escola superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Cuidados de Enfermagem Omissos: perceções dos enfermeiros de um hospital de oncologia

Ivo Cristiano Soares Paiva

Coimbra, novembro de 2019

escola superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Cuidados de Enfermagem Omissos: perceções dos enfermeiros de um hospital de oncologia

Ivo Cristiano Soares Paiva

Orientadora: Professora Doutora Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Co-Orientador: Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral, Professor Coordenador da 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, novembro de 2019

“Os que desprezam os pequenos acontecimentos nunca farão grandes descobertas.”

(Augusto Cury)

À memória da minha avó Júlia.

AGRADECIMENTOS

À minha família e amigos por serem o meu alicerce e me fazerem acreditar que o esforço e dedicação conduzem sempre a uma recompensa; por estarem sempre ao meu lado, pelo apoio incondicional e pela compressão pela minha pouca disponibilidade.

À minha orientadora, Professora Doutora Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira, muito mais que isso, e ao co-orientador Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral um reconhecido agradecimento pela atenção, disponibilidade e sabedoria na ajuda à concretização deste percurso.

Aos enfermeiros participantes neste estudo e aos meus “parceiros do cuidar” que me apoiaram e encorajaram em todos os momentos.

Nesta minha missão de viver e sonhar, um obrigado a todos aqueles que me inspiram diariamente a querer ser melhor pessoa e profissional: as pessoas doentes.

Obrigado a todos.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS	Administração Central dos Serviços de Saúde
APE	Ambiente de Prática de Enfermagem
CEO	Cuidados de Enfermagem Omissos
CGS	Comissão Gratuita de Serviço
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIT	Contrato Individual de Trabalho
CTFP	Contrato de Trabalho em Funções Públicas
CTI	Cateter Totalmente Implantado
DGS	Direção-Geral da Saúde
DP	Desvio-Padrão
Ex	Entrevistado n.º x
GHAF	Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
HCN	Horas de Cuidados Necessárias
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
ICN	*International Council of Nurses*
km	Quilómetro
MECE	Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem
MNC	*Missed Nursing Care*
n.º	Número
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Plano de Cuidados
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SCD	Sistema de Classificação de Doentes
SNS	Serviço Nacional de Saúde
$\bar{x}$	Média

RESUMO

ENQUADRAMENTO: A complexidade e exigência dos cuidados de saúde evidenciam a necessidade de repensar as funções dos enfermeiros para que direcionem as suas práticas em função das necessidades efetivas das pessoas e que estas sejam desenvolvidas em segurança. Os cuidados de enfermagem, deixados por fazer ou significativamente adiados, podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente. A prevenção de cuidados de enfermagem omissos (CEO) é um dos grandes desafios no campo da segurança do doente.

OBJETIVO: Compreender quais as razões percecionadas pelos enfermeiros de uma instituição de saúde de oncologia que conduzem à omissão de cuidados de enfermagem e identificar quais as estratégias percebidas pelos enfermeiros como promotoras da não-existência de CEO.

METODOLOGIA: Estudo exploratório, descritivo e transversal de natureza qualitativa assente em alguns pressupostos do estudo caso. Amostra de meio, geográfica ou institucional, de uma população previamente participante num estudo de investigação realizado por Santos (2018), constituída por 10 enfermeiros. A colheita de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada. Foi obtido consentimento informado dos participantes e autorização da comissão de ética da unidade de saúde em estudo.

RESULTADOS: Foram apuradas 3 categorias centrais: *Cuidados de enfermagem omissos*, *Razões para a ocorrência de CEO* e *Estratégias para a minimização de CEO*. Foram identificados como CEO: no âmbito das intervenções autónomas, *Comunicar com o doente e família*, *Documentar os cuidados de enfermagem*, *Elaborar ou atualizar planos de cuidados, Cuidados de higiene oral*, *Cuidados de higiene corporal*, *Ensino ao doente e família*, *Posicionamentos*, *Levante e deambulação* e *Alimentação*; e no âmbito das intervenções interdependentes, *Monitorização de Sinais Vitais/Glicémia capilar*, *Identificação e administração da terapêutica até 30 minutos após a sua prescrição* e *Cuidados de manutenção com dispositivos médicos*.

A *Negligência/Desvalorização*, o *Dolo* e as *Crenças* dos enfermeiros, a *Escassez de recursos* e a *Cultura organizacional* são apontadas como razões que podem conduzir à omissão de cuidados. As estratégias apontas pelos enfermeiros como passíveis de adoção e minimização do problema foram a *Conscientização do erro*, a *Formação*, a *Comunicação*, a *Adequação de recursos* e a *Mudança da cultura organizacional*.

CONCLUSÕES: O mapeamento dos CEO permitiu identificar, pela primeira vez, a *identificação da terapêutica prescrita* e *os cuidados de manutenção com os dispositivos médicos*, como CEO. As razões apontadas pelos enfermeiros e que colocam em causa a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados prestados devem ser minimizadas. O trabalho dos enfermeiros deve ser redesenhado para garantir que os padrões básicos dos cuidados de enfermagem são cumpridos.

Palavras chave: Enfermagem, Cuidados de enfermagem omissos, Segurança do doente.

ABSTRACT

BACKGROUND: The complexity and demand for health care are evidences the need to rethink about the duties of nurses so that it directs their practices in function of the effective needs of the people and are developed in safety. Nursing care, left undone or signigivantly delayed, can compromise quality of care and patient safety. The prevention of Missing Nursing Care (MNC) is one of the major challenges in the field of patient safety.

OBJECTIVES: To understand the reasons perceived by nurses of an oncology health institution that lead to the MNC and to identify which strategies perceived by nurses as promoters of non-existence of MNC.

METHODOLOGY: An exploratory, descriptive and transversal study of qualitative nature based on some assumptions of the case study was carried out. A sample by homogenization of a previously participating population in a research per Santos (2018), and 10 nurses were interviewed. Data collection performed through semi-structured interview, with previously validated script. Written Informed Consent was obtained from the participants and this research was approved by the medical-ethical committee of the hospital.

RESULTS: Three central categories were found: *Missed nursing care*, *Reasons for the occurrence of MNC* and *Strategies for the minimization of MNC*. We identified as MNC: in the context of autonomous interventions, *Communicating with the patient and family*, *Documenting nursing care*, *Elaborating or updating care plans*, *Oral hygiene care*, *Body hygiene care*, *Teaching to the patient and family*, *Positioning*, *Lift and Ambulation* and *Food*; and in the context of interdependent interventions, *Monitoring of Vital Signs/Capillary Glycemia*, *Identification and administration of therapy up to 30 minutes after its prescription* and *Maintenance care with medical devices*.

Negligence/Devaluation, *Dolo* and *Beliefs* of nurses, *Scarcity of resources* and *Organizational culture* as reasons that can lead to the MNC. The strategies pointed out by nurses as susceptible to adoption and could minimize the problem as *Error awareness*, *Training*, *Communication*, *Adequacy of resources* and *Change in the organizational culture.*

CONCLUSIONS: The mapping of the MNC allowed identifying, for the first time, the *identification of prescribed therapy* and *Maintenance care with medical devices*, as MNC. The reasons pointed out by nurses and that call into question patient safety and the quality of care provided should be minimized. Nurses' work should be redesigned to ensure that basic nursing care standards of nursing care are performed.

Keywords: Nursing, Missed nursing care, Patient safety.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: *Missed Nursing Care Model* 33

Figura 2: *Missed Nursing Care Model* em desenvolvimento 35

Figura 3: Teoria multi-nivel explicativa de CEO testada 35

Figura 4: Modelo da Qualidade dos Cuidados de Donabedian 39

Figura 5: Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem 42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros 50

Tabela 2: Categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas 57

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 21

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL 25

1– AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS 27

1.1 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS: MODELOS DE ANÁLISE 33

2 – QUALIDADE EM SAÚDE 37

2.1 – QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM 40

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO 45

1 – METODOLOGIA 47

1.1 – TIPO DE ESTUDO 47

1.2 – OBJETIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO 48

1.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA 48

1.4 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS 50

1.5 – RECOLHA DE DADOS 51

1.6 – TRATAMENTO DE DADOS 52

1.7 – ASPETOS ÉTICOS 53

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 55

1 – RESULTADOS 57

1.1 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS 58

1.2 – RAZÕES PARA A OCORRÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS 64
1.3 – ESTRATÉGIAS PARA A MINIMIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS 73

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 85

1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 87

CONCLUSÃO 105

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 107

APÊNDICES

APÊNDICE I – Consentimento Informado

APÊNDICE II – Questionário para caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros

APÊNDICE III – Guião de Entrevista semi-estruturada aos enfermeiros

APÊNDICE IV – Parecer da Comissão de Ética da unidade de saúde

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a segurança e a qualidade dos serviços de saúde tem figurado na agenda permanente da Organização Mundial de Saúde (OMS), em que a análise dos eventos adversos tem sido um dos pontos fulcrais. As politicas emanadas por este organismo centram-se na necessidade de eliminar os riscos desnecessários à sua ocorrência e prevenir danos evitáveis à pessoa doente, por meio de intervenções baseadas em evidências cuja eficácia foi comprovada (Hernández-Cruz, Moreno-Monsiváis, Cheverría-Rivera & Díaz-Oviedo, 2017; Twigg, Geelhoed, Bremner & Duffield, 2013), sendo necessária a redefinição das funções dos profissionais de saúde (Amaral & Ferreira, 2013; Silva, Bittencourt & Paixão, 2016).

A segurança dos doentes, considerada como a prevenção de riscos de danos, requer sistemas de saúde sólidos que evitem o erro. Caso o erro ocorra, este deve constituir uma fonte de aprendizagem, gerando uma cultura de segurança que envolva não só os profissionais de saúde e a organização, mas também os próprios doentes (DiCenso, Cullum & Ciliska, 1998; Fragata, 2011; Hernández-Cruz et al., 2017).

Um indicador de qualidade identificado, no que à segurança dos doentes respeita, é os cuidados de enfermagem omissos (CEO). Estes são definidos como cuidados de enfermagem que sendo necessários, são omitidos ou atrasados, indicando um erro por omissão (Kalisch, Landstrom & Hinshaw, 2009; Ausserhofer, Zander, Busse, Shubert, De Geest, Rafferty & Schwendimann, 2014; Bragadóttir, Kalisch & Tryggyadóttir, 2016).

Até ao momento, há poucos estudos publicados sobre a incidência e caracterização dos CEO em serviços oncológicos hospitalares (Friese, Kalisch & Lee, 2013). Os resultados dos estudos realizados em contexto oncológico indicam segundo Villamin, Anderson, Fellman, Urbauer e Brassil (2018) uma taxa significativamente mais baixa de CEO quando comparados com unidades com outra tipologia de doentes.

Embora os estudos realizados tenham fornecido uma análise geral dos CEO, apenas os estudos desenvolvidos por Winters e Neville (2012), Friese et al., (2013), Dehghan-Nayeri, Ghaffari e Shali (2015) e Villamin et al. (2018) avaliaram as perceções dos enfermeiros no que respeita à problemática em análise e, destes, apenas Friese,

et al., (2013) e Villamin et al. (2018) analisaram o contexto específico da problemática em unidades oncológicas.

Os CEO identificados estão relacionados com as dimensões relacional e técnica do cuidar, com atividades de suporte à prestação de cuidados e como fatores influenciadores, as características da organização, do enfermeiro, do doente bem como com os recursos disponíveis (Hernandéz-Cruz et al., 2017).

Assim, torna-se imperioso estudar em cada contexto particular quais as razões que levam à ocorrência de CEO para que se possam desenvolver ou adotar estratégias minimizadoras da sua incidência (Dehghan-Nayeri et al., 2015; Winters & Neville, 2012).

Seguindo estes pressupostos, formulou-se como questão norteadora da investigação:

> "Quais as razões subjacentes à existência de cuidados de enfermagem omissos percecionadas pelos enfermeiros de um hospital de oncologia?"

Esta investigação teve um desenho exploratório, descritivo e transversal de natureza qualitativa assente em alguns pressupostos do estudo de caso. Encontra-se alicerçada nos resultados de uma investigação de natureza quantitativa realizada por Santos (2018), no contexto onde o estudo foi realizado, e que teve como foco identificar e quantificar a incidência de CEO.

Os objetivos delineados para a condução do estudo foram: compreender quais as razões percecionadas pelos enfermeiros de uma instituição de saúde de oncologia que conduzem à omissão de cuidados de enfermagem e identificar quais as estratégias percebidas pelos enfermeiros como facilitadoras/promotoras da não-existência de cuidados de enfermagem omissos.

A identificação dos CEO e dos fatores relacionados com essas omissões permitem adotar medidas relevantes envolvidas na reestruturação dos serviços de enfermagem, a fim de contribuir para a solução da problemática em estudo, potencializando a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes (Amaral, 2014).

A OMS (2017) evidencia a necessidade de se prevenir a ocorrência de CEO considerando um dos desafios mais importantes no campo da segurança dos doentes. Em Portugal, esta temática surge enquadrada no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, que visa promover o controlo dos "fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Sistema Nacional de Saúde" [SNS, 3882 (2)], reiterando que o incumprimento das boas práticas de segurança dos cuidados prestados pode ter consequências humanas, físicas e

emocionais não só no doente e/ou família, mas também na reputação e economia do SNS (Despacho nº 1400-A/2015).

Esta dissertação apresenta-se dividida em quatro capítulos: no primeiro é exposto o enquadramento teórico e concetual acerca da temática em análise; no segundo apresenta-se a investigação empírica, com a descrição das estratégias metodológicas utilizadas; no terceiro apresentam-se e analisam-se os resultados e no quarto realiza-se a discussão dos achados obtidos face à literatura científica disponível. Este documento integra ainda a presente introdução, a conclusão da investigação, as referências bibliográficas consultadas e os apêndices elaborados para a consecução da investigação, tendo sido redigido ao abrigo das Normas de Elaboração e Apresentação da Dissertação preconizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL

1 – AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS

O envelhecimento populacional, a maior prevalência de doenças crónico--degenerativas e o aumento das expectativas dos cidadãos, entre outros fatores, colocam desafios atuais à governação dos sistemas de saúde e aos seus profissionais (Santos, 2017).

Assiste-se a uma crescente exigência nos serviços de saúde sobre o papel dos seus profissionais, nomeadamente os enfermeiros. Por um lado são desafiados a demonstrar que os seus cuidados são de alta qualidade, apropriados, eficientes e efetivos, produzindo os melhores resultados nos doentes, com os recursos que estão disponíveis, por outro, o atual contexto político e económico tem conduzido a uma desqualificação das equipas hospitalares, substituindo enfermeiros por outros profissionais menos qualificados, o que está associado a um aumento da insegurança na prestação de cuidados e a um aumento de 21% na probabilidade de morte dos utentes (Amaral, 2014).

A OMS estima que, nos países em desenvolvimento, cada dólar investido em saúde tem um retorno em termos de crescimento entre 9 a 20 dólares, demonstrando que os hospitais com mais enfermeiros apresentaram menores taxas de mortalidade, infeções, quedas, bem como menos complicações após a alta e maior satisfação dos utentes. O não investimento nos cuidados de enfermagem acaba por refletir-se num aumento de 7%, na mortalidade dos doentes (Doran & Pringle, 2011).

Ambientes que favorecem a prática da enfermagem têm sido estudados desde que alguns hospitais foram reconhecidos por apresentarem facilidade em atraírem e manterem os profissionais, por mais tempo e, por conseguinte, terem a capacidade de prestar cuidados de alta qualidade (Aiken, 1997 como referido por Santos, 2017).

O ambiente da prática de enfermagem (APE) foi definido por Lake (2002) como sendo o conjunto de fatores que melhoram ou atenuam a possibilidade de os enfermeiros prestarem cuidados de enfermagem com base nas boas práticas e, por isso, oferecerem cuidados de alta qualidade. Baumann (2007) como referido por Jesus, Roque e Amaral (2015), acrescenta que um ambiente favorável à prática de enfermagem melhora a qualidade dos resultados obtidos no doente (menor incidência de quedas, erros de

medicação, infeções associadas aos cuidados de saúde e úlceras por pressão), maximiza a saúde e bem-estar dos enfermeiros (maior satisfação profissional e menores níveis de *burnout* e intenção de abandonar o local de trabalho ou profissão), bem como o desempenho da organização (menos dias de internamento e menor taxa de mortalidade).

A promoção de um ambiente favorável à prática de enfermagem é uma das competências dos enfermeiros gestores. Pode ler-se no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Diário da República, 2015) que o enfermeiro gestor é o motor da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão. É gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação de recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros (Aiken et al., 2002 como citado por Jesus et al., 2015).

Na realidade, a promoção de ambientes favoráveis à prática de enfermagem é um aspeto central nos cuidados de saúde, já que os enfermeiros são o maior grupo profissional no Serviço Nacional de Saúde, (39.217 profissionais) (DGS, 2016), e os cidadãos têm direito a cuidados seguros.

Segundo Fragata (2011, p. 22), “os erros podem ser por comissão ou por omissão”. Os erros por comissão são aqueles que são resultantes de uma ação errada e os erros por omissão são aqueles que são resultantes da não realização de todas as ações que deveriam ter sido tomadas.

Tanto os erros por comissão como os de omissão têm um potencial de causar dano nos doentes e, consequentemente, enfraquecer os resultados dos cuidados prestados pelas equipas de saúde.

A Agency for Healthcare Research and Quality (s.d.) enfatiza a problemática dos erros por omissão referindo que são mais difíceis de reconhecer do que erros por comissão mas, provavelmente representam um problema maior. Por outras palavras, é provável que existam mais casos em que se se tivesse providenciado medidas diagnósticas, terapêuticas ou preventivas adicionais, ter-se-ia melhorado o cuidado.

Os CEO começaram a ser estudados com grande ênfase em 2006 e atualmente, surgem associados a cuidados de enfermagem com pouca qualidade, com consequências conhecidas como: aumento da taxa de mortalidade, aumento dos erros com terapêutica, aumento da incidência de quedas, de infeções associadas aos

cuidados de saúde e do número de úlceras por pressão nos doentes internados (Ausserhofer et al., 2014).

Quando os rácios enfermeiro por utente não permitem prestar todos os cuidados necessários, por escassez de tempo, os enfermeiros fornecem os melhores cuidados possíveis com os recursos disponíveis, mas vêm-se obrigados a deixar algumas atividades por realizar - parcial ou totalmente - (Kalisch, Landstrom & Williams, 2009), criam hierarquias de cuidados e surgem os CEO.

Da análise da literatura surge um conjunto de cuidados de enfermagem menos priorizados, e consequentemente omissos, sendo eles: o levante terapêutico/deambulação (mediante prescrição ou quando necessário) e atraso na alimentação (Ausserhofer et al., 2014; Chapman, Rahman, Courtney & Chalmers, 2016; Cho, Kim, Yeon, You & Lee, 2015; Kalisch, Xie & Dabney, 2014; Palese et al., 2015; Papastavrou, Charalambous, Vryonides, Eleftheriou & Merkouris, 2016; Willis, Henderson, Hamilton, Toffoli, Blackman, Couzner & Verrall, 2015; Winsett, Rottet, Schmitt, Wathen & Wilson, 2016 e Winters & Neville, 2012); a alternância de decúbitos/posicionamentos a cada 2 horas (Ausserhofer et al., 2014; Bruyneel, et al., 2015; Chapman et al., 2016; Cho et al., 2015; Palese et al., 2015; Papastavrou et al., 2016; Schubert, Ausserhofer, Desmedt, Schwendimann, Lessafre, Li & Geest, 2013; Willis et al., 2015; Winters & Neville, 2012) e os cuidados de higiene corporal e oral (Ausserhofer et al., 2014; Bruyneel et al., 2015; Chapman et al., 2016; Cho et al., 2015; Kalisch et al., 2014; Papastavrou et al., 2016; Schubert et al., 2013; Willis et al., 2015; Winsett et al., 2016).

A prestação de apoio emocional e a educação para a saúde do doente e família são referidos, pelos enfermeiros e pelos doentes como CEO assim como a administração de terapêutica nos 30 minutos seguintes à prescrição (Ausserhofer et al., 2014; Ball, Murrels, Rafferty, Morrow & Griffiths, 2014, Papastavrou et al., 2016 e Willis et al., 2015).

Os cuidados básicos relacionados com as intervenções autónomas do enfermeiro, como a alimentação do doente, planeamento ou atualização de plano de cuidados, entre outros são os cuidados mais frequentemente omitidos em detrimento de intervenções interdependentes (Bruyneel et al., 2015, Schubert et al., 2013 e Willis et al., 2015).

Num estudo desenvolvido por Kalisch e Lee (2012) e Rehem, Elhamid e Elsalam (2017) que comparou a perceção dos enfermeiros acerca dos CEO e a observação dos mesmos, os investigadores concluíram que existem diferenças significativas entre o que os investigadores observaram e a perceção dos enfermeiros, uma vez que os CEO mais

frequentemente percecionados pelos enfermeiros relacionavam-se com a educação do doente e os CEO mais frequentemente observados relacionavam-se com registos de enfermagem e avaliação do doente. Igual constatação foi também defendida por Ausserhofer et al. (2014), Ball et al. (2014) e Schubert et al. (2013) que relatavam que o planeamento e a atualização dos planos de cuidados de enfermagem não eram cumpridos em 47% dos casos estudados, bem como a avaliação dos doentes recém-admitidos e da eficácia dos medicamentos administrados.

Relativamente aos fatores que se relacionam com os CEO, encontrou-se, na literatura consultada, uma extensa possibilidade de aspetos a considerar podendo estes estar relacionados com o doente e família, com o enfermeiro, com os recursos materiais ou equipamentos ou com a própria filosofia de cuidados da instituição em que o estudo é realizado (Bragadóttir et al., 2017; Chapman et al., 2016; Cho, Mark, Knafl, Chang & Yoon, 2017; Dehghan-Nayeri et al., 2015; Kalisch et al., 2014; Moreno-Monsiváis et al., 2015; Papastavrou et al., 2016).

O agravamento do estado dos doentes ou o aumento inesperado do volume de trabalho (seja por admissões ou altas clínicas não programadas geradoras de grande rotatividade) surgem como fatores preditores mais identificados nos estudos analisados por Rehem et al., (2017).

Segundo Cho et al. (2017) e Kalisch et al. (2014), a constante interrupção a que o enfermeiro é sujeito durante o seu turno de trabalho, seja por familiares ou outros profissionais de saúde, condiciona a organização do trabalho e a prestação de cuidados – que é atrasada – e percecionada como tendo menor qualidade quer pelo doente quer pelo enfermeiro.

Para Amaral (2015), os fatores que determinam os CEO são vários: a falta de recursos, a negligência ou a desvalorização pura e simples das áreas de intervenção do enfermeiro. O autor considera que são os fatores relacionados com o local de trabalho e as múltiplas exigências, e não a prestação direta de cuidados, que são o principal motivo da ocorrência de CEO. Em média, 7 a 8 atividades por turno são deixadas por fazer (Ball et al., 2014).

Níveis elevados de cuidados omissos podem estar associados à redução da satisfação no trabalho por parte dos enfermeiros, ao aumento da intenção de abandonar a profissão e à rotatividade pelos locais de trabalho (Ausserhofer et al., 2014).

É importante referir que os interesses individuais e o sentido de moralidade dos enfermeiros podem influenciar a ocorrência de CEO. O profissional satisfeito, com boas

relações no âmbito da equipa prestadora de cuidados, com baixa taxa de absentismo e com recursos disponíveis adequados tende a reportar menos CEO (Bragadóttir et al., 2016; Chapman et al., 2016).

Os recursos materiais, como o atraso no fornecimento de equipamentos, materiais ou medicamentos em tempo útil condiciona o atraso da administração da terapêutica prescrita nos 30 minutos posteriores à prescrição resultando, consequentemente em CEO (Moreno-Monsiváis et al., 2015).

A omissão de cuidados pode estar relacionada com fatores organizacionais, como a baixa dotação de profissionais, a falta de trabalho em equipa e o fraco clima de segurança hospitalar (Ausserhofer et al., 2014).

A dotação de enfermeiros e outros profissionais colaboradores na prática dos cuidados foi um elemento referido por múltiplos investigadores, onde os enfermeiros com mais habilitações e que trabalham em serviços com melhor dotação tendem a reportar menos CEO (Ball et al., 2014, Chapman et al., 2016; Maloney, Fend & Hardin, 2015; Palese et al., 2015; Papastavrou et al., 2016; Willis et al., 2015; Winsett et al., 2016; Winters & Neville, 2012). Enfermeiros mais jovens e que exerçam funções em serviços com baixa dotação reportam mais CEO (CEO de menor complexidade técnica e científica) (Cho et al., 2015). É à baixa dotação de enfermeiros que está associada, na maioria dos estudos analisados, a falha na comunicação com o doente (Cho et al., 2017).

A comunicação foi considerada simultaneamente CEO e fator preditor: enquanto CEO na relação enfermeiro-doente e enquanto fator preditor na comunicação enfermeiro-outro profissional de saúde em que a eficácia da comunicação e o trabalho em equipa foram prejudicados (Cho et al., 2017).

No que respeita à falta de trabalho em equipa e ao clima de segurança hospitalar, Dehghan-Nayeri et al. (2015) sugerem que a cultura hospitalar, a falha na gestão e liderança se traduzem em poucos recursos materiais e humanos e num trabalho em equipa deficitário o que pode resultar num ambiente de trabalho inadequado e favorecedor da incidência de CEO.

