



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

STHEFANI DAMASCENO DE OLIVEIRA TOSTES PEREIRA

OMISSÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE EM
UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA: ANÁLISE SEGUNDO INSTRUMENTO
MISSCARE-BRASIL

FORTALEZA

2023

STHEFANI DAMASCENO DE OLIVEIRA TOSTES PEREIRA

OMISSÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA: ANÁLISE SEGUNDO INSTRUMENTO
MISSCARE-BRASIL

Trabalho de conclusão de curso de apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Roberta Meneses Oliveira.

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- P495o Pereira, Sthefani Damasceno de Oliveira Tostes.
OMISSÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA: Análise segundo o instrumento MISSCARE-BRASIL / Sthefani Damasceno de Oliveira Tostes Pereira. – 2023.
60 f.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2023.
Orientação: Prof. Dr. Roberta Meneses Oliveira.
1. Enfermagem. 2. Negligência. 3. Recursos humanos de enfermagem no hospital. 4. Qualidade da assistência à saúde. 5. Segurança do Paciente. I. Título.

CDD 610.73

STHEFANI DAMASCENO DE OLIVEIRA TOSTES PEREIRA

OMISSÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA: ANÁLISE SEGUNDO INSTRUMENTO
MISSCARE-BRASIL

Trabalho de conclusão de curso de apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Roberta Meneses Oliveira.

Aprovado em 28/06/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Roberta Meneses Oliveira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Me. Érika da Silva Bandeira
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

RESUMO

Omissão de cuidados de enfermagem é o aspecto do cuidado exigido por um paciente que é parcial ou totalmente omitido ou significativamente atrasado. Trata-se de um constructo relacionado à área de Segurança do Paciente, também conhecido como cuidados negligenciados, inacabados, perdidos, não finalizados ou racionados. Objetivou-se investigar o fenômeno da omissão dos cuidados de enfermagem em hospital público na perspectiva dos profissionais da equipe. Estudo transversal realizado em hospital público de ensino, referência em cardiologia e pneumologia no Ceará, entre fevereiro e maio de 2023, com 85 profissionais, enfermeiros e técnicos de enfermagem das unidades de internação adulta e pediátrica, terapia intensiva e emergência. Aplicou-se instrumento sociodemográfico/ ocupacional e o questionário MISSCARE-BRASIL. Os dados foram processados no programa SPSS 23.0, submetidos à análise descritiva, de tendência central e de dispersão, apresentados em tabelas. A pesquisa seguiu a diretriz RANCARE que norteia a escrita de relatórios transparentes de estudos sobre cuidados de enfermagem inacabados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (parecer nº 5.466.795, CAAE: 59296022.2.0000.5039). Entre os resultados, identificou-se que 54,1% eram técnicos, de maioria feminina, com média de 34 anos de idade, carga horária de 40 horas semanais e 12 horas diárias, vínculo por cooperativa e experientes na área e no serviço. Os participantes avaliaram positivamente a qualidade do cuidado prestado em suas unidades (94,1%), bem como recursos humanos (85,9%), materiais (76,5%), tecnológicos (74,1%) e adequação da equipe (64,7%). Além disso, mostraram-se satisfeitos quanto ao cargo/função (55,2%), à unidade (58,8%) e ao desempenho individual em trabalhar em equipe (61,2%), assim como não pretendem deixar o cargo/função e nem área profissional este ano (85,9%). A omissão de cuidados de enfermagem foi identificada com o MISSCARE-BRASIL e os de maior prevalência foram: Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito (62,4%), Sentar o paciente fora do leito (42,4%) e Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre assistência ao paciente, se ocorrer (36,5%). Entre as principais razões para omissão de cuidados, identificou-se: Materiais/Equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário (71,8%), Materiais/Equipamentos não estavam disponíveis quando necessário (64,7%), Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (61,2%), Situações de urgência dos pacientes (60,0%), Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade (60,0%) e Os medicamentos

não estavam disponíveis quando necessários (60,0%). Conclui-se que os participantes revelaram mais razões para a omissão dos cuidados de enfermagem do que os elementos dos cuidados omitidos. Porém, cuidados de enfermagem omitidos e relatados por mais da metade da amostra merecem atenção especial, pois podem comprometer a segurança do paciente, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de lesões por pressão, problemas relacionados à mobilidade, tromboembolismo venoso, aumento do tempo de internação, dentre outros. Sugere-se, a continuação desta pesquisa com foco