentuais observados para cada item da *MISSCARE*, agregados nas dimensões anteriormente *descritas*.

Para os itens da dimensão *cuidados instrumentais* verificaram-se percentuais mais elevados entre o nível de omissão *nunca* e *ocasionalmente.* Os enfermeiros reportaram omissão ocasional e rara dos *cuidados à boca* em 28,85% e 34,13% dos casos, respetivamente. Para o *banho do doente/cuidados à pele,* foi apontada omissão rara em 44,71% dos casos e em 37,5% foi reportado que este cuidado de enfermagem nunca era omisso. Já para os *cuidados à pele/feridas*, 53,85% dos enfermeiros identificaram um nível de omissão rara. Em 38,94% das respostas, *lavar as mãos* foi reportada como omissão rara e em 24,52% esta omissão foi considerada ocasional. A *monitorização da glicémia conforme planeado* apresentou maior percentual nos níveis de omissão raramente (43,75%) e ausência de omissão em 38,46% das respostas. Por fim, o item *cuidados com os acessos vasculares* surgiu com maior percentual nos níveis de omissão raramente, em 40,87% dos casos, e ocasionalmente, em 33,17%.

Na dimensão *avaliação do doente e documentação,* os maiores percentuais registaram-se no nível de omissão raramente, incluindo os itens *sinais vitais avaliados como prescrito* (36,06%), *monitorização de entradas/saídas* (37,98%), *avaliações do doente realizadas em cada turno* (39,90%) e *reavaliações focalizadas de acordo com a condição do doente* (37,50%). Contudo, em alguns itens observaram-se percentuais semelhantes para o nível de omissão *ocasionalmente: sinais vitais avaliados como prescrito* (30,77%), *monitorização de entradas/saídas* (27,40%), *avaliações do doente realizadas em cada turno* (27,88%) e *reavaliações focalizadas de acordo com a condição do doente* (32,21%). Já o item *documentação completa de todos os dados necessários* registou percentuais mais elevados nos níveis de omissão ocasional e frequente em 40,87% e 32,69% das respostas, respetivamente.

Considerando a dimensão *eficiência na alimentação e medicação,* todos os seus itens apresentaram maior percentual na frequência de omissão *rara* e *ocasional,* respetivamente*: alimentar o doente quando os alimentos ainda estão quentes* (40,87 e

30,77%), *preparar refeições para doentes que se alimentam autonomamente* (39,90 e 26,44%), *administração de medicamentos dentro de 30 minutos antes ou após o horário agendado* (35,10 e 28,85%).

Para a dimensão *pontualidade na resposta ao doente/equipa*, os itens em que se observou percentual mais elevado no nível de omissão *raramente* foram: *solicitações de medicação SOS respondidas em 15 minutos* (42,31%), *assistir na necessidade de uso do sanitário nos 5 minutos após o pedido* (36,54%) e *avaliar a eficácia dos medicamentos* (35,58%). Os dois últimos itens apresentaram percentuais semelhantes para uma omissão ocasional: 28,37% para *assistir na necessidade de uso do sanitário nos 5 minutos após o pedido* e 33,65% para *avaliar a eficácia dos medicamentos.* Com percentuais idênticos para a omissão *rara* e *ocasional,* surgiu o item *resposta ao sinal/toque de chamada nos primeiros 5 minutos*, em 32,31% e 32,69% dos casos. O item *assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas* registou maiores percentuais de omissão ocasional, em 33,17%, e frequente, em 24,04% das respostas.

Como salientado anteriormente, a dimensão *cuidados para capacitação/autonomia do doente* registou um valor médio de omissão mais elevado. Nos itens desta dimensão observam-se percentuais mais altos nos níveis de omissão ocasional e frequente. *Ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico* apresentou omissão ocasional em 38,94% dos casos e, de forma semelhante, 34,62% dos enfermeiros indicaram omissão frequente. O item *suporte emocional ao doente e/ou família* registou omissão ocasional e frequente em 38,94% e 36,54%, respetivamente. Com maior percentual no nível de omissão *frequentemente*, pontuaram os itens *deambulação três vezes por dia ou conforme planeado* (46,63%) e *posicionar o doente a cada 2 horas* (29,81%). Já no que diz respeito ao *planeamento da alta do doente e ensino*, 34,13% dos enfermeiros reportaram omissão ocasional e 27,88% consideravam omissão rara.

Os dados da distribuição percentual das respostas aos itens da *MISSCARE* – Parte A encontram-se na Tabela que se segue.

**Tabela 9** – Distribuição percentual das respostas assinaladas pelos enfermeiros aos itens dos cuidados omissos (*MISSCARE* – Parte A) (N=208).

| Itens da Escala | Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Frequentemente | Sempre |
|---|---|---|---|---|---|
| Deambulação três vezes por dia ou conforme planeado | 4,81 | 13,94 | 26,44 | 46,63 | 8,17 |
| Posicionar o doente a cada 2 horas | 5,77 | 28,85 | 28,85 | 29,81 | 6,73 |
| Alimentar o doente quando os alimentos ainda estão quentes | 11,54 | 40,87 | 30,77 | 13,94 | 2,88 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Preparar refeições para doentes que se alimentam autonomamente | 12,98 | 39,90 | 26,44 | 15,87 | 4,81 |
| Administração de medicamentos dentro de 30 minutos … | 8,65 | 35,10 | 28,85 | 23,08 | 4,33 |
| Sinais vitais avaliados como prescrito | 20,67 | 36,06 | 30,77 | 9,13 | 3,37 |
| Monitorização de entradas/saídas | 27,40 | 37,98 | 21,15 | 8,65 | 4,81 |
| Documentação completa de todos os dados necessários | 3,85 | 19,71 | 40,87 | 32,69 | 2,88 |
| Ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico | 2,40 | 19,23 | 38,94 | 34,62 | 4,81 |
| Suporte emocional ao doente e/ou família | 4,81 | 16,83 | 38,94 | 36,54 | 2,88 |
| Banho do doente/cuidados à pele | 37,50 | 44,71 | 11,06 | 4,81 | 1,92 |
| Cuidados à boca | 12,98 | 34,13 | 28,85 | 20,67 | 3,37 |
| Lavar as mãos | 19,23 | 38,94 | 24,52 | 12,02 | 5,29 |
| Planeamento da alta do doente e ensino | 9,13 | 27,88 | 34,13 | 23,59 | 5,29 |
| Monitorização da glicémia conforme planeado | 38,46 | 43,75 | 11,54 | 1,44 | 4,81 |
| Avaliações do doente realizadas em cada turno | 19,71 | 39,90 | 27,88 | 10,10 | 2,40 |
| Reavaliações focalizadas de acordo com a condição do doente | 13,46 | 37,50 | 32,21 | 14,42 | 2,40 |
| Cuidados e avaliação dos acessos vasculares … | 7,69 | 40,87 | 33,17 | 15,38 | 2,88 |
| Resposta ao sinal/toque de chamada nos primeiros 5 minutos | 14,42 | 32,31 | 32,69 | 15,87 | 4,81 |
| Solicitações de medicação SOS respondidas em 15 minutos | 22,21 | 42,31 | 20,67 | 12,02 | 2,88 |
| Avaliar a eficácia dos medicamentos | 15,87 | 35,58 | 33,65 | 12,50 | 2,40 |
| Assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas | 5,29 | 22,60 | 33,17 | 24,04 | 14,90 |
| Assistir na necessidade de uso do sanitário nos 5 minutos… | 6,25 | 36,54 | 28,37 | 24,04 | 4,81 |
| Cuidados à pele/feridas | 20,67 | 53,85 | 18,75 | 5,29 | 1,44 |

Considerando os níveis de omissão *ocasionalmente, frequentemente* e *sempre,* registaram-se percentuais entre 17,79 (*banho do doente/cuidados à pele; monitorização da glicémia conforme planeado*) e 81,24 (*deambulação três vezes por dia ou conforme planeado*), conforme se pode observar na Tabela seguinte.

**Tabela 10 –** Distribuição percentual das respostas assinaladas pelos enfermeiros aos itens dos cuidados omissos (*MISSCARE* – Parte A), como ocasionalmente, frequentemente e sempre (N=208).

| Itens da Escala | % |
|---|---|
| Deambulação três vezes por dia ou conforme planeado | 81,24 |
| Posicionar o doente a cada 2 horas | 65,39 |
| Alimentar o doente quando os alimentos ainda estão quentes | 47,59 |
| Preparar refeições para doentes que se alimentam autonomamente | 47,12 |
| Administração de medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário agendado | 56,26 |
| Sinais vitais avaliados como prescrito | 43,27 |
| Monitorização de entradas/saídas | 34,61 |
| Documentação completa de todos os dados necessários | 76,44 |
| Ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico | 78,37 |
| Suporte emocional ao doente e/ou família | 78,36 |
| Banho do doente/cuidados à pele | 17,79 |
| Cuidados à boca | 52,89 |
| Lavar as mãos | 41,83 |
| Planeamento da alta do doente e ensino | 63,01 |
| Monitorização da glicémia conforme planeado | 17,79 |
| Avaliações do doente realizadas em cada turno | 40,38 |
| Reavaliações focalizadas de acordo com a condição do doente | 49,03 |
| Cuidados e avaliação dos acessos vasculares (periférico e central) de acordo com a política… | 51,43 |
| Resposta ao sinal/toque de chamada nos primeiros 5 minutos | 53,37 |
| Solicitações de medicação SOS respondidas em 15 minutos | 35,57 |
| Avaliar a eficácia dos medicamentos | 48,55 |
| Assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas | 72,11 |
| Assistir na necessidade de uso do sanitário nos 5 minutos após o pedido | 57,22 |
| Cuidados à pele/feridas | 25,48 |

Previamente ao teste da 1.ª hipótese do estudo, calcularam-se os coeficientes de correlações de *Pearson* (e respetivo teste de significância) entre as dimensões da escala *MISSCARE* – Parte A. Como se apresenta na Tabela 11, observam-se correlações positivas substanciais e estatisticamente significativas entre todos os fatores da escala, com correlações estatisticamente significativas positivas, de moderadas a fortes, isto é, um valor médio superior numa dimensão está correlacionado com um valor médio superior de outra dimensão.

Relativamente à dimensão *cuidados instrumentais,* observou-se correlação positiva forte a muito forte com a dimensão *avaliação do doente e documentação* (r = 0,712), isto é, em média, os enfermeiros que reportam omissão dos *cuidados instrumentais*, reportam mais omissão na dimensão *avaliação do doente e documentação*. Verificou-se ainda uma correlação moderada a forte com as dimensões *pontualidade na resposta ao doente/equipa* (r = 0,665), *cuidados para a capacitação/autonomia do doente* (r = 0,512) e *eficiência na alimentação e medicação* (r = 0,533).

A dimensão *avaliação do doente e documentação*, apresentou correlação moderada a forte com a *pontualidade na resposta ao doente/equipa* (r = 0,657), *cuidados para a capacitação/autonomia do doente* (r = 0,572) e *eficiência na alimentação e medicação* (r = 0,512).

A dimensão *pontualidade na resposta ao doente/equipa* correlacionou-se de forma positiva, moderada a forte, com as dimensões *cuidados para a capacitação/autonomia do doente* (r = 0,548) e eficiência na alimentação (r = 0,583).

No caso da dimensão *cuidados para a capacitação/autonomia do doente*, encontrou-se correlação moderada a forte com a dimensão *eficiência na alimentação e medicação* (r = 0,469). Estes dados encontram-se sintetizados na Tabela 11.

**Tabela 11** – Matriz de correlações bivariadas de *Pearson* entre os fatores da Escala MISSCARE Parte A (N=208). Testes bicaudais.

| Dimensões | CI | AD | PR | CCA | EAM |
|---|---|---|---|---|---|
| CI | 1 | 0,712** | 0,665** | 0,512** | 0,533** |
| AD | 0,712** | 1 | 0,657** | 0,572** | 0,512** |
| PR | 0,665** | 0,657** | 1 | 0,548** | 0,583** |
| CCA | 0,512** | 0,572** | 0,548** | 1 | 0,469** |
| EAM | 0,533** | 0,512** | 0,583** | 0,469** | 1 |

** p<0,01

CI – Cuidados instrumentais; AD – Avaliação do doente e documentação; PR – Pontualidade na resposta ao doente/equipa; CCA – Cuidados para a capacitação/autonomia do doente; EAM – Eficiência na alimentação e medicação

Para testar a hipótese, “existe diferença entre os CEO identificados de acordo com o tipo de unidades de internamento”, procedeu-se ao teste t *student* para amostras independentes.

Para o total da escala MISSCARE Parte A, verificou-se que não existe diferença estatisticamente significativa (Tabela 12) na omissão de cuidados e o tipo de unidade de internamento, exceção para a dimensão *pontualidade na resposta ao doente/equipa* ($p<0,05$). Para esta dimensão verificou-se que o nível de CEO era significativamente superior em unidades médicas ($\overline{X}=2,83$; $p=0,03$).

**Tabela 12 –** Teste t *student* para amostras independentes entre o nível de omissão e tipo de unidade de internamento (N=208).

| | Grupo | n.º | Média | DP | t | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cuidados instrumentais | Médico | 96 | 2,27 | 0,76 | -0,198 | 0,844 |
| | Cirúrgico | 105 | 2,29 | 0,77 | | |
| Avaliação do doente e documentação | Médico | 96 | 2,63 | 0,77 | 1,676 | 0,095 |
| | Cirúrgico | 105 | 2,44 | 0,79 | | |
| Pontualidade na resposta ao doente/equipa | Médico | 96 | 2,83 | 0,84 | 2,134 | 0,034 |
| | Cirúrgico | 105 | 2,58 | 0,81 | | |
| Cuidados para a capacitação/autonomia do doente | Médico | 96 | 3,14 | 0,72 | -0,018 | 0,986 |
| | Cirúrgico | 105 | 3,14 | 0,67 | | |
| Eficiência na alimentação/medicação | Médico | 96 | 2,60 | 0,89 | -1,000 | 0,318 |
| | Cirúrgico | 105 | 2,71 | 0,72 | | |
| **Total** | Médico | 96 | 2,68 | 0,66 | 0,787 | 0,432 |
| | Cirúrgico | 105 | 2,61 | 0,61 | | |

Relativamente à hipótese 2, *“há relação entre os CEO identificados e o número de anos de serviço dos enfermeiros”,* calcularam-se coeficientes de correlação entre a escala *MISSCARE* – Parte A e o número de anos de experiência profissional.