No estudo realizado por Santos (2018) numa unidade hospitalar de oncologia, o autor concluiu que os enfermeiros que consideraram o APE favorável reportaram, em média, 2,53 (DP = 2,22) CEO, enquanto que os que consideram o APE desfavorável reportam, em média, 2,97 (DP = 2,31) CEO. Observou-se diferenças estatisticamente significativas do número total de CEO consoante o APE, favorável ou desfavorável, dos serviços estudados.

Santos (2018) concluiu que 40,1% dos enfermeiros referiram que, por falta de tempo, não confortaram/falaram com os doentes internados, 39,4% não elaboraram ou atualizaram os planos de cuidados de enfermagem, 37,9% não educaram o doente internado ou seus familiares, 33,3% não documentaram os cuidados de enfermagem de forma adequada e, em igual percentagem, não prestaram cuidados de higiene oral. A vigilância adequada das pessoas internadas não foi realizada por 28,8% dos enfermeiros. Verificou que no turno da noite "Administrar a medicação no horário" é um dos CEO mais frequentes.

Deste estudo ressaltou que, metade dos enfermeiros referiram prestar algumas vezes cuidados não relacionados com enfermagem (providenciar materiais e equipamentos para a prestação de cuidados, atender telefonemas ou realizar outras tarefas burocráticas) o que pode influenciar a omissão de 2 a 4 cuidados de enfermagem.

A priorização por atividades de suporte à prestação de cuidados em detrimento das assistenciais de enfermagem, pode acorrer num aumento de incidência de complicações no doente, e consequentemente comprometer a sua segurança, como por exemplo, provocar um aumento da sua limitação funcional, do risco de desenvolver úlceras por pressão ou das infeções associadas aos cuidados de saúde (Ball et al., 2014, Papastavrou et al., 2016 e Willis et al., 2015).

No processo de avaliação da qualidade dos cuidados pode-se identificar dois quadros de referência distintos, mas complementares: o dos doentes (onde os resultados observados na evolução da situação de saúde são o centro da sua atenção) e o dos profissionais (que avaliam o processo e as atividades executadas) (Hagen citado por Gunther & Alligood, 2002).

Os motivos referidos pelos profissionais como conducentes à omissão dos cuidados foram a falta de enfermeiros, a falta de tempo para realizar as intervenções de enfermagem, delegação ineficaz, hábitos de trabalho, negação e falta de vinculação com o local de trabalho (Kalisch, 2006).

A falta de enfermeiros e a falta de tempo para realizar as intervenções de enfermagem assumem, num contexto de crise económica, uma dimensão maior uma vez que num contexto de baixos recursos ou pressões de tempo, os enfermeiros optam por omitir parte dos cuidados (Kalisch et al., 2009 e Ausserhofer et al., 2014 como referido por Timmings, Parissopoulos, Plakas, e Fouka, 2017) e priorizam as atividades relativas às tarefas físicas e aos aspetos mais urgentes dos cuidados (Timmings et al., 2017) em detrimento da dimensão afetiva-relacional do cuidar.

1.1 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS: MODELOS DE ANÁLISE

Num estudo publicado por Sochalski em 2004, o autor identificou que a baixa qualidade dos cuidados de enfermagem, estava associada aos cuidados "inacabados". Contudo, intencionalmente, os CEO apenas começaram a ser estudados por Kalisch (2006) que desenvolveu o modelo teórico de médio alcance *Missed Nursing Care Model*, com base no modelo de Donabedian, para explicar o fenómeno (Figura 1).

O modelo ilustra as várias categorias de atributos relatadas pelos enfermeiros em contextos de cuidados agudos que contribuem para a omissão dos cuidados de enfermagem: antecedentes dentro do APE que facilitam ou inibem a prática de enfermagem; processo de Enfermagem, perceções internas e processos de tomada de decisão (cuidado que é fornecido conforme planeado ou CEO) e resultados no doente.

Segundo Kalisch et al. (2009), os antecedentes dentro do APE (ou variáveis de estrutura, segundo Donabedian) que facilitam ou inibem a prática de enfermagem são externos aos enfermeiros e criam uma necessidade para que eles tenham que decidir sobre quais os cuidados que serão prestados. O estudo enumerava como fatores: os recursos disponíveis para prestar cuidados aos doentes – número de profissionais, nível de competência, formação e experiência profissional; os materiais ou recursos acessíveis para auxiliar na prestação de cuidados como medicamentos ou equipamentos indispensáveis à sua execução e os fatores de relacionamento e comunicação que têm um impacto na capacidade do enfermeiro de prestar assistência).

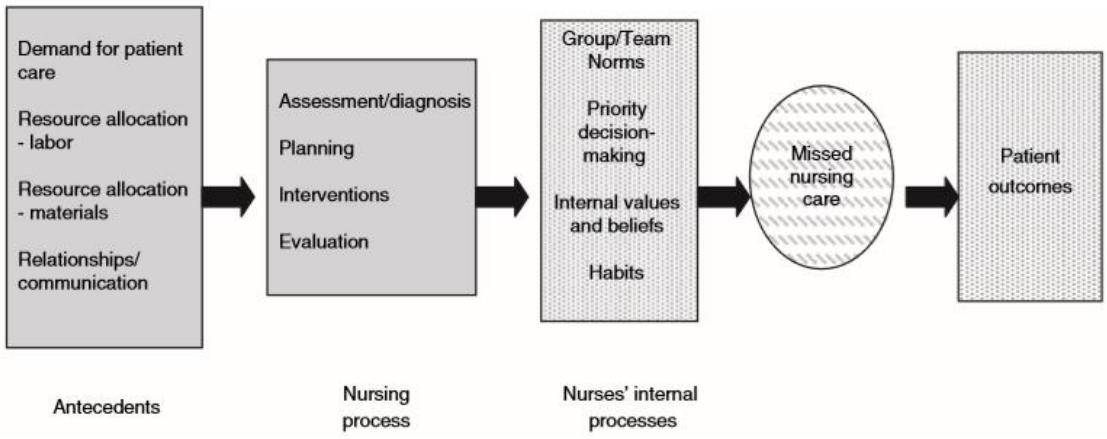

Figura 1: *Missed Nursing Care Model* (Kalisch et al., 2009)

Quando algum destes antecedentes está presente, o enfermeiro deve examinar os cuidados que, para ele são determinantes e é necessário que faça escolhas ou priorize o seu trabalho (Kalisch et al., 2009).

A análise do conceito de CEO sugere que as ações tomadas pelos enfermeiros dependem da sua experiência anterior em ambientes específicos. Por exemplo, o processo de enfermagem (nas suas cinco etapas estruturais) é influenciado e determinado por processos internos do enfermeiro onde o exercício sistemático, centrado no cliente enquanto método de estruturação da prestação de cuidados de enfermagem pode ficar comprometido tendo em conta as crenças, hábitos e prioridades na decisão (Kalisch et al., 2009).

A escolha em executar, completar, atrasar ou omitir cuidados é influenciado por quatro fatores relacionados com o enfermeiro, nomeadamente a existência de normas e protocolos na equipa prestadora de cuidados em que o enfermeiro desempenha a sua atividade; processos de tomada de decisão sobre a prestação de cuidados que, segundo a *expertise* e condições do doente deverão ser prestados (conduzindo a um ciclo contínuo de avaliação-intervenção, na medida em que há consciencialização da omissão de cuidados); valores internos, atitudes e crenças dos enfermeiros, que podem priorizar cuidados mediante valores culturais ou perspetivas individuais (se a omissão for devido ao facto do enfermeiro não querer executar determinada atividade, geralmente provoca sentimentos de arrependimento e culpa) e hábitos do enfermeiro em omitir cuidados, se não houver aparente efeito prejudicial no doente ou ninguém o notar, será mais fácil a omissão futura (Kalisch et al., 2009).

Uma outra abordagem ao modelo de Kalisch (Figura 2) conduzida por Castner, Wu e Dean-Baar (2015), indicou que mais de um terço da variância na omissão de cuidados de enfermagem é atribuída ao APE, o que veio sustentar a qualidade do modelo de análise.

A teoria em desenvolvimento, conduzida por Castner et al. (2015) subjacente ao modelo proposto por Kalisch, refere que existem variáveis de estrutura, de processo e de resultado que influenciam os CEO onde o APE e o enfermeiro influenciam simultaneamente a ocorrência desta problemática.

A variável de estrutura é composta por dimensão do hospital, níveis de formação existentes, índice de *case mix*, *skill mix* dos enfermeiros, experiência profissional dos enfermeiros, absentismo e duração dos turnos e o trabalho em equipa multidisciplinar; o processo são os cuidados por omissão ou comissão; e o resultados repercutem-se nos enfermeiros (níveis de satisfação, desejo de mudança de local de trabalho ou profissão) e nos doentes (erros com medicação, incidência de quedas, úlceras por pressão e infeções e nível de satisfação do doente) (Kalisch & Xie, 2014).

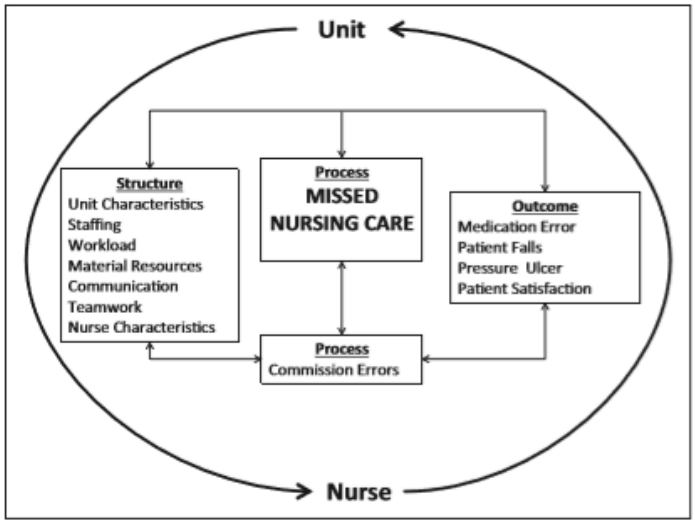

Figura 2: *Missed Nursing Care Model* em desenvolvimento (Castner et al., 2015)

No estudo desenvolvido por Castner et al. (2015), foi possível, a partir da teoria apresentada anteriormente que procurava validar o novo modelo teórico explicativo dos CEO, validar uma teoria multi-nível que indicou que o aumento do volume de trabalho do enfermeiro, os problemas de comunicação entre a equipa multidisciplinar e o aparecimento de situações inesperadas surgem como preditores dos CEO e a prestação de cuidados de enfermagem a doentes críticos e as habilidades individuais do enfermeiro para resolução de problemas complexos como fatores protetores. A experiência profissional do enfermeiro conduz a uma maior perceção da problemática acerca dos CEO (Figura 3).

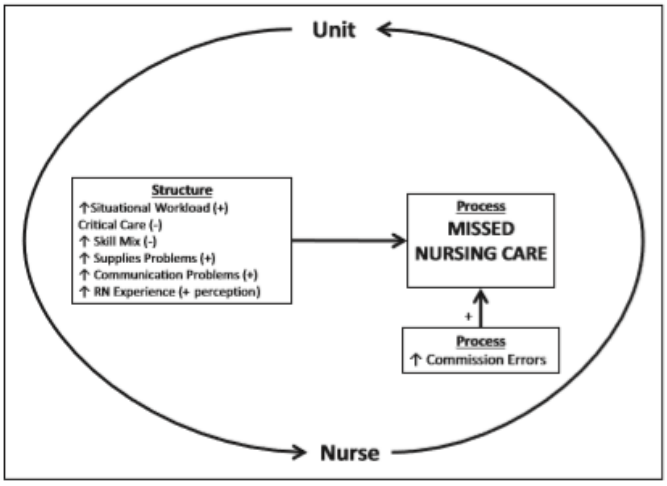

Figura 3: Teoria multi-nivel explicativa de CEO testada (Castner et al., 2015)

Como defensores da segurança dos doentes, os enfermeiros são, habitualmente, incapazes de completar os cuidados dentro dos padrões básicos, deixando os doentes

mais vulneráveis, pelo que os papéis, responsabilidades e trabalho dos enfermeiros devem ser redesenhados para garantir que os cuidados de enfermagem básicos são executados e que a qualidade dos cuidados não é comprometida (Kalisch et al., 2009).

2 – QUALIDADE EM SAÚDE

Qualidade, segundo Quinto citado por Carvalho (2004), é a propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas que as distingue das outras e lhes determina a natureza, dote e virtude. Pode ser entendida como um processo dinâmico, complexo, polivalente, multidimensional e permanente de identificação de falhas procurando a melhoria contínua e englobando o compromisso e educação de todos os profissionais envolvidos no processo (Paladini,1995; Uchira & Bosi, 2002).

Abordar a temática da "qualidade" na generalidade, traduz-se num desafio associado às múltiplas conceções, dimensões, perspetivas e problemáticas que lhe estão inerentes (Pereira, 2009). Falar de "qualidade em saúde" significa que os envolvidos nos atos de saúde estão constantemente preocupados com as propriedades, benefícios e malefícios dos serviços prestados e desenvolvem atividades de aferição e aperfeiçoamento, para uma maior satisfação dos que necessitam desses serviços (Allen-Duck, Robinson & Stewart, 2017).

Os sistemas de saúde a nível mundial têm vindo a deparar-se com uma crescente necessidade de prestar cuidados de saúde seguros e de qualidade esclarecendo quais as intervenções de saúde que melhores resultados produzem nas populações (Ribeiro, Martins & Tronchin, 2017).

Em Portugal, a qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades da DGS, estando claramente apresentada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio.

De acordo com o enunciado no documento:

> *"A qualidade em saúde, definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão" (Despacho nº 5613/2015, p.13551).*

A qualidade em saúde é frequentemente percecionada segundo três pontos de vista: das organizações (através da utilização dos recursos disponíveis da melhor forma, sem desperdício e dentro dos requisitos exigidos), dos profissionais de saúde (seguindo procedimentos e métodos que são considerados mais eficazes para atender às

necessidades clínicas do doente, conforme avaliado) e dos doentes (recebendo o tratamento que querem e esperam, durante e após o atendimento) (OMS, 2008).

A partir dos pressupostos acima citados, pode dizer-se que a qualidade é um conceito dinâmico, cujos referenciais são mutáveis, motivo pelo qual se torna importante avaliar a perceção da qualidade em saúde junto dos profissionais para melhor direcionar as estratégias organizacionais, tornando o exercício da prática de cuidados mais compatível com o contexto e objetivos das instituições de saúde de forma a que a organização dos serviços atenda melhor as necessidades dos doentes (Silva & Rodovalho, s.d.).

A Agency for Healthcare Research and Quality (2016) prevê que a Qualidade em Saúde se atinja por meio de três objetivos distintos: melhor atendimento (requer funcionamento coordenado com condições estruturais e orgânicas adequadas), menor incidência de episódios de doença na população (atenuar os efeitos das co-morbilidades por meio da prevenção primária) e acessibilidade dos serviços (redução de custos associados à prestação de cuidados de saúde).

O relatório identifica como prioridade no que respeita à estratégia definida para a qualidade, a segurança do doente – tornar os cuidados mais seguros, reduzindo os danos causados na prestação de cuidados e garantindo que cada pessoa e família são envolvidas como parceiras nos cuidados (Agency for Healthcare Research and Quality, 2016).

Para tal, Portugal deve promover o desenvolvimento de iniciativas de qualidade: incentivar os profissionais à adesão de diretrizes clínicas básicas para otimizar o resultado clínico e o uso de recursos com vista à redução da variabilidade na prática clínica, garantindo efetividade e eficiência nos processos clínicos (Organization for Economic Co-operation and Development, 2015).

A gestão da qualidade pressupõe a adoção de programas desenvolvidos internamente ou segundo padrões externos, capazes de comprovar um padrão de excelência assistencial, a partir da melhoria contínua do contexto onde os cuidados são prestados (estrutura), da forma como são prestados esses cuidados (processos) e pelas mudanças que a execução desses cuidados causam nas pessoas (resultados) (Graham, 1995).

O Modelo da Qualidade dos Cuidados proposto por Donabedian (Figura 4) permite avaliar sistematicamente os cuidados nos serviços de saúde e tem em conta a

interdependência entre a estrutura, o processo e o resultado (Carayon, Hundt, Karsh, Gurses, Alvarado, Smith & Brennan, 2006).

Relativamente à estrutura são incluídos todos os fatores que afetam o contexto em que os cuidados são realizados (tipologia de doentes, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, bem como características organizacionais, formação e pagamento aos colaboradores). Segundo Donabedian (2003), é fácil de observar e medir, podendo ser a causa a montante de problemas identificados no processo.

O processo é a soma de todas as ações que compõem os cuidados de saúde, diagnóstico, tratamento, cuidados preventivos e educação. Estas podem ser expandidas para incluir as ações tomadas pelos doentes ou pelos seus familiares (Donabedian, 2003). A medição do processo, na perspetiva dos profissionais, é quase equivalente à medição da qualidade dos cuidados porque o processo contém todos os atos de saúde cujas informações podem ser obtidas de registos, entrevistas com doentes e profissionais ou em observações na prestação direta de cuidados de saúde.

O resultado contém todos os efeitos dos cuidados de saúde em doentes ou populações (alterações de estado de saúde, comportamento, conhecimento, bem como satisfação do doente e qualidade de vida). São, por vezes, vistos como os mais importantes indicadores de qualidade. No entanto, medir com precisão os resultados que podem ser atribuídos exclusivamente aos cuidados de saúde é muito difícil. Encontrar relações entre o processo e os resultados requer, muitas vezes, amostras muito grandes, ajustes por *case mix* e grande acompanhamento a longo prazo para que os resultados sejam observáveis (Donabedian, 2003).

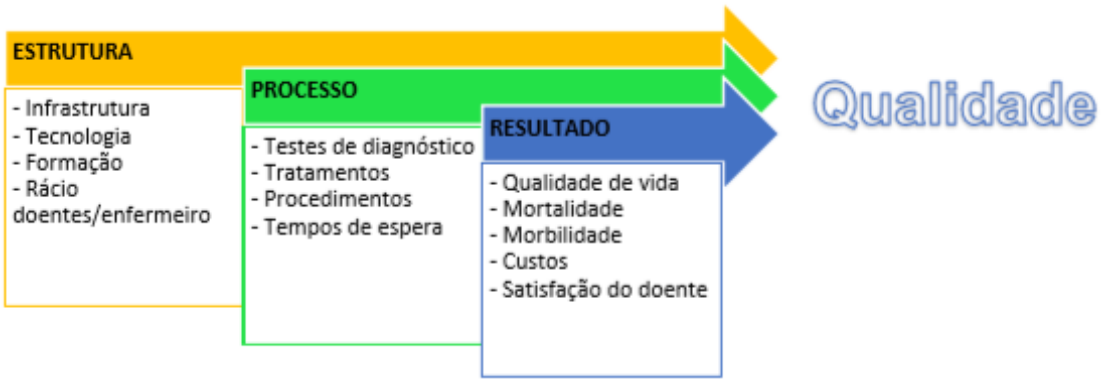

Figura 4: Modelo da Qualidade dos Cuidados de Donabedian. Adaptado de Santos (2018)

Como refere Amaral (2010), características da pessoa (fatores genéticos, sóciodemográficos, hábitos de saúde, crenças, atitudes e preferências), fatores

ambientais (culturais, sociais, políticos) bem como fatores relacionados com os profissionais de saúde, por si mesmos, são vitais para entender completamente a verdadeira eficácia de novas estratégias ou modificações dentro do processo de cuidados. Atualmente, as investigações baseadas na tríade definida por Donabedian, propõem um modelo integrativo com avaliação das relações entre a qualidade do cuidado, o estado de saúde e os gastos de recursos (Reis et al., 1990).

Os especialistas em qualidade sugerem que a adequada procura da qualidade não é uma questão de inspeção, de padrões, de limiares, não é uma série de decisões para aceitar ou rejeitar um bem ou produto, mas sim uma busca contínua de pequenas oportunidades para reduzir a complexidade desnecessária, o desperdício e o trabalho em vão (Uchira & Bosi, 2002).

Os componentes fundamentais para a existência de qualidade em saúde, nos dias de hoje, devem contemplar a efetividade clínica (eficácia e eficiência), a experiência dos doentes (satisfação), a segurança dos cuidados (ausência de complicações) (Fragata, 2011) e a otimização do desempenho organizacional (Doran & Pringle, 2011).

2.1 – QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A qualidade dos cuidados de saúde é transversal a várias disciplinas, incluindo a Enfermagem. Nightingale destaca-se entre as pioneiras a desenvolver uma abordagem teórica para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, ao procurar identificar e minimizar os fatores que impedem os processos de recuperação dos doentes (Allen-Duck et al., 2017).

A Teoria Ambientalista da autoria de Nightingale, identificou as condições ambientais como ventilação, aquecimento, luminosidade, ruído entre outros como fatores passíveis de controlo pelo enfermeiro. Quando um ou mais aspetos do ambiente estivessem desequilibrados, o doente despenderia de maior energia para contrabalançar o stress ambiental e retirar-lhe-ia a energia necessária para a convalescença (George, 2000).

O pensamento de Nightingale, continua a influenciar o exercício profissional da enfermagem moderna, levando a uma reflexão sobre o agir profissional, em especial no que tange à atual problemática ecológica relativa à segurança do doente e à qualidade dos cuidados de enfermagem (Medeiros, Enders & Lira, 2015).

De acordo com o mencionado pelo Despacho nº 5613/2015, é consensual que o desenvolvimento da qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional. Claramente,

“nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2012, p. 6).

Ao longo da última década tem-se desenvolvido esforços no sentido de implementar os padrões de qualidade nas instituições hospitalares, bem como promover a apropriação dos mesmos pelos enfermeiros embora sejam visíveis algumas fragilidades. A efetividade dos cuidados como dizendo respeito à capacidade de se atingir os resultados pretendidos, sendo a relação entre os resultados conseguidos e os resultados propostos foi alvo dos estudos de Irvine, Sidani e Hall (1998) que propuseram o *Nursing Role Effetiveness Model*, Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem (MECE).

O MECE representa a natureza multidimensional de uma situação de cuidados, podendo, na opinião de Irvine et al. (1998) orientar a investigação sobre os mecanismos que estão subjacentes à forma como os cuidados de enfermagem influenciam os resultados obtidos nos doentes; o sucesso ou insucesso dos cuidados na produção de um determinado resultado e as condições que influenciam os efeitos dos cuidados.

Este modelo proporciona um quadro concetual para a investigação das relações que podem existir entre as características dos doentes, as intervenções de enfermagem e os resultados (Figura 5). Assume-se que as características dos doentes influenciam o processo de intervenção dos enfermeiros, o que proporcionará mudanças nos resultados que se podem obter uma vez que influenciam o potencial de cada pessoa na recuperação da doença (Doran, Sidani, Keatings & Doidge, 2002). Para as autoras, prestar cuidados de saúde envolve um sistema que, mobiliza um conjunto de prestadores que interagem entre si e prestam cuidados, com vista a obter os resultados pretendidos. A contribuição dos diferentes prestadores de cuidados, nos resultados que os doentes podem obter, e os seus custos são orientados pelas funções que cada um assume nos cuidados (Amaral, 2010).

O MECE assenta na análise de fatores de estrutura, de processo e de resultado (tríade de Donabedian) – apresentado anteriormente – em que o autor defende que os diferentes tipos de papéis desempenhados pelo enfermeiro no processo de cuidados (autónomo, interdependente e dependente) é influenciado pelas variáveis estruturais que, por sua vez, vão-se refletir nos resultados (Irvine et al., 1998).

Desta forma, a componente estrutura refere-se aos fatores da pessoa sujeita a cuidados (a idade, a relação com o estado de saúde, gravidade da doença e morbilidades), do enfermeiro prestador de cuidados (a experiência profissional e a formação) e da organização (cultura organizacional, padrões de qualidade existentes e atividades que afetam diretamente os cuidados de enfermagem) (Irvine et al., 1998).

O componente processo refere-se aos diferentes papeis que o enfermeiro assume na prestação de cuidados (Irvine et al., 1998): intervenções autónomas (aquelas que são atribuíveis exclusivamente aos enfermeiros); interdependentes (atividades em que os enfermeiros participam, mas que estão, total ou parcialmente, ligadas a funções de outros profissionais de saúde) ou dependentes (atividades e responsabilidades que têm que ver com a implementação de prescrições médicas).

A componente resultado é composta pelos efeitos dos cuidados prestados que são sensíveis aos cuidados de enfermagem. As autoras agrupam os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem em seis categorias: prevenção de complicações, gestão de sintomas, conhecimento da doença, tratamento e gestão de efeitos secundários, estado funcional e autocuidado e satisfação com os cuidados e custo (Irvine et al., 1998).

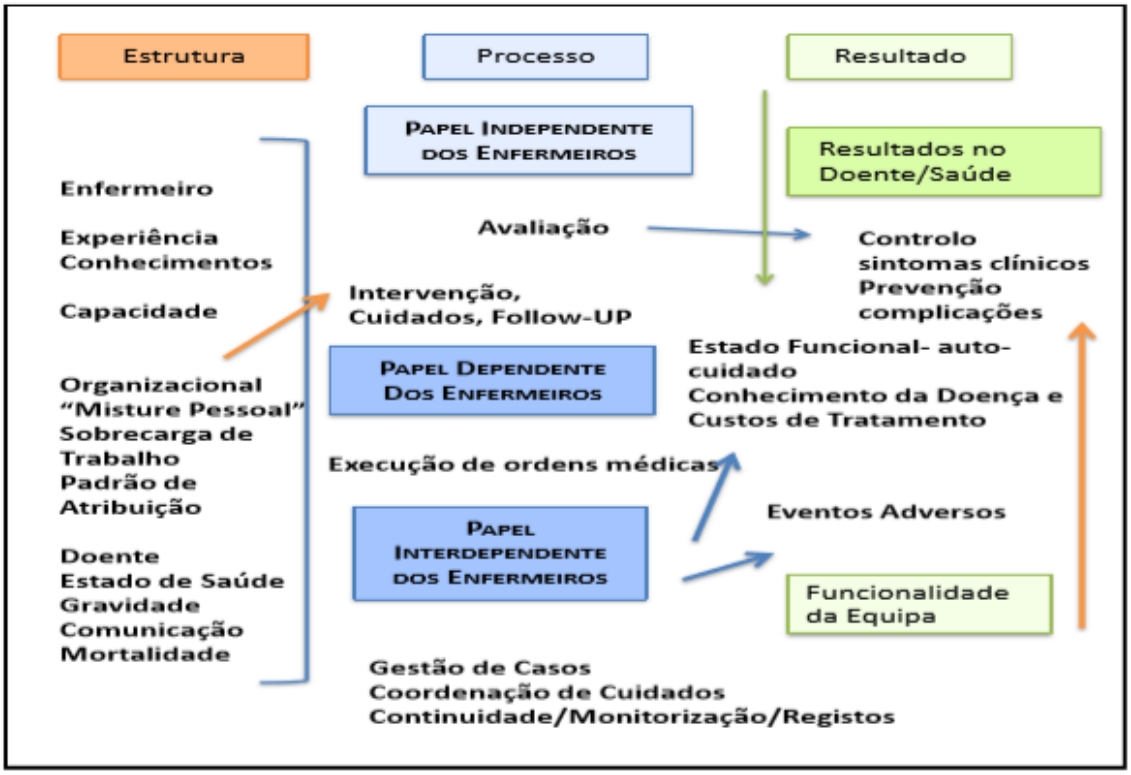

Figura 5: Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem. Adaptado de Picado (2013).

Assim, o MECE permite identificar o contributo dos cuidados de enfermagem para os resultados atingidos pelos doentes, dentro da complexidade dos cuidados prestados por equipas multidisciplinares. Constitui um desafio à responsabilização, uma vez que leva a que se assuma responsabilidade pela qualidade dos cuidados e pela contribuição para a saúde e bem-estar das pessoas, vinculando os cuidados de enfermagem aos resultados atingidos (Doran, et al., 2002; Doran et al., 2006).

A validade do modelo foi testada pelas autoras e as conclusões foram que o modelo fornece um quadro concetual bem definido que permite avaliar os resultados dos cuidados de enfermagem em contextos de internamento de cuidados agudos e analisar a contribuição dos cuidados prestados pelos enfermeiros nesses contextos (Doran et al., 2002).

O MECE fornece uma forma compreensiva de avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem dirigindo-se às características do ambiente onde os cuidados são prestados, às intervenções responsáveis pelo resultado nos doentes e aos efeitos das intervenções de enfermagem na obtenção dos resultados (Sidani, Doran & Mitchell, 2004).

Desta forma considera-se na avaliação dos resultados o impacto das características dos enfermeiros e das dotações, mas as intervenções de enfermagem são consideradas como mediadoras entre as condições do doente no início de um evento e as suas condições após lhe terem sido prestados cuidados. Isto implica a avaliação dos resultados que são sensíveis aos cuidados de enfermagem (Amaral, 2010).

O cuidado prestado, para ser considerado eficiente e efetivo deve ser centrado na pessoa enquanto parceiro no planeamento, desenvolvimento e avaliação para que seja o mais apropriado às suas necessidades (Silva, 2014).

Os serviços são, atualmente, reorientados para se focarem na pessoa de forma a promover autocontrolo, independência e autonomia, para oferecer escolha na prestação de cuidados e baseiam-se numa filosofia de equipa colaborativa através da tomada de decisão compartilhada, do apoio à autogestão e da comunicação proativa. Trata-se de considerar as preferências das pessoas, os valores, a sua situação familiar, as circunstâncias sociais e estilos de vida, considerando-o como um sujeito de direitos e trabalhando com ele o seu projeto terapêutico (OE, 2012).

Os cuidados de saúde devem incidir sobre o indivíduo, com uma identidade distinta e com necessidades, desejos, experiências, preferências, comportamentos, sentimentos,

perceções e compreensões específicas [Hagsten et al. (2004) como referido por Amaral (2014)].

Há indícios de que o cuidado individualizado se relaciona positivamente com a participação da pessoa nos cuidados e na tomada de decisões relativamente aos cuidados que lhes são prestados (OE, 2012).

A procura permanente da excelência no exercício profissional está regulamentada. O Conselho de Enfermagem da OE (2001), aquando da definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, apresentou seis categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Estes enunciados descritivos, visando explicitar a natureza e os diferentes aspetos do mandato social da enfermagem, são para os clientes o quadro de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, e para os enfermeiros a referência comum e a orientação para uma prática profissional de excelência (OE, 2012).

Na perspetiva de Potra (2015), os enunciados descritivos constituem-se com uma matriz concetual com potencial para orientar o exercício profissional dos enfermeiros, promovendo e proporcionando, entre outros, a reflexão sobre os cuidados prestados, a orientação da tomada de decisão em enfermagem, bem como a visibilidade da dimensão autónoma do exercício profissional. Neste sentido, os padrões de qualidade indicam à população o que pode esperar em termos de cuidados de enfermagem, e aos enfermeiros o que se espera no seu conjunto e o que cada um deve fazer em prol de um exercício profissional de qualidade.

Num contexto em que temas como a qualidade em saúde vigoram, e onde se incita à excelência no exercício profissional dos enfermeiros que incorpora uma prestação de cuidados de enfermagem congruente com o regulamentado para o exercício profissional, torna-se importante identificar barreiras que condicionam os resultados dos cuidados centrados na pessoa, para que se melhore os processos dos sistemas de saúde (Silva, 2014).

CAPÍTULO II

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 – METODOLOGIA

O objeto de estudo desta investigação centra-se na compreensão sobre as razões que promovem a ocorrência de CEO e na identificação de estratégias para a sua minimização. Está-se no campo da exploração de um fenómeno que, segundo Merriam e Tisdell (2015), se enquadra num desenho de investigação de natureza qualitativa na medida em que se procura compreender a problemática dos CEO tendo como objetivo obter informações adicionais sobre a mesma.

Para Guerra (2006), a pesquisa qualitativa centra-se na compreensão da realidade tal como ela é experienciada pelos sujeitos a partir do que pensam e como agem.

Neste capítulo apresentam-se os pressupostos que guiaram o desenho do estudo de investigação.

1.1 – TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal de natureza qualitativa assente em alguns pressupostos do estudo caso.

O estudo de caso deve ser considerado em situações em que o investigador tem pouco ou nenhum controlo sobre os eventos comportamentais em estudo e o foco do estudo é um fenómeno contemporâneo (Yin, 2014). É definido como uma investigação empírica que investiga o "caso" em profundidade e dentro do seu contexto do mundo real (Hollweck, 2014).

O estudo de caso, na sua essência, parece herdar as características da investigação qualitativa na medida em que apresenta um caráter holístico, procura compreender o fenómeno na globalidade; considera a relação do contexto com o fenómeno em estudo, onde a problemática poderá assumir particularidades dignas de registo e exige um caráter interpretativo constante, em que a organização concetual orienta a recolha dos dados e novas informações ou constatações conduzem à reformulação das premissas iniciais (Yin, 2014).

Para a exploração dos dados obtidos, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2013), seguindo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados (inferência e interpretação).

1.2 – OBJETIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Tendo como objetivos da investigação compreender quais as razões percecionadas pelos enfermeiros de uma instituição de saúde de oncologia que conduzem à omissão de cuidados de enfermagem e identificar quais as estratégias percebidas pelos enfermeiros como facilitadoras/promotoras da não-existência de cuidados de enfermagem omissos, formulou-se como questão norteadora da investigação:

> "Quais as razões subjacentes à existência de cuidados de enfermagem omissos percecionada pelos enfermeiros de um hospital de oncologia?"

1.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída pelos enfermeiros que exercem a sua atividade profissional numa unidade de internamento (especialidades médicas) há mais de um ano, de uma instituição de saúde de oncologia e que participaram na investigação de Santos (2018) realizada no mesmo contexto, em que o autor avaliou a incidência dos CEO (n = 61).

Integraram a população do estudo todos os enfermeiros que no período compreendido entre 6 de novembro de 2017 e 2 de fevereiro de 2018 não estiveram inibidos do seu exercício profissional (por atestado médico, licença de maternidade, ou outros) e exerciam a sua atividade nas unidades de internamento há mais de um ano (tempo mínimo em que o profissional já consegue compreender de maneira intuitiva cada situação no seu todo, de forma global; são profissionais flexíveis e com um nível elevado de adaptabilidade, agindo de acordo com cada situação – Benner, 2005)

A técnica de amostragem adotada no estudo foi a amostra de meio, geográfico ou institucional.

A seleção por este tipo de amostragem prendeu-se com o facto de pretender-se estudar o grupo de enfermeiros que exercem a sua atividade nos serviços de internamento das especialidades médicas de um hospital de oncologia. Neste tipo de amostragem o

universo de análise apresenta-se de forma não parcelada e passível de compreensão do fenómeno na sua totalidade onde o objetivo principal é fornecer um retrato global, aprofundado da problemática em estudo (Poupart, Deslauriers, Groulx, Lapirrière, Mayer & Pires, 2008).

A seleção dos participantes na investigação foi intencional e os sujeitos que constituíram a amostra foram escolhidos a partir de critérios estratégicos definidos pelo investigador: os que revelaram uma maior acessibilidade e os que, voluntariamente, se mostraram disponíveis para colaborar na investigação. Teve-se como objetivo obter a máxima informação possível sobre a problemática em análise (Aires, 2015).

A amostra é constituída por 10 enfermeiros. Os participantes do estudo são maioritariamente do sexo feminino (80%, *n* = 8) e casados (60% - *n* = 6). A média ($\bar{x}$) da idade é de 37,9 anos com desvio padrão (DP) de 6,33 anos, com mínimo (mín.) e máximo (máx.) de 27 e 49 anos, respetivamente. O tempo médio de exercício profissional é de 14,9 anos (DP = 6,03), com mínimo e máximo de 4 e 23 anos, respetivamente.

Como habilitações académicas verificou-se que 100% (*n* = 10) são licenciados; 20% (*n* = 2) são mestres e 20% dos enfermeiros (*n* = 2) reportam deter o título de "enfermeiro especialista" atribuído pela Ordem dos Enfermeiros.

No que respeita ao vínculo contratual, verificou-se que 60% dos enfermeiros, (*n* = 6), exercem a sua atividade profissional ao abrigo de um Contrato Individual de Trabalho (CIT) e os restantes em Contrato de Trabalho em Funções Públicas (CTFP). Destes últimos, 75% dos enfermeiros são graduados (*n* = 3) e 25%, (*n* = 1), é especialista.

Dos 10 enfermeiros, 20% (*n* = 2) exercem funções no Serviço A, 30%, (*n* = 3), no Serviço B e 50%, (*n* = 5), no Serviço C. Em média os enfermeiros exercem funções nesses serviços há 11,9 anos (DP = 5,5) com mínimo e máximo de 2 e 17 anos, respetivamente.

Da amostra, 100%, (*n* = 10), exercem a sua atividade por turnos e 70%, (*n* = 7), dos enfermeiros revela trabalhar, em média, mais 5 horas por semana relativamente às contratualizadas. Sobre a disponibilidade para pesquisar sobre atualizações dos cuidados que prestam, 80%, (*n* = 8), referem fazê-lo semanal a mensalmente. Os dois participantes restantes, um refere fazer raramente e outro diariamente (10% - *n* = 1, cada) (Tabela1).

Tabela 1: Dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros

			n	$\bar{x}$	DP	Min.	Máx.
Sexo		Feminino	8				
		Masculino	2				
		Total	10				
Idade (anos)				37,90	6,33	27	49
Estado Civil		Solteiro	4				
		Casado	6				
Habilitações Académicas		Licenciatura	10				
		Mestrado	2				
Habilitações Profissionais	Enfermeiro especialista	Não	8				
		Sim	2				
	Enfermeiro graduado	Não	7				
		Sim	3				
Tipo de vínculo contratual		CIT	6				
		CTFP	4				
Serviço		Serviço A	2				
		Serviço B	3				
		Serviço C	5				
Anos de exercício profissional				14,90	6,03	4	23
Anos de exercício profissional no serviço				11,90	5,50	2	17
Atualizações científicas		Diariamente	1				
		Semanal a Mensal	8				
		Raramente	1				

1.4 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Como instrumento de colheita de dados utilizou-se um “Guião de entrevista semi-estruturada” (Apêndice III) para garantir o questionamento e a abordagem de tópicos essenciais para explorar a perceção dos participantes sobre a problemática em estudo.

A entrevista semi-estruturada foi a técnica selecionada para a recolha de dados pois permite a aproximação holística na qual se procura compreender o fenómeno como um todo e permite obter descrições da experiência, do significado atribuído, onde é possível realizar uma descrição tão completa quanto possível da situação (Dehghan-Nayeri et al., 2015 e Winters & Neville, 2012).

Antes da aplicação do guião de entrevista, procedeu-se a um pré-teste para treinar as habilidades do investigador e aperfeiçoar a redação das perguntas a realizar, o que não foi necessário.

O guião foi constituído por três secções: a primeira referiu-se à contextualização da investigação, onde foram explicitados os objetivos do estudo, a função do investigador, a estruturação da entrevista e os recursos necessários à sua realização, bem como ao preenchimento do questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes; a segunda dizia respeito à exploração do tema em análise e era constituída por perguntas abertas que permitiram explorar o tema dos CEO mediante os objetivos da investigação definidos e, por último, a terceira considerava o encerramento da entrevista como momento ideal para sumariar as informações recolhidas assim como criar o espaço para o participante expor alguma consideração pertinente.

O guião previamente elaborado permitiu que na condução das entrevistas fossem abordadas as questões estabelecidas bem como garantiu flexibilidade ao investigador e participante para desenvolver a entrevista segundo a direção considerada mais adequada, explorando de forma aprofundada os aspetos considerados mais relevantes como forma de garantir uma riqueza informativa.

As entrevistas foram realizadas presencialmente, após a negociação com cada participante.

1.5 – RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados realizou-se de 5 de setembro de 2018 a 9 de outubro de 2018, fora do horário de trabalho dos participantes e num ambiente privado para evitar interrupções. A duração média das entrevistas foi de 50 minutos.

Após a seleção da amostra, foi estabelecido contato com cada potencial participante selecionado no sentido de aferir a sua vontade em participar no estudo de investigação

e solicitar o seu consentimento informado, livre e esclarecido. Todos os participantes selecionados acederam participar na entrevista. O local, dia e hora da entrevista foi determinado mediante as preferências do entrevistado e requisitos exigidos para o momento pelo investigador (em local privado para evitar interrupções desnecessárias e confortável para o entrevistado e fora do período de trabalho do participante).

Os questionários para a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes foram distribuídos previamente à entrevista e recolhidos diretamente pelo investigador, em envelope fechado.

Após cada entrevista, as informações recolhidas, gravadas em áudio, foram transcritas e analisadas tendo em consideração a literatura científica disponível.

Após a análise da décima entrevista, constatou-se que não foi obtida nenhuma informação nova que permitisse caraterizar a problemática em estudo e por esse motivo deu-se por terminada a colheita de dados dada a saturação da informação (Gondim, 2003).

1.6 – TRATAMENTO DE DADOS

Na análise dos dados referentes à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes no estudo, foi utilizado a estatística descritiva, os dados foram tratados no programa informático SPSS 22.0.

Após a realização de cada entrevista procedeu-se à sua transcrição. A análise do conteúdo das entrevistas iniciou-se no momento da sua transcrição. A técnica de análise de conteúdo utilizada foi a de Bardin (2013), seguindo as fases descritas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados (inferência e interpretação).

A pré-análise foi iniciada por uma leitura como referido, denominada como “flutuante”, permitindo a ocorrência de um conjunto de “impressões e orientações iniciais”, que facilitaram as sucessivas leituras e, mais tarde, a construção de categorias (Bardin, 2013).

Na fase de reflexão foi realizada a exploração do material, ocorrendo a transformação dos dados brutos em unidades de significação, através da codificação. Após a delimitação das unidades de registo, estas foram organizadas em subcategorias e, posteriormente, em categorias – análise de conteúdo do tipo temática/categorial.

Ainda segundo as orientações de Bardin (2013), procurou-se que as categorias estabelecidas respeitassem os princípios da exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade.

Durante este processo, teve-se em consideração os objetivos estabelecidos para o estudo e a fundamentação teórica, por forma a dar sentido à interpretação e pode dizer-se que o processo de análise foi dedutivo e indutivo: dedutivo, considerando categorias estabelecidas *a priori* a partir dos referenciais teóricos e indutivo resultante dos procedimentos exploratórios, através de processos de diferenciação, com identificação de categorias *a posteriori*.

A análise e interpretação dos dados foi submetida ao juízo crítico de dois investigadores, doutorados e orientadores do estudo nas diferentes apresentações formais realizadas no decurso da investigação o que se revelou ser uma estratégia de credibilidade, por permitir garantir maior consistência dos resultados, apesar da constante mutação da realidade (Latorre, 2003).

1.7 – ASPETOS ÉTICOS

Segundo Nunes (2013) qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões éticas e que, se por um lado, os conceitos em estudo, o método de colheita de dados e a divulgação de certos resultados podem contribuir para o avanço da ciência, por outro, podem lesar os direitos fundamentais das pessoas.

O projeto de investigação foi submetido à Comissão de Investigação e Ética da unidade de saúde onde o estudo foi desenvolvido a 9 de abril de 2018, tendo recebido parecer favorável à sua realização (Apêndice IV).

Como foi referido, antes do início da recolha de dados, solicitou-se a cada participante o seu consentimento (Apêndice I): este processo iniciou-se com uma explicação sobre a natureza e objetivos da investigação, o fim e a duração da investigação para a qual foi solicitada a sua participação. Assim, a cada participante foi disponibilizado um período de tempo após ter recebido informação sobre o estudo, para que cada um pudesse consentir de forma livre e esclarecida a sua participação no estudo, respeitando-se assim o direito à autodeterminação. A cada participante foi também assegurado o direito de em qualquer momento poder desistir de participar no estudo, não sofrendo com isso qualquer dano.

Relativamente ao respeito pela confidencialidade e anonimato dos informantes este princípio foi assegurado através da atribuição de um código a cada participante, para que não fossem identificados, constante quer dos questionários preenchidos e recolhidos em envelope fechado para a caraterização sociodemográfica, quer das transcrições das entrevistas realizadas.

Dando continuidade à garantia da confidencialidade e da privacidade dos participantes, após a transcrição das entrevistas, foram destruídas as respetivas gravações e depois da conclusão do estudo serão destruídas as transcrições integrais das entrevistas, bem como o consentimento informado que os enfermeiros assinaram e o questionário para caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.

No sentido do respeito pelo princípio da beneficência foi explicado a todos os participantes que embora a investigação não trouxesse benefícios diretos, ela ao fornecer um conhecimento sobre o contexto, poderia contribuir para a possibilidade de otimizar a prestação de cuidados de enfermagem, tornando-os mais seguros, eficazes e eficientes através da adoção de estratégias minimizadoras de CEO e consequentemente assegurando como prioridade a segurança do doente.

Foi ainda solicitada autorização para a divulgação dos resultados sendo estes apresentados de forma a que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido (Nunes, 2013).

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

1 – RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados que emergiram da análise do *corpus* de dados resultante das entrevistas realizadas aos enfermeiros, no que respeita aos cuidados de enfermagem omissos percecionados por estes, às razões que identificaram como promotoras da sua incidência e, consequentemente, às estratégias percebidas como minimizadoras da ocorrência de cuidados omissos.

Do processo da análise de conteúdo apurou-se como categorias centrais: **Cuidados de enfermagem omissos**, **Razões para a ocorrência de CEO** e **Estratégias para a minimização de CEO**, cujas subcategorias correspondentes são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2: Categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas

Categorias	Subcategorias
Cuidados de enfermagem omissos	Definição
	Impacto
	Tipologia
Razões para a ocorrência de CEO	Negligência / Desvalorização
	Dolo
	Crenças
	Escassez de recursos
	Cultura organizacional
Estratégias para a minimização de CEO	Conscientização do erro
	Formação
	Comunicação
	Adequação de recursos
	Mudança da cultura organizacional

1.1 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS

Para os participantes entrevistados a ***definição*** de CEO diz respeito aos cuidados que são planeados para que a prática de enfermagem seja de qualidade, e não são realizados total ou parcialmente, por diferentes razões, nomeadamente por falta de tempo ou outras condições, porque não é avaliada a sua realização ou não é documentada. A omissão pode ser intencional ou não, e ela pode estar presente logo no planeamento dos cuidados, tal como ilustram as palavras dos enfermeiros entrevistados:

> *"são cuidados de enfermagem que deveriam ser executados por terem sido planeados para que fossem feitos, mas que deixamos por fazer de forma consciente ou inconsciente e que podem ter sido deixadas por fazer na totalidade ou só em parte."* (E9, E1, E10)
> *"são cuidados que a maior parte das vezes não confirmamos de forma objetiva e clara que foram planeados, realizados e avaliados. Muitos acontecem numa parte técnica, mas penso que na componente social e afetiva existem muitos cuidados que ficam omissos."* (E6)
> *"tornam-se omissos na prática, mas que estavam planeados ser feitos para que a prática fosse de qualidade"* (E5, E9)

Os participantes reconhecem que os cuidados omissos têm ***impacto*** no doente e família, no enfermeiro e na profissão.

Ao nível do doente e família, a segurança do doente e a qualidade dos cuidados que lhes são prestados podem estar comprometidas quando um cuidado planeado não é prestado ou quando é prestado mas não é realizado de acordo com as necessidades da pessoa e as boas práticas havendo um potencial agravamento do estado de saúde (por exemplo, úlceras por pressão, IACS, consequências da imobilidade).

Ao nível do enfermeiro, porque os cuidados ao não serem prestados em segurança e os profissionais ao não os percecionarem como respondendo às necessidades do doente leva a que se questionem e a que não se sintam bem com a sua consciência, pois sabem que deveriam de ter feito determinado cuidado e não o fizeram porque não tinham recursos; e ao nível da profissão, pois se a qualidade dos cuidados estiver comprometida a visão da sociedade face aos mesmos é negativa, tal como evidenciam estes excertos:

> *"o doente fica desanimado, emocionalmente desmotivado"* (E3)
> *"traz prejuízos para o doente, família e até para a equipa…"* (E4)
> *"os CEO trazem riscos: porque não se registou ou não se fez. E o risco não é só clínico... é também profissional uma vez que o enfermeiro tem ética e*

consciência... e se se interessa pela sua profissão e tem caráter enquanto pessoa acho que não fica bem com a sua consciência, quando devia ter feito e não fez... e para o doente sabemos o que isso implica um CEO." (E10)

No que respeita à ***tipologia*** de CEO, os enfermeiros entrevistados identificaram cuidados relacionados com a dimensão relacional do cuidar, como "*Comunicar com o doente e família*" e "*Ensino ao doente e família*". O "*Documentar os cuidados de enfermagem*", "*Elaborar ou atualizar planos de cuidados*" e "*Alimentação*" são considerados CEO incidentes. A componente técnica também é reportada como uma dimensão onde ocorrem CEO, nomeadamente "*Monitorização de Sinais Vitais/Glicémia capilar*", "*Cuidados de higiene oral*", "*Cuidados de higiene corporal*", "*Posicionamentos*" e "*Levante e deambulação*"; por último, e no âmbito das atividades interdependentes, surge como CEO "*Identificação e administração da terapêutica até 30 minutos após a sua prescrição*" e "*Cuidados de manutenção com dispositivos médicos*".