Como ilustrado na Tabela 13, a correlação não é estatisticamente significativa.

**Tabela 13 –** Matriz de correlações bivariadas de *Pearson* entre a omissão de cuidados dada pela *MISSCARE* – Parte A e a número de anos de experiência profissional (N=208).

| | Experiência profissional |
|---|---|
| MISSCARE Parte A | -0,119 |

No que diz respeito à hipótese 3, *“existe diferença entre os CEO identificados e a intenção de abandonar a instituição*”, procedeu-se ao teste t *student* para amostras independentes. Como se pode verificar na Tabela 14, a diferença não é estatisticamente significativa ($p>0,05$).

**Tabela 14 –** Teste t *student* para amostras independentes entre o nível de omissão e a intenção de abandonar a instituição (N=208).

| | Grupo | n.º | Média | DP | t | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MISSCARE Parte A | Planeio deixar a instituição | 64 | 2,66 | 0,61 | 0,293 | 0,769 |
| | Não planeio deixar a instituição | 144 | 2,64 | 0,65 | | |

Para testar a hipótese 4, "*há relação entre os CEO identificados e o número de doentes atribuídos a cada enfermeiro*", foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson* entre a omissão de cuidados dada pela *MISSCARE* – Parte A e o número de doentes cuidados no último turno da manhã. Como se pode observar da Tabela 15, o valor da correlação não é estatisticamente significativo.

**Tabela 15 –** Matriz de correlação bivariada de *Pearson* entre a omissão de cuidados dada pela *MISSCARE* – Parte A e a número de doentes cuidados no último turno da manhã (N=208).

| | MISSCARE – Parte A |
|---|---|
| N.º doentes cuidados no último turno da manhã | -0,013 |

Após a análise dos resultados sobre a omissão de cuidados, importa esclarecer quais os fatores que lhe estão relacionados.

### 3.1.2 – Omissão de cuidados e fatores associados

Pretende-se dar resposta à segunda questão: *"Quais os fatores identificados pelos enfermeiros das unidades de internamento médicas e cirúrgicas como estando associados à omissão de cuidados?*".

Procedeu-se à análise estatística das diferentes dimensões da *MISSCARE* – Parte B. Foram calculadas medidas de tendência central, de dispersão e o coeficiente de variação para as pontuações de cada uma das dimensões.

Registaram-se valores elevados de coeficiente de variação para a dimensão *recursos materiais*, que revela heterogeneidade nas respostas. Por outro lado, as dimensões *comunicação na equipa, gravidade e fluxo de doentes e dotação de profissionais* apresentaram coeficientes de variação mais baixos, o que indica uma menor heterogeneidade nas respostas.

No global da subescala, encontrou-se um valor médio de 2,80, um valor que indica que os enfermeiros, em média, reportaram razões que consideravam moderadas/significativas para a omissão de cuidados. As médias sugerem que a *gravidade e fluxo de doentes* (3,27) *e dotação de profissionais* (3,26) eram as dimensões

com valor médio superior, seguidas pelas dimensões *recursos materiais* (2,79) e *gestão e organização* (2,70). Finalmente, a dimensão *comunicação na equipa* surgiu com o valor médio mais baixo (2,51). Estes resultados encontram-se explicitados na Tabela seguinte.

**Tabela 16** – Estatísticas resumo das dimensões e totais da *MISSCARE* – Parte B (N=208).

| Dimensões | Mín. | Máx. | $\overline{X}$ | s | CV[#] |
|---|---|---|---|---|---|
| *Comunicação na equipa* | 1,29 | 4,00 | 2,51 | 0,65 | 0,26 |
| *Recursos materiais* | 1,00 | 4,00 | 2,79 | 0,84 | 0,30 |
| *Gravidade e fluxo de doentes* | 1,00 | 4,00 | 3,27 | 0,61 | 0,19 |
| *Gestão e organização* | 1,00 | 4,00 | 2,70 | 0,64 | 0,24 |
| *Dotação de profissionais* | 1,00 | 4,00 | 3,26 | 0,74 | 0,23 |
| Total | 1,53 | 4,00 | 2,80 | 0,48 | 0,17 |

[#]Coeficiente de variação

Para complementar a análise, importa referir alguns dados da distribuição percentual das respostas para cada item da *MISSCARE* – Parte B, agregados em função das dimensões anteriormente assinaladas.

Em primeiro lugar, importa salientar que o nível "não é razão para CEO" não apresentou maior percentual em nenhum dos itens e que a maioria dos enfermeiros identificaram-se com as razões para a omissão de cuidados incluídas no instrumento.

Como referido acima, a *comunicação na equipa* correspondeu à dimensão da Parte B da *MISSCARE* com valor médio mais baixo. A maioria dos seus itens obtiveram maior pontuação como *razão menor para CEO*, nomeadamente: *tensão ou falhas de comunicação dentro da equipa de enfermagem* (43,27%), *assistente operacional não comunicou que o cuidado não foi prestado* (44,23%), *tensão ou falhas de comunicação com outros departamentos auxiliares/de apoio* (42,79%), *inadequada passagem de informação do turno anterior* (40,87%), *falta de apoio dos membros da equipa* (37,98%) e *profissional de saúde ausente ou indisponível* (37,02%). Apenas o item *tensão ou falhas de comunicação com a equipa médica* foi apontado por 45,67% dos participantes como razão moderada para CEO.

Também como razões menores ou moderadas, os enfermeiros apontaram os itens da dimensão *gestão e organização.* Como *razões moderadas* emergiram os itens *distribuição não equilibrada de doentes* (35,58%) e *medicamentos não disponíveis quando necessário* (43,75%). Estes itens surgiram com percentuais semelhantes para razões menores: *distribuição não equilibrada de doentes* (32,69%); *medicamentos não disponíveis quando necessário* (26,44%). O item *outros departamentos não prestaram os cuidados necessários* foi reportado como razão menor por 40,38% dos enfermeiros.

Relativamente à dimensão *recursos materiais*, os itens *materiais/equipamentos não funcionam corretamente quando necessários* (34,13%) e *materiais/equipamentos não disponíveis quando necessários* (41,83%) registaram maiores percentuais como razões moderadas para CEO.

A *dotação de profissionais* emergiu como a dimensão com segundo valor médio mais alto. Assim, os seus itens apresentaram percentuais mais elevados como razões significativas para CEO: *inadequado número de elementos na equipa* (49,52%); *número inadequado de pessoal assistencial e/ou administrativo* (47,12%).

Por fim, verificou-se que, na maioria dos casos, os itens da dimensão *gravidade e fluxo de doentes* foram reportados como razões significativas para CEO: *aumento inesperado do número e/ou gravidade dos doentes na unidade* (52,88%), *situações de doentes urgentes* (45,67%) e *elevada atividade de admissão e alta* (41,83%).

Estes dados encontram-se organizados na Tabela 17.

**Tabela 17 –** Distribuição percentual das respostas assinaladas pelos enfermeiros aos itens das razões para os cuidados omissos (*MISSCARE* – Parte B) (N=208).

| Itens da Escala *MISSCARE* – Parte B | Não é razão | Razão menor | Razão moderada | Razão significativa |
|---|---|---|---|---|
| Inadequado número de elementos na equipa | 2,88 | 14,42 | 33,17 | 49,52 |
| Situações de doentes urgentes | 3,85 | 12,5 | 37,98 | 45,67 |
| Aumento inesperado do número e/ou gravidade dos doentes na unidade | 0,96 | 10,1 | 36,06 | 52,88 |
| Número inadequado de pessoal assistencial e/ou administrativo | 4,81 | 14,9 | 33,17 | 47,12 |
| Distribuição não equilibrada de doentes | 5,77 | 32,69 | 35,58 | 25,96 |
| Medicamentos não disponíveis quando necessário | 5,77 | 26,44 | 43,75 | 24,04 |
| Inadequada passagem de informação do turno anterior … | 16,35 | 40,87 | 29,33 | 13,46 |
| Outros departamentos não prestaram os cuidados necessários | 14,42 | 40,38 | 32,69 | 12,5 |
| Materiais/equipamentos não disponíveis quando necessários | 6,25 | 29,33 | 41,83 | 22,6 |
| Materiais/equipamentos não funcionam corretamente quando necessários | 6,73 | 34,13 | 34,13 | 25 |
| Falta de apoio dos membros da equipa | 12,5 | 37,98 | 35,1 | 14,42 |
| Tensão ou falhas de comunicação com outros departamentos auxiliares… | 9,62 | 42,79 | 36,06 | 11,54 |
| Tensão ou falhas de comunicação dentro da equipa de enfermagem | 16,35 | 43,27 | 25 | 15,38 |
| Tensão ou falhas de comunicação com a equipa médica | 2,88 | 22,12 | 45,67 | 29,33 |
| Assistente operacional não comunicou que o cuidado não foi prestado | 14,9 | 44,23 | 30,29 | 10,58 |
| Profissional de saúde ausente ou indisponível | 19,23 | 37,02 | 27,88 | 15,87 |
| Elevada atividade de admissão e alta | 5,29 | 16,83 | 36,06 | 41,83 |

Previamente aos testes de hipótese, foram calculados os coeficientes de correlação entre as dimensões da *MISSCARE* – Parte B. Neste caso, verificou-se correlação entre todos as dimensões da escala, como ilustrado na Tabela 18. Foram encontradas

correlações estatisticamente significativas positivas, baixas, ligeiras a moderadas e moderadas a fortes.

A dimensão *comunicação na equipa* apresentou uma correlação positiva: moderada a forte e estatisticamente significativa com as dimensões *recursos materiais* (r = 0,437; p<0,01) e *gestão e organização* (r = 0,498; p<0,01); ligeira a moderada com a *gravidade e fluxo de doentes* (r = 0,300; p<0,01) e *dotação de profissionais* (r = 0,249; p<0,01).

A dimensão *recursos materiais* apresentou correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa com a *gestão e organização* (r = 0,407; p<0,01) e a *dotação de profissionais* (r = 0,429; p<0,01) e correlacionou-se de forma ligeira com a *gravidade e fluxo de doentes* (r = 0,239; p<0,01).

A dimensão *gravidade e fluxo de doentes* apresentou-se correlacionada de forma positiva, ligeira e estatisticamente significativa com a *dotação de profissionais* (r = 0,159; p<0,05) e ligeira a moderada com a *gestão e organização* (r = 0,208; p<0,01).

A dimensão *dotação de profissionais* demostrou uma correlação positiva, ligeira e estatisticamente significativa com a dimensão *gestão e organização* (r = 0,226; p<0,01).

**Tabela 18 –** Matriz de correlações bivariadas de *Pearson* entre as dimensões da *MISSCARE* Parte B (N=208). Testes bicaudais.

| | Comunicação na equipa | Recursos materiais | Gravidade e fluxo de doentes | Gestão e organização | Dotação de profissionais |
|---|---|---|---|---|---|
| Comunicação na equipa | 1 | 0,437** | 0,300** | 0,498** | 0,249** |
| Recursos materiais | 0,437** | 1 | 0,239** | 0,407** | 0,429** |
| Gravidade e fluxo de doentes | 0,300** | 0,239** | 1 | 0,208** | 0,159* |
| Gestão e organização | 0,498** | 0,407** | 0,208** | 1 | 0,226** |
| Dotação de profissionais | 0,249** | 0,429** | 0,159* | 0,226** | 1 |

** p<0,01
* p<0,05

Para testar a hipótese 5, "*há relação entre os fatores e os CEO identificados pelos enfermeiros*", foram calculados coeficientes de correlação entre os fatores da *MISSCARE* Parte A e *MISSCARE* Parte B.

Verificaram-se correlações positivas, ligeiras e estatisticamente significativas entre todas as dimensões da parte A com a *comunicação na equipa* (0,195 ≤ r ≥ 0,295; p<0,01). No caso da dimensão *recursos materiais*, não foi encontrada correlação estatisticamente significativa com as dimensões da omissão de cuidados. A dimensão *gravidade e fluxo de doentes* apresentou correlação positiva ligeira e estatisticamente significativa com a dimensão *cuidados para a capacitação/autonomia do doente* (r = 0,146; p<0,05). Relativamente à dimensão *gestão e organização*, foi encontrada

correlação estatisticamente significativa ligeira a moderada com *cuidados instrumentais* (r = 0,189; p<0,01)*, avaliação do doente e documentação* (r = 0,155; p<0,01) *e eficiência na alimentação e medicação* (r = 0,205; p<0,01). A dotação de profissionais apresentou correlação positiva e estatisticamente significativa com a *avaliação do doente e documentação* (r = 0,201; p<0,01)*, pontualidade na resposta ao doente/equipa* (r = 0,154; p<0,05) *e cuidados para a capacitação/autonomia do doente* (r = 0,182; p<0,01). Estes resultados encontram-se sintetizados na Tabela seguinte.

**Tabela 19 –** Matriz de correlações bivariadas de *Pearson* entre as dimensões da *MISSCARE* Parte A e Parte B (N=208). Testes bicaudais.

| | *Comunicação na equipa* | *Recursos materiais* | *Gravidade e fluxo de doentes* | *Gestão e organização* | *Dotação de profissionais* |
|---|---|---|---|---|---|
| CI | ,219** | ,002 | ,081 | ,189*" | ,078 |
| AD | ,203** | ,079 | ,033 | ,155* | ,201** |
| PR | ,221** | -,020 | -,038 | ,128 | ,154* |
| CCA | ,195** | ,020 | ,146* | ,118 | ,182** |
| EAM | ,295** | ,019 | ,072 | ,205** | ,095 |

** p<0,01
* p<0,05
CI – Cuidados instrumentais; AD – Avaliação do doente e documentação; PR – Pontualidade na resposta ao doente/equipa; CCA – Cuidados para a capacitação/autonomia do doente; EAM – Eficiência na alimentação e medicação

3.1.2.1 – Ambiente da prática de cuidados

Após a apresentação dos dados dos fatores associados aos CEO, pretende-se, de forma particular, apresentar os dados relativos à relação entre a omissão de cuidados e o APC, para dar resposta à terceira questão: "*Qual a perceção dos enfermeiros das unidades de internamento médicas e cirúrgicas sobre o APC?*".

Procedeu-se à análise estatística das diferentes dimensões da escala PES-NWI, tendo sido calculadas medidas de tendência central, de dispersão e o coeficiente de variação para as pontuações de cada uma das dimensões.

Como se apresenta na Tabela 20, observam-se valores elevados do coeficiente de variação para a dimensão *capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros*, que revela heterogeneidade nas respostas. Por outro lado, a dimensão fu*ndamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados* apresentou coeficiente de variação mais baixo, indicando uma menor heterogeneidade nas respostas.

Analisando os resultados no global da escala, observou-se um nível médio de APC de 2,32, com mínimo de 1,48 e máximo de 3,48. As médias sugerem que a dimensão *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados* era a dimensão com valor médio superior (2,75), seguido das dimensões *relação colegial entre médicos e*

*enfermeiros* (2,38*), capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros* (2,16) e *adequação dos recursos humanos e materiais* (2,14). Com valor médio mais baixo, surgiu a dimensão *participação nas políticas hospitalares* (1,98).

**Tabela 20** – Estatísticas resumo das dimensões e totais da escala PES-NWI (N=208).

| Dimensões | Mín. | Máx. | $\overline{X}$ | s | CV# |
|---|---|---|---|---|---|
| Participação nas políticas hospitalares (PPH) | 1,00 | 3,44 | 1,98 | 0,47 | 0,24 |
| Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados (FEQ) | 1,60 | 3,90 | 2,75 | 0,43 | 0,16 |
| Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros (GLA) | 1,00 | 4,00 | 2,16 | 0,59 | 0,27 |
| Adequação dos recursos humanos e materiais (RHM) | 1,00 | 3,75 | 2,14 | 0,55 | 0,26 |
| Relação colegial entre médicos e enfermeiros (RME) | 1,00 | 4,00 | 2,38 | 0,60 | 0,25 |
| Total | 1,48 | 3,48 | 2,32 | 0,39 | 0,17 |

#Coeficiente de variação

Em seguida, procedeu-se ao cálculo dos coeficientes de correlação entre as dimensões da escala PES-NWI, que permitiram verificar que existia correlação positiva e estatisticamente significativa entre todos os fatores da escala ($p<0,01$).

Para a dimensão *participação nas políticas hospitalares* foi encontrada correlação: forte com as dimensões *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados* (r = 0,632) e *capacidade de gestão, liderança e apoio dos enfermeiros* (r = 0,686); moderada com as dimensões *adequação dos recursos humanos e materiais* (r = 0,355) e *relação colegial entre médicos e enfermeiros* (r = 0,320).

No que diz respeito à dimensão *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados,* verificou-se correlação forte com a dimensão *capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros* (r = 0,542). No caso das dimensões *adequação dos recursos humanos e materiais* (r = 0,364) e *relação colegial entre médicos e enfermeiros* (r = 0,384), a correção encontrada era moderada.

A dimensão *capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros* apresentou correlação moderada com as dimensões *adequação dos recursos humanos e materiais* (r = 0,373) e *relação colegial entre médicos e enfermeiros* (r = 0,291).

Verificou-se, ainda, correlação moderada entre a dimensão *adequação dos recursos humanos e materiais* e *relação colegial entre médicos e enfermeiros* (r = 0,295). Estes dados encontram-se sintetizados na Tabela seguinte.

**Tabela 21 –** Matriz de correlações bivariadas de *Pearson* entre as dimensões da Escala PES-NWI (N=208). Testes bicaudais.

| | PPH | FEQ | GLA | RHM | RME |
|---|---|---|---|---|---|
| PPH | 1 | 0,632** | 0,686** | 0,355** | 0,320** |
| FEQ | 0,632** | 1 | 0,542** | 0,364** | 0,384** |
| GLA | 0,686** | 0,542** | 1 | 0,373** | 0,291** |
| RHM | 0,355** | 0,364** | 0,373** | 1 | 0,295** |
| RME | 0,320** | 0,384** | 0,291** | 0,295** | 1 |

** p<0,01

PPH – Participação nas políticas hospitalares; FEQ – Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados; GLA – Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros (GLA); RHM – Adequação de recursos humanos e materiais; RME – Relação colegial entre médicos e enfermeiros.

Em seguida, procedeu-se ao cálculo dos coeficientes de correlação entre as dimensões da escala *MISSCARE* – Parte A e a escala PES-NWI. Verificaram-se correlações negativas ligeiras, estatisticamente significativas, entre algumas dimensões da *MISSCARE* e da PES-NWI.

A dimensão *cuidados instrumentais* apresentou correlação negativa fraca e estatisticamente significativa com a dimensão *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados* (r = -0,18; p<0,05). Por seu turno, a *pontualidade na resposta ao doente/equipa* surgiu com correlação negativa fraca com a dimensão *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados* (r = -0,14; p<0,05) e *adequação dos recursos humanos e materiais* (r = -0,16; p<0,05). A dimensão *cuidados para a capacitação/autonomia do doente* demonstrou correlação negativa fraca com a dimensão *relação colegial entre médicos e enfermeiros* (r = - 0,16; p<0,05) e *adequação dos recursos humanos e materiais* (r = -0,16; p<0,05). Por fim, *a eficiência na alimentação e medicação* apresentou correlação negativa ligeira a moderada com as dimensões *adequação dos recursos humanos e materiais* (r = - 0,23; p<0,01), e fraca com as dimensões *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados* (r = - 0,17; p<0,05) e *relação colegial entre médicos e enfermeiros* (r = - 0,15; p<0,05). Estes resultados encontram-se sintetizados na Tabela 22.

**Tabela 22 –** Matriz de correlações de *Pearson* entre as dimensões da *MISSCARE* – Parte A e da PES-NWI (N=208). Testes bicaudais.

| | CI | AD | PR | CCA | EAM |
|---|---|---|---|---|---|
| PPH | -0,06 | -0,07 | -0,06 | -0,08 | -0,04 |
| FEQ | -0,18** | -0,11 | -0,14* | -0,10 | -0,17* |
| GLA | 0,01 | 0,02 | 0,05 | -0,02 | -0,10 |
| RHM | -0,10 | -0,13 | -0,16* | -0,16* | -0,23** |
| RME | -0,09 | -0,06 | -0,13 | -0,16* | -0,15* |

** p<0,01

* p<0,05

CI – Cuidados instrumentais; AD – Avaliação do doente e documentação; PR – Pontualidade na resposta ao doente/equipa; CCA – Cuidados para a capacitação/autonomia do doente; EAM – Eficiência na alimentação e medicação; PPH – Participação nas políticas hospitalares; FEQ – Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos

cuidados; GLA – Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros (GLA); RHM – Adequação de recursos humanos e materiais; RME – Relação colegial entre médicos e enfermeiros.

Considerando a globalidade da pontuação das escalas *MISSCARE* – Parte A, *MISSCARE* – Parte B e PES-NWI, procedeu-se ao cálculo de coeficientes de correlação entre as escalas (Tabela 23). Foi encontrada correlação negativa ligeira bicaudal e estatisticamente significativa entre a PES-NWI e a MISSCARE Parte A (r = - 0, 141; p<0,05), ou seja, quanto maior era a frequência de CEO menor era o índice de APC.

Foi também encontrada correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa (r = 0,247; p<0,05) entre a parte A e B da escala MISSCARE. Verificou-se que quanto maior a frequência de CEO, maior a frequência de razões para a omissão.

Analisando a relação entre as razões para a omissão de cuidados de enfermagem dada pela *MISSCARE* Parte B e o índice de APC obtido pela PES-NWI, verificou-se uma correlação negativa, ligeira a moderada e estatisticamente significativa (r = - 0,221; p<0,01). Esta correlação parece indicar que um APC menos favorável está relacionado com aumento das razões para a omissão de cuidados.

**Tabela 23 –** Matriz de correlações de *Pearson* entre a escala MISSCARE Parte A, MISSCARE Parte B e PES-NWI (N=208).

| | MISSCARE Parte A | PES-NWI | MISSCARE Parte B |
|---|---|---|---|
| MISSCARE Parte A | 1 | -,141* | ,247** |
| PES-NWI | -,141* | 1 | -,221** |
| MISSCARE Parte B | ,247** | -,221** | 1 |

* p<0,05
** p<0,01

Para testar a hipótese 6, "*existe diferença entre o APC de acordo com o tipo de unidade de internamento*", procedeu-se ao teste t *student* para amostras independentes. Como se pode verificar na Tabela 24, existe diferença estatisticamente significativa entre o APC das unidades de internamento médicas e cirúrgicas.

**Tabela 24 –** Teste t *student* para amostras independentes entre o nível de APC e o tipo de unidade de internamento (N=208).

| | Grupo | n.º | Média | DP | t | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PES-NWI | Médico | 96 | 2,38 | 0,36 | 1,977 | 0,049 |
| | Cirúrgico | 105 | 2,27 | 0,40 | | |

Para testar a hipótese 7, "*os fatores associados e o APC permitem prever os CEO*", procedeu-se à realização de seis Análises de Regressão Múltipla pelo método *stepwise.* Consideraram-se como variáveis critério as cinco dimensões da parte A da *MISSCARE* e como preditores as dimensões da parte B da *MISSCARE* e da PES-NWI.

Na primeira análise de regressão, analisaram-se quais as dimensões da *MISSCARE* Parte B e PES-NWI eram preditoras do nível de omissão obtido na parte A da *MISSCARE*. Como se verifica na Tabela seguinte, o preditor da omissão retido no modelo e que era estatisticamente significativo foi a *comunicação na equipa* (β=0,269; p=0,000). Ou seja, o modelo sustentou a *comunicação na equipa* como preditor dos CEO (Tabela 25).

**Tabela 25 –** Resultados da análise de Regressão Múltipla (método *stepwise*) da *MISSCARE* Parte A (N=208).

| Modelo | Coeficientes não padronizados | | Coeficientes padronizados | *t* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| | B | EP | Beta | | |
| (Constante) | 1,986 | 0,170 | | 11,712 | 0,000 |
| Comunicação na equipa | 0,262 | 0,065 | 0,269 | 4,015 | 0,000 |
| $r^2$ ajustado = 0,068 | | | | | |

a. Variável Dependente ou critério: *MISSCARE Parte A*

Posteriormente, repetiu-se o mesmo processo, considerando como variáveis critério as diversas dimensões da *MISSCARE* – Parte A. Relativamente à dimensão *cuidados instrumentais* (Tabela 26), o modelo reteve três fatores preditores estatisticamente significativos: *comunicação na equipa* (β=0,199; p=0,004)*, fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados* (β=-0,224; p=0,006) e *capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros* (β=0,161; p=0,046)*.*

**Tabela 26 –** Resultados da análise de Regressão Múltipla (método *stepwise*) da dimensão *cuidados instrumentais* (N=208).

| Modelo | Coeficientes não padronizados | | Coeficientes padronizados | *t* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| | B | EP | Beta | | |
| (Constante) | 2,332 | 0,426 | | 5,473 | 0,000 |
| Comunicação na equipa | 0,234 | 0,080 | 0,199 | 2,904 | 0,004 |
| Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados | -0,395 | 0,142 | -0,224 | -2,778 | 0,006 |
| Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros | 0,209 | 0,104 | 0,161 | 2,011 | 0,046 |
| $r^2$ ajustado = 0,071 | | | | | |

a. Variável Dependente ou critério: cuidados instrumentais

Para a segunda dimensão da *MISSCARE, avaliação do doente e documentação*, o modelo reteve dois preditores estatisticamente significativos: *comunicação na equipa* (β=0,163; p=0,020) e *dotação de profissionais* (β=0,161; p=0,022) (Tabela 27).

**Tabela 27 –** Resultados da análise de Regressão Múltipla (método *stepwise*) da dimensão *avaliação do doente e documentação* (N=208).

| Modelo | Coeficientes não padronizados | | Coeficientes padronizados | *t* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| | B | EP | Beta | | |
| (Constante) | 1,478 | 0,284 | | 5,209 | 0,000 |
| Comunicação na equipa | 0,197 | 0,084 | 0,163 | 2,339 | 0,020 |
| Dotação de profissionais | 0,171 | 0,074 | 0,161 | 2,308 | 0,022 |
| $r^2$ ajustado = 0,056 | | | | | |

a. Variável Dependente ou critério: avaliação do doente e documentação

O preditor da dimensão *pontualidade na resposta ao doente/equipa* retido no modelo foi a *comunicação na equipa* (β=0,221; p=0,001) (Tabela 28).

**Tabela 28 –** Resultados da análise de Regressão Múltipla (método *stepwise*) da dimensão *pontualidade na resposta ao doente/equipa* (N=208).

| Modelo | Coeficientes não padronizados | | Coeficientes padronizados | *t* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| | B | EP | Beta | | |
| (Constante) | 1,998 | 0,224 | | 8,920 | 0,000 |
| Comunicação na equipa | 0,280 | 0,086 | 0,221 | 3,246 | 0,001 |
| $r^2$ ajustado = 0,044 | | | | | |

a. Variável Dependente ou critério: pontualidade na resposta ao doente/equipa

Considerando a dimensão *cuidados para a capacitação/autonomia do doente*, a análise de regressão considerou três preditores estatisticamente significativos: *comunicação na equipa* (β=0,142; p=0,045), *relação entre médicos e enfermeiros* (β=-0,140; p=0,041) e *dotação de profissionais* (β=0,141; p=0,044) (Tabela 29).

**Tabela 29 –** Resultados da análise de Regressão Múltipla (método *stepwise*) da dimensão *cuidados para capacitação/autonomia do doente* (N=208).

| Modelo | Coeficientes não padronizados | | Coeficientes padronizados | *t* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| | B | EP | Beta | | |
| (Constante) | 2,713 | 0,323 | | 8,388 | 0,000 |
| Comunicação na equipa | 0,149 | 0,074 | 0,142 | 2,022 | 0,045 |
| Relação entre médicos e enfermeiros | -0,159 | 0,077 | -0,140 | -2,059 | 0,041 |
| Dotação de profissionais | 0,131 | 0,064 | 0,141 | 2,026 | 0,044 |
| $r^2$ ajustado = 0,063 | | | | | |

a. Variável Dependente ou critério: cuidados para capacitação/autonomia do doente

A análise de regressão referente à dimensão *eficiência na alimentação e medicação* (Tabela 30)*,* reteve três preditores da omissão: *comunicação na equipa* (β=0,326; p=0,000), *adequação de recursos humanos e materiais* (β=-0,191; p=0,005) e *recursos materiais* (β=-0,160; p=0,029)*.*

**Tabela 30 –** Resultados da análise de Regressão Múltipla (método *stepwise*) da dimensão *eficiência na alimentação e medicação* (N=208).

| Modelo | Coeficientes não padronizados | | Coeficientes padronizados | *t* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| | B | EP | Beta | | |
| (Constante) | 2,664 | 0,352 | | 7,565 | 0,000 |
| Comunicação na equipa | 0,405 | 0,091 | 0,326 | 4,456 | 0,000 |
| Adequação de recursos humanos e materiais | -0,280 | 0,098 | -0,191 | -2,848 | 0,005 |
| Recursos materiais | -0,155 | 0,071 | -0,160 | -2,197 | 0,029 |
| $r^2$ ajustado = 0,124 | | | | | |

a. Variável Dependente ou critério: eficiência na alimentação e medicação

Assim, conclui-se a apresentação e análise estatística dos dados referentes à omissão de cuidados de enfermagem e aos fatores que lhe estão associados, incluindo particularmente o APC. Seguidamente, importa discutir estes dados para extrair os resultados mais relevantes da investigação.

## 3.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após concluída a apresentação e análise dos dados obtidos, serão agora sintetizados e apreciados criticamente os resultados desta investigação, o que permitirá refletir sobre o trabalho realizado, realçar os dados significativos que foram encontrados e confrontá-los com a literatura científica nacional e internacional existente neste domínio.

Serão ainda enumeradas as limitações e fragilidades deste estudo, assim como, sugestões para investigações futuras, dado que deste trabalho de investigação surgiu um volume de dados com interesse para a temática, que serão apenas analisados na sua globalidade. Contudo, estes poderão ser um valioso ponto de partida para a continuar a criar evidência científica sobre a problemática da omissão de cuidados de enfermagem.

Importa iniciar a discussão dos resultados pela análise da validade e fiabilidade da escala utilizada – *MISSCARE.* Como foi explanado anteriormente, garantiu-se um método sistemático para a tradução do instrumento da sua língua original para a língua portuguesa (Beaton et al., 2000) e assegurou-se rigor do seu conteúdo, pelo recurso a um painel de peritos e realização de pré-teste.

A versão original da *MISSCARE é* constituída por 41 itens, 24 na parte A e 17 na parte B (Kalisch & Williams, 2009). Para o estudo da validade de construto, procedeu-se à análise fatorial, da qual emergiram cinco dimensões para cada uma das partes da *MISSCARE,* mantendo-se o mesmo número de itens. Procurou-se, por um lado, maximizar a variância explicada através do número de dimensões e, por outro, garantir as dimensões relevantes para a medição do fenómeno dos CEO.

No estudo de Kalisch e Williams (2009), os autores optaram por não categorizar as dimensões emergidas da análise fatorial da parte A, justificando que se tratava de uma lista de cuidados de enfermagem independentes e não relacionados entre si. Nesta investigação, optou-se por agregar os itens de acordo com a análise fatorial, tendo se obtido as seguintes dimensões: *cuidados instrumentais, avaliação do doente e documentação, pontualidade na resposta ao doente/equipa, cuidados para a capacitação/autonomia do doente* e *eficiência na alimentação e medicação.*

Globalmente, o instrumento apresentou bons valores de consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,86. Na parte A, este variou entre 0,71 e 0,88, enquanto na parte B variou entre 0,56 e 0,89. Na versão da *MISSCARE* de Kalisch e Williams (2009) registou-se um alfa de Cronbach global de 0,89, variando entre 0,64 e 0,86. Como é possível constatar, a versão adaptada para a língua portuguesa apresentou propriedades semelhantes.

No que diz respeito à parte A, as dimensões encontradas apresentaram bons valores de consistência interna: *cuidados instrumentais* ($\alpha$ = 0,88; 6 itens)*, avaliação do doente e documentação* ($\alpha$ = 0,85; 5 itens)*, pontualidade na resposta ao doente/equipa* ($\alpha$ = 0,85; 5 itens)*, cuidados para a capacitação/autonomia do doente* ($\alpha$ = 0,74; 5 itens) e *eficiência na alimentação e medicação* ($\alpha$. = 0,71; 3 itens).

Relativamente à parte B, as dimensões encontradas também apresentaram boas valores de consistência interna: *comunicação na equipa* ($\alpha$. = 0,89; 7 itens)*, recursos materiais* ($\alpha$. = 0,89; 2 itens)*, gravidade e fluxo de doentes* ($\alpha$. = 0,64; 3 itens)*, gestão e organização* ($\alpha$. = 0,56; 3 itens) e *dotação de profissionais* ($\alpha$. = 0,68; 2 itens)*.* Embora se observem valores mais baixos, estes são considerados aceitáveis pelo reduzido número de itens agregados. Na versão traduzida e validada mantiveram-se o mesmo número de itens da versão original, embora o número de dimensões consideradas aumentou de três para cinco.

Apesar das várias estratégias utilizadas na divulgação do estudo e no envolvimento dos participantes, a taxa de resposta situou-se nos 18%. Este é um aspeto que é relevante

assinalar, dado que pode constituir uma limitação do estudo, pela baixa representatividade das respostas.

A principal ambição desta investigação era conhecer o fenómeno da omissão de cuidados de enfermagem no contexto de unidades de internamento médicas e cirúrgicas de um centro hospitalar português. Para dar resposta à primeira subquestão "*Quais os cuidados de enfermagem omissos identificados pelos enfermeiros das unidades de internamento médicas e cirúrgicas?"* importa discutir os principais resultados obtidos pela versão portuguesa da *MISSCARE.*

No que diz respeito à frequência de CEO, a dimensão *cuidados para a capacitação/autonomia do doente* foi evidenciada como aquela em que se verificou maior omissão ($\overline{X}$=3,13; s=0,69). Dentro desta dimensão foram incluídos os itens *deambulação três vezes por dia ou conforme planeado, posicionar o doente a cada 2 horas, suporte emocional ao doente/família, planeamento da alta e ensino* e, *ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico.* Para este grupo de cuidados de enfermagem encontrou-se um nível de omissão frequente, a oscilar entre 29,81 e 46,63% dos casos. Contudo, quando considerada a soma entre o nível de omissão ocasional, frequente e sempre destes itens, foram encontrados percentuais entre 63,01 e 81,24.

Os itens *cuidados à boca, banho do doente/cuidados à pele, lavar as mãos, monitorização da glicémia capilar conforme planeado, cuidados com acessos vasculares* e *cuidados à pele/feridas,* constituíram a dimensão *cuidados instrumentais.* Pela análise dos dados identificou-se a dimensão *cuidados instrumentais* como a menos omissa ($\overline{X}$ =2,28; s=0,77). Considerando os níveis de omissão *ocasionalmente, frequentemente* e *sempre,* registaram-se percentuais de 17,79 para os itens *banho do doente/cuidados à pele* e *monitorização da glicémia conforme planeado*.

A revisão da literatura de Jones et al. (2015) salientou uma prevalência de CEO entre 55 a 98%, em que os estudos analisados indicavam omissão de pelo menos uma atividade de enfermagem. É relevante assinalar que, de forma similar aos resultados de Jones et al. (2015), todos os participantes desta investigação identificaram pelo menos um CEO e que em nenhum item se observou maior percentual para a não omissão. Observou-se um valor médio de 2,64, que corresponde a um nível de omissão ocasional, variando entre 1,13 (nunca) e 4,46 (frequentemente). Saliente-se que este é um valor médio de omissão mais elevado do que o encontrado em 2017 por Smith et al., apesar da pontuação máxima da escala utilizada por estes autores ser 4.

A *deambulação três vezes por dia* foi identificada como CEO mais frequente o que é sobreponível ao identificado em vários estudos que consideraram a *MISSCARE* como instrumento de colheita de dados (Chapman et al., 2016; Cho et al., 2015; Hérnandez-Cruz et al., 2017; Orique et al., 2016; Palese et al., 2015; Smith et al., 2017; Winsett et al., 2016). De forma similar, *posicionar o doente a cada duas horas* foi também reportado como CEO frequente, que vai ao encontro dos resultados de Chapman et al. (2016), Cho et al. (2015), Orique et al. (2016), Palese et al. (2015), Smith et al. (2017).

Dentro dos estudos analisados que utilizaram a *MISSCARE*, o *suporte emocional ao doente/família, planeamento da alta e ensino* e *ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico* não surgem como CEO frequentes, exceto por Hérnandez-Cruz et al. (2017) e Higgs et al. (2016), que encontraram omissão frequente para o *suporte emocional ao doente/família*. No entanto, noutras investigações que consideraram outras abordagens concetuais, nomeadamente a BERNCA, encontram-se resultados diversos. A omissão do suporte emocional e ensino do doente/família surge como frequente nas investigações de Bruyneel et al. (2015), Cho et al. (2016) e Hessels et al. (2015). Um estudo realizado em Portugal pelo consórcio RN4CAST (Braga, Jesus & Araújo, 2018), indica a educação do doente/família e a comunicação com o doente como os CEO mais frequentes, com uma prevalência de aproximadamente 50%.

Nesta linha, a revisão de Jones et al. (2015) também aponta como CEO mais frequentes o suporte emocional, a educação do doente e o planeamento da alta. Todavia, salientam que os estudos que assentam na abordagem *missed nursing care* identificam maior omissão de atividades relacionadas com a mobilidade do doente.

Os resultados desta investigação relativamente aos cuidados menos omissos vão ao encontro de outros autores, que identificaram a monitorização da glicémia capilar (Chapman et al., 2016; Hessels et al., 2015; Higgs et al., 2016; Lake et al., 2016; Palese et al., 2015; Smith et al., 2017; Winsett et al., 2016), lavar as mãos (Palese et al., 2015; Smith et al., 2017) e cuidados a feridas (Hérnandez-Cruz et al., 2017; Jones, 2015). Corroborando estes resultados, Jones et al. (2015), consideraram que as atividades de enfermagem menos omissas relacionavam-se com o controlo de infeção, tratamentos, procedimentos, nutrição e eliminação.

Dentro do grupo de cuidados instrumentais, surge um elemento divergente com a literatura – *cuidados à boca.* Este tem sido apontado como CEO frequente em várias investigações (Ball et al., 2016; Bruyneel et al., 2015; Cho et al., 2015; Chapman et al., 2016; Hessels et al., 2015; Hérnandez-Cruz et al., 2017; Orique et al., 2016; Palese et

al., 2015; Smith et al., 2017; Winsett et al., 2016). A explicação para este resultado não é clara, podendo dever-se ao contexto profissional português. Enquanto a investigação internacional tem, genericamente, incluído *registered nurses* e *nurse assistants*, este estudo considerou apenas os enfermeiros. No contexto português, os cuidados à boca são da responsabilidade dos enfermeiros, o que pode explicar um nível de omissão mais baixo.

Tal como sublinham Jones et al. (2015), estes resultados parecem indiciar que os enfermeiros priorizam atividades no domínio das necessidades fisiológicas imediatas. A investigação tem evidenciado que os CEO se relacionam mais frequentemente com necessidades emocionais ou psicológicas e menos com necessidades fisiológicas. De facto, a dimensão com maior nível de omissão foi *cuidados para a capacitação/ autonomia do doente,* enquanto que as dimensões *cuidados instrumentais, eficiência na alimentação e medicação* ou *avaliação do doente e documentação* registaram menos omissão. Esta tomada de decisão parece assentar na priorização de atividades cujo efeito na saúde do doente é indireto e não imediato.

Por outro lado, é também relevante sublinhar que a segunda dimensão com maior nível de omissão foi designada *pontualidade na resposta ao doente/equipa.* O fator tempo também tem sido apontado como relevante para a tomada de decisão, ocorrendo maior omissão nas atividades que requerem mais tempo ou tempo imprevisível para serem completadas (Jones et al., 2015).

Uma análise mais detalhada da natureza das intervenções mais omissas, demonstra que são sobretudo intervenções autónomas de enfermagem, como revelam as atividades incluídas na dimensão *cuidados para a capacitação/autonomia do doente.* Ao invés, as atividades menos omissas correspondem a algumas intervenções interdependentes, como é o caso da monitorização da glicémia capilar, os cuidados com acessos vasculares ou a monitorização de sinais vitais. Concomitantemente à identificação de CEO, a escassa evidência científica para a maioria dos cuidados fundamentais de enfermagem, de acordo com Richards, Hilli, Pentecost, Goodwin e Frost (2018) tem fragilizado a tomada de decisão dos enfermeiros, defesa pela qualidade dos cuidados e a prática baseada na evidência.

Como apresentado no enquadramento teórico deste relatório, a omissão de cuidados de enfermagem tem sido analisada do ponto de vista ético. A tomada de decisão da omissão implica diversas competências de avaliação da situação clínica do doente (Harvey et al., 2018), sendo relevante conhecer este processo de tomada de decisão que conduz à omissão de cuidados.

Como refere Kalisch et al. (2009), os enfermeiros estão conscientes que isto acontece, mas este é um assunto que não é discutido abertamente. Acresce a este dado, tal como referido no capítulo dois, que os enfermeiros envolvidos no pré-teste da versão traduzida da *MISSCARE* apresentaram alguma dificuldade na compreensão do conceito de CEO. Assim, estes dois elementos podem ter influenciado a resposta ao questionário e consequentemente os resultados, por não ser uma temática discutida ampla e abertamente dentro das equipas. Adicionalmente, é importante sublinhar que apesar da *MISSCARE* incluir um leque de atividades de enfermagem, podem existir outros elementos do cuidar que não foram analisados nesta investigação.

Na literatura têm sido identificadas variáveis de domínio socioprofissional que estão associadas aos CEO. Neste estudo, para o valor médio da parte A da escala *MISSCARE* verificou-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre a omissão de cuidados e o tipo de unidade de internamento. No entanto, verificou-se relação estatisticamente significativa entre a dimensão *pontualidade na resposta ao doente/equipa* e o tipo de unidade de internamento ($p<0,05$). Para esta dimensão, a omissão era significativamente superior em unidades de internamento médicas ($\overline{X}=2,83$; $p=0,03$). Como indica o resultado do teste, a média de CEO era semelhante para as restantes dimensões, sendo que nas dimensões *cuidados instrumentais* e *eficiência na alimentação e medicação* era superior nas unidades cirúrgicas e na dimensão *avaliação do doente e documentação* era superior em unidades médicas. Com os dados disponíveis, a explicação para estes resultados não é linear. Entre outros aspetos, estes achados por ser influenciados pela sobrecarga e interrupções no trabalho, como aponta MacPhee, Dahinten & Havaei (2017).

Em 2015, Jones et al. analisaram 54 artigos, tendo sumarizado as caraterísticas dos enfermeiros, do doente, do hospital e da unidade de internamento que apresentaram relação com a omissão de cuidados. A maioria dos estudos evidenciaram uma relação inconsistente entre o tipo de unidade de internamento e a omissão de cuidados de enfermagem (Jones et al., 2015). Isto é, o fenómeno dos CEO parece ser homogéneo nas várias tipologias de unidades de internamento.

Contrariando estes resultados, Bragadóttir et al. (2016) verificaram um nível de omissão significativamente inferior em unidades de cuidados intensivos, do que em unidades médicas e cirúrgicas ($p<0,01$), enquanto Hérnandez-Cruz et al. (2017) concluíram que o nível de omissão em unidades médicas e cirúrgicas é maior do que em unidades de cuidados intensivos. Também Champan et al. (2016) identificaram diferença estatisticamente significativa entre os CEO e o tipo de internamento, sendo que a média de CEO era significativamente mais baixa em unidades de cuidados intensivos,

enquanto que nos serviços de urgência era significativa mais alta (p<0,001). No entanto, estes autores não encontraram diferença significativa entre as unidades médicas e cirúrgicas.

No caso da experiência profissional, não foi encontrada correlação significativa entre os CEO identificados e o número de anos de serviço dos enfermeiros (r=-0,119; p>0,05). Este resultado vai ao encontro do evidenciado na revisão de Jones et al. (2015), que indicou que a maioria dos estudos revelaram relação inconsistente com a omissão de cuidados. Estudos mais recentes apresentaram resultados semelhantes (Oriqueet al., 2016). Para Champan et al. (2016), os enfermeiros com menos de seis meses de experiência profissional percecionavam menos CEO do que os enfermeiros com mais de dez anos de experiência. Já Higgs et al. (2016) apontaram que os enfermeiros de unidades cirúrgicas com maior experiência profissional reportaram mais CEO. Outro estudo indicou que os enfermeiros com menos de 34 anos reportavam mais CEO do que os enfermeiros com idades compreendidas entre os 45 e 54 anos (p<0,01) (Bragadóttir et al., 2016).

A intenção de abandonar a instituição tem sido considerada como uma possível consequência da omissão de cuidados para os profissionais por Kalisch (2015). Nesta investigação, o teste de hipótese não revelou diferença significativa entre a intenção de abandonar a instituição e a omissão de cuidados (p>0,05). Saliente-se que 69,2% dos enfermeiros não planeavam deixar a instituição.

Assim, estes resultados não vão ao encontro do concluído por Tschannen, Kalisch e Lee (2010), que analisaram o impacto dos CEO na intenção de abandonar a instituição. Os resultados indicaram maior intenção de abandonar a instituição nas unidades com maior nível de omissão de cuidados (beta=0,302; p<0,001). Situação idêntica foi identificada por Blackman et al. (2014), em que os enfermeiros que pretendiam manter-se no mesmo local de trabalho, reportavam menos CEO. Estes resultados são similares aos identificados por Orique et al. (2016).

Diversos estudos têm correlacionado a omissão de cuidados de enfermagem e a dotação de enfermeiros (Jones et al., 2015). Não se verificou relação significativa entre o número de doentes atribuídos a cada enfermeiro no turno da manhã e o nível de CEO (r=-0,013; p>0,05).

Contrariando os resultados desta investigação, foi encontrada correlação significativa e fraca entre a o número de doentes atribuídos para cuidar e o nível de CEO em Bragadóttir et al. (2016), enquanto que em Orique et al. (2016), o número de doentes atribuídos por enfermeiro foi considerado preditor de CEO. Esta diferença nos

resultados pode ser explicada pela diferença no número de doentes atribuídos, pois neste estudo os enfermeiros cuidavam, em média, de 5,49 doentes (±3,15), enquanto que em Bragadóttir et al. (2016), cuidavam de 6,39 doentes (±3,20).

A explicação para estes resultados pode ainda ser sustentada quando se analisam os estudos de: Ball et al. (2016) revelaram que a probabilidade de ocorrer omissão de cuidados era reduzida para metade em turnos onde os enfermeiros cuidavam de seis ou menos doentes, em comparação com turnos onde cuidavam de dez ou mais doentes. Em turnos com menos de quatro doentes por enfermeiro, a probabilidade de CEO reduziu-se em 85%; em Cho et al. (2015), as unidades de internamento com alta dotação reportam significativamente menor nível de CEO. Resultados semelhantes foram encontrados noutros estudos (Bruyneel et al., 2015; Hessels et al., 2015).

A investigação tem também procurado esclarecer as razões, causas atribuídas ou fatores que influenciam e explicam a omissão de cuidados. Como evidenciado precedentemente, no global da subescala, encontrou-se um valor médio de 2,80, um valor que indica que os enfermeiros, em média, reportaram razões moderadas/significativas para a omissão de cuidados. Nesta amostra emergiram cinco dimensões para as razões da omissão, que foram denominadas: *gravidade e fluxo de doentes, dotação de profissionais, recursos materiais, gestão e organização* e *comunicação na equipa.* Em linha com os resultados de estudos anteriores, a *dotação de profissionais* ($\overline{X}$=3,26; DP=0,74) e *a gravidade e fluxo de doentes* ($\overline{X}$=3,27; DP=0,61). foram as dimensões com valor médio superior, seguindo-se os *recursos materiais* ($\overline{X}$=2,79; DP=0,84), *gestão e organização* ($\overline{X}$=2,70; DP=0,64) e *comunicação na equipa* ($\overline{X}$=2,51; DP=0,65).

A *dotação de profissionais* emergiu como a dimensão com segundo valor médio mais alto, pontuando com maior percentual os itens: *inadequado número de elementos na equipa* (49,52%) e *número inadequado de pessoal assistencial e/ou administrativo* (47,12%). Para os itens da dimensão *gravidade e fluxo de doentes,* os enfermeiros reportaram como razões significativas para CEO, o *aumento inesperado do número e/ou gravidade dos doentes na unidade* (52,88%), as *situações de doentes urgentes* (45,67%) e a *elevada atividade de admissão e alta* (41,83%).

Nos estudos que utilizam a *MISSCARE*, os *recursos laborais* têm sido identificados como uma das causas significativas para CEO, não obstante a correlação ser fraca. A inadequação dos recursos materiais e a comunicação surgem como segunda e terceira causa atribuída aos CEO (Jones et al., 2015). Resultados semelhantes são apontados

em estudos mais recentes (Chapman et al., 2016; Hérnandez-Cruz et al., 2017; Orique et al., 2016; Palese et al., 2016; Winsett et al., 2016).

Os resultados deste estudo vão ao encontro dos achados explicitados, uma vez que os itens da dimensão *recursos laborais,* da versão original da MISSCARE, ficaram incluídos na dimensão *gravidade e fluxo de doentes* e *dotação de profissionais* (Kalisch & Williams, 2009).

Para além disto, os resultados vêm corroborar os de Hérnandez-Cruz et al. (2017) e Chapman et al. (2016), em que os recursos laborais, a comunicação e os recursos materiais como principais razões para os CEO. De forma mais expressiva, em Orique et al. (2016), 90,9% dos enfermeiros reportaram os recursos laborais, 89,2% indicaram os recursos materiais e 81,3% percecionavam a comunicação como razão significativa para CEO. Das causas atribuídas, os recursos laborais correspondem à dimensão mais significativa também para Jones et al. (2015).

Este estudo não evidenciou correlação entre os *recursos materiais* e a omissão de cuidados de enfermagem. Foi encontrada correlação[1] significativa positiva entre os *recursos laborais* (r= 0,408; p<0,001), a *comunicação* (r=0,418; p<0,001) e nível global de CEO, enquanto que os recursos materiais não mostraram correlação significativa em Hérnandez-Cruz et al. (2017). Os *recursos humanos* apresentaram correlação significativa com *intervenções de necessidades individuais* (r=0,327; p<0,01), *cuidados básicos* (r=0,349; p<0,01) e *atividades de avaliação contínua* (r=0,282; p<0,01). Para a *comunicação,* foi identificada correlação significativa com *intervenções de necessidades individuais* (r=0,324; p<0,01) e *cuidados básicos* (r=0,391; p<0,001).

Já a dimensão da *comunicação na equipa* apresentou correlação significativa fraca a moderada com todas as dimensões da *MISSCARE* (0,195 ≤ r ≥ 0,295). A dimensão *gravidade e fluxo de doentes* (que inclui itens da dimensão *recursos laborais)* apresentou correlação ligeira com a dimensão *cuidados para a capacitação/autonomia do doente* (r = 0,146). Relativamente à dimensão *gestão e organização*, foi encontrada correlação estatisticamente significativa ligeira a moderada com *cuidados instrumentais* (r = 0,189)*, avaliação do doente e documentação* (r = 0,155) *e eficiência na alimentação e medicação* (r = 0,205). A dotação de profissionais apresentou correlação significativa com a *avaliação do doente e documentação* (r = 0,201)*, pontualidade na resposta ao doente/equipa* (r = 0,154) *e cuidados para a capacitação/autonomia do doente* (r = 0,182).

[1] Correlação de *Spearman*

Em suma, apesar da perceção dos enfermeiros apontar os *recursos laborais* como razão mais significativa para a omissão, *a comunicação na equipa* surgiu como um fator relacionado com todas as dimensões da omissão de cuidados, enquanto que as restantes causas atribuídas foram relacionadas apenas com algumas dimensões da omissão. Esta é uma análise similar à realizada por Hernandez-Cruz et al. (2017), quando identificaram associação entre os fatores comunicacionais e o nível global de omissão, que explicavam 14% dos CEO do estudo.

O ambiente da prática de cuidados de enfermagem tem surgido como causa atribuída e fator com grande influência para a omissão de cuidados (Bruyneel et al., 2015; Carthon et al., 2015; Hessels et al., 2015; Jones et al., 2015; Smith et al., 2017).

Nesta investigação, o APC revelou um valor médio de 2,32 o que indica, de acordo com Zangaro e Jones (2019), um APC desfavorável. Todas as dimensões do APC apresentaram valores inferiores a 2,5, com exceção da dimensão *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados*.

Os resultados de outras investigações são díspares do presente estudo. Smith et al. (2017) avaliaram o APC através da escala PES-NWI de Lake (2002), tendo sido evidenciado um nível médio de APC de 3,10. Também Olds, Aiken, Cimiotti e Lake (2017) analisaram o APC numa amostra de 600 hospitais dos Estados Unidos da América (N=27009), identificando um valor médio de 2,68.

Deste modo, o nível de APC encontrado neste estudo não vai ao encontro dos resultados de outros estudos internacionais (Olds et al., 2017; Smith et al., 2017), ficando mais próximo dos achados de um estudo português (Leone et al., 2015). A escala PES-NWI utilizada por Leone et al. (2015) apresentava seis dimensões, com valores médios a oscilar entre 1,85 e 2,85.

As razões para a omissão de cuidados de enfermagem apresentadas foram relacionadas com o índice do APC tendo-se verificado uma correlação negativa ligeira a moderada (r = - 0,221). Esta correlação indica que um ambiente da prática de cuidados menos favorável foi relacionado com a identificação de um número elevado de razões justificativas da omissão de cuidados.

Por fim, para encontrar os preditores da omissão de cuidados, procedeu-se à realização de seis análises de regressão múltipla pelo método *stepwise*. Quando considerando o nível de omissão global obtido pela parte A da *MISSCARE*, o modelo reteve a *comunicação na equipa* (MISSCARE – Parte B) como preditor dos CEO. Sublinha-se que quando considerando cada uma das dimensões da omissão de cuidados, a *comunicação na equipa* emergiu sempre como preditor de CEO.

Nas dimensões da *MISSCARE – parte B*, a *dotação de profissionais* surgiu como preditora dos *cuidados para a capacitação/autonomia do doente* e os *recursos materiais* foram preditores da *eficiência na alimentação e medicação.* As dimensões *gravidade e fluxo de doentes* e *organização de profissionais* não emergiram como preditoras da omissão de cuidados.

Outros fatores relacionados com o APC foram considerados preditores dos CEO. Os *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados* e a *capacidade de gestão* e *liderança e apoio dos enfermeiros* foram considerados preditores da omissão na dimensão *cuidados instrumentais.* A *relação entre médicos e enfermeiros* emergiu como preditora dos *cuidados para a capacitação/autonomia do doente.* A *adequação de recursos humanos e materiais* surgiu como preditora da dimensão *eficiência na alimentação e medicação.*

A *participação nas políticas hospitalares* foi a única dimensão da PES-NWI que não emergiu como preditora dos CEO, resultado que diverge do estudo de Hessels et al. (2015), em que o valor global de APC e de cada uma das subescalas foi considerado preditor da omissão de cuidados.

Torna-se ainda relevante assinalar a diferença entre estes resultados obtidos a partir da análise estatística inferencial e aquilo que é a perceção dos enfermeiros. Como salientado anteriormente, a *comunicação na equipa* correspondeu à dimensão da Parte B da *MISSCARE* com valor médio mais baixo, em que a maioria dos seus itens obtiveram maior pontuação como *razão menor para CEO*. No entanto, esta configura-se como um fator preditor da omissão de cuidados.

Como foi evidenciado, do confronto entre os resultados desta investigação e a literatura científica publicada neste domínio surgiram marioritariamente pontos convergentes no que diz respeito à incidência e tipologia de CEO, assim como os fatores relacionados ou causas atribuídas. Outros resultados foram considerados divergentes da literatura. Seguidamente, apresentam-se as conclusões e limitações deste estudo, estabelecendo-se recomendações para o futuro.

## CONCLUSÃO

O princípio *first do not harm* é uma pedra basilar dos profissionais e serviços saúde. É inegável que os enfermeiros desempenham um papel central na promoção da segurança do doente. No entanto, verifica-se que os eventos adversos são uma realidade que se começou a deslindar nas últimas duas décadas e que continuam a ocorrer numa frequência indesejável.

Os enfermeiros têm o privilégio e a missão de cuidar pessoas, com diferentes níveis de dependência e vulnerabilidade, ao longo do seu ciclo vital, que apresentam respostas físicas, emocionais, psicológicas e espirituais diversas. O aumento da esperança média de vida e da prevalência de doenças crónicas contribuem e explicam a necessidade emergente de aumentar a disponibilidade e acesso a cuidados de enfermagem. É inquestionável que vivemos na era do cuidado. Contudo, esta primavera que poderia ser de uma afirmação e globalização dos cuidados de enfermagem revela algumas fragilidades.

Os enfermeiros encontram múltiplas solicitações no seu trabalho quotidiano, que condicionam a sua resposta às necessidades de cuidados dos cidadãos. É inaceitável que uma pessoa doente não tenha acesso a cuidados de enfermagem. Por outro lado, a austeridade global vivida na última década suscitou constrangimentos orçamentais para a saúde, com implicações nas dotações das equipas e consequente aumento da carga de cuidados.

Os CEO correspondem a uma problemática relevante, uma vez que os enfermeiros coordenam, providenciam e avaliam muitas intervenções prescritas por outros, durante o processo de cuidados hospitalares. Mais ainda, os enfermeiros planeam, prestam e avaliam ações independentes para gerir sintomas e respostas dos doentes, com vista à promoção da saúde e bem-estar.

A principal finalidade deste estudo correspondia à tradução da escala *MISSCARE,* de forma a disponibilizar um instrumento válido como ferramenta de auditoria nos contextos clínicos e para consolidar a investigação sobre o fenómeno da omissão de cuidados. Este estudo demonstrou que a versão portuguesa da *MISSCARE* é um instrumento válido e fiável.

Através deste instrumento, foi possível constatar que os CEO são uma problemática presente no contexto das unidades de internamento médicas e cirúrgicas da instituição em estudo. Todos os participantes identificaram pelo menos um cuidado como omisso. Os CEO mais frequentes relacionavam-se com a dimensão *cuidados para capacitação/autonomia do doente,* enquanto que os menos omissos se prendiam com *cuidados instrumentais.*

Relativamente às variáveis de domínio socioprofissional, não se verificou relação estatisticamente significativa entre a omissão de cuidados e o tipo de unidade de internamento, à exceção da dimensão *pontualidade na resposta ao doente/equipa*, que era significativamente superior em unidades de internamento médicas. No caso da experiência profissional, intenção de abandonar a instituição e número de doentes atribuídos por enfermeiro, também não foi encontrada relação estatisticamente significativa com os CEO.

Foram apontadas várias causas atribuídas à omissão de cuidados de enfermagem. A *gravidade e fluxo de doentes* e a *dotação de profissionais* foram consideradas razões significativas para a omissão de cuidados, seguido dos *recursos materiais* e, por fim, a *gestão e organização* e *comunicação na equipa.* No entanto, apenas a dimensão *comunicação na equipa* apresentou relação estatisticamente significativa com todas as dimensões da omissão de cuidados, enquanto que as restantes causas atribuídas foram relacionadas apenas com algumas dimensões da omissão.

Este estudo revelou um contexto com APC desfavorável, com todas as dimensões a apresentarem valores médios inferiores a 2,5, com exceção da dimensão *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados.* As razões para a omissão foram relacionadas com o índice do APC tendo-se verificado uma correlação negativa ligeira a moderada, o que indica que um APC desfavorável foi associado a uma maior identificação de razões para a omissão.

A *comunicação na equipa* emergiu como fator preditor dos CEO, quer na sua globalidade, quer para cada dimensão individualmente. Também a *dotação de profissionais* e os *recursos materiais* foram consideradas preditores de algumas dimensões dos CEO. Já relativamente ao APC, os *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados,* a *capacidade de gestão* e *liderança e apoio dos enfermeiros,* a *relação entre médicos e enfermeiros* e a *adequação de recursos humanos e materiais* também emergiram como preditores de algumas dimensões dos CEO.

Esta investigação apresenta algumas limitações, que se prendem com a aparente novidade da problemática e do estudo. Por um lado, o conceito de cuidados de

enfermagem omissos é ainda pouco conhecido pela generalidade dos enfermeiros. Por outro lado, persiste uma cultura assente no erro/culpabilização ou ausência de notificação, bem como uma dificuldade em assumir que existe omissão, pela fraca cultura de desocultação dos problemas que podem interferir na qualidade dos cuidados. Estes aspetos podem ter condicionado a baixa adesão ao preenchimento do questionário e a resposta dos participantes. Adicionalmente, este estudo ficou circunscrito a uma parte de um centro hospitalar, que pode não expressar a realidade de outros contextos, pois o fenómeno em estudo é mediado por fatores do ambiente da prática de cuidados.

Assim, é importante que os CEO sejam conhecidos em profundidade, eventualmente em cada serviço, envolvendo todos os profissionais das equipas, para a partir deste conhecimento se perspetivarem intervenções para a resolução dos problemas identificados, com reavaliações periódicas.

Este trabalho trouxe alguns contributos para a ainda incipiente investigação em CEO em Portugal e, por conseguinte, algumas recomendações para o futuro. Em primeiro lugar, importa sublinhar alguns aspetos da prática profissional. Torna-se essencial fomentar uma discussão sobre a temática da omissão de cuidados ao nível das instituições de saúde e suas equipas. É necessário debater e desmitificar o conceito, assente numa cultura de notificação, melhoria contínua e de segurança, uma vez que os CEO têm sido considerados como um novo indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem. A escala MISSCARE pode constituir um instrumento útil de auditoria interna. Como foi possível constatar, a comunicação na equipa e o APC são fatores relacionados com a omissão de cuidados. Neste estudo, à semelhança de outros estudos do contexto nacional, foi identificado um APC desfavorável. Deste modo, a análise das suas dimensões, a identificação de problemas e a implementação de ações de melhoria são aspetos urgentes.

Em segundo lugar, é fundamental investigar mais sobre CEO no contexto português. Importa conhecer a realidade nacional, mas mais ainda conhecer as causas subjacentes e as razões explicativas, no sentido de se implementar medidas preventivas. Também é relevante conhecer o processo de tomada de decisão individual do enfermeiro que conduz à omissão e os dilemas éticos que se colocam. Para além disto, torna-se necessário avaliar as consequências deste fenómeno na perspetiva do doente, dos enfermeiros e das instituições de saúde.

Por fim, as questões da qualidade e segurança têm de estar presentes na formação contínua dos enfermeiros, não se podendo excluir o fenómeno dos CEO. Tendo em

consideração estes resultados, continua a ser relevante o investimento na formação em comunicação e em liderança, bem como a criação de espaços de debate dentro das equipas de enfermagem e também multiprofissionais/interprofissionais.

Os CEO não constituem um mero conceito teórico. São uma realidade que se começa a conhecer em Portugal. A experiência da racionalização/priorização continuada pode, inconsistentemente, conduzir à *normalização do desvio,* ou seja, à aceitação de adiar ou omitir cuidados por parte dos enfermeiros. Não é admissível manter uma cultura de baixas expectativas sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem e adiar a reflexão/investigação/formação neste domínio.

**BIBLIOGRAFIA**


Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of nursing administration*, 38(5), 223. doi: 10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7.

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... & Tishelman, C. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, e1717.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W., & Rn4cast Consortium. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International journal of nursing studies*, 50(2), 143-153. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009.

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., ... & Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 559-568.

Amaral, A., Ferreira, P., Lake, E. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 280-288.

Ambrosi, E., De Togni, S., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P., Allegrini, E., . . . Palese, A. (2016). In-hospital elderly mortality and associated factors in 12 Italian acute medical units: Findings from an exploratory longitudinal study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(3), 1– 11. doi: 10.1007/s40520-016-0576-8.

Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, M. A., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2013). The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, *50*(2), 240-252.

Ball, J. E., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Murrells, T., & Tishelman, C. (2016). A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *Journal of Advanced Nursing,* 72(9), 2086-2097. doi: 10.1111/jan.12976.

Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf*, 23(2), 116-125. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001767.

Ball, J., & Griffiths, P. (2018). Missed nursing care: a key measure for patient safety. *Agency for Healthcare Research and Quality, PSNet*.

Ball, J., Day, T., Murrells, T., Dall'Ora, C., Rafferty, A. M., Griffiths, P., & Maben, J. (2017). Cross-sectional examination of the association between shift length and hospital nurses job satisfaction and nurse reported quality measures. *BMC nursing,* 16(1), 26. doi: 10.1186/s12912-017-0221-7.

Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-reported measures. *SPINE,* 25(24), 3186-3191.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.

Blackman, I., Henderson, J., Willis, E., Hamilton, P., Toffoli, L., Verrall, C., ... & Harvey, C. (2015). Factors influencing why nursing care is missed. *Journal of clinical nursing*, 24(1-2), 47-56. doi: 10.1111/jocn.12688.

Braga, C., Jesus, É., & Araújo, B. (2018). RN4Cast Study in Portugal: Nurses and care left undone. *Journal of Hospital Administration*, 7 (2), 58-66.

Bragadóttir H., Kalisch B.J., Smaradóttir S.B. & Jónsdóttir H.H. (2014). Translation and psychometric testing of the Icelandic version of the MISSCARE Survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences,* 29, 563–572. doi: 10.1111/scs.12150.

Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., & Tryggvadóttir, G. B. (2016). Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, *26*, 1524–1534. doi: 10.1111/jocn.13449.

Bruyneel, L., Li, B., Ausserhofer, D., Lesaffre, E., Dumitrescu, I., Smith, H. L., … Sermeus, W. (2015). Organization of hospital nursing, provision of nursing care, and patient experiences with care in Europe. *Medical Care Research and Review*, 72(6), 643–664. doi:10.1002/nbm.3369.Three

Brymar, A., Cramer, D. (1992). *Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS.* Oeiras, Portugal: Celta Editora.

Carse, A. (2013). Moral distress and moral disempowerment. *Narrative inquiry in bioethics*, 3(2), 147-151.

Carthon, J. M. B., Lasater, K. B., Sloane, D. M., & Kutney-Lee, A. (2015). The quality of

hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: A cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Quality & Safety*, 24(4), 255-263. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003346.

Chapman, R., Rahman, A., Courtney, M., & Chalmers, C. (2016). Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. *Journal of Clinical Nursing,* 26(1–2), 170–181. doi:10.1111/jocn.13433.

Cho, E., Lee, N. J., Kim, E. Y., Kim, S., Lee, K., Park, K. O., & Sung, Y. H. (2016). Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies,* 60, 263-271. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009.

Cho, S. H., Kim, Y. S., Yeon, K. N., You, S. J., & Lee, I. D. (2015). Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *International Nursing Review*, 62(2), 267–274. doi: 10.1111/inr.12173.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade.* Genebra, Suíça: International Council of Nurses.

Dehghan-Nayeri, N., Ghaffari, F., & Shali, M. (2015). Exploring iranian nurses' experiences of missed nursing care: A qualitative study: a threat to patient and nurses' health. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29(1), 1030–1038.

Dehghan-Nayeri, N., Shali, M., Navabi, N., & Ghaffari, F. (2018). Perspectives of oncology unit nurse managers on missed nursing care: A Qualitative study. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, *5*(3), 327.

Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. Diário da República nº 28/2015 - II Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association,* 260(12), 1743-1748.

Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of advanced nursing*, *38*(1), 29-39.

Fragata, J. (2006). Risco clínico. Complexidade e performance. Coimbra, Portugal: Almedina.

Fragata, J. (2011). Segurança dos doentes. Uma abordagem prática. Lisboa, Portugal: Lidel.

Harvey, C. L., Thompson, S., Willis, E., Meyer, A., & Pearson, M. (2018). Understanding how nurses ration care". *Journal of Health Organization and Management,* 32(3). 494-510. doi: 10.1108/JHOM-09-2017-0248.

Harvey, C., Thompson, S., Willis, E., Meyer, A., & Pearson, M. (2018). Understanding how nurses ration care. *Journal of Health Organization and Management*. 1477-7266. doi: 10.1108/jhom-09-2017-0248.

Henderson, J., Willis, E., Xiao, L., & Blackman, I. (2017). Missed care in residential aged care in Australia: an exploratory study. *Collegian*, *24*(5), 411-416.

Hernández-Cruz, R., Moreno-Monsiváis, M. G., Cheverría-Rivera, S., & Díaz-Oviedo, A. (2017). Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. doi: 10.1590/1518-8345.12227.2877.

Hessels, A. J., Flynn, L., Cimiotti, J. P., Cadmus, E., & Gershon, R. R. (2015). The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. *Clinical nursing studies*, 3(4), 60-65. doi: 10.5430/cns.v3n4p60.

Hessels, A. J., Paliwal, M., Weaver, S. H., Siddiqui, D., & Wurmser, T. A. (2018). Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *Journal of nursing care quality*. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000378.

Higgs, M., Fernandez, R., Polis, S., & Manning, V. (2016). Similarities and Differences in Nurse-Reported Care Rationing Between Critical Care, Surgical, and Medical Specialties. *Journal of patient safety.*

Institute of Medicine. (2000). *To err is human.* Washington, Estados Unidos da América: National Academy Press.

Institute of Medicine. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses.* Washington, Estados Unidos da América: National Academies Press.

Jones, T. L. (2015). A descriptive analysis of implicit rationing of nursing care: Frequency and patterns in Texas. *Nursing Economics,* 33(3), 144-154.

Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International journal of nursing studie*s, 52(6), 1121-1137. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012.

Jones, T., Willis, E., Amorim-Lopes, M., Drach-Zahavy, A., & RANCARE Consortium COST–CA 15208. (2019). Advancing the science of unfinished nursing care: Exploring the benefits of cross-disciplinary knowledge exchange, knowledge integration and transdisciplinarity. *Journal of advanced nursing*, *75*(4), 905-917.

Kalisch, B. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality,* 21(4), 306-315.

Kalisch, B. (2015). *Errors of omission: how missed nursing care imperils patients.* Maryland, Estados Unidos da América: American Nurses Association.

Kalisch, B. J., & Williams, R. A. (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *Journal of Nursing Administration*, 39(5), 211-219. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5.

Kalisch, B. J., Tschannen, D., & Lee, K. H. (2011). Do staffing levels predict missed nursing care?. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(3), 302-308. doi: 10.1093/intqhc/mzr009.

Kalisch, B., Landstrom, G., & Hinshaw, A. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 65, 1509-1517. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x..

Kearns, A. (2019). Ought implies can" & missed care. *Nursing Philosophy.* 00:e12272, doi: 10.1111/nup.12272.

Lake, E. T., Germack, H. D., & Viscardi, M. K. (2016). Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Quality & Safety*, 25(7), 535-543. doi: 10.1136/bmjqs-2015-003961.

Lake, E.T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health,* 25, 176-188. doi: 10.1002/nur.10032.

Leone, C., Bruyneel, L., Anderson, J. E., Murrells, T., Dussault, G., de Jesus, É. H., ... & Rafferty, A. M. (2015). Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: a cross-sectional study. *Health Policy*, 119(12), 1584-1592. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.09.006.

Loureiro, L., & Gameiro, M. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 151-162.

Lucero, R.J., Lake, E.T., Aiken, L.H. (2010). Nursing care quality and averse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing,* 19(15), 2185-2195. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03250.x.

MacPhee, M., Dahinten, V. S., & Havaei, F. (2017). The impact of heavy perceived nurse workloads on patient and nurse outcomes. *Administrative Sciences*, 7(1), 7. doi: 10.3390/admsci7010007.

Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ªed.). ReportNumber.

McMullen, S. L., Kozik, C. A., Myers, G., Keenan, K., Wheelock, M., & Kalman, M. (2017). Improving nursing care: examining errors of omission. *MEDSURG Nursing*, 26(1), 9–19.

Moreira, I. L. (2016). *O impacto da crise económica, financeira e social no acesso aos cuidados de saúde em Portugal* (Tese de Mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Portugal.

Moreira, J. M. (2009). *Questionários: teoria e prática.* Coimbra, Portugal: Almedina.

Nelson, S. T., & Flynn, L. (2015). Relationship between missed care and urinary tract infections in nursing homes. *Geriatric Nursing*, *36*(2), 126-130.

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos.* Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Olds, D. M., Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., & Lake, E. T. (2017). Association of nurse work environment and safety climate on patient mortality: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 155–161. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.06.004

Orique, S. B., Patty, C. M., & Woods, E. (2016). Missed Nursing Care and Unit-Level Nurse Workload in the Acute and Post-Acute Settings. *Journal of nursing care quality*, 31(1), 84-89. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000140.

Palese, A., Ambrosi, E., Prosperi, L., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P., … Saiani, L. (2015). Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Internal and Emergency Medicine*, 10(6), 693–702. doi:10.1007/s11739-015-1232-6.

Papastavrou, E., Andreou, P., & Vryonides, S. (2014). The hidden ethical element of nursing care rationing. *Nursing Ethics*, *21*(5), 583-593.

Papastavrou, E., Andreou, P., Tsangari, H., & Merkouris, A. (2014). Linking patient satisfaction with nursing care: The case of care rationing - a correlational study. *BMC Nursing,* 13(1), 26. doi: 10.1186/ 1472-6955-13-26.

Papastavrou, E., Charalambous, A., Vryonides, S., Eleftheriou, C., & Merkouris, A. (2016). To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing. *European Journal of Oncology Nursing*, *21*, 48-56.

Phelan, A., McCarthy, S., & Adams, E. (2018). Examining the context of community nursing in Ireland and the impact of missed care. *British journal of community nursing*, *23*(1), 34-40.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence*

*for nursing practice.* (9.ªed). Estados Unidos da América: Wolters Kluwer Health l Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice.* (8.ªed). Estados Unidos da América: Wolters Kluwer Health l Lippincott Williams & Wilkins.

Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., ... & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of clinical nursing*, *27*(11-12), 2248-2259. doi: 10.1111/jocn.14058.

Rehem, E., El badawy Abd, M. A., ELhamid, M. A., & Elsalam, Y. A. (2017). Missed Nursing Care: Observation versus Perception in Selected Medical Intensive Care Units, Egypt. *International Journal of Health, Wellness & Society*, 7(1).

Richards, D. A., Hilli, A., Pentecost, C., Goodwin, V. A., & Frost, J. (2018). Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene. *Journal of clinical nursing*, 27(11-12), 2179-2188. doi: 10.1111/jocn.14150.

Rochefort, C. M., Rathwell, B. A., & Clarke, S. P. (2016). Rationing of nursing care interventions and its association with nurse-reported outcomes in the neonatal intensive care unit: a cross-sectional survey. *BMC nursing*, *15*(1), 46.

Schalk, D. M., Bijl, M. L., Halfens, R. J., Hollands, L., & Cummings, G. G. (2010). Interventions aimed at improving the nursing work environment: a systematic review. *Implementation Science*, 5(1), 34.

Schubert, M., Clarke, S. P., Aiken, L. H., & de Geest, S. (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. International Journal for Quality in Health Care: *Journal of the International Society for Quality in Health Care/ISQua,* 24(3), 230–238. doi: 10.1093/intqhc/mzs009.

Schubert, M., Clarke, S. P., Glass, T. R., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2009). Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse-and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. *International journal of nursing studies*, 46(7), 884-893. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.10.008.

Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: The Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. International Journal

for Quality in Health Care, 20, 227-237. doi:10.1093/intqhc/mzn017

Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2007). Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nursing research*, 56(6), 416-424. doi: 10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62.

Simpson, K. R., & Lyndon, A. (2017). Consequences of delayed, unfinished, or missed nursing care during labor and birth. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, *31*(1), 32-40.

Simpson, K. R., Lyndon, A., Spetz, J., Gay, C. L., & Landstrom, G. (2019). Adaptation of the MISSCARE Survey to the Maternity Care Setting. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 48(4), 456-467. doi: 10.1016/j.jogn.2019.05.005.

Smith, J. G., Morin, K. H., Wallace, L. E., & Lake, E. T. (2017). Association of the Nurse Work Environment, Collective Efficacy, and Missed Care. *Western Journal of Nursing Research*, 1-20. doi: 10.1177/0193945917734159.

Sochalski, J. (2004). Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. Medical Care, 42(2), II67-II73. doi:10.1097/01.mlr.0000109127.76128.aa

Stalpers, D., de Brouwer, B. J., Kaljouw, M. J., & Schuurmans, M. J. (2015). Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: a systematic review of literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 817-835.

Streubert, H. & Carpenter, D. (2011). Investigação qualitativa em enfermagem (9ª ed). Loures, Portugal: Lusodidata.

Suhonen, R., & Scott, P. A. (2018). Missed care: A need for careful ethical discussion. *Nursing Ethics, 25(5),* 549-551.

Suhonen, R., Stolt, M., Habermann, M., Hjaltadottir, I., Vryonides, S., Tonnessen, S., ... & Scott, P. A. (2018). Ethical elements in priority setting in nursing care–a scoping review. *International journal of nursing studies*.

Talsma, A., & McLaughlin, M. (2015). Missed nursing care in the operating room. In Kalisch, B. *Errors of omission: How missed nursing care imperils patients* (pp 117-140). Maryland, Estados Unidos da América: American Nurses Association.

Tesoro, M., Peyser, D. J., & Villarente, F. (2018). A Retrospective Study of Non–Ventilator-Associated Hospital Acquired Pneumonia Incidence and Missed

Opportunities for Nursing Care. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, *48*(5), 285-291.

Tschannen, D., Kalisch, B. J., & Lee, K. H. (2010). Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*, 42(4), 22-39.

Tubbs-Cooley, H. L., Mara, C. A., Carle, A. C., Mark, B. A., & Pickler, R. H. (2019). Association of nurse workload with missed nursing care in the Neonatal Intensive Care Unit. *JAMA pediatrics*, *173*(1), 44-51.

Tubbs-Cooley, H. L., Pickler, R. H., Mara, C. A., Othman, M., Kovacs, A., & Mark, B. A. (2017). Hospital Magnet® designation and missed nursing care in neonatal intensive care units. *Journal of pediatric nursing*, *34*, 5-9.

Tubbs-Cooley, H. L., Pickler, R. H., Younger, J. B., & Mark, B. A. (2015). A descriptive study of nurse-reported missed care in neonatal intensive care units. *Journal of advanced nursing*, *71*(4), 813-824.

VanFosson, C. A., Jones, T. L., & Yoder, L. H. (2016). Unfinished nursing care: An important performance measure for nursing care systems. *Nursing Outlook,* 64(2), 124–136. doi:10.1016/j.outlook.2015.12.010

Veal, I., Peat, N., Jones, G. D., Tsianakas, V., & Armes, J. (2019). Missed opportunities for physical activity management at key points throughout the chemotherapy pathway for colorectal survivors: an observational interview study. *Supportive Care in Cancer*, *27*(4), 1215-1222. doi: 10.1007/s00520-018-4472-y.

Vryonides, S., Papastavrou, E., Charalambous, A., Andreou, P., Eleftheriou, C., & Merkouris, A. (2018). Ethical climate and missed nursing care in cancer care units. *Nursing ethics*, *25*(6), 707-723.

Warshawsky, N. E., & Havens, D. S. (2011). Global use of the practice environment scale of the nursing work index. *Nursing research*, 60(1), 17.

Winsett, R. P., Rottet, K., Schmitt, A., Wathen, E., & Wilson, D. (2016). Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks - evaluating our work environment. *Applied Nursing Research*, 32, 128–133. doi: 10.1016/j.apnr.2016.06.006.

Zangaro, G. A., & Jones, K. (2019). Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: A Reliability Generalization Meta-Analysis. *Western Journal of Nursing Research*, 00(0). doi: 10.1177/0193945918823779.

Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P., Engberg, S., Simon, M., & Schwendimann, R. (2015). The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes–a cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, *52*(9), 1463-1474.

**ANEXOS**

ANEXO I – Autorização do Centro Hospitalar

03/04/2018

Aguarda necessita de autorização Judicial.

9/4/2018

Ao C. Administração Para autorizar

17/04/2018

Para emitir parecer sobre o presente trabalho de investigação 6.4

20/04/2018

Ex.mo Sr. Presidente do Conselho de

Centro Hospitalar

**Assunto:** Pedido de autorização para a aplicação de questionários aos enfermeiros.

Eu, Ana Rita dos Santos Loureiro, enfermeira a exercer funções no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC, EPE) e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, estou a desenvolver uma dissertação integrada neste curso, intitulada "Cuidados de Enfermagem Omissos e Fatores Relacionados", sob orientação da Professora Doutora Maria Isabel Fernandes, docente na referida instituição.

Os objetivos da investigação passam por: avaliar as propriedades psicométricas do questionário *MISSCARE* para a população portuguesa; identificar a tipologia e frequência de cuidados de enfermagem que são omissos nos serviços de internamento médicos e cirúrgicos do centro hospitalar; identificar as razões que contribuem para a ocorrência de cuidados de enfermagem omissos (CEO) naqueles serviços de internamento; avaliar a relação entre CEO e o ambiente de prática dos cuidados (APC) da unidade de internamento.

Assim, solicito a Vossa Excelência a autorização para a colheita de dados, que será realizada pelo preenchimento de um questionário disponibilizado online aos enfermeiros dos serviços de internamento médicos e cirúrgicos. A participação neste estudo será voluntária e após o esclarecimento dos seus objetivos e obtenção de consentimento informado. Assegura-se que será mantido o anonimato e a confidencialidade, preservando-se a privacidade de todos os participantes. Os dados serão tratados conjuntamente e utilizados exclusivamente nesta investigação científica.

Em anexo, disponibilizo uma cópia do projeto de investigação. Grata pela atenção dispensada, coloco-me à disposição de Vossa Excelência para esclarecer qualquer dúvida.

Autorizado
18/04/2018

Com os melhores cumprimentos pessoais,

Ana Rita dos Santos Loureiro

(Ana Rita dos Santos Loureiro)

Coimbra, 28 de Março de 2018

Contacto: [illegible]498; E-mail: anaritasantosloureiro@gmail.com

Data 24/04/2018 16/04/2018

ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética

**COMISSÃO DE ÉTICA**

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

**Parecer Nº** 515/07-2018

**Título do Projecto**: Cuidados de Enfermagem omissos e factores relacionados.

**Identificação das Proponentes**

Nome(s): Ana Rita dos Santos Loureiro

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

Investigador Responsável/Orientador: Prof.ª Doutora Maria Isabel Domingues Fernandes

**Relator**: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

**Parecer**

O estudo apresentado integra-se em Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Centra-se na temática dos "*... cuidados de enfermagem omissos (CEO – do inglês missed nursing care)*"... definidos por "*... Kalish (2015) como os cuidados de enfermagem necessários que são omitidos (em parte ou na totalidade) ou significativamente adiados, o que corresponde a um erro de omissão.*"

Tem como objectivos "*Avaliar as propriedades psicométricas do questionário MISSCARE para a população portuguesa; Identificar a tipologia e frequência de cuidados de enfermagem que são omissos (CEO) nos serviços de internamento médicos e cirúrgicos de um centro hospitalar; Identificar as razões que contribuem para a ocorrência de CEO nos serviços de internamento médicos e cirúrgicos, Avaliar a relação entre CEO e o ambiente de prática de cuidados (APC) da unidade de internamento".*

Metodologicamente o estudo é apresentado como "*... transversal, descritivo e correlacional.*"

Os participantes são enfermeiros de "*... todos os serviços de cirurgia e especialidades cirúrgicas e serviços de medicina e especialidades médicas do Centro Hospitalar*".

Os instrumentos de recolha de dados estarão disponíveis *online (Google Forms)*, com texto introdutório explicativo que funciona também como termo de consentimento informado.

No documento submetido:

- Estão definidos os critérios de inclusão e exclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados e autorização dos autores originais;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada das participantes;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- Não são identificados danos para as participantes.
- É apresentada a autorização da instituição a que pertencem os participantes.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é **favorável** ao estudo tal como apresentado.

O relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Data: 19/09/2018 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Adelaide Botelho

**APÊNDICES**

APÊNDICE I – Instrumento de Colheita de Dados

# Cuidados de Enfermagem Omissos e Fatores Relacionados

Sou Ana Rita Loureiro, enfermeira e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Estou a realizar uma investigação integrada no plano curricular do curso de mestrado intitulada “Cuidados de Enfermagem Omissos e Fatores Relacionados”.
Os cuidados de enfermagem omissos são definidos como os cuidados de enfermagem necessários que são omitidos (em parte ou na totalidade) ou significativamente adiados, o que corresponde a um erro de omissão (Kalisch, 2015).

Tendo a finalidade de promover o conhecimento em enfermagem e contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem, defini como objetivos: avaliar as propriedades psicométricas do questionário MISSCARE traduzido para a população portuguesa; identificar a tipologia e frequência de cuidados de enfermagem que são omissos nos serviços de internamento médicos e cirúrgicos de um centro hospitalar; identificar razões que contribuem para a ocorrência de CEO nos serviços de internamento de medicina e cirurgia de um centro hospitalar; avaliar a relação entre CEO e o ambiente de prática dos cuidados (APC) da unidade de internamento.

Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração nesta investigação, participando no preenchimento de duas escalas – MISSCARE (Kalisch & Williams, 2009) e PES-NWI que avalia o ambiente da prática de cuidados (Amaral, Ferreira e Lake, 2012). O tempo de demora é de aproximadamente 10 minutos. A sua participação é muito relevante, sendo pertinente assegurar-lhe que me comprometo a cumprir rigorosamente os pressupostos da confidencialidade, anonimato e consentimento informado.

A enfermeira investigadora
Ana Rita Loureiro

Contactos - Telm.: 91 827 08 84 E-mail: anaritasantosloureiro@gmail.com

*Obrigatório

1. **Declaro que tive conhecimento do âmbito e objetivos da investigação a desenvolver por Ana Rita Loureiro, com o título “Cuidados de Enfermagem Omissos e Fatores Relacionados” e que aceito participar no mesmo, de forma voluntária, respondendo aos respetivos questionários.** *
   *Marcar tudo o que for aplicável.*

   - [ ] Aceito participar no estudo

## A| CEO - Parte A

Escala MISSCARE (Kalisch & Williams, 2009)

2. **Por favor, selecione uma resposta para cada pergunta.** *
   *Marcar apenas uma oval por linha.*

| | Muito satisfeito | Satisfeito | Neutro | Insatisfeito | Muito insatisfeito |
|---|---|---|---|---|---|
| Quão satisfeito está na sua situação profissional atual? | | | | | |
| Independente do seu emprego atual, quão satisfeito está por ser enfermeiro/a? | | | | | |
| Quão satisfeito está com o nível de trabalho em equipa na unidade? | | | | | |

# A| CEO - Parte A

Escala MISSCARE (Kalisch & Williams, 2009)

Os enfermeiros encontram, frequentemente, múltiplas solicitações no seu turno de trabalho exigindo que redefinam prioridades e não realizem todos os cuidados necessários aos seus doentes. Os cuidados de enfermagem omissos são cuidados de enfermagem necessários ao doente e que são omitidos (em parte ou na totalidade) ou significativamente adiados. A omissão parcial ou total e o adiamento de cuidados correspondem a erros de omissão (Kalisch, 2015).

3. **No melhor de seu conhecimento, com que frequência os seguintes elementos do cuidado de enfermagem são OMISSOS pela equipa de enfermagem (incluindo-o/a) na sua unidade? Selecione apenas uma opção para cada item.** *

*Marcar apenas uma oval por linha.*

| | SEMPRE omisso | FREQUENTEMENTE omisso | OCASIONALMENTE omisso | RARAMENTE omisso | NUNCA omisso |
|---|---|---|---|---|---|
| Deambulação três vezes por dia ou conforme planeado | | | | | |
| Posicionar o doente a cada 2 horas | | | | | |
| Alimentar o doente quando os alimentos ainda estão quentes | | | | | |
| Preparar refeições para doentes que se alimentam autonomamente | | | | | |
| Administração de medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário agendado | | | | | |
| Sinais vitais avaliados como prescrito | | | | | |
| Monitorização de entradas/saídas | | | | | |
| Documentação completa de todos os dados necessários | | | | | |
| Ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico | | | | | |
| Suporte emocional ao doente e/ou família | | | | | |
| Banho do doente/cuidados à pele | | | | | |
| Cuidados à boca | | | | | |
| Lavar as mãos | | | | | |
| Planeamento da alta do doente e ensino | | | | | |
| Monitorização da glicémia conforme planeado | | | | | |
| Avaliações do doente realizadas em cada turno | | | | | |

| | SEMPRE omisso | FREQUENTEMENTE omisso | OCASIONALMENTE omisso | RARAMENTE omisso | NUNCA omisso |
|---|---|---|---|---|---|
| Reavaliações focalizadas de acordo com a condição do doente | | | | | |
| Cuidados e avaliação dos acessos vasculares (periférico e central) de acordo com a política do hospital | | | | | |
| Resposta ao sinal/toque de chamada nos primeiros 5 minutos | | | | | |
| Solicitações de medicação SOS respondidas em 15 minutos | | | | | |
| Avaliar a eficácia dos medicamentos | | | | | |
| Assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas | | | | | |
| Assistir na necessidade de uso do sanitário nos 5 minutos após o pedido | | | | | |
| Cuidados à pele/feridas | | | | | |

## B| CEO - Parte B

Escala MISSCARE (Kalisch & Williams, 2009)

4. **Pensando nos cuidados de enfermagem omissos, na sua unidade, pela equipa (como indicou na Parte A deste questionário), indique as RAZÕES porque o cuidado de enfermagem está a ser omisso na sua unidade. Selecione apenas uma opção para cada item.** *

*Marcar apenas uma oval por linha.*

| | Razão SIGNIFICATIVA | Razão MODERADA | Razão MENOR | NÃO É RAZÃO para o cuidado omisso |
|---|---|---|---|---|
| Inadequado número de elementos na equipa | | | | |
| Situações de doentes urgentes (por exemplo, agravamento da situação clínica do doente) | | | | |
| Aumento inesperado do número e/ou gravidade dos doentes na unidade | | | | |
| Número inadequado de pessoal assistencial e/ou administrativo (por exemplo, assistentes operacionais, técnicos, secretários de unidade, etc.) | | | | |
| Distribuição não equilibrada de doentes | | | | |
| Medicamentos não disponíveis quando necessário | | | | |
| Inadequada passagem de informação do turno anterior ou da unidade de origem | | | | |
| Outros departamentos não prestaram os cuidados necessários (por exemplo, não houve deambulação na fisioterapia) | | | | |
| Materiais/equipamentos não disponíveis quando necessários | | | | |
| Materiais/equipamentos não funcionam corretamente quando necessários | | | | |
| Falta de apoio dos membros da equipa | | | | |
| Tensão ou falhas de comunicação com outros DEPARTAMENTOS AUXILIARES / DE APOIO | | | | |
| Tensão ou falhas de comunicação dentro da EQUIPA DE ENFERMAGEM | | | | |
| Tensão ou falhas de comunicação com a EQUIPA MÉDICA | | | | |
| Assistente operacional não comunicou que o cuidado não foi prestado | | | | |

| | Razão SIGNIFICATIVA | Razão MODERADA | Razão MENOR | NÃO É RAZÃO para o cuidado omisso |
|---|---|---|---|---|
| Profissional de saúde ausente ou indisponível | ⬭ | ⬭ | ⬭ | ⬭ |
| Elevada atividade de admissão e alta | ⬭ | ⬭ | ⬭ | ⬭ |

## C| Ambiente da Prática de Cuidados

Escala PES-NWI (Amaral, Ferreira & Lake, 2012)

5. **Por favor indique o seu grau de concordância com as afirmações apresentadas relativamente à presença desse aspecto no seu local de trabalho actual. Assinale a resposta que melhor se adequa a si.** *

*Marcar apenas uma oval por linha.*

| | Concordo totalmente | Concordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---|---|---|---|---|
| Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes. | | | | |
| Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho. | | | | |
| Existe uma equipa de supervisores que apoia os enfermeiros. | | | | |
| Existem programas de desenvolvimento activo do pessoal ou programas de formação contínua para enfermeiros. | | | | |
| Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira profissional. | | | | |
| Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna. | | | | |
| Os supervisores utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica. | | | | |
| Tenho tempo suficiente e oportunidade para abordar os problemas relacionados com os cuidados dos doentes com outros enfermeiros. | | | | |
| Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes. | | | | |
| Tenho um enfermeiro chefe que é bom gestor e líder. | | | | |
| O director de enfermagem está presente e é acessível ao pessoal. | | | | |
| Os profissionais são suficientes para a realização das tarefas. | | | | |
| Há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa. | | | | |
| A administração espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. | | | | |
| A direcção de enfermagem tem poder e autoridade semelhantes a outros executivos de topo a nível hospitalar. | | | | |
| Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos. | | | | |
| São proporcionadas oportunidades de promoção. | | | | |
| Uma clara filosofia de enfermagem está presente no ambiente de prestação de cuidados aos doentes. | | | | |

| | Concordo totalmente | Concordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---|---|---|---|---|
| Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico. | | | | |
| O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico. | | | | |
| A administração ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários. | | | | |
| Existe um programa activo de garantia da qualidade. | | | | |
| Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna do hospital (ex: comissões de práticas e de política). | | | | |
| Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos. | | | | |
| Existe um programa com um orientador para enfermeiros recém -contratados. | | | | |
| Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico. | | | | |
| Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares e de enfermagem. | | | | |
| Os supervisores de enfermagem consultam a equipa sobre os problemas e procedimentos diários. | | | | |
| Há planos de cuidados de enfermagem escritos e actualizados para todos os doentes. | | | | |
| A atribuição dos cuidados aos doentes promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro pode cuidar do mesmo doente de um dia para o outro. | | | | |
| Utilizam-se diagnósticos de enfermagem. | | | | |

## D| Caracterização Demográfica e Profissional

6. **Idade** *

7. **Sexo** *
*Marcar apenas uma oval.*

- Feminino
- Masculino

8. **Categoria Profissional** *
   *Marcar apenas uma oval.*

   - ◯ Enfermeiro
   - ◯ Enfermeiro Especialista
   - ◯ Outra: _____

9. **Unidade de internamento onde trabalha** *
   *Marcar apenas uma oval.*

   - ◯ Medicina Interna
   - ◯ Cirurgia Geral
   - ◯ Especialidade Médica
   - ◯ Especialidade Cirúrgica

10. **Vínculo profissional com a instituição** *
    *Marcar apenas uma oval.*

    - ◯ Contrato por funções públicas por tempo indeterminado
    - ◯ Contrato por funções públicas por tempo certo
    - ◯ Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado
    - ◯ Contrato individual de trabalho por tempo certo
    - ◯ Contrato individual de trabalho por tempo incerto
    - ◯ Outra: _____

11. **Número de horas de trabalho semanal** *
    *Marcar apenas uma oval.*

    - ◯ 35 horas/semana
    - ◯ 40 horas/semana
    - ◯ Outra: _____

12. **N.º de anos de experiência profissional** *

    _____

13. **N.º de anos de experiência profissional na atual unidade de internamento** *

    _____

14. **Habilitações académicas** *
    Selecione o seu grau académico mais elevado.
    *Marcar apenas uma oval.*

    - ◯ Bacharelato em Enfermagem
    - ◯ Licenciatura em Enfermagem
    - ◯ Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem
    - ◯ Mestrado em Enfermagem
    - ◯ Doutoramento em Enfermagem
    - ◯ Outra: _____

15. **Qual o turno que faz com mais frequência?** *
*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ Turno da Manhã
- ◯ Turno da Tarde
- ◯ Turno da Noite
- ◯ Turnos rotativos

16. **Qual a duração do turno que faz com mais frequência?** *
*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 7 horas
- ◯ 8 horas
- ◯ 10 horas
- ◯ 12 horas
- ◯ Outra: _____

17. **Nos últimos 3 meses, quantas horas extraordinárias fez?** *
*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ Nenhuma
- ◯ 1 a 20 horas
- ◯ 20 a 50 horas
- ◯ Mais do que 50 horas

18. **Nos últimos 3 meses, quantos turnos faltou por motivo de doença?** *

_____

19. **Planeia deixar o seu trabalho e/ou serviço atual?** *
*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ Nos próximos 6 meses
- ◯ No próximo ano
- ◯ Não planeio

20. **No seu último turno da manhã, prestou cuidados a quantos doentes?** *

_____

21. **No seu último turno de trabalho, quantas admissões de doentes teve?** *

_____

22. **No seu último turno de trabalho, quantas altas/transferências de doentes teve?** *

_____

## Muito obrigada pela sua participação.

23. *

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- [ ] Submeter resposta

---

Com tecnologia
Google Forms