O *"Comunicar com o doente e família"* é um cuidado de enfermagem reportado pelos enfermeiros entrevistados como omisso. Segundo os informantes, tal acontece devido às contingências vividas nos serviços de internamento: seja pela invisibilidade da sua concretização e consequente dificuldade de julgamento por outros profissionais ou pela indisponibilidade, multifatorial, o que condiciona a sua prestação. Os enfermeiros referem executar procedimentos técnicos sem informar e capacitar previamente o doente para o cuidado a prestar, condicionando o direito deste à autodeterminação. Como apontam, não é explicado o que se vai fazer, não é negociada a prestação de cuidados, quando a comunicação existe, é considerada mínima, unidirecional ou com possibilidade de respostas curtas com o objetivo de maximizar o tempo do enfermeiro:

"o facto de às vezes só executarmos os procedimentos e não explicarmos o que vamos fazer…" (E8)

"a comunicação ao doente e à família é o que ninguém vê e é o que fica por fazer." (E1, E4, E6)

"cingimo-nos à comunicação mínima e necessária com o doente: comunicação unidirecional ou bidirecional, caso queiras obter alguma informação e tens um questionamento simples e direto, porque não podes perder tempo e tens que passar para o seguinte" (E7)

O *"Documentar os cuidados de enfermagem",* é percecionado pelos enfermeiros entrevistados como uma atividade que consome muito tempo. Relativamente a esta atividade, os enfermeiros referem que é a última coisa que fazem, privilegiam a prestação direta de cuidados face à documentação dos mesmos, pelo que os registos são por vezes omissos relativamente aos cuidados realizados, apesar de reconhecerem a importância da correta documentação, como um mecanismo de proteção legal. Para

uns, a complexidade do registo informático, devido à existência de diferentes plataformas, é apontada como razão para a incidência deste CEO; para outros, reside no facto de que consideram que o registo diário das intervenções realizadas não tem implicações imediatas no estado clínico do doente, embora reconheçam que possa ter a longo prazo como apontam os excertos dos entrevistados:

> *"os registos são a última coisa que faço. Se tiver que abdicar de alguma coisa será, com certeza, dos registos de enfermagem nomeadamente as intervenções em plano."* (E4)
> *"a documentação dos cuidados é muito deficiente e os registos não implicam no doente imediatamente... Poderão prejudicá-los a longo prazo, mas a curto prazo não o implica."* (E10)
> *"faço-os [registos] para minha proteção porque nós sabemos que são importantes e que temos de o fazer mas não deixaria de os fazer por uma questão de proteção legal."* (E4) e *"o registo em plano passaria a Notas Gerais com forma telegráfica onde tentaria descrever os cuidados que prestei, personalizando essas ações e inclusivamente referindo a omissão do convencionado registo"* (E5)

A *"Monitorização de Sinais Vitais/Glicémia capilar"* é referida pelos enfermeiros entrevistados como um CEO frequente. É o juízo que fazem sobre a necessidade de avaliar determinado parâmetro que determina a sua execução. Assim, face à carga de trabalho prevista para o turno e à avaliação do doente decidem se avaliam ou não os sinais vitais e que parâmetro/s avaliam. Realçam, no entanto, que há colegas que avaliam os sinais vitais em todos os turnos, mesmo quando o doente está estável, outros que registam um valor sem que tenham avaliado, quer sejam os sinais vitais ou a glicémia capilar e *"às vezes não se avalia com medo do resultado que vamos ter porque podemos ter de desencadear outras ações que ainda darão mais trabalho...* (E10)". Relativamente à avaliação da dor referem que este é um sinal vital que privilegiam, embora reconheçam que nem sempre o fazem corretamente ao não pedirem ao doente para quantificar a sua dor, numa escala de 0 a 10:

> *"a nível de monitorização dos Sinais Vitais não é uma preocupação maior. Não há omissão na parte do controlo da dor, agora dos restantes sinais vitais... se não estão prescritos, não os avalio. Ainda que haja colegas que os avaliam todos os turnos."* (E2)
> *"ás vezes não avalias porque não te apetece. E nem a escala da dor aplicamos corretamente. Não andamos a perguntar ao doente... pelo menos não ouço nem o faço... "de 0 a 10 qual é a sua dor?"... operacionalizamos mal a dor apesar de termos escalas..."* (E6)

Os enfermeiros entrevistados reportam o *"Elaborar ou atualizar planos de cuidados (PC)"* como um CEO. O PC é entendido como uma obrigação administrativa, burocrática, pois quando atualizado não se traduz em melhoria das dotações e dos

rácios enfermeiro-doente mediante a transposição em horas de cuidados necessárias. Assim, na priorização das atividades de enfermagem, os entrevistados consideram que esta não é uma prioridade major embora reconheçam que a não atualização pode pôr "*em causa a qualidade dos cuidados e a eficácia das intervenções* (E1)". A desvalorização atribuída por alguns enfermeiros à elaboração ou atualização do PC deve-se sobretudo ao facto de não considerarem que o seu planeamento tenha tradução efetiva nos cuidados diretos ao doente e consequentemente não o entendem como garantia da adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades de cada doente. Os enfermeiros apontam a falta de tempo, o ser trabalhoso e o não haver *feedback* na dotação de pessoal, como as razões para a não atualização do PC, como ilustram os excertos das entrevistas:

> *"relativamente à atualização do PC não é feito porque dá trabalho!"* (E10)
> *"compreendo que a atualização do PC não é uma prioridade de topo, ou é?"* (E1, E2, E4)
> *"Em termos da atualização do PC, o que vês é que andas a fazer coisas e não tens feedback nenhum: aquilo até pode dar 100h negativas que o rácio vai ser sempre o mesmo."* (E7)
> *"Eu não atualizo nenhum PC quando a alteração de um estado geral de um doente é nas primeiras 24h, porque pode ser passageiro."* (E3)

Os *"Cuidados de higiene"* são reportados como CEO, particularmente, a *higiene oral*, que como refere um dos entrevistados "*é deixada para segundo plano* (E7)", ainda que considerem que este é um cuidado fundamental, em especial nos doentes com tumores da cabeça e pescoço. A omissão deste cuidado acontece mais no período de trabalho da tarde, em doentes que não colaboram e nos que não querem realizar a higienização da boca. Consideram ainda que a omissão da higiene oral acontece também após as refeições. Este é um cuidado que consome tempo:

> *"às vezes esquecemo-nos da [higiene] oral efetivamente"* (E2, E4)
> *"deixamos por fazer os cuidados à boca, que deveriam ser fundamentais no nosso serviço: tenho a perceção que, nas tardes, há pouco tempo para os executar"* (E5 e E9)
> *"a higiene oral podes demorar num doente 5' ou 10'"* (E7)

Relativamente aos *"Cuidados de higiene corporal",* deixam antever que *"há muitos enfermeiros que não acompanham os seus doentes nos banhos* (E10)". Consideram que se tiverem de deixar um cuidado por realizar deixam os cuidados de higiene, ainda que admitam que são criticados por essa decisão. No entanto, outros enfermeiros também referem que tentam nunca deixar de realizar os cuidados de higiene, realizando cuidados de higiene parciais de forma a garantir o mínimo de conforto ao doente. Tal é percetível em momentos das entrevistas como:

"a meu ver, mais rapidamente sou capaz de deixar um banho por dar do que ensinar alguém que precise de ser ensinada: mas vejo que sou criticada por isso" (E3)

"deixo as higienes gerais: identifico os doentes para os quais isso seria algo imprescindível e passaria os restantes a higiene parcial." (E5)

"a higiene... essas coisas tento fazer... Nem que faça só uma higiene parcial... para que o doente esteja minimamente confortável..." (E9)

O *"Ensino ao doente e família"* é outro dos cuidados identificado como omisso, não porque não seja feito, mas porque não é realizado de forma correta, são realizados "*um bocado a correr* (E4)". Os enfermeiros reconhecem que a qualidade do cuidado é comprometida pela falta de tempo para esclarecimento de dúvidas, validação e/ou reforço da informação partilhada, tendo a consciência de que apesar de validarem este cuidado planeado, tal não é executado nas melhores condições de aprendizagem.

"muitas vezes até arranjas aquele bocadinho de tempo para ensinar o doente, mas da informação que lhe deste, ele vai apreender metade ou, se calhar nada do que lhe disseste. E muitas vezes falta o tempo para reforçar isso ao longo do internamento. Foram feitos e pronto, já foram. Muitas vezes fazemos porque sabes que tens que o fazer, que é importante para o doente, mas é a despachar... não omites, mas não o fazes de forma correta." (E4)

Os enfermeiros entrevistados revelam que esta atividade carece de tempo necessário para a sua execução, e que quando devidamente realizada pode comprometer o desenvolvimento de outras intervenções pelo tempo despendido nela, o que os leva, por vezes, a realizar as atividades pelo doente, não potenciando a sua autonomia enquanto ainda tem condições para as realizar. Como refere um dos entrevistados é mais fácil ser o enfermeiro "*a fazer do que dar ao doente a esponja para fazer, enquanto puder…* (E3)". Admitem que o processo de transição do hospital para casa pode ficar comprometido quando não realizam o ensino à família/cuidador informal com vista à capacitação para o papel de cuidador, quando não "*integram a família no contexto, nos cuidados* (E7)" durante o período de hospitalização, como refere um dos entrevistados "*quando vamos ao quarto do doente e ele está acompanhado dizemos "por favor, vá até lá fora"* (E3)". No entanto, referem que capacitando a família/cuidador informal para alguns cuidados, libertá-los-iam (aos profissionais) para a execução de outros. Consideram que no processo de ensino deveriam de prescrever determinados cuidados para minimizar a possibilidade da sua não realização, "*para não ser um CEO no domicílio* (E5)".

Os *"Posicionamentos"* e a sua alternância são considerados um dos CEO incidentes. Os participantes referem que os posicionamentos registados não são efetivamente executados ou por considerarem que o doente tem equipamentos adaptativos

promotores da prevenção de úlceras por pressão ou por decidirem deliberadamente respeitar o sono e repouso do doente, não o acordando para o posicionarem. Nesta situação a omissão é entendida como para benefício do doente:

> *"a alternância de posicionamentos não é cumprida: seguimos uma sequência de posicionamentos que na realidade não são praticados; registamos posicionamentos sem alternar os decúbitos"* (E1)
> *"os posicionamentos e a sua alternância são prevaricados pela existência de colchões viscoelásticos e por vezes, os doentes não são tão posicionados quanto deviam... precisavam de mais."* (E7 e E10)
> *"se o doente está a dormir eu não o acordo... e não o … é e em benefício do doente!"* (E3, E9)

O *"Levante e Deambulação"* são também reportados como CEO. Avaliam como importante levantar o doente *"para promover a sua independência, mas não o fazemos… não temos tempo!* (E1)*".* Realçam que a falta de reconhecimento e valorização pelas chefias relativamente a este cuidado, a disponibilidade de tempo e as condições físicas dos enfermeiros, são algumas das razões para a sua não realização como expressam nos excertos que se seguem:

> *"Porque é que vou andar com o doente 0,5km no corredor, se vai dar ao mesmo?! O reconhecimento que vou ter é o mesmo... Há pessoas que pensam um bocado assim. Deixa-me estar aqui sentado."* (E4)
> *"…se tiver dores na coluna, não vou levantar o doente, não é! E é um CEO."* (E10)

Ainda relativamente ao *"Levante e Deambulação"* consideram que há omissão quando este cuidado é realizado, mas não é documentado, ou pelo contrário não é executado, ainda que previsto, e é documentado como tendo sido realizado, tal como ilustra o excerto que se segue:

> *"Ás vezes levantas os doentes e os registos dizem que está em decúbito dorsal e o contrário também é verdade"* (E2)

A *"Identificação e administração da terapêutica até 30 minutos após a sua prescrição"*, enquanto intervenção interdependente, surge como CEO, quando a terapêutica não é administrada no horário prescrito. Como referem *"nós muitas vezes alteramos o horário [de administração de terapêutica] para conforto do doente e para nossa conveniência, o que irá isso produzir no doente?* (E3, E8)". Reportam ainda que este CEO pode surgir quando o enfermeiro utiliza o *cardex*, que pode estar desatualizado relativamente ao plano terapêutico online, quando a terapêutica administrada não é identificada ou quando não capacitam o doente para a tomada de decisão sobre a administração da terapêutica o que é evidenciado em excertos como:

> *"Muitas vezes não há identificação da terapêutica administrada em perfusão"* (E1)

"muitas pessoas baseiam-se na preparação de terapêutica num cardex impresso que pode estar desatualizado" (E6)
"até nos esquecemos que o doente pode recusar a terapêutica que muitas vezes administramos sem explicar o que é ou para que serve." (E6)

A *"Alimentação"* é identificada como CEO particularmente quando o doente não é hidratado ou quando os enfermeiros "*não dão a alimentação aos doentes* (E10)*"* ou ainda não os incentivam a alimentarem-se.

"deixamos a alimentação para os auxiliares… assim podemos fazer outras coisas" (E3)
"não incentivamos a que os doentes comam a ceia... e é tão omisso que nem existe nas nossas predefinições o horário de alimentar-se às 22h." (E5)
"damos pouca água aos doentes... hidratamo-los pouco. Já reparei em copos não usados ou garrafas com o mesmo volume de água de um dia para o outro." (E9)

Também os *"Cuidados de manutenção com dispositivos médicos"* são reportados como CEO pela não otimização do dispositivo médico. Este cuidado ao não ser planeado não vai ser executado. Consideram ainda que quando têm dispositivos novos, que habitualmente não são usados na unidade, a falta de formação ou de conhecimentos sobre os mesmos pode levar a dificuldades em trabalhar com eles.

"cuidados com os dispositivos médicos na generalidade que nós muitas vezes nem nos apercebemos que devíamos fazer essa planificação e ficam por prestar e eu próprio... também me acontece: cateteres, sondas, traqueostomias" e *"Prefiro deixar um penso de um CTI por fazer… se está integro, não faço todos os dias..."* (E6)
"E muitas vezes temos dispositivos novos, por exemplo drenos torácicos, sistemas de drenagem novos e não sabemos trabalhar com eles." (E9)

Em suma, a amostra definiu a problemática dos CEO, reconhecendo o impacto destes no doente e família, no enfermeiro e na profissão. Os participantes identificaram CEO na sua prática diária, quer na componente dos cuidados autónomos (dimensão relacional, técnica e de suporte à prestação de cuidados), quer dos interdependentes.

1.2 – RAZÕES PARA A OCORRÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS

No que concerne às razões que no entender dos enfermeiros entrevistados levam à ocorrência de CEO, estas estão relacionadas com: a ***Negligência/Desvalorização***, o ***Dolo***, as ***Crenças,*** a ***Escassez de Recursos***, e a ***Cultura organizacional***.

A ***Negligência/Desvalorização*** surge no entender dos enfermeiros entrevistados quando privilegiam a realização de cuidados de enfermagem interdependentes face aos autónomos, prescritos pelo enfermeiro. Como aludem, privilegiam a realização da preparação e administração de terapêutica em detrimento do ensino ao doente ou apoio emocional. Segundo estes, a omissão destes cuidados é mais difícil de ser objetivada relativamente ao cuidado interdependente que resulta de uma prescrição de outro grupo profissional. Como refere um dos enfermeiros *"deixamos cuidados que são mais difíceis de operacionalizar. O apoio emocional a um doente, por exemplo... passa mais despercebido, é pouco operacionalizável … o que é certo é que prevaricas na comunicação e não na medicação* (E4, E5, E6, E10)". Atribuem mais valor às intervenções interdependentes, *"que estão prescritas do que às nossas próprias* [autónomas] (E9)". Pese embora esta valoração, reconhecem que é no domínio autónomo que podem fazer a diferença, que podem acrescentar valor à enfermagem:

> *"deixamos essas coisas que se calhar são aquelas onde podemos fazer a diferença, são nossas"* (E9)

Ainda nesta subcategoria, a delegação, por parte de alguns enfermeiros em outros grupos profissionais, de determinadas atividades, nomeadamente os cuidados de higiene (seja corporal ou oral) e a alimentação "*acaba por levar ... a cuidados omissos, cuidados que ficam por fazer* (E6)". Admitem que este grupo profissional "*não tem formação adequada, nem suficiente* (E8)" para os desenvolver, fazem-no porque "*têm relutância relativamente ao corpo do outro* (E10)", porque acham que estes são cuidados "*menos dignos…* (E10)" ou porque têm necessidade de redefinir as prioridades ao longo do seu dia de trabalho.

> *"Muitos enfermeiros delegam a alimentação e os cuidados de higiene nos auxiliares, de forma errada."* (E5, E6, E10)
> *"A delegação de atividades acaba por levar a isto... a cuidados omissos, cuidados que ficam por fazer."* (E6)

Outra das razões encontradas para a existência de CEO é o ***Dolo***. Como referido pelos enfermeiros, estes têm consciência de que, por vezes, não realizam determinado cuidado *"por desleixo... desleixo pelo trabalho que dá...* (E8)*"*, há uma intencionalidade e um sentido de moralidade percebidos no discurso dos enfermeiros entrevistados para a não efetivação dos cuidados, seja por acréscimo do volume de trabalho, pelas condições físicas do enfermeiro, por razões de cariz pessoal, ou ainda pela priorização de atividades paralelas como expressam os excertos precedentes:

> *"Trata-se de não fazeres porque não te apetece fazer...e nós sabemos que isso também acontece na nossa prática..."* (E3, E4)

"Se tenho tempo e se me apetece... sento-me e falo com o doente. Quem diz falar, diz prestar outro cuidado qualquer..." (E10)
"Só o facto de não ser pontual... a assiduidade... para mim é gravíssimo. Chegar depois da hora, ainda se vai vestir... tomar o pequeno-almoço... (…) depois vai ao telemóvel... e pronto... atividades paralelas. O enfermeiro tem direito a comer e a ir ao WC... e às vezes até fumar um cigarro, mas a assiduidade aos cuidados está comprometida." (E10)

Para alguns enfermeiros quando um cuidado não é efetivado é importante que seja documentado que este não foi realizado e a razão porque não o foi. Ao fazê-lo o enfermeiro está a dar o primeiro passo para o processo de conscientização da sua não realização, está a "*transpor a barreira do ignorar* (E5)" e a refletir sobre a ação. Como salientam, é importante refletir sobre as práticas e assumir a não efetivação de determinado cuidado como mecanismo de salvaguarda do profissional e da tomada de consciência de que o cuidado foi omisso com intencionalidade, não por ignorância ou por dolo.

"*É importante refletir sobre as práticas e assumir que se fez ou não determinado cuidado (…) mas sabias que tinhas de o fazer"* (E5)

A omissão dos cuidados com intencionalidade acontece, particularmente, naqueles cuidados que "*exigem tempo, atenção e dedicação* (E7)".

As ***Crenças*** dos enfermeiros surgem como outra subcategoria. São as suas convicções que os levam a decidir sobre a realização ou não de determinado cuidado. Assentam o processo de tomada de decisão clínica sobre o/os cuidado/s que consideram que terem um menor impacto no estado de saúde do doente, e o/s que são menos importante para estes atendendo ao seu estado clínico, não sobre o que o doente considera como menos importante para si, como se pode inferir dos excertos:

"Acabamos sempre por prevaricar nalguns cuidados que achamos menos importantes na nossa perspetiva ... não é que seja menos importante para o doente, mas naquele momento, temos de fazer alguma opção e optamos por esses que achamos que efetivamente são menos importantes e fazem menos mal ao doente." (E4, E5, E9)
"Já não vale a pena [prestar determinado cuidado]" (E3)

A ***Escassez de recursos*** surge como uma subcategoria que integra os recursos humanos e materiais como condicionantes e conducentes aos CEO.

A falta de recursos humanos é um dos aspetos mais referido pelos enfermeiros entrevistados, como condicionante à ocorrência de CEO. No que respeita a este aspeto, os enfermeiros reportam o número de elementos das equipas prestadoras de cuidados, particularmente de enfermeiros e assistentes operacionais, como comprometedor da

qualidade dos cuidados prestados. Destacam que o baixo rácio enfermeiro/doente ao conduzir à sobrecarga de trabalho leva à ocorrência de CEO.

> *"o número de doentes atribuídos por enfermeiro é grande"* (E1)
> *"Os CEO passam exatamente pelas excessivas cargas de trabalho, de doentes ao teu cuidado, o rácio número de horas de cuidados/enfermeiro."* (E4)

A sobrecarga de trabalho está associada à falta de tempo disponível para dar resposta às exigências diárias. Segundo estes, a falta de tempo leva a que liguem "'"*o despacha"* (E3)", pois têm de ter tudo feito no final do turno de trabalho. Consideram que a falta de tempo é uma condicionante importante para a reflexão sobre os cuidados, como especificam não têm "*tempo suficiente para refletir sobre os cuidados* (E6)".

No entanto, reconhecem que a falta de tempo é a desculpa usada habitualmente para justificar a existência de CEO, "*ela serve de ótima desculpa* (E7)", embora também admitam que não é só por falta de tempo que eles existem:

> *"a falta de tempo é a desculpa mais concreta e ridícula que se pode ter"* (E2, E3, E7)
> "*é um factor determinante na existência dos CEO mas não é só e não podemos atribuir a culpa aos outros*..." (E10)

Na análise que fazem sobre os recursos humanos e os cuidados omissos, salientam que as horas de trabalho despendidas pelos enfermeiros auditores, na avaliação do resultado dos cuidados de enfermagem, são necessárias para a prestação direta de cuidados ao doente. O trabalho desenvolvido pelos enfermeiros auditores poderia ser executado por um programa informático e assim o tempo despendido nas auditorias poderia ser canalizado para a prestação direta dos cuidados:

> *"enquanto andam enfermeiros a avaliar outros enfermeiros de pastinha na mão, há doentes que precisariam desses enfermeiros para prestar cuidados no serviço..."* (E3)

Comparando os atuais rácios aos anteriores, os enfermeiros referem que a adequada dotação de recursos que existia na instituição hospitalar, levava a que se prestassem cuidados de excelência ao doente e que a instituição fosse uma referência face aos cuidados prestados em outras unidades de saúde. Salientam ainda que uma adequada dotação de enfermeiros especialistas poderia constituir uma mais-valia para as equipas, pois estes profissionais ao deterem uma formação especializada poderiam ser um elemento de referência no apoio aos profissionais com menor formação diferenciada, como evidenciado nos excertos:

> *"se temos CEO, às vezes é por falta de pessoal, e no serviço já se está a ver um bocado, mas até agora estávamos numa "quintinha" onde não havia falta de*

pessoal e onde podíamos prestar todos os cuidados de excelência aos doentes, e acho que os prestávamos e era aí onde fazíamos a diferença como hospital em relação a outros hospitais. Neste momento começa a faltar... temos poucos enfermeiros." (E2)
"estou a ver a falta de pessoal… Tanto enfermeiros quanto auxiliares." (E2)
"Cada vez mais se fala na dotação dos especialistas e talvez servissem para apoiar os outros colegas que não têm essa formação." (E6)

Ainda, relacionado com o rácio enfermeiro/doente os enfermeiros evidenciam que a complexidade dos cuidados ao doente/família, quer pelo estado clínico deste, quer pelo questionamento da díade doente/família sobre a situação, leva ao desgaste emocional e físico dos enfermeiros o que pode comprometer a qualidade dos cuidados de enfermagem e gerar CEO:

"os cuidados falham porque tem que ver com indisponibilidade emocional do próprio enfermeiro fruto da correria e do cansaço do dia-a-dia e pela falta de condições e de tempo para que as coisas sejam feitas com dedicação, com corpo e alma." (E7)
"a complexidade dos doentes e famílias exigem muito de nós e é claro que não pudemos fugir a isso" (E1)

Para os enfermeiros a permanência dos familiares de referência durante o internamento e a necessidade de também eles serem alvo de cuidados, leva a que sintam que ao cuidarem da família têm menos tempo para cuidarem dos doentes com menor grau de dependência e menor complexidade:

"e além de termos o doente, temos a família sempre... É o que nos extenua e nos tira muito tempo da nossa prestação de cuidados, até aos outros doentes..." (E2)
"(…) onde o doente mais independente é mais negligenciado neste aspeto da vigilância porque exige menos atenção, comparativamente ao doente agravado" (E7)

O cansaço revelado pelos enfermeiros, particularmente os enfermeiros com mais anos de exercício profissional, a incapacidade de resposta às necessidades de cuidados, a desmotivação e a falta de reconhecimento pelo trabalho por doentes/família, e sociedade, são fatores que contribuem para os cuidados omissos:

"*o pessoal mais velho está cansado e às vezes desleixamo-nos"* (E2, E4)
"A desmotivação dos enfermeiros também é provocada pelos órgãos de chefia." (E9)
"Atualmente muitos estão desmotivados… e também tem que ver com fatores económicos..." (E1, E2, E10)
"Nós trabalhamos e gostamos de ver o nosso trabalho reconhecido pelos doentes e famílias, e quando não acontece também nos afeta." (E2, E3, E4)

Os recursos materiais ao não serem suficientes e ao não estarem atualizados podem comprometer a prestação de cuidados. Os enfermeiros reportam que a não existência de um número adequado, por exemplo, de equipamentos adaptativos para os cuidados de higiene e conforto ou de levante pode conduzir à alteração do planeamento dos cuidados e comprometer a qualidade dos cuidados nomeadamente o conforto do doente, aspeto que privilegiam. Assim como o equipamento de informática ao estar, no seu entender, desatualizado leva a que consumam muito tempo na documentação dos cuidados prestados:

> *"os sistemas de informação e o equipamento informático são obsoletos, demoras 45' para fazer um registo porque a aplicação está sempre a encravar, ou pára e reinicia…"* (E7)

Não obstante considerarem a falta de recursos materiais como um fator para a ocorrência dos CEO, os enfermeiros admitem que até têm os recursos disponíveis, mas, não os mobilizam. O contexto em que trabalham é privilegiado pois, outros há em que a falta de recursos materiais é mais evidente. Como salientam, a hidratação do doente não implica a alocação de recursos específicos e este é um CEO não havendo razão para o ser pois não é a falta de material que condiciona a sua execução:

> *"Não acho que seja por um fator a nível de material, por exemplo, porque acho que aqui o contexto não é esse, mas há contextos onde isso acontecia, onde havia CEO exatamente por falta de recursos materiais..."* (E2)
> *"Olha a hidratação oral, temos tudo: água e copos no quarto do doente. E não lhe dou porquê? Não sei..."* (E9)

Para além dos dispositivos de auxílio à prestação de cuidados, as condições estruturais podem comprometer a individualização e a qualidade dos cuidados na medida em que ao procurar cumprir as preferências do doente, seguindo o seu ritmo próprio, as suas necessidades e as suas preferências, pode-se estar a comprometer os cuidados ao próprio doente e/ou aos outros:

> *"Os quartos de banho não estão adaptados à tipologia dos nossos doentes... para entrar no poliban, levantar tanto os pés... As sanitas estão encostadas à parede e os doentes obesos têm dificuldade em se sentarem nelas... são falhas estruturais..."* (E10)
> *"O frio e o calor... são fatores determinantes nos nossos cuidados..."* (E10)

Ainda a respeito dos espaços físicos os enfermeiros salientam que cuidados que exigem um ambiente privado, como a comunicação e abordagem de temas complexos, são por vezes negligenciados pois os espaços existentes com vários doentes alocados não garantem a confidencialidade da informação partilhada com o doente:

"Muitas vezes (…) não tens espaço com privacidade para falar com o doente e há coisas que também tens de salvaguardar. O espaço físico também é importante e acredito que as pessoas até pensem comunicar, mas em enfermarias com 4 doentes, abordar temas complexos (…). Acho que ninguém aborda..." (E6)

A ***Cultura Organizacional,*** do serviço e da instituição surge como uma subcategoria que pode influenciar a ocorrência de CEO. Engloba o não acolhimento da instituição a projetos inovadores, a gestão inadequada dos recursos pelos gestores, o seu estilo de liderança, a falha na comunicação entre os diferentes grupos profissionais, a complexidade do padrão de documentação e as interrupções de trabalho a que os profissionais estão sujeitos.

O não acolhimento da instituição a projetos inovadores, sentido pelos enfermeiros, é gerador de descontentamento por parte destes, levando a que os profissionais não sintam vontade de fazer nada, o que compromete o seu bem-estar e o bem-estar organizacional:

"A casa corta-nos as pernas quando tentamos fazer projetos de inovação ou implementar coisas diferentes. As pessoas não têm vontade de fazer nada." (E7)

A falta de medidas de reconhecimento sobre o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros por parte dos gestores da instituição, ao não facilitarem os processos de descongelamento e a progressão na carreira são também eles geradores de sentimentos negativos como a injustiça, desmotivação ou tristeza:

"O reconhecimento que tens dos teus superiores é zero." (E4, E5)
"Falta o descongelamento e a progressão da carreira... o reconhecimento económico." (E2, E8, E9, E10)

Associado à falta de reconhecimento sentida pelos enfermeiros, estes referem que "*muitos estão desmotivados pelo papel da liderança* (E10)*"*. Na opinião dos participantes, os líderes das equipas estão muito tempo ausentes do serviço o que condiciona a perceção que têm sobre a natureza, exigência e complexidade dos cuidados de enfermagem prestados:

"E se tivéssemos um chefe que conhecesse os doentes que tem no serviço... Até para puder distribuir de uma forma honesta e justa os doentes pelos enfermeiros." (E3, E6, E10)

Os enfermeiros entrevistados consideram que os enfermeiros responsáveis pelas unidades estão mais centrados nos processos de avaliação da qualidade dos cuidados prestados, do que na gestão do capital humano. Para eles é importante que estes

demonstrem maior reconhecimento com o capital humano e não apenas com os resultados obtidos:

> *"É importante reconhecerem que és importante na organização, e isso passa pelos líderes que tens no serviço porque não pode ir só na passagem de turno, gerir camas e mais nada..."* (E4)
> *"A gestão apenas faz pressão para que, nas auditorias, o desvio seja zero."* (E5)

As falhas na comunicação entre os profissionais que partilham o ambiente da prestação de cuidados surge como um fator a considerar enquanto promotor da ocorrência de CEO na medida em que uma comunicação imprecisa, pouco objetiva ou pouco clara é geradora de cuidados despersonalizados e pouco eficientes:

> *"Ora, quando não há comunicação entre os elementos, todo o resto já fica duvidoso."* (E3)

Os enfermeiros entendem que uma prática de cuidados pouco consertada entre todos, em que não há metas a alcançar aceite por todos leva a um trabalho centrado no profissional e não no todo. A ausência de trabalho em equipa e de espírito de entreajuda entre os elementos que constituem as equipas de cuidados surgem como aspetos relevantes que condicionam a qualidade dos cuidados prestados com prejuízo para os doentes e seus familiares:

> *"Cada um orienta o trabalho olhando para si próprio, e… não resulta. Não há trabalho em equipa, organização, e não há metas a alcançar. Quem fica desamparado é o doente e a família."* (E1, E3)

Os participantes referem ainda a importância da comunicação multidisciplinar na gestão dos dados recolhidos enquanto estratégia para a resolução de diagnósticos; reconhecem que o encaminhamento dos dados obtidos nem sempre ocorre:

> *"Se acedo a um conjunto de informações, transcrevo para o computador, mas se depois não encaminhar... Se nada fizer, perde-se o critério de resolução dos diagnósticos."* (E5, E10)

No que concerne à comunicação entre pares, os participantes apontam a crítica negativa como penalizadora para o enfermeiro, quando é criticado porque executa determinado cuidado da sua área especifica de formação, por exemplo de reabilitação:

> *"Porque se não há reabilitação, as pessoas que a fazem ou tentam fazer tornam--se criticadas. No turno a seguir, sei que vou levar na cabeça porque andei a inventar... É o termo que usam... Inventar."* (E3)

A comunicação entre os enfermeiros também é objeto de análise no que respeita à elaboração do Processo de Enfermagem, nas unidades em que os participantes exercem funções, enquanto forma de adquirir informação sobre os doentes internados.

Os enfermeiros referem que dando cumprimento às indicações previstas no sistema de auditoria implementado, há uma identificação prévia dos diagnósticos de enfermagem que devem constar do PC que torna impercetível a identificação das necessidades individuais do doente, uma vez que os focos são transversais a todas as pessoas internadas:

> *"Lês o registo e dá ideia que todos os doentes são iguais. Temos tendência a padronizar, a uniformizar que os doentes são todos iguais e não são... devias identificar o doente em questão... e não consegues..."* (E10)

No âmbito da cultura organizacional, surge também o padrão de documentação e a plataforma de registo como razões que, dada a sua complexidade, podem conduzir a uma maior incidência de CEO.

Os participantes privilegiam o contato com o doente em detrimento das atividades de documentação dos cuidados, desenvolvidas no sistema informático. Embora considerem importante ambas as atividades e reconheçam a sua interligação, revelam um maior investimento de tempo junto do doente:

> *"se pusermos num prato da balança a prestação de cuidados e noutra a documentação informática, pesa o prato da prestação de cuidados ao doente, mas uma coisa induz à outra. É um ciclo, em retroalimentação. Embora invista mais no contato direto com o doente, esse contato não será totalmente eficaz."* (E1, E2, E4, E8)

O padrão de documentação e a existência de vários aplicativos informáticos que conduzem à duplicação de registos são referenciados como um fator promotor dos CEO. Os programas são considerados "*confusos e muito espartilhados* (E6)", desadequados face às especificidades de cada contexto e às necessidades de cada doente:

> *"Acho que o sistema é muito redutor no que nós fazemos e há repetição de informação..."* (E4, E5, E8)
> *"Para o registo não ser omisso, tenho de abrir um monte de janelas para justificar tudo... e não está estruturado para as necessidades do serviço, mas sim em focos e diagnósticos para as necessidades institucionais de auditoria e Horas de Cuidados Necessários."* (E5, E9)

É de ressalvar que, associado às dificuldades enunciadas anteriormente, apontam também que os diferentes níveis de conhecimentos dos enfermeiros sobre informática

condicionando a forma como documentam os cuidados prestados, pois *"a capacidade para lidar com a tecnologia não é a mesma* (E4)".

Aquando da documentação dos cuidados, os enfermeiros revelam ser "*alvo de constantes interrupções* (E7)" ao longo do seu dia de trabalho levadas a cabo por doentes, famílias ou outros profissionais de saúde. As interrupções, como por exemplo a admissão não prevista de um doente na unidade, acabam por comprometer as atividades que estão a desenvolver, como a elaboração ou atualização de PC e/ou documentação dos cuidados prestados:

> *"Fazemos os registos no meio de confusão e apelos contínuos... E até tinha programado uma coisa e no meio das chamadas todas… quando regresso, o colega já os fechou (porque não tem mais computadores) e eu já perdi as coisas todas e quebrei o meu raciocínio."* (E5, E9)

Em síntese as razões que segundo os enfermeiros entrevistados conduzem à omissão de cuidados são a ***Escassez de recursos*** (humanos e materiais) e a ***Cultura organizacional*** que emergem como razões relacionadas com a estrutura do APE. Apontam ainda a ***Negligência/Desvalorização***, o ***Dolo*** e as ***Crenças*** que estão relacionados com os processos internos dos profissionais.

1.3 – ESTRATÉGIAS PARA A MINIMIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS

No que respeita às estratégias que na perceção dos enfermeiros podem ser adotadas para minimizar a ocorrência de CEO, emergiram da análise do *corpus* das entrevistas realizadas cinco subcategorias, sendo elas: a ***Conscientização do erro***, a ***Formação***, a ***Comunicação***, a ***Adequação de recursos*** e a ***Mudança da cultura organizacional***.

A ***Conscientização do erro*** surge como estratégia para minimizar a problemática em estudo em duas dimensões distintas: ao nível individual [de cada profissional] na medida em que os profissionais devem "*transformar as suas limitações em potencialidades* (E5)" e ao nível institucional [de gestão intermédia ou de topo] onde a instituição deveria, no entendimento dos participantes, "*dar mais relevo a cuidados de enfermagem potencialmente omissos e estudar cada causa* (E8)".

Os participantes revelam a importância da sensibilização dos profissionais para a problemática dos CEO, pois "*não temos noção da gravidade dos CEO* (E1)".

Consideram que é através da identificação das implicações para o doente/família, profissional ou instituição, dos CEO e da reflexão sobre os mesmos, que tomam consciência sobre esta problemática e como podem melhorar as suas práticas para que estes não ocorram. A conscientização afigura-se como a estratégia a adotar para a mudança de comportamento:

> *"A melhor estratégia passa pela consciencialização: sabermos o que não fazemos e quais as consequências dos nossos atos (ou a falta deles) para o doente, família e profissionais. E acho que seria por aí, o que podemos e como devemos melhorar"* (E2)

Como referem, a área autónoma do enfermeiro é uma das áreas onde reconhecem que ocorrem mais CEO, pelo que o processo de conscientização sobre os CEO poderia levá-los a "*atribuir novamente importância às ações autónomas* (E6, E9)".

Na ótica dos participantes a tomada de consciência individual para a problemática em estudo é a melhor estratégia para promover a mudança no serviço/instituição. A "*iniciativa e motivação* (E3)" de cada enfermeiro seriam as melhores ferramentas para a promoção da conscientização para a problemática e consequente mudança institucional.

Para os enfermeiros, o sentido da mudança deverá ocorrer primeiramente em cada um para posterior mudança no outro usando a mudança individual como estratégia para sensibilizar os demais pois o objetivo será "*mudar cada um por si e conseguir que o outro mude* (E3)".

Os enfermeiros relatam a necessidade de sensibilizar a instituição para a existência de CEO. Os participantes consideram que sem atribuir importância à problemática, será infrutífero considerar a necessidade de a minimizar pois "s*em consciência dos atos e das suas consequências, não vale a pena!* (E3)". A sensibilização poderia consistir numa adequação dos programas formativos às necessidades dos colaboradores uma vez que "*a instituição, no global, dá formação, mas não aponta as necessidades das equipas* (E5, E6)".

Na perspetiva dos enfermeiros, a instituição, "*devia de procurar estratégias que permitissem aos profissionais falarem e apoiarem-se entre si* (E7)" e "*prezar pelos sistemas de segurança para proteção do colaborador (por exemplo a Saúde Ocupacional) que ultimamente servem para crucificar o trabalhador* (E8)". Consideram que a "*sobrecarga psicológica e emocional* [dos enfermeiros] (E7)", resultante das

situações complexas que têm de gerir diariamente, pode contribuir para a existência de CEO, pelo que é importante que o enfermeiro não leve os problemas para casa:

> *"Criar espaços para que os enfermeiros falem: passamos o dia a ser bombardeados e a falar em morte, sofrimento e de vermos pessoas com realidades sociofamiliares complicadas e não temos hipótese de dar resposta… nem devemos levar* [estes problemas] *para casa."* (E7, E10)

A ***Formação*** surge como uma subcategoria que integra a formação autodirigida e a formação em serviço para enfermeiros e todos os profissionais da instituição, assim como para os elementos envolvidos no projeto terapêutico do doente.

Os enfermeiros identificam a formação como a melhor estratégia para "*despertar mentalidades e consciências* (E10)" e "*capacitar as pessoas* (E6)". Reconhecem que que deveriam de fazer mais formação do que a que fazem. Como mencionam, temos a "*noção de que deveríamos fazer muito mais formação do que a que fazemos* (E2)".

A este nível, sugerem que o conhecimento que cada enfermeiro *tem sobre si*, o contexto em que exercem a sua atividade, bem como as necessidades sentidas, são razões que os levam a procurar formação específica, na área em que desenvolvem o seu exercício profissional e "*que muitos de nós não têm* (E3, E10)".

Procuram a formação para prestarem melhores cuidados ao doente, para terem conhecimentos e os poderem transferir para a prática:

> *"Eu procuro formação para trazer algo mais para beneficiar de quem cuido. Ter conhecimentos e transferi-los para a prática."* (E5)

Neste sentido, é referido pelos participantes a necessidade de a formação trazer benefícios para o serviço enquanto estratégia de atualização dos conhecimentos e de mudanças das práticas de cuidados em uso. Consideram que os enfermeiros que efetuam formação com comissão gratuita de serviço (CGS) têm a obrigação moral de a apresentar aos pares para que a mudança se possa dar:

> *"Aliás, sempre que se dá uma CGS, acho que essa pessoa devia apresentar no serviço as mudanças, devia voltar com algo de novo para a equipa..."* (E3, E8, E9)

Se por um lado veem a formação específica como uma estratégia potencialmente promotora da minimização dos CEO por outro, consideram que os CEO podem ser o fator desencadeante da procura de formação:

> *"Os enfermeiros devem ter formação específica na área, mediante a incidência dos CEO"* (E2)

Neste processo de formação autodirigida reconhecem como importante o papel do enfermeiro gestor como elemento dinamizador da formação, reforçando que este "*deveria ser o promotor das formações* (E1)". Salientam que, para que haja apropriação do conhecimento é necessário que as ações formativas ocorram com alguma periodicidade e sejam centradas num tema. Sejam "*mais regulares e com disponibilidade para que todos tenham acesso (…)* [a formação deveria ser] *sucinta e mais resumida, as pessoas acabam por receber mais a informação e retê-la* (E7, E8)".

O reconhecimento da necessidade de realização de formação é referido como fundamental, enfatizando os participantes que a responsabilidade pela formação não deve estar centrada numa única pessoa, mas deve ser rotativa e envolver os diferentes elementos da equipa. Como salientam devem ser responsabilizados "*grupos na equipa pelas formações, rotativos e não um elemento da equipa apenas* (E1)", o que é promotor da motivação entre os diversos profissionais na medida em que lhes permite "*refletir sobre a sua prática* (E1, E6)".

A formação, no entendimento dos enfermeiros entrevistados, deve englobar desde "*pequenas atualizações* (E7)" para "*reavivar conhecimentos antigos, se calhar esquecidos todos os dias* (E9)" até à capacitação dos profissionais para a manipulação de novos dispositivos médicos. O objetivo primordial é a adequação da oferta formativa à necessidade de resolução dos problemas em cada contexto:

> *"Formação com materiais específicos (do tipo de dispositivo, como se manipula, que tipo de cuidados aquele dispositivo deve sofrer) ou relativamente à linguagem CIPE, tão simplesmente. Existe lacunas de entendimento, por exemplo, face ao preenchimento das escalas de Morse e de Braden."* (E6, E7, E8)

Os participantes aludem o *Journal Club*, "*o role play ou o centro de escuta* (E6)" como estratégias a adotar para motivar os enfermeiros a participarem na formação, a mobilizarem o conhecimento para analisarem construtiva e criticamente a sua prática clínica:

> *"O Journal Club (JC) ajuda a formar, a motivar e a refletir; seria transversal, todos têm a possibilidade de ler, de se formar e opinar..."* (E5)

Na perspetiva dos enfermeiros, a formação deveria de integrar também outros grupos profissionais: os médicos deviam ser formados a "*prescrever corretamente* (E8)" e os assistentes operacionais, uma vez que estes "*carecem de formação adequada e suficiente. Talvez fossem alertados para determinadas atitudes e mudassem alguns comportamentos* (E8, E9)".

Para os participantes é fundamental formar o cuidador informal do doente internado para que se possa reduzir a possibilidade da ocorrência de cuidados omissos. A integração do cuidador no projeto terapêutico do doente afigura-se como primordial para a coresponsabilização da família no processo de cuidar e para que a transferência deste processo, do hospital para o domicilio, ocorra de forma a promover cuidados seguros no domicilio.

> *"É premente a co-responsabilização da família… e até é bom... porque é uma possibilidade de integração no processo terapêutico e até reduzir a possibilidade de omissão de cuidados."* (E5)

A este nível salientam que se "*investirmos na formação do familiar, (…) permitimos que este tenha uma outra relação com o doente e redefinimos o nosso tempo útil para outras atividades* (E5)".

A ***Comunicação*** surge como uma subcategoria enquanto estratégia promotora da minimização de CEO. No que diz respeito a esta subcategoria em análise, a comunicação entre pares, e entre enfermeiros e os restantes elementos da equipa multidisciplinar é um aspeto a considerar.

No que concerne à comunicação entre pares, os enfermeiros entrevistados constatam que a "*equipa de enfermagem devia de aprender a comunicar* (E3)" e a "*comunicar mais* (E1)". O momento de transmissão da informação em Passagem de Turno é referido pelos enfermeiros como sendo um momento em que "*demoramos muito tempo* (E5, E6)" por "*falta de método* (E5, E6)" e onde "*pode não haver continuidade [dos cuidados] quando não são transmitidos* (E8)". No entendimento dos participantes, "*poderia haver um documento global para todos os enfermeiros onde passaríamos a informação do doente* (E5, E6)". Para os enfermeiros, na passagem de turno, são transmitidas informações "*pouco objetivas, imprecisas e pouco claras* (E6)" e, tal situação seria passível de ser colmatada:

> *"A DGS já emitiu um documento para a Passagem de Turno, para centrar a comunicação ao máximo em focos e com determinada articulação para que não falhe informação."* (E7)

Os enfermeiros identificam a necessidade de criar momentos que permitam a análise de incidentes críticos como "*oportunidades de crescimento conjunto* (E3)" modificando a "*incapacidade de pedir ajuda e de trabalhar algumas questões em grupo* (E6)". A partilha de sentimentos e de reações sobre momentos difíceis revela-se de extrema importância para o desenvolvimento de estratégias capacitadoras a implementar no cuidar:

> *"Eu acho que passa muito por conversas entre a equipa, não-formais, em que pudéssemos comunicar para poder arranjar estratégias de* coping*."* (E3, E6, E9, E10)

Os entrevistados evidenciam que "*é importante haver o* feedback *das nossas intervenções, o retorno* (E4)" em "*momentos próprios, criados pelo chefe e em equipa, abordar os aspetos menos positivos e tentar melhorar* (E6)". A comunicação dos resultados e indicadores de qualidade são assumidos pelos enfermeiros como reforço à motivação profissional:

> "*O serviço devia funcionar por indicadores: x dias sem úlceras de pressão, sem quedas, sem infeções urinárias, ou outra coisa qualquer. Ou quantos doentes entraram com "ajuda total" e saíram "independentes"…Tudo isto são dados que fazia bem serem partilhados.*" (E4)

Ainda, no que respeita à comunicação entre os pares, os enfermeiros reiteram a necessidade de *"um líder forte e que tenha o potencial de motivar a equipa e de nos fazer sentir bem com aquilo que fazemos* (E4)" uma vez que "*a liderança numa equipa é fundamental* (E4)" para que o serviço funcione bem, "*como é a importância de um comandante num barco* (E3)".

Para os entrevistados, os enfermeiros gestores deveriam ser alvo de rotação entre os serviços pois "*podia ser que surgissem pessoas novas com ar fresco, com novidades* (E9)". "S*aber ouvir, aceitar críticas e sugestões* (E10)" e "*instituir espaços de partilha de conhecimento* (E5, E6)" são habilidades que o enfermeiro gestor deve possuir:

> *"Se tiveres um chefe mais democrático, com estilo de liderança mais humanista, que saiba fazer o reconhecimento dos seus pares e cultivar esse espírito de equipa, é claro que ajuda."* (E7)

Para os participantes, seria vantajoso a existência de um enfermeiro afeto à coordenação de cuidados, este elemento poderia prestar "*apoio burocrático em circunstâncias como a admissão do doente, orientar exames ou transferências* (E8)". Na perspetiva dos enfermeiros, a existência de um coordenador de cuidados com as funções descritas permitiria "*evitar interrupções na prestação de cuidados* (E8)" e "*melhorar a predisposição dos enfermeiros para a prática de cuidados dado que facilita a gestão de prioridades* (E7)" melhorando a comunicação entre os elementos da equipa.

A comunicação entre a equipa de enfermagem e a médica é fundamental para assegurar a prestação de cuidados eficazes e eficientes. Considerando que "*a comunicação em equipa* [médica ou de enfermagem] *é sempre muito importante* (E1, E7)", os enfermeiros relatam a necessidade de existirem objetivos comuns, de "*rumarem*

todos para o mesmo objetivo (E1, E9)", só assim, o alcance de cuidados de qualidade estará mais facilitado.

Tendo como prioridade a definição de objetivos comuns, entre as diferentes categorias profissionais que habitam o ambiente hospitalar, os enfermeiros reiteram a necessidade de realizar-se "*reuniões de serviço com resultados a transmitir à equipa* (E1)" e "*fomentar o trabalho conjunto entre todos os profissionais ou dependendo das temáticas, os profissionais a reunir* (E8, E10)". A criação de "*um momento no dia em que todos (enfermeiro, médico, psicóloga, assistente social e doente) pudéssemos conversar sobre "aquele" caso* (E9)" o que iria permitir colmatar lacunas identificadas pelos enfermeiros durante a prestação de cuidados e assim evitar a ocorrência de CEO:

> *"O sistema tem prescrita terapêutica durante a madrugada, por defeito, como lactuloses ou nistatina; é um erro de prescrição que poderia ser colmatado nas reuniões multidisciplinares entre enfermeiros e médicos, pela discussão da situação dos doentes."* (E8)

A ***Adequação de recursos*** afigura-se como uma subcategoria a considerar enquanto estratégia minimizadora da problemática em estudo. Os enfermeiros consideram que a instituição tem recursos materiais que deveriam de ser ativados, já que eles existem, mas "*quem tem que os ativar, não os ativa, de certeza* (E4)". Também no que diz respeito aos recursos humanos estes deveriam de ser melhor alocados, pois assim "*podíamos coordenar melhor os recursos profissionais que temos* (E3)".

Na ótica dos enfermeiros, "*a falta de recursos humanos devia ser colmatada* (E4)" uma vez que "*neste momento estamos com pouco pessoal* (E2)". Para os enfermeiros é importante que se estude as necessidades do capital humano nos serviços e se estabeleçam dotações seguras "*de enfermeiros e de assistentes operacionais* (E1, E3, E4, E5, E6, E7)". Com dotações seguras seria possível a redução do número de doentes atribuídos a cada enfermeiro e assim prestarem-se cuidados de qualidade e em segurança.

> *"Devíamos fazer o estudo e dotar os serviços com o número devido de enfermeiros: dar-lhes a eles e à equipa, segurança* [para a prestação de cuidados com qualidade]*."* (E6, E7, E9)

Com a diminuição da sobrecarga de trabalho "*os CEO seriam minimizados* (E1, E2, E4, E6, E9)".

Ainda no campo da adequação da dotação às necessidades do serviço e à qualificação dos profissionais, advogam que os enfermeiros especialistas, deveriam de ser

valorizados isto é, canalizados para a prestação de cuidados específicos da sua área de intervenção uma vez que "*têm competências para isso, existem no nosso serviço e deveriam ser valorizados* (E8, E10)".

É reportada, pelos enfermeiros entrevistados a necessidade de contratar "*mais psicólogos* (E5, E10)", de estarem "*afetos a 100% a cada serviço* (E9)" e de dotar o serviço de saúde ocupacional de elementos suficientes para responder às necessidades dos colaboradores:

> *"A Saúde Ocupacional desta instituição devia funcionar melhor. Há colegas há três meses à espera para a médica ver um exame. Devíamos ser chamados lá, não só para avaliar as nossas capacidades físicas, mas também mentais."* (E10)

A necessidade de suprimir a escassez de recursos materiais é abordada pelos enfermeiros entrevistados na medida em que "*é claro que se tivermos número e qualidade de equipamento para que possamos fazer as coisas com a dedicação necessária, tudo facilita* (E4, E7, E9)".

A aquisição de "*equipamentos adaptativos para os cuidados de higiene como cadeiras sanitárias, transferes horizontais, equipamentos para lavar a cabeça do doente imóvel no leito* (E1, E4, E9, E10)", de "*mais esfigmomanómetros* (E10)", de "*colchões de pressão alterna ou equipamento antiderrapante* (E9)" de "*computadores e a última versão do programa de registo de enfermagem* (E7, E8, E9)" é reportada como necessária para a prática clínica:

> *"Até computadores faltam, com capacidade, rapidez e internet necessárias. Com duas ou três janelas abertas, ficam logo sobrecarregados e tornam mais morosas as atividades."* (E4)

Relativamente ao material informático, os participantes reiteram ainda a necessidade de "*haver um computador por enfermeiro no turno da manhã... porque só há 3 computadores na sala de enfermagem* (E9)" ou de "*cada profissional trazer um pequeno tablet no bolso, e que, à saída do quarto validasse um conjunto de coisas* (E5)".

As condições estruturais também foram alvo da atenção dos enfermeiros entrevistados. A este respeito, "*termos salas privadas, gabinetes de acolhimento ou enfermarias mais pequenas que nos permitam ter espaços com privacidade para falar com o doente* (E6)", "a*daptar os quartos de banho à tipologia dos doentes* (E10)" ou construir "*outra sala de banhos, por exemplo* (E10)" emergiram como soluções passíveis de adoção.

A ***Mudança da cultura organizacional*** surge como subcategoria a considerar na medida em que para os enfermeiros é importante que as organizações reconheçam a existência de CEO, que os identifiquem, que se fale abertamente sobre eles para que se possam encontrar estratégias para os minimizar:

"*aceitar que eles existem e falar abertamente sobre eles* [CEO]" (E6)
"*identificar os CEO e procurar minimizá-los"* (E5)

Só depois deste reconhecimento será possível a restruturação dos serviços de enfermagem no sentido de minimizar a incidência de CEO. Como é referido pelos participantes, só se os "*serviços se organizarem de forma diferente* (E1)" é que será possível a redução dos CEO.

Para os participantes a mudança da cultura organizacional, passa por uma política centrada no capital humano da organização. É preciso uma "*gestão mais humanizada e preocupada com a pessoa, o colaborador e não nos números* (E7)", em que a organização dos cuidados, nos serviços, deve ser repensada.

Tendo como objetivo a obtenção de linhas de consenso sobre os cuidados a prestar, os enfermeiros reiteram a necessidade da padronização dos cuidados para que "*os cuidados que efetuamos aos doentes sejam realizados, por todos os profissionais* (E2)" seguindo os mesmos princípios. Assim, os participantes defendem "*a existência de protocolos definidos, escritos* (E5)" como forma de evitar que o profissional execute determinado cuidado, de livre arbítrio. Consideram que a implementação de protocolos só deverá surgir "*depois de discussões públicas no serviço, com partilha de conhecimento, fruto da reunião de pontos fortes* (E6)".

Os protocolos devem ser relativos a cuidados com "*os dispositivos médicos e manipulações associadas* (E6)" e às tarefas delegadas, "*para estar especificado como é que se faz* (E5)" porque sendo responsável pela apropriada delegação, o enfermeiro deve agir no sentido de proteger o doente e tomar as medidas adequadas para assegurar uma prestação de cuidados segura.

No processo de padronização dos procedimentos defendem ainda a criação da figura do profissional gestor de caso. Consideram que para o exercício da função de gestor de caso seria necessário que o profissional não tivesse o mesmo volume de trabalho na prestação direta de cuidados ao doente, que não tivesse "*um volume de trabalho tão grande* (E8)". Este profissional seria responsável por garantir o cumprimento de "*um plano global, multidisciplinar, de cuidados que englobe as várias dimensões dos*

cuidados ao doente (psicoemocional, espiritual, social e físico), e depois ser reavaliado ou alterado (E5)" mediante as respostas da pessoa ao plano terapêutico instituído.

O enunciado anteriormente, engloba também a existência de "*estratégias protocolares de como proceder relativamente à família e ao doente* (E5)" cujas "*necessidades auscultamos na admissão e depois transformamos em matéria útil, algo proveitoso para todos* (E5)" enquanto estratégia para otimizar a comunicação entre todos os agentes de cuidado envolvidos:

> "*Se todos comunicarem a mesma coisa... a comunicação no dia-a-dia fica mais fácil.*" (E10)

Enquanto estratégia de melhoria da cultura organizacional, os enfermeiros identificam a necessidade de reformular a forma de análise das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, é importante que o sistema de auditoria não seja punitivo. Segundo eles, a "*auditoria é muito entendida como retaliadora* (E5)" e o "*sistema de auditoria serve simplesmente para reprovar o que não fizeste bem* (E4)". Desta forma, os entrevistados consideram que a "*própria função de auditor devia de ser reformulada* (E6)". O enfermeiro auditor deveria de ter uma função de facilitador da reflexão, de ter para uma "*atitude proativa, explicar o que vai fazer e deixá-lo [ao enfermeiro auditado] à-vontade* (E6)", centrar-se numa perspetiva construtiva no sentido da promoção da qualidade dos cuidados:

> *"que [o auditor] procure fazer a correção e discussão dos problemas que encontra com esse enfermeiro para que haja uma caminhada de melhoria pela discussão, pelo debate e não pela punição ou apontar de dedo."* (E7)

Para os participantes, as "*auditorias também deviam de ser monitorizadas* (E10)" com transmissão dos resultados aos enfermeiros auditados com o propósito da "*reflexão sobre os cuidados e a motivação* (E5)" garantindo a adequação das estratégias do serviço às necessidades organizacionais:

> "*Ao nível da instituição espero que alguém os tenha (…) devia servir para mostrar aos profissionais os sucessos e insucessos do que fizeram, qual o futuro e o que devemos fazer*" (E4)

Para além de considerarem necessário a reformulação do sistema de auditorias, defendem que o enfermeiro-gestor também deveria de ter uma visão positiva sobre o sistema e não uma visão punitiva como acontece, como salientam: "o *chefe de equipa devia de ver as auditorias como algo positivo e não punitivo* (E5, E6)". Já no que se refere à obrigatoriedade de "*informar [a equipa] das não-conformidades* (E4, E5)"

obtidas, esta deveria de ter como propósito a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Ainda a respeito da melhoria deste sistema advogam que o procedimento de realização da auditoria deveria de ser revisto uma vez que "*deveria ser realizado num turno inteiro* (E5)". Os auditores, enfermeiros externos ao serviço, ao consultarem o processo de enfermagem informático, há a possibilidade de os enfermeiros não atualizarem o documento aquando da auditoria o que se traduzirá em falsas não-conformidades, uma vez que o enfermeiro tomará conhecimento delas "*a partir das duas ou três da tarde [aquando da documentação dos cuidados, e sem o auditor presente]* (E5)".

Para os enfermeiros entrevistados, o auditor ao ter como propósito "*avaliar o resultado e não o processo* (E1)", não tem a possibilidade de avaliar os CEO que podem ocorrer durante a prestação de cuidados e que não são traduzidos no sistema de documentação, pelo que creem que seria importante que o auditor "*acompanhasse o enfermeiro num turno inteiro, na prestação de cuidados, veria muitas falhas que não se traduzem no sistema de registo* (E1)".

A preocupação com a "*forma como os cuidados são prestados… atividades de processo é onde [os auditores] deveriam de estar centrados desde sempre* (E6)". Contrariamente, há enfermeiros que referem que "*fazer a avaliação do processo dos cuidados pode conduzir à desconsideração do doente* (E7)".

Os enfermeiros relatam ainda a necessidade de "*policiamento, talvez pelo enfermeiro chefe ou coordenador de cuidados* (E1)" para avaliar "*se estás ou não a fazer bem aquele procedimento, identificar oportunidades de melhoria* (E6)", de forma natural:

> *""Foi feito? Porque não foi? O que podíamos ter feito? Como podemos ultrapassar isso?" As auditorias deviam validar isso e nós avaliados nesse sentido também."* (E1)

Os enfermeiros reportam a necessidade de tornar "*a plataforma informática mais simples, estando todas as aplicações de registo interligadas* (E1, E3)". Para evitar "*a sobrecarga e a duplicação de registos* (E2)", e consequentemente a possibilidade de "*omissão e erro de registo* (E5)", "*a integração das diversas plataformas numa só* (E6, E10)" surge como estratégia passível de implementar:

> "*Podia não haver tantas plataformas: é o SAPE, é o GHAF para ver a medicação, depois temos de consultar outro... devia estar tudo ligado no mesmo programa e a parte médica também... Queremos consultar alguma coisa, temo de abrir outro*

programa, outra password. Isto tudo junto te leva ao erro, ao esquecimento." (E4, E9)

A aglutinação das diversas plataformas de registo permitiria a "*ligação entre o processo de enfermagem e o Sistema de Classificação de Doentes [SCD]* (E9)" em que haveria transposição dos níveis de dependência identificados no plano de cuidados para a seleção das intervenções de enfermagem correspondentes e para as horas de cuidados de enfermagem necessárias, o que diminuiria a possibilidade da ocorrência de CEO:

> *"Ao classificares um doente [status no processo de enfermagem] automaticamente só te deviam aparecer as intervenções relacionadas com esse nível de dependência e ao fazer a classificação (SCD), devia ser automática baseada nos status, assumia-os."* (E2, E3, E5, E9)

Apesar da utilização de uma linguagem padronizada, os enfermeiros reiteram a necessidade de "*o sistema ser alterado consoante a especificidade de cada serviço* (E1, E4, E10)" dado que "*alguns focos não fazem sentido na nossa prática* (E1)" ao invés da "*necessidade institucional ou de validação para a auditoria* (E5)".

Em suma, de acordo os enfermeiros as estratégicas passíveis de minimizar a problemática dos CEO passam pela ***Conscientização do erro*** quer ao nível individual, quer organizacional, pela ***Formação*** autodirigida ou em serviço, pela ***Comunicação*** entre todos os agentes de cuidados, pela ***Adequação de recursos*** humanos e materiais e pela ***Mudança da cultura organizacional***.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta investigação teve como objetivos centrais identificar quais as razões percecionadas pelos enfermeiros como conducentes a CEO e consequentemente qual a identificação de estratégias, passíveis de adoção, para minimizar esta omissão considerando que Santos (2018), num estudo realizado no mesmo contexto, já havia identificado a existência da problemática dos CEO.

Os enfermeiros definem CEO como cuidados de enfermagem planeados que não são executados, parcialmente ou na totalidade, por várias razões. Considerando a definição de Kalisch et al., (2009) para os CEO, é possível afirmar que os participantes demonstraram conhecimento relativamente ao problema em estudo. O conhecimento revelado pelos enfermeiros talvez resulte da sensibilização para a temática ocorrida durante o desenvolvimento do estudo de investigação de Santos (2018), realizado no contexto estudado.

No estudo realizado por Santos (2018), os enfermeiros reportaram, por questionário, numa lista previamente elaborada pelo investigador, como CEO mais frequentes, "confortar/falar com as pessoas internadas", "elaborar ou atualizar planos de cuidados de enfermagem", "educar doentes e familiares", "documentar os cuidados de enfermagem de forma adequada", "higiene oral" e "vigilância adequada dos doentes". No estudo desenvolvido, apuraram-se outros CEO como "alimentação", "cuidados de higiene corporal", "posicionamentos", "levante e deambulação", "identificação e administração da terapêutica prescrita até 30 minutos após a sua prescrição" e "cuidados de manutenção com os dispositivos médicos".

Sendo o contexto em estudo, o mesmo do de Santos (2018), seria expectável que os enfermeiros apontassem os mesmos CEO, no entanto, talvez pelo facto de se ter usado como instrumento de colheita de dados a entrevista, a possibilidade de exploração em maior profundidade sobre a temática, face à metodologia utilizada no estudo anterior, tenha desvelado uma omissão de cuidados mais diversificada corroborando a conclusão de Kalisch e Lee, (2012) e Rehem et al., (2017) que referiram a existência de diferenças significativas quando se analisa a problemática dos CEO com diferentes desenhos de investigação e se usam diferentes instrumentos de colheita de dados.

Os “cuidados de manutenção com os dispositivos médicos” e a “identificação da terapêutica prescrita”, de acordo com a literatura consultada, é a primeira vez que aparecem referenciados como CEO permitindo a aquisição de novos contributos para mapear a problemática dos CEO. A utilização da entrevista, neste aspeto constituiu-se como uma estratégia profícua, à semelhança do que Dehghan-Nayeri et al., (2015) e Winters e Neville, (2012) defenderam nos seus estudos, ao referirem que a utilização da entrevista semiestruturada, como técnica de recolha de dados permitiu uma obtenção de conhecimento mais aprofundado sobre as problemáticas estudadas.

Os restantes cuidados de enfermagem referidos como omissos pelos enfermeiros entrevistados encontram expressão internacional em estudos como Aiken, Sloane, Ball, Bruyneel, Rafferty e Griffiths, (2018); Bruyneel et al., (2015), Chapman et al., (2016); Cho et al., (2015); Hessels, Flynn, Cimiotti, Cadmus e Gershon, (2015); Kalisch et al., (2014); Palese et al., (2015); Papastavrou et al., (2016); Schubert et al., (2013); Willis et al., (2015); Winsett et al., (2016) e Winters e Neville, (2012) e nacional nos estudos de Braga, Jesus e Araújo (2018) e de Santos (2018).

Os enfermeiros reconhecem que os cuidados omissos têm impacto no doente, no enfermeiro e na profissão, provocando um potencial agravamento do estado do doente (IACS, úlceras por pressão ou imobilidade), problemas de consciência no enfermeiro ou visão negativa da profissão, pela sociedade.

Estes impactos já haviam sido reportados por Ausserhofer et al., (2014), Ball et al., (2014), Doran e Pringle, (2011), Jesus, Roque e Amaral, (2015), Papastavrou et al., (2016) e Willis et al., (2015) nos estudos que desenvolveram ao salientarem os CEO como promotores de maiores taxas de mortalidade, infeções, quedas, bem como mais complicações após a alta e menor satisfação dos doentes com os cuidados prestados e, consequentemente, comprometedores do bem-estar do enfermeiro e da visão da enfermagem na sociedade.

As razões apresentadas pelos enfermeiros como conducentes à ocorrência de CEO são similares às apresentadas em estudos nacionais e internacionais. A “***Negligência/Desvalorização***”, a “***Escassez de recursos***” e “***Cultura organizacional***” foram também referenciadas no estudo desenvolvido por Amaral (2015), que identifica a falta de recursos, a negligência ou desvalorização e os fatores do contexto de trabalho como aspetos que determinam os CEO. Já as “***Crenças***” e o “***Dolo***” foram igualmente mencionadas por Kalisch (2006), Bragadóttir et al., (2016) e Chapman et al., (2016), uma vez que os autores referem os hábitos e os interesses individuais/sentido de

moralidade do enfermeiro como fatores a considerar aquando do estudo da omissão de cuidados.

No que respeita à ***Negligência/Desvalorização***, constata-se que os enfermeiros entrevistados privilegiam a realização de cuidados de enfermagem decorrentes de intervenções interdependentes, face aos cuidados autónomos ou outros que são difíceis de mensurar ou objetivar, como é relatado igualmente nos estudos apresentados por Ball et al., (2014), Papastavrou et al., (2016), Timmings et al., (2017) e Willis et al., (2015).

Se, por um lado, a priorização pela realização de cuidados interdependentes pode dever-se ao facto de a prescrição ser realizada por outros grupos profissionais e à crítica/penalização face à omissão desse cuidado prescrito por outro, a omissão do cuidado autónomo implica que o interveniente, prescritor e executante, sejam o mesmo e a possibilidade de julgamento por outros elementos, externos ao enfermeiro, seja menor.

Nesta subcategoria – da negligência/desvalorização, a delegação de tarefas surge como um fator que pode contribuir para a ocorrência de CEO. Os enfermeiros entrevistados referem a falta de tempo e a valoração que fazem dos cuidados como aspetos determinantes para a delegação de tarefas. Os resultados da investigação de Timmings et al., (2017) evidenciam a escassez de tempo disponível para executar todas as atividades previstas para o turno, como um dos fatores que leva à delegação de tarefas em profissionais que dependem funcionalmente dos enfermeiros, ainda que por vezes não tenham formação suficiente para a sua realização.

A delegação de tarefas em enfermagem, pressupõe, a transferência de atividades, para um indivíduo competente, funcionalmente dependente do enfermeiro, de uma determinada tarefa, escolhida numa situação concreta, em que o enfermeiro mantém e retém a responsabilidade pela delegação (OE, 2007). Mediante o referido pelos enfermeiros, de que nem sempre supervisionam, nem avaliam a execução da tarefa, parece poder dizer-se que a delegação ineficaz de tarefas pode ser um fator determinante nos cuidados de enfermagem omissos. Em 2006, Kalisch alertava para que uma delegação de tarefas ineficaz estivesse na causa de CEO.

O ***Dolo*** surgiu como uma subcategoria que conduz à omissão de cuidados. Tal facto já havia sido referido nos estudos realizados por Bragadóttir et al., (2016) e Chapman et al., (2016).

O dolo é caracterizado pela vontade livre e consciente de um indivíduo de praticar uma determinada conduta (Decreto-Lei n.º 44/2018). No contexto analisado, refere-se à prática levada a cabo pelos enfermeiros, relacionada com a omissão de determinado cuidado a prestar e surge como uma subcategoria que conduz à omissão de cuidados.

Podemos ainda referir os diferentes elementos do dolo que são: a finalidade com que o enfermeiro decide não executar determinado cuidado; a determinação, para apurar se a omissão do cuidado foi gerada pelo enfermeiro ou se foi uma mera resposta que conduziu o enfermeiro à atitude de omissão e a conformidade do enfermeiro de acordo com a deliberação e com os resultados obtidos (Decreto-Lei n.º 44/2018).

Na situação analisada, o dolo na omissão de cuidados de enfermagem pode estar relacionado com o delinear de um objetivo consciente, determinado pelo enfermeiro em omitir o cuidado a prestar, e a possível rentabilização dos recursos para a execução de outras atividades; a capacidade de avaliar se a omissão do cuidado foi determinado pelo enfermeiro ou como resposta à escassez de recursos existentes e que comprometem a execução desse cuidado e/ou a forma como o enfermeiro se identifica com a omissão de cuidados ou ajuíza criticamente os resultados que essa omissão produz.

O sentido de moralidade do enfermeiro é um aspeto relevante a considerar no que respeita à omissão consciente dos cuidados, ajuizando sobre a necessidade do doente. A este nível, o enfermeiro determina não executar esse cuidado e repete essa omissão caso não se verifique aparente prejuízo para o doente.

As ***Crenças*** dos enfermeiros são outra das razões que conduzem à omissão de cuidados de enfermagem na medida em que os enfermeiros consideram as suas convicções, ideias e perceções como absolutas e verdadeiras.

Embora não exista demonstração, fundamento racional ou justificação empírica que as comprove, as crenças são formadas a partir da visão que a pessoa tem de si e do mundo. É através delas, que o enfermeiro observa o mundo e as suas relações. Embora a crença emirja, das próprias convicções, é igualmente influenciada por fatores externos e pelo meio social, pela cultura em que o enfermeiro se insere e trabalha (Campos, 2017).

Para os enfermeiros entrevistados são as suas convicções que os levam a decidir sobre a realização ou não de determinado cuidado cuja priorização/omissão se baseia na perceção sobre o que consideram acarretar um maior/menor impacto no estado de saúde do doente.

As crenças dos enfermeiros, já foram referidas por Kalisch (2009), como razões potenciais que podem conduzir à omissão dos cuidados de enfermagem, onde a escolha em executar, completar, atrasar ou omitir cuidados é influenciada por fatores internos ao enfermeiro como as normas e protocolos na equipa prestadora de cuidados, os processos de tomada de decisão do enfermeiro, os seus valores internos, atitudes e crenças, as perspetivas individuais e os hábitos dos enfermeiros em omitir cuidados.

A ***Escassez de recursos*** foi outra subcategoria identificada como conducente ao aparecimento dos CEO. A escassez de recursos pode ser relativa a recursos humanos ou materiais.

Os recursos humanos surgem como o aspeto mais referido pelos enfermeiros entrevistados como um fator a considerar quando se versa o tema dos CEO, no que respeita à dotação de enfermeiros ou de outros profissionais que consigo colaborem, encontrando expressão na literatura internacional nos estudos de Ball et al., (2014), Chapman et al., (2016), Maloney et al., (2015), Palese et al., (2015), Papastavrou et al., (2016), Willis et al., (2015), Winsett et al., (2016) e Winters e Neville, (2012).

Também a complexidade dos cuidados ao doente/família ou a permanência dos familiares de referência durante o internamento são referidas como causas da omissão de cuidados. O nível de exigência da pessoa doente/família, por quem o enfermeiro é responsável e a volatilidade do volume de trabalho já fora referido por Kalisch (2014) e Cho et al., (2017) como razões promotoras de CEO. Nestes estudos, a complexidade das situações clínicas, o conhecimento melhorado dos doentes e dos seus familiares sobre os seus direitos, o número de doentes admitidos no serviço de forma inesperada e as altas clínicas não previstas traduzem-se em fatores potencialmente causadores de CEO.

O nível de exigência que é imposto aos enfermeiros entrevistados tem, por sua vez, causado constrangimentos ao referirem trabalhar mais cinco horas, por semana, que as previamente contratualizadas podendo desencadear sentimentos como injustiça, desmotivação ou descrença que podem influenciar a ocorrência de CEO.

Assim, é possível corroborar os achados de Ausserhofer et al., (2014) que referem a redução da satisfação no trabalho, o aumento da intenção de abandonar a profissão e a rotatividade dos profissionais como fatores adversos à prestação de cuidados de qualidade condicionados pelo aumento da carga horária.

Os enfermeiros revelam ainda a falta de equipamentos adaptativos para os cuidados de higiene e conforto ou de levante, de equipamento de informática, de condições das

infraestruturas como comprometedores da execução das atividades de enfermagem e consequentemente geradores de CEO. A falta de recursos materiais já havia sido reportada, anteriormente, como promotora de CEO nos estudos de Bragadóttir et al., (2016); de Chapman et al., (2016) e de Moreno-Monsiváis et al., (2015).

A ***Cultura organizacional*** e o contexto onde a prática da profissão de enfermeiro se desenvolve, surgiu também como subcategoria que pode influenciar a omissão de cuidados englobando a indisponibilidade, da instituição, à inovação, a gestão inadequada dos recursos pelos gestores (abordada previamente na categoria ***Escassez de recursos***), o estilo de liderança adotado pelos gestores, as falhas comunicacionais entre os diferentes grupos profissionais, a complexidade do padrão de documentação e as interrupções de trabalho a que os profissionais estão sujeitos.

Semelhantes conclusões foram obtidas por Ausserhofer et al., (2014) que referiram o clima organizacional e a falta de trabalho em equipa como fatores que podem estar relacionados com os CEO.

Também os estudos de Dehghan-Nayeri et al., (2015) acrescentaram a cultura hospitalar, falhas na gestão e de liderança como promotores de um ambiente de trabalho inadequado e, consequentemente, favorecedor de CEO.

O não acolhimento, da instituição, a projetos inovadores, é gerador de descontentamento nos enfermeiros e comprometedor do bem-estar individual e, consequentemente, do bem-estar organizacional, onde também as medidas de reconhecimento sobre o trabalho desenvolvido por este grupo profissional são diminutas.

Na opinião dos participantes, os estilos de liderança adotados pelos líderes das equipas são inadequados, condicionam a perceção que têm sobre a natureza, exigência e complexidade dos cuidados de enfermagem prestados. Fatores que são identificados como geradores de desmotivação e tristeza nos enfermeiros entrevistados. Estes resultados vão de encontro aos apresentados por Dehghan-Nayeri et al. no estudo desenvolvido em 2015.

No ano de 2009, Kalisch et al., no seu estudo, reportaram as falhas comunicacionais entre os profissionais, que coabitavam as estruturas hospitalares, como razões que promovem a ocorrência de CEO e comprometedoras da qualidade dos cuidados prestados.

Os enfermeiros entrevistados, à semelhança do que concluíram Timmings et al., (2017), demonstraram que a equipa multidisciplinar pode influenciar negativamente a prestação de cuidados e, consequentemente, a incidência de CEO revelando a comunicação ineficaz entre os pares e o inadequado trabalho em equipa como promotores da omissão de cuidados.

Sendo o método individual de trabalho o que prevalece nos serviços dos enfermeiros entrevistados, cada um, por si, prioriza as atividades a desenvolver no dia de trabalho baseado em diferentes fontes de informação. Para os enfermeiros, esta pode constituir uma razão que conduz aos CEO na medida em que dispensam a ajuda de terceiros elementos para a execução das atividades previstas. Este método de trabalho pode traduzir uma maior sobrecarga para os enfermeiros e desta forma comprometer a prática de cuidados tal como já havia concluído Tavares (2014).

O padrão de documentação e a plataforma de registo, são também entendidos como razões que podem conduzir a uma maior incidência de CEO, devido ao grau de complexidade exigida na sua operacionalização. A esta dificuldade, acresce as constantes interrupções de que os entrevistados são alvo ao longo do seu dia de trabalho, prejudiciais ao desempenho eficaz e eficiente das atividades de enfermagem, cujos estudos de Kalisch et al., (2014) e Cho et al., (2017), já haviam advertido que as interrupções causadas pelos familiares ou outros profissionais eram condicionantes à organização e prestação dos cuidados.

Ao executar atividades que não estão relacionadas diretamente com o cuidar, os enfermeiros têm menos disponibilidade para estar com os doentes uma vez que despendem de tempo para realizar estas tarefas, podendo contribuir para a incidência de CEO, conclusão encontrada também por Aiken et al., (2018) no seu estudo.

Neste âmbito é importante referir que a amostra entrevistada privilegia o contato com a pessoa doente/família em detrimento das restantes atividades de suporte à prática, nomeadamente relacionadas com o planeamento dos cuidados informatizado ou a documentação adequada dos cuidados corroborando as opiniões de Schubert et al., (2013) e de Ball et al., (2014).

Tão importante quanto identificar as razões que estão subjacentes à omissão dos cuidados de enfermagem, é identificar as estratégias que, segundo os enfermeiros entrevistados, podem ser adotadas para minimizar a problemática no contexto analisado.

De acordo com a análise das entrevistas, surgiram cinco subcategorias que são merecedoras de uma análise mais detalhada, sendo elas: a ***Conscientização do erro***, a ***Formação***, a ***Comunicação***, a ***Adequação de recursos*** e a ***Mudança da cultura organizacional***.

Assim, surge, a ***Conscientização do erro***, a necessidade de assumir a existência de CEO e encarar a temática como um problema a minimizar. Apesar de se ter alcançado um profundo mapeamento da problemática, é importante referir que se os cuidados não forem valorizados pelos enfermeiros, mesmo que não sejam realizados, não terão sido reportados como omissos. E, neste sentido, esta conscientização pode ser realizada a dois níveis: individual e/ou serviço/instituição.

Para tal, é considerada a reflexão como uma estratégia válida para consciencializar o indivíduo da sua prática. Foi Schön (2000) quem propôs uma nova epistemologia da prática, a qual se baseia nos conceitos de conhecimento na ação e reflexão na ação. O conhecimento na ação é o componente que está diretamente relacionado com o saber-fazer, é espontâneo, implícito e que surge na ação.

A reflexão revela-se a partir de situações inesperadas produzidas pela ação e contempla três tipos distintos de reflexão: a reflexão sobre a ação, a reflexão na ação e a reflexão sobre a reflexão-na-ação.

Neste caso em concreto, a reflexão sobre a reflexão-na-ação assenta no ato de pensar sobre a reflexão na ação passada, consolidando o entendimento de determinada situação e, desta forma, possibilitando a adoção de uma nova estratégia.

O ambiente em que a reflexão-na-ação ocorre, o modo de interação com os problemas, estratégias, informação e valores dos intervenientes reveste-se, pois, de particular relevância (Schön, 2000) e assume-se como estratégia que permite a consciencialização individual para a problemática dos CEO.

No que respeita à conscientização do erro a nível do serviço/organização, os enfermeiros relatam a sensibilização da instituição para as ofertas formativas adequadas às necessidades dos enfermeiros (prestadores de cuidados e gestores) e à melhoria dos sistemas de segurança para proteção do colaborador como favorecedores da minimização do erro.

Também a saúde ocupacional e o serviço que a promove enquanto área de intervenção que valoriza o local de trabalho como espaço privilegiado para a prevenção dos riscos profissionais, a proteção e promoção da saúde e o acesso dos trabalhadores aos

serviços de saúde e segurança do trabalho deveria estar sensibilizado para a problemática em análise.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (2019), garantir a proteção e promoção da saúde a todos os trabalhadores através de ambientes de trabalho saudáveis possibilitará uma "força de trabalho" com o mais elevado nível de saúde, satisfeita, motivada, produtiva, aberta à inovação e ao empreendedorismo e impulsionadora da sustentabilidade do trabalho devem ser os princípios norteadores deste serviço.

A ***Formação***, enquanto subcategoria pode ser analisada ao nível da formação autodirigida, da formação em serviço e da formação institucional, uma vez que o plano de formação da instituição em análise é referido como insuficiente face às necessidades veiculadas pelos enfermeiros entrevistados.

A formação é o mais importante fator de mudança na prática profissional que permite adquirir e aplicar conhecimentos elaborados e aprofundados no âmbito do exercício profissional, facultando uma atuação profissional mais elaborada, nomeadamente no que concerne aos recursos disponíveis e recorrendo à capacidade crítica e reflexiva individuais (Rodrigues, 2011).

Para Trindade (2014), é importante salientar a relevância da formação autodirigida. A partir da confrontação consigo, com os outros e com o mundo, o enfermeiro deverá ser capaz de transformar as suas perspetivas, formando-se e transformando-se, sendo um agente de mudança, contribuindo para a melhoria das práticas diárias de enfermagem.

Neste processo, é essencial o conhecimento construído, o conhecimento conseguido através da reflexão, questionando-se continuadamente na prática e assim transformar-se num catalisador da aquisição de formação relevante e aplicável ao contexto do exercício profissional.

De acordo com Trindade (2014), a mudança não ocorre descontextualizada e isoladamente, mas de forma sistémica, pelo que se deve apostar na competência crítica e reflexiva. Ao questionar-se essa prática com vista à sua compreensão, constrói-se um sentido, obtém-se uma conceção renovada do modo de atuação. Verifica-se inicialmente uma desprogramação, com questionamento e rutura com comportamentos inadequados, seguida de uma nova programação, através da aquisição e assimilação de novos saberes e comportamentos. Posteriormente existe uma consolidação dos comportamentos e saberes adquiridos.

Segundo o autor, esta capacidade de reinterpretar e transformar os acontecimentos do quotidiano em experiências significativas induz a evolução pessoal e profissional do próprio sujeito. Deste modo, a análise de problemáticas situacionais revela-se fundamental, pois permite uma autorreflexão crítica de uma atuação profissional futura reconstruída e de maior qualidade e consequentemente o alcance da minimização dos CEO.

Neste sentido, surge a formação em serviço, no contexto onde se desempenha a função de enfermeiro, como estratégia transversal de uniformizar a formação entre os diferentes elementos da equipa prestadora de cuidados onde o englobar do convivente significativo no processo de cuidados, as características individuais do enfermeiro, a reflexão, a partilha de experiências significativas e formações curtas sobre determinadas preocupações são referidas como passíveis de adoção, favorecedoras de atividades formativas e consequentemente minimizadoras dos CEO identificados.

Das tipologias de formação identificadas pelos enfermeiros entrevistados, os *role play*, os centros de escuta ou o *Journal Club* são referidos como passíveis de adoção.

O *role-play* é um jogo de papéis que, embora inicialmente possa parecer destruturado, consiste numa atividade que tem a sua própria razão de ser, por conter, em si mesmo, o seu objetivo; trata de ações concretas que visam conhecer as habilidades, os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros na díade (Souza, Orti & Bolsoni-Silva, 2012).

Durante a interpretação de papéis, por duas pessoas ou mais, os envolvidos apresentam os seus "*eu*" e têm a oportunidade de experimentar e refletir sobre como os enfermeiros atuam e quais os comportamentos que necessitam de melhorar.

Para Lachance (2014), o *Journal Club* permite a um grupo de pessoas com interesses comuns numa determinada área do saber, que se reúnam regular e periodicamente para divulgarem, discutirem e avaliarem criticamente artigos recentes na literatura científica cuja discussão ajudará a desenvolver as capacidades de compreensão, o espírito crítico e a manter uma atualização constante do conhecimento.

O momento da passagem de turno emerge como o momento informal de debate e discussão passível de ser utilizado para implementar esta estratégia, com elementos rotativos responsáveis pela seleção do artigo a analisar.

Por outro lado, surge a instituição como entidade promotora de formação a todos os grupos profissionais: a formação dos enfermeiros para manusear dispositivos médicos

adquiridos pela instituição, para temáticas cujos níveis de entendimento são muito díspares ou para a formação certificada de outros grupos profissionais (por exemplo: assistentes operacionais) foram relatados como promotores da minimização dos CEO.

Salienta-se a formação aos cuidadores informais enquanto estratégia de adaptação à nova realidade pois é-lhes exigida uma reorganização das suas atividades e, perante o esforço, podem sentir-se incapazes para lidar com a situação, e a capacitação do convivente significativo é útil para redefinir a relação deste com o doente e também para permitir o desenvolvimento de outras atividades aos outros doentes, pelo enfermeiro (DGS, 2014).

A ***Comunicação*** surge como uma subcategoria a considerar enquanto estratégia promotora da minimização dos CEO onde a comunicação entre enfermeiros, e destes com os restantes elementos da equipa multidisciplinar surgem como aspetos a considerar.

Assim, o sentimento de pertença à equipa, a uniformização da transmissão de informação em passagem de turno e o trabalho em equipa são referenciados pelos enfermeiros entrevistados como favorecedores de uma comunicação eficaz entre pares e entre as diferentes classes profissionais que constituem a equipa multidisciplinar hospitalar, onde a realização de reuniões interdisciplinares com definição de objetivos e estratégias comuns surge como favorecedora da minimização dos CEO.

A problemática das falhas de comunicação, resultantes numa comunicação ineficaz tem consequências nefastas para a segurança do doente, pelo que têm vindo a ser implementadas ferramentas de padronização de comunicação entre enfermeiros, nomeadamente a metodologia ISBAR que é recomendada pela sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara baseada em cinco aspetos (identificação, situação atual, antecedentes, avaliação e recomendações) (DGS, 2017).

Esta metodologia de comunicação é uma ferramenta eficiente para colmatar os diferentes estilos de comunicação e ajudar a colocar todos no mesmo plano de informação, o que permite a diminuição de erros derivados do processo de comunicação num momento crítico, como seja na transição dos cuidados de saúde (Tranquada, 2013).

A comunicação dos enfermeiros com o seu enfermeiro-gestor também foi analisada pelos enfermeiros entrevistados e surge o perfil do líder, um enfermeiro de coordenação

aos cuidados, o *feedback* e a apresentação de indicadores de resultado como facilitadores da minimização dos CEO.

Neste contexto surge a prática colaborativa em saúde, quando profissionais de saúde de diferentes profissões oferecem cuidados abrangentes trabalhando com doentes, famílias, cuidadores e comunidades para prestar cuidados ao mais alto nível de qualidade, articulando os serviços (OMS, 2010).

A prática colaborativa interprofissional assim definida, parece reforçar o conceito de trabalho em equipa e surge como uma forma de fortalecer os sistemas de saúde e responder melhor às necessidades das pessoas. Todavia, face ao desejável empoderamento dos cidadãos para cuidarem da sua saúde, face à complexidade crescente dos problemas e, ainda, às dificuldades que enfrentam os sistemas e os serviços, o ideal da prática colaborativa é, por vezes, ensombrado pelo receio da perda de papéis profissionais (Fernandes, 2014).

Ainda assim, uma adequada comunicação entre os grupos profissionais e a definição de objetivos comuns defendida pelos enfermeiros entrevistados visa contribuir para uma maior eficácia da organização, promover o enriquecimento pessoal através da troca de ideias, distribuir a responsabilidade por todos os membros da equipa e fomentar o espírito de entreajuda por intermeio de relações de confiança e flexibilidade (OMS, 2010).

Desta forma, a liderança torna-se numa tarefa árdua, "em função da exigência de melhores resultados, da inovação e crescimento constantes, sendo uma ferramenta imprescindível no processo de trabalho" dos enfermeiros (Gelbcke, Souza, Sasso, Nascimento & Bulb, 2009, p. 137).

Na atualidade, assiste-se a uma nova era, onde o papel dos colaboradores é tão relevante quanto o dos líderes, onde a liderança é marcada pelo fortalecimento do grupo de trabalho, esbatendo o poder na equipa e sobressaindo a valorização das competências pessoais, fazendo com que cada elemento reconheça o propósito e o sentido do seu trabalho (Fernandes, 2014).

Em enfermagem são fundamentais a cooperação, o suporte e a contribuição de todos os enfermeiros, de forma a proporcionar uma assistência de qualidade. Na essência da liderança, segundo Trevizan, Mendes, Fávero e Melo (1998, p. 78), "está a capacidade de comunicar", uma vez que a comunicação é decisiva para o processo da influência, para a coordenação das atividades grupais e, consequentemente, na efetivação do processo de liderança.

Em 2011, Teixeira classificou quatro estilos ou comportamentos de liderança: autocrático, participativo, democrático e *laissez-faire*. Da análise das entrevistas, emergiu, como estilo mais prevalente o líder *laissez-faire*, não esta envolvido no trabalho de grupo e permite que os seus subordinados tomem as suas próprias decisões. Este estilo de liderança é dificilmente aceitável, a não ser que se trate de um grupo de especialistas motivados, o que não ocorre na amostra estudada, em que 20% dos enfermeiros são mestres e 20% dos enfermeiros reportaram deter o título de "enfermeiro especialista" atribuído pela OE.

Face ao exposto, acredita-se que nas instituições de saúde, o desenvolvimento de habilidades de liderança, em especial dos profissionais gestores, é essencial para a prática, onde a satisfação profissional se revela de crucial importância, pois está relacionada com a forma como os enfermeiros se sentem no que respeita à sua vida profissional (Cunha, Régio, Cunha & Cabral-Cardoso, 2002).

A ***Adequação de recursos*** sejam eles humanos e/ou materiais foram considerados pelos enfermeiros entrevistados como estratégias a adotar como promotoras da minimização da incidência da problemática em estudo.

A eficiência dos serviços de saúde provém da qualidade da sua estrutura organizacional, porém, para Loureiro, Ferreira e Duarte (2007, p.132), são "os seus agentes que a potenciam, desenvolvem e a reajustam às necessidades e como tal os recursos humanos da saúde são o capital que mais benefícios trarão às organizações e aos sistemas de saúde".

Assim, identificaram a melhoria dos recursos humanos (enfermeiros e assistentes operacionais, sobretudo) e das dotações seguras como mais-valia à prestação de cuidados.

A dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população-alvo e para a própria organização, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (Diário da República, 2019).

Portanto, em defesa da segurança de todos os cidadãos portugueses que necessitam de cuidados de saúde, e do respeito pela dignidade do exercício profissional dos enfermeiros, as organizações prestadoras de cuidados de saúde devem pugnar pelo cumprimento da dotação adequada de enfermeiros, com as adequadas competências,

no lugar certo e no tempo necessário. O cumprimento de dotações seguras não se associa a aumento de despesa, mas antes a um investimento com retorno garantido (Diário da República, 2019).

Também a adequação dos recursos materiais foi considerada como potencial estratégia minimizadora dos CEO identificados no decurso das entrevistas realizadas tendo como objetivo principal colocar os recursos necessários no processo produtivo com qualidade, em quantidade adequada, no tempo correto e ao menor custo (Frederico, 2006).

Por último, a ***Mudança da cultura organizacional*** surge como uma subcategoria a considerar enquanto estratégia promotora da não ocorrência de CEO podendo englobar aspetos como a organização dos cuidados nos serviços, o sistema de auditoria e o padrão de documentação institucional.

A organização hospitalar é um lugar privilegiado de interação social, onde coexistem várias culturas onde a satisfação surge como uma construção social em que cada indivíduo é fonte e alvo de influência, primeiramente pelos gestores de primeira linha (Santos, Bustorff, Ferreira & Bombassaro, 2006).

Para os autores supracitados, a satisfação com o trabalho é um fenómeno multifacetado, composto por diversas componentes, não devendo ser avaliada exclusivamente pela apreciação momentânea da conjuntura do trabalho, mas também, pela importância atribuída em relação às diferentes componentes, uma vez que a avaliação da experiência do trabalho aglomera o pensar e sentir de uma pessoa face ao mesmo.

É de referir que posteriormente à realização das entrevistas em que os enfermeiros se demonstraram descontentes e desmotivados face à sua situação laboral, a Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) em parceria com o Ministério da Saúde publicou uma circular que visou esclarecer as entidades do SNS, a progressão na carreira aos profissionais de enfermagem com CTFP.

As orientações emanadas por estes organismos possibilitaram aos profissionais usufruir de maior celeridade no processo de progressão da sua carreira, matéria que foi uma das principais reivindicações a marcar as negociações recentes entre os sindicatos e o Governo (ACSS, 2019) e, sendo a amostra entrevistada maioritariamente constituída por enfermeiros em CIT (60%) pode-se considerar que será uma estratégia passível de abranger todos os enfermeiros e de melhoria do clima organizacional.

A organização dos cuidados nos serviços é identificada pelos enfermeiros entrevistados como a tentativa de tornar o ambiente mais adequado e eficiente, mas também a padronização de procedimentos surge como estratégia de uniformização das práticas para, consequentemente tornar a problemática dos CEO menos incidente uma vez que a estruturação dos serviços com a padronização dos cuidados potencializa os resultados, minimiza os riscos, formaliza e unifica as orientações e cuidados prestados, proporcionando maior conforto e segurança ao doente, família e enfermeiro (Santos, Siqueira & Sória, 2010).

O sistema de auditoria, também mereceu a análise dos enfermeiros entrevistados demonstrando necessidade de revisão da forma como é realizada em termos práticos e concetuais.

Em enfermagem a auditoria é um instrumento de administração utilizado na avaliação da qualidade dos cuidados prestados; é a comparação entre a assistência prestada e os padrões de assistência considerados como aceitáveis onde o objetivo central é a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem que o hospital se propõe a oferecer à comunidade, ou que tem por obrigação social oferecer (Araújo, 1978).

Na investigação em análise, os enfermeiros entrevistados realçam a auditoria interna, periódica de natureza normal e de limite parcial como passível de mudança uma vez que os enfermeiros auditores, apesar de conhecerem a estrutura administrativa e as expectativas nos serviços, limitam a amplitude das conclusões ou as recomendações finais do trabalho também pela inexistência de um relatório de auditoria ao alcance dos enfermeiros auditados. Os enfermeiros entrevistados sugerem que os auditores devem repensar as suas práticas de atuação atualmente vigentes.

A documentação, quer como objeto de auditoria, quer como processo de continuidade de cuidados, é um aspeto relevante que espelha cuidados de enfermagem éticos e seguros (Ahmandi, Asl, Tajabadi & Vaismoradi, 2019). Os registos são uma das responsabilidades do enfermeiro e é imperativo que sejam precisos e claros, dentro da estrutura legal, ética e profissional. Informação irreal ou errada no processo clínico de um doente pode atrasar o processo terapêutico.

Neste sentido, o padrão de documentação utilizado na instituição foi alvo de sugestões de melhoria identificadas pelos enfermeiros entrevistados, nomeadamente a plataforma informática e os sistemas utilizados de apoio à prática de enfermagem com necessidade de reformular as aplicações de registo, agilizar processos e condensar os diversos sistemas que se encontram sectorizados.

As informações disponibilizadas através de sistemas de informação, geralmente tornam-se rapidamente acessíveis e sem muito esforço. Mas também a manipulação e uso destes sistemas podem ser geradores de algum stress para enfermeiros que tenham alguma dificuldade no uso de tecnologias de informação devendo ser condensados numa aplicação única (Ahmandi et al., 2019).

A informática, como ferramenta de apoio, em enfermagem deve ter como pressuposto melhorar a qualidade dos cuidados, incorporar o uso de terminologias em saúde, num sistema eletrónico único que impulsione o desenvolvimento da Enfermagem e lhe permita extrair indicadores sensíveis aos seus cuidados. Permitindo consensos e uniformização, em padrões de qualidade dos cuidados, não só a nível local, mas também a nível nacional e internacional.

Os sistemas de informação informatizados de apoio à prática de enfermagem assentam numa linguagem classificada de enfermagem CIPE®, criada pelo International Council of Nurses (ICN), tendo como propósito definir uma linguagem científica e unificada, comum à prática de enfermagem, para representar conceitos e descrever os cuidados (ICN, 2010).

Para os participantes, a automatização do SCD colocará um *términus* na duplicação de registos informáticos e permitirá um significativo aumento de tempo dedicado aos utentes, com os potenciais ganhos em saúde, que isso implicará. Em pouco tempo teremos enfermeiros com maior disponibilidade para a prestação de cuidados diretos à população (OE, 2017) embora, decorridos dois anos, se mantenha esta situação inalterada.

Em suma, é importante referir que os enfermeiros entrevistados, face às necessidades sentidas e às razões que no seu entendimento condicionam a prática de cuidados segura, identificaram estratégias passíveis de adoção no seu contexto de trabalho para minimizar a problemática dos CEO.

Por conseguinte, é necessário trabalhar o APE, mas também os profissionais que nele coabitam procurando implementar estratégias que promovam a participação dos enfermeiros nas políticas do hospital, o desenvolvimento da profissão focado na qualidade dos cuidados, a adequação de recursos humanos e materiais e boas relações entre os agentes de cuidado.

Avaliar a qualidade dos cuidados de saúde é importante para tornar visível o que se passa dentro de uma organização, do nível de qualidade em que está a operar, e o que pode ser feito para melhorar o seu desempenho.

A avaliação da qualidade em saúde consiste num modelo que foi inicialmente desenvolvido por Donabedian (1988), o qual Kalisch desenvolveu na construção do modelo explicativo de CEO.

Neste estudo foi possível conhecer as variáveis de estrutura que influenciam a prática dos cuidados de enfermagem e consequentemente originam CEO: recursos materiais e humanos disponíveis, bem como as características do ambiente físico, a organização dos serviços e os recursos financeiros, todos eles necessários para a prestação de cuidados embora, por si só, não garanta a qualidade, apesar de ser condição necessária, e muitas vezes a mais valorizada, para promover a qualidade em saúde (Ferreira, 1991).

Também os processos, que correspondem ao conjunto de atividades que são desenvolvidas durante a prestação de cuidados, incluindo os aspetos técnicos de diagnóstico e terapêutica e a relação entre profissionais e doentes foram identificados como potenciais razões conducentes aos CEO: a prestação de cuidados diretos e indiretos, os comportamentos e a ética inerentes (Ferreira, 1991).

Assim, é possível corroborar a atualidade e validade que permanecem nos modelos desenvolvidos por Beatrice Kalisch e Avedis Donabedian mostrando que estas dimensões estão interrelacionadas e dependentes umas das outras, pois uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado (Donabedian, 1988).

Tanto a estrutura como os processos podem ser condicionados ou influenciados pelos profissionais e pela organização o que, por sua vez, não acontece com os resultados uma vez que constituem o referencial a partir do qual a efetividade da estrutura e dos processos pode ser avaliada, tendo em consideração as características dos doentes (Sousa, 2006).

CONCLUSÃO

A qualidade dos cuidados em saúde é um conceito dinâmico, cujos referenciais são mutáveis, motivo pelo que se torna importante conhecer a perceção dos profissionais sobre o mesmo para melhor direcionar as estratégias organizacionais, tornando o exercício da prática de cuidados mais compatível com o contexto e objetivos da instituição.

Com esta investigação foi possível identificar quais os cuidados de enfermagem que, na perceção dos enfermeiros entrevistados, são omitidos na prática quotidiana. Os padrões encontrados sobre a perceção de CEO são semelhantes aos identificados em estudos realizados em outros contextos clínicos.

A ocorrência de CEO abrange tanto o campo de atuação autónomo como o interdependente dos enfermeiros. Na dimensão autónoma os enfermeiros referenciam o "*Comunicar com o doente e família*", o "*Ensino ao doente e família*", o "*Documentar os cuidados de enfermagem*", o "*Elaborar ou atualizar planos de cuidados*", a "*Alimentação*", os "*Cuidados de higiene oral*", os "*Cuidados de higiene corporal*", os "*Posicionamentos*" e o "*Levante e deambulação"* como áreas onde ocorrem CEO.

No âmbito das atividades interdependentes, surgem a "*Monitorização de Sinais Vitais/Glicémia capilar*", a "*Identificação e administração da terapêutica até 30 minutos após a sua prescrição*" e os "*Cuidados de manutenção com dispositivos médicos*". A identificação da terapêutica prescrita e os cuidados de manutenção com os dispositivos médicos são referidos, pela primeira vez, como CEO.

As razões que os entrevistados apontam como determinantes da prestação de cuidados de qualidade estão relacionadas com as variáveis de estrutura do APE, nomeadamente a ***Escassez de recursos*** e a ***Cultura organizacional*** e com as de processo – intrínsecas ao enfermeiro, a ***Negligência/ desvalorização***, o ***Dolo*** e as ***Crenças***.

À parte desta identificação, os enfermeiros entrevistados, salientam um conjunto de práticas e ferramentas estratégicas como passíveis de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, sendo elas a ***Conscientização do erro***, a ***Formação*** dos profissionais, a ***Comunicação***, a ***Adequação de recursos*** e a ***Mudança da cultura organizacional***.

Independentemente dos CEO serem processo ou resultado, o importante é que colocam em causa a qualidade dos cuidados e, como defensores da segurança do doente é importante que os enfermeiros realizem os cuidados de acordo com os padrões básicos definidos, de forma a não potenciar a vulnerabilidade dos doentes. Assim, torna-se relevante que se redesenhem as práticas a partir da reflexão sobre as mesmas, da atualização do conhecimento e da mudança das condições organizacionais de forma a possa garantir que os padrões básicos de cuidados de enfermagem são cumpridos.

Um dos aspetos mais relevantes deste estudo é que ao ser mapeada a problemática dos CEO obteve-se um conhecimento contextual, que poderá constituir uma mais valia para a organização. A partir do conhecimento produzido, os enfermeiros, enfermeiros gestores e outros gestores na organização podem traçar diretrizes específicas promotoras da minimização da problemática dos CEO no ambiente estudado. Assim, será possível reduzir a incidência dos CEO, garantir a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e melhorar a satisfação de todos os intervenientes no processo de cuidar.

Dado que a maioria dos estudos analisados se centravam numa abordagem quantitativa considera-se que seria interessante que fossem desenvolvidos estudos com a mesma metodologia adotada nesta investigação, em hospitais ou serviços exclusivamente oncológicos, a fim de permitir a comparação dos resultados e, porventura, aferir conclusões mais precisas ou passíveis de generalização.

Os objetivos inicialmente delineados foram alcançados permitindo dar resposta à questão de investigação previamente formulada.

Em termos académicos o trabalho desenvolvido constituiu um desafio na medida em que permitiu o aprofundamento e a consolidação do conhecimento no campo das metodologias qualitativas levando ao desenvolvimento de competências no domínio da investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). Circular Informativa n.º 02/2019. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Agency for Healthcare Research and Quality. (s.d.). *Glossary*. Recuperado a 07/06/2019 de https://psnet.ahrq.gov/glossary/e.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2016). 2015 National Healthcare Quality and Disparities Report and 5th Anniversary Update on the National Quality Strategy. 16-0015.

Ahmandi, F., Asl, A., Tajabadi, A. & Vaismoradi, M. (2019). Unsafe nursing documentation: A qualitative content analysis. *Nursing Ethics*, pp.1–12, doi:10.1177/0969733019871682.

Aiken, L., Sloane, D., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A. & Griffiths, P. (2018). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open*, doi:10.1136/bmjopen-2017-019189.

Aires, L. (2015). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Lisboa: Universidade Aberta. ISBN: 978-989-97582-1-6.

Allen-Duck, A., Robinson, J. & Stewart, M. (2017). Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nurs Forum*, 52(4), pp.377–386, doi:10.1111/nuf.12207.

Amaral, A. (2010). A efectividade dos cuidados de enfermagem - modelos de análise. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp.96-105.

Amaral, A. (2014). *Resultados dos Cuidados de Enfermagem: Qualidade e Efetividade* (Tese de Doutoramento). Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Portugal.

Amaral, A. (2015). Editorial. Revista Sinais Vitais. N.º 118 (Março). p.73.

Amaral, A. & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp.66-74.

Araújo, M. (1978). Auditoria em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem,* 31: 4, pp.466-477, doi:10.1590/0034-716719780004000005.

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Shubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., … Schwendimann, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, 23, pp.126-135, doi:10.1136/bmjqs-2013-002318.

Ball, J., Murrels, T., Rafferty, A., Morrow, E. & Griffiths, P. (2014). Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety Online First*. 0, pp. 1-10, doi:10.1136/bmjqs2012-001767.

Bardin, L. (2013). *A análise de conteúdo*. Lisboa: Editor 70. ISBN: 9789724415062.

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora, p.262. ISBN: 9895580525.

Braga, C., Jesus, É. & Araújo, B. (2018). RN4Cast study in Portugal: nurses and care left undone. *Journal of Hospital Administration*, 7(2), pp.58-66, doi:10.5430/jha.v7n2p58.

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

Bruyneel, K., Li, B., Ausserhofer, D., Lesaffre, E., Dumitrescu, I., Smith, H., … 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, pp.643-p.664, doi:10.1177/1077558715589188.

Campos, P. (2017). *Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

Carayon, P., Hundt, A., Karsh, B., Gurses, A., Alvarado, C., Smith, M. & Brennan, P. (2006). Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Quality and Safety in Health Care*, 15, pp. i50-i58, doi:10.1136/qshc.2005.015842.

Carvalho, C. (2004). Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 26: 4, pp.216-222.

Castner, J., Wu, Y. & Dean-Baar, S. (2015). Multi-Level Model of Missed Nursing Care in the Context of Hospital Merger. *Western Journal of Nursing Research*, 37: 4, pp.441-461, doi:10.1177/0193945914535670.

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

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

Cho, S., Mark, B., Knafl, G., Chang, H. & Yoon, H. (2017). Relationships Between Nurse Staffing and Patients' Experiences, and the Mediating Effects of Missed Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 49: 3, pp.347-355, doi:10.1111/jnu.12292.

Cunha, P., Régio, A., Cunha, R. & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão.* 6ª ed. Lisboa: Editora RH, Lda.

Dehghan-Nayeri, N., Ghaffari, F. & Shali, M. (2015). Exploring Iranian nurses' experiences of missed nursing care. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29: 276.

Decreto-Lei n.º 44/2018 de 09 de Agosto. *Diário da República n.º 153/2018 – Série I*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. *Diário da República n.º 28/2015 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio. *Diário da República nº 102/2015 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Diário da República. (2015). Regulamento N.º 101/2015. *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor*, pp. 5948-5952, Portugal.

Diário da República. (2019). Regulamento N.º 743/2019. *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*, pp. 128-155, Portugal.

DiCenso, A., Cullon, N. & Ciliska, D. (1998). Implementing evidence-based nursing:some misconceptions. *Evidence-Based Nursing*, April 1: 2, doi: 10.1136/ebn.1.2.38.

Direção Geral da Saúde. (2014). *Manual do Cuidador*. Recuperado a 29/10/2019 de https://bibliote ca.sns.gov.pt/wp -content/uploads/2018/01/Ma nual-do-Cuidadpr-Infor mal-de-Utentes-Dependentes.pdf.

Direção Geral da Saúde. (2016). *SNS Recursos Humanos*. Recuperado a 28/02/2019 de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/08/SNSRecursosHum anos.pdf.

Direção-Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017. Lisboa. Obtido de https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normase-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx.

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

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.

Doran, D. & Pringle, D. (2011). Patient outcomes as an accountability. In D. Doran, *Nursing outcomes - The state of the science* (2.ª ed., pp.1-23). Jones & Bartlett Learning.

Doran, D., Sidani, S., Keatings, M. & Doidge, D. (2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*, 38, pp.29-39, doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x.

Doran, D., Harrison, M., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., … Cranley, L. (2006). Relationship between nursing interventions and outcome achievement in acute care settings. *Research in Nursing & Health*, pp. 61-70, doi:10.1002/nur.20110.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2018). *Normas de Elaboração e Apresentação da Dissertação/Trabalho de Projeto/Relatório Final de Estágio*. Coimbra, Portugal: Autor.

Fernandes, A. (2014). *Cuidar o Futuro: a transformação das práticas colaborativas em saúde*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Ferreira, P. (1991). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 33, pp.93-112. ISSN: 0254-1106.

Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes*. Lisboa: Lidel.

Frederico, M. (2006). *Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

Friese, C., Kalisch, B. & Lee, K. (2013). Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. *Cancer Nursing*, 36 (6), pp.51-57.

Gelbcke, F., Souza, L., Sasso, G., Nascimento, E. & Bulb, M. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira. *Revista Brasileira Enfermagem*, 62 (1), pp.136-139. ISSN: 1984-0446.

George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4 ed. Tradução Ana Maria Vasconcelos Thorell. Porto Alegre: Artmed.

Gondim, S. (2003). Grupos focais como técnica de Investigação Qualitativa: Desafios Metodológicos. *Paidéia*, 12(24), pp.149-161, doi:10.1590/S0103-863X2002000300004.

Graham, N. (1995). *Quality in health care: theory, application, and evolution*. Maryland: Aspen Publishers.

Guerra, I. (2006). Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso. Princípia Editora, Lda, Estoril.

Gunther, M. & Alligood, M. (2002). A discipline-specific determination of high quality nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, May, 38 (4), pp.353-359, doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02201.x.

Hernández-Cruz, R., Moreno-Monsiváis, M., Cheverría-Rivera, S. & Díaz-Oviedo. (2017). Fatores que influenciam a falta de enfermagem cuidados em pacientes de um hospital privado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25: e2877, doi: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1227.2877.

Hessels, A., Flynn, L., Cimiotti, J., Cadmus, E. & Gershon, 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.

Hollweck, T. (2014). Review: *Case study researchdesign and methods*(5.ªed.) by Robert K. Yin. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 30(1), doi:10.3138/CJPE.BR-240.

Internacional Council of Nurses. (2010). Management of nursing and health care services Position Statement [Em linha] pp. 1-2. [Consult. 29 Setembro 2018]. Disponível em: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A08_Ma n agement_Nsg_Health_Care_Services.pdf

Irvine, D., Sidani, S. & Hall, L. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing economics*, 16: 2, pp.58-64.

Jesus, É., Roque, S. & Amaral, A. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: ambientes de prática de enfermagem. *Revista investigação em enfermagem*, pp.26-44.

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

Kalisch, B., Landstrom, G. & Hinshaw, A. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (7), pp.1509–1517, doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x.

Kalisch, B., Landstrom, G. & Williams, R. (2009). Missed nursing care: errors of omission. *Nursing Outlook*, 57: 1, pp.3-9, doi:10.1016/j.outlook.2008.05.007.

Kalisch, B. & Lee, K. (2012). Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nursing Outlook*, 60, pp.32-39, doi:10.1016/j.outlook.2012.04.006.

Kalisch, B. & Xie, B. (2014). Errors of omission: Missed nursing care. *Western Journal of Nursing Research*, 36, pp.875-890, doi:10.1177/0193945914531859.

Kalisch, B., Xie, B. & Dabney, B. (2014). Patient Reported Missed Nursing Care Correlated With Adverse Events. *American Journal of Medical Quality*, 29: 5.

Lachance, C. (2014). Nursing journal clubs: A literature review on the effective teaching strategy for continuing education and evidence-based practice. *Journal of continuing education in nursing*, 45: 12, pp.559-65, doi:10.3928/00220124-20141120-01.

Lake, E. (2002). Development of the practice environment scale of the nurse work index. *Research in nursing & health*, 25, pp.176-188, doi:10.1002/nur.10032.

Latorre, A. (2003). *La investigación-acción: conocer y cambiar la prática educativa*. Barcelona: Editorial Graó.

Loureiro, R., Ferreira, M. & Duarte, J. (2007). Liderança em enfermagem e satisfação profissional nos novos modelos de gestão hospitalar. III Encontro de Investigação e I Jornadas de Saúde Materno Infantil. *Livro de Actas*, pp.87-93. Vila Real, Portugal.

Maloney, S., Fend, J. & Hardin, S. (2015). Is Nursing Care Missed? A Comparative Study of Three North Carolina Hospitals. *MedSurg Nursing*, 24 (4), pp.229-235.

Medeiros, A., Enders, B. & Lira, A. (2015). Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Esc Anna Nery*, 19 (3), pp.518-524, doi: 10.5935/1414-8145.20150069

Merriam, S. & Tisdell, E. (2015). Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation (4.ª ed.). Jossey-Bass, Estados Unidos da América.

Moreno-Monsiváis, M., Moreno-Rodríguez, C. & Interial-Guzmán, M. (2015). Missed Nursing Care in Hospitalized Patients. *Aquichan*, 15: 3, pp.318-328, doi: 10.5294/aqui.2015.15.3.2.

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal, Portugal. Departamento de Enfermagem, Instituto Politécnico de Setúbal.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Tomada de Posição: Parecer nº 136/2007. Lisboa, Portugal: Conselho Jurisdicional.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Sistema de classificação de doentes no SClínico já chegou ao CH Médio Tejo e CH do Porto*. Lisboa, Portugal. Acedido a 22 de maio de 2019, de https://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/ProjectosPilotoSistemaClassificacaoDoentes.

Organização Internacional do Trabalho. (2019). Segurança e Saúde no centro do futuro do trabalho: Tirando partido de 100 anos de experiência. Bureau Internacional do Trabalho. Lisboa, Portugal.

Organização Mundial de Saúde. (2008). *Guidance on developing quality and safety strategies with health system approach*. Recuperado a 06/06/2019 de http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf.

Organização Mundial de Saúde. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde. (2017). *Patient Safety: Making health care safer.* Geneva: World Health Organization.

Organization for Economic Co-operation and Development. (2015). OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising standards. OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en.

Paladini, E. (1995). *Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços*. São Paulo: Atlas.

Palese, A., Ambrosi, E., Prosperi, L., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P., Allegrini, E., … Saiani, L. (2015). Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Intern Emerg Med*, 10: 6. pp.693-702.

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, pp.48-56, doi:10.1016/j.ejon.2016.01.002.

Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra, Portugal: Formasau – Formação e Saúde.

Picado, A. (2013). *Gestão de Risco e Efetividade de Cuidados de Reabilitação* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15944/1/Gestão%20de%20Risco%20e%20Efetividade%20de%20Cuidados%20de%20Reabilitação.pdf.

Potra, T. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: Das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade de cuidados de enfermagem* (Tese de doutoramento). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. Recuperado de http://hdl.handle.net/10451/20608.

Poupart, J., Deslauriers, J., Groulx, L., Lapirrière, A., Mayer, R. & Pires, A. (2008). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Brasil: Editora Vozes. ISBN 978-85-326-3681-2.

Rehem, M., Elhamid, M. & Elsalam, Y. (2017). Missed nursing care: observation versus perception in selected medical intensive care units, Egypt. *The International Journal of Health, Wellness and Society*, 7: 1. ISSN: 21569053.

Reis, E., Santos, F., Campos, F., Acúrcio, F., Leite, M., Leite, M., Cherchiglia, M. & Santos, M. (1990). Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, 6: 1, pp.50-61, doi:10.1590/S0102-311X1990000100006.

Ribeiro, O., Martins, M. & Tronchin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, IV: 14, pp. 89-100, doi:10.12707/RIV16086.

Rodrigues, S. (2011). *Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida – Adaptação e Validação da Escala de Jefferson*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, Portugal.

Santos, I. (2017). *Ambiente da Prática Profissional de Enfermagem – Influência no Burnout dos Enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.

Santos, F. (2018). *Influência do Ambiente de Prática na Individualização dos Cuidados e nos Cuidados Omissos*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Santos, A., Siqueira, C. & Sória, D. (2010). Padronização dos cuidados com acessos vasculares para terapia hemodialítica: cuidado essencial de enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, vol. 2, pp.586-590, E-ISSN: 2175-5361.

Santos, M., Bustorff, T., Ferreira, R. & Bombassaro, V. (2006). Satisfação profissional dos enfermeiros do HEM, S.A. *Revista Nursing,* 16: 212, pp.7-12.

Schön, D. (2000). *Educando o Profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.

Sidani, S., Doran, D. & Mitchell, P. (2004). A Theory-Driven Approach to Evaluating Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (1), pp.60-65, doi: 10.1111/j.1547-5069.2004.04014.x.

Silva, D. (2014). *Helping measure person-centred care*. Londres: The health foundation. Recuperado a 08/05/2019 de http://www.health.org.uk/sites/health/files/ HelpingMeasurePersonCentredCare.pdf.

Silva, J. & Rodovalho, J. (s.d.). *Concepção de avaliação da qualidade nos serviços de saúde*. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil.

Silva, R., Bittencourt, I. & Paixão, G. (2016). *Enfermagem avançada: um guia para a prática*. Editora Sanar.

Schubert, M., Ausserhofer, D., Desmedt, M., Schwendimann, R., Lessafre, E., Li, B. & Geest, S. (2013). Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals— A cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 50: 2, pp.230-239, doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.09.016.

Sochalski J. (2004). Is more better? The relationship between nurse staffing and quality of nursing care in hospitals. *Medical Care* 42: 2, pp.67-73, doi: 10.1097/01.mlr.0000109127.76128.aa.

Sousa, P. (2006). Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*. 19, pp.309-318. Recuperado de http://hdl.handle.net/10400.21/7828.

Souza, V., Orti, N. & Bolsoni-Silva, A. (2012). Role-playing como estratégia facilitadora da análise funcional em contexto clínico. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 14: 3, ISSN 1517-5545. Recuperado a 28/10/2019 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452012000300006.

Tavares, J. (2014). *Avaliação do perfil de cuidado em Enfermagem geriátrico em hospitais de Portugal*. Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro, Secção autónoma de ciências da saúde, Aveiro.

Teixeira, S. (2011). *Gestão das organizações*. 2.ª ed. Lisboa: Verlag Dashöfer Edições Profissionais, Unip., Lda.

Timmings, F., Parissopoulos, S., Plakas, S. & Fouka, G. (2017). Economic recession in Greece and effects on quality nursin care. *Journal of Nursing Management*, pp.163-166, doi:10.1111/jonm.12477.

Tranquada, M. (2013). A Comunicação Durante a Transição Das Equipas de Enfermagem: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. ISCTE Business School - Instituto Universitário de Lisboa.

Trevizan, M., Mendes, I., Fávero, N. & Melo, M. (1998). Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6: 5, pp.77-82.

Trindade, R. (2014). A autoaprendizagem no ensino superior e a aprendizagem baseada na resolução de problemas: perspetivas e questões. *Rev. Lusófona de Educação*, 27, ISSN 1645-7250. Recuperado a 28/10/2019 de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-72502014000200 004.

Twigg, D., Geelhoed, E., Bremner, A. & Duffield, C. (2013). The economic benefits of increased levels of nursing care in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, pp.2253-2261, doi:10.1111/jan.12109.

Uchira, K. & Bosi, M. (2002). Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18: 6, pp.1561-1569.

Villamin, C., Anderson, J., Fellman, B., Urbauer, D. & Brassil, K. (2018). Variations in missed care across oncology nursing specialty units. *Journal of Nursing Care Quality*, 00 (00), pp.1-7, doi:10.1097/NCQ.0000000000000324.

Willis, E., Henderson, J., Hamilton, P., Toffoli, L., Blackman, I., Couzner, L. & Verrall, C. (2015). Work intensification as missed care. *Labour and Industry: a journal of the social and economic relations of work*, doi:10.1080/10301763.2015.1060811.

Winsett, R., 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, pp.128-133, doi:10.1016/j.apnr.2016.06.006.

Winters, R. & Neville, S. (2012). Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing Cares in a new zealand hospital. *Nursing Praxis in New Zealand*, 28: 1, pp.19-28.

Yin, R. (2014). Case study research: design and methods (5.ª ed). SAGE Publications, Singapura, ISBN 978-1-4833-0200-3.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO CÓD:_____

de acordo com a Declaração de Helsínquia[1] e a Convenção de Oviedo[2]

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: "Fatores preditores de cuidados omissos percecionados pelos enfermeiros de um hospital de oncologia"

Enquadramento: Trabalho de Investigação desenvolvido no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Explicação do estudo: O estudo tem como objetivo geral "compreender quais os fatores preditores de cuidados de enfermagem omissos e identificar quais as estratégias facilitadoras/promotoras da sua não-existência percecionados pelos enfermeiros de um hospital de oncologia" e será desenvolvido no [redacted]. Com este estudo pretendemos melhorar a prestação de cuidados à pessoa portadora de doença oncológica.

Desta forma, será solicitada a sua colaboração para participar numa entrevista semi-estruturada individual com preenchimento de um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, com duração estimada entre 60 a 90 minutos. Para registar a informação recolhida será utilizado um gravador. A informação veiculada será posteriormente transcrita.

Neste contexto venho solicitar a sua autorização para participar nesta investigação.

Condições e financiamento: A participação nesta investigação é de caráter voluntário, não existindo qualquer prejuízo caso não queira participar ou pretenda desistir no decorrer da mesma.

Informamos ainda que o presente estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética da instituição em que o estudo está a ser desenvolvido.

Confidencialidade e anonimato: Será garantida a confidencialidade de todos os intervenientes. Os dados recolhidos serão trabalhados e utilizados unicamente para os fins descritos no trabalho de investigação.

Se os resultados deste estudo forem publicados a identidade dos intervenientes manter-se-á confidencial.

Ao dispor para qualquer esclarecimento/informação adicional, apresento os melhores cumprimentos.

Ivo Cristiano Soares Paiva – Enfermeiro no Serviço de Internamento [redacted]

[redacted]mail.com Telemóvel: [redacted]

Assinatura: … … … … … … … … … ..... … … … ..... … … … … … … … … … … …

[1] http://epidemiologia.med.up.pt/pdfs/Helsinq.2013.pdf

[2] http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf

CÓD:_____

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: … … … … … … ….. … … … ……. … … … … … … … … … … … … …
Assinatura: … … … … … … … ……. … … … … … … … … … … … … … … … … … … Data: …… /…… /…….

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

APÊNDICE II – Questionário para caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros

CÓD:_____

Questionário para caracterização Sociodemográfica e profissional do participante

Exmo Senhor(a) Enfermeiro (a):

Venho desta forma solicitar a sua gentil e valiosa colaboração, contribuindo para o meu Trabalho de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Para a sua concretização, torna-se importante conhecer sucintamente o ambiente de trabalho e algumas características pessoais da equipa de enfermagem, através do questionário que a seguir se apresenta.

As respostas são anónimas e a sua colaboração é facultativa.

Poderá deixar a sua resposta, em envelope fechado ou entregar-me pessoalmente.

Subscrevo-me com estima e consideração.

Ivo Cristiano Soares Paiva

CÓD:_____

Caracterização sociodemográfica e profissional do participante

1. **Idade:** ____anos

2. **Sexo:** □ Masculino □ Feminino

3. **Estado Civil:** □ Solteiro(a) □ Casado(a) □ União de facto □ Divorciado(a) □ Viúvo(a)

4. **Habilitações Académicas:** □ Bacharelato ou equivalente

□ Licenciatura ou equivalente □ Mestrado □ Doutoramento

5. **Habilitações Profissionais:** □ Pós-Licenciatura em Enfermagem ou equivalente Qual? _____

6. **Anos de Profissão**:_____anos

7. **Anos no Serviço**:_____anos

8. **Categoria Profissional**:_____

9. **Vínculo Profissional**: □ Contrato de Trabalho de Funções Públicas (tempo indeterminado)

□ Contrato de Trabalho de Funções Públicas a termo

□ Contrato Individual de Trabalho

10. **Tipo e horário que realiza**: □ Fixo □ Roulement

11. **Horas de trabalho, em média, por semana no serviço:** _____horas.

12. **Habitualmente**, costuma pesquisar sobre atualizações dos cuidados que presta: □ Diariamente □ Uma a duas vezes por semana □ Uma vez por mês □ Raramente

Obrigado pela sua participação.

APÊNDICE III – Guião de Entrevista semi-estruturada aos enfermeiros

CÓD:_____

GUIÃO PARA ENTREVISTA

Duração estimada da entrevista: 60 a 90 minutos

Local: Gabinete privado/ Sala de reuniões, no serviço onde os enfermeiros exercem a sua atividade.

Introdução	**Comentários**
1 - Contextualização sumária do trabalho em curso.	
2 - Explicação sobre: a) Os objetivos; b) A função do entrevistador; c) A estrutura; d) A utilização de suporte áudio; e) A confidencialidade e o anonimato.	
3 - Solicitação e registo da autorização, para a sua realização e preenchimento do questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.	*Solicitar autorização.*
Exploração	
Objetivos da Investigação: - Compreender quais os fatores preditores de cuidados de enfermagem omissos percecionados pelos enfermeiros de um hospital de oncologia; - Identificar quais as estratégias percebidas pelos enfermeiros de um hospital de oncologia como facilitadoras/promotoras da não-existência de cuidados de enfermagem omissos.	
Tópicos em análise: O que pensa sobre CEO? Considera que estes acontecem no seu dia-a-dia de trabalho? Se sim, porquê?	*Postura:* *- Adequar a forma de elaborar a questões às características da pessoa* *- Emitir sinais verbais e não-verbais de atenção e compreensão*

No estudo da incidência de CEO anteriormente realizado neste contexto, os resultados indicam que os CEO apontados em maior número são confortar/falar com os doentes" (40,91%), "elaborar ou atualizar planos de cuidados" (39,39%), "educar doentes e familiares" (37,88%), "documentar os cuidados de enfermagem de forma adequada" (33,33%), "higiene oral" (33,33%) e "vigilância adequada dos doentes" (28,79%). De todos os enfermeiros, 80,3% reportaram pelo menos 1 CO: Em seu entender, quais as razões que levam à omissão destes cuidados e não de outros? Porque é que haverá tempo para outras intervenções e não para a realização das tarefas omissas? Quando cuida de um doente como orienta e prioriza o processo de cuidados? Que critérios utiliza na priorização de atividades no início do seu turno de trabalho? Explorar: as preferências e avaliação das necessidades do doente, regras do serviço, o que o conhecimento mobilizado pelo enfermeiro determina. Quando se vê confrontado com a necessidade de deixar tarefas/intervenções por realizar como prioriza a seleção? O que tem em conta? Por exemplo… (intervenções) Que estratégias para minimizar esses CEO acham que devem ser implementadas em termos organizacionais? E individuais?	*- Solicitar esclarecimentos relacionados com a compreensão do fenómeno* *- Ajudar com perguntas de continuidade se necessário* *- Acrescentar outras perguntas consideradas pertinentes, considerando o objetivo e baseado nos aspetos relatados.*
Encerramento	
Lembrar os elementos importantes que foram discutidos.	*- Agradecer ao participante a sua confiança e esforço.*

APÊNDICE IV – Parecer da Comissão de Ética da unidade de saúde

[redacted]

Exmo. Senhor
Enf. Ivo Paiva
[redacted]

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de projeto de investigação "Fatores preditores de Cuidados Omissos percecionados pelos enfermeiros de um hospital de oncologia"

Em resposta ao pedido efetuado por V. Exa., relativo ao projeto de investigação identificado em epígrafe, informa-se que o Conselho de Administração autorizou a sua realização.

Mais se informa que o estudo deverá fazer referência à colaboração do [redacted] assim como os resultados, após a sua conclusão, deverão ser comunicados ao Gabinete Coordenador da Investigação.

Com os melhores cumprimentos,

Coimbra, 05 de maio de 2018

PEL'O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

[redacted]

(Vogal Executiva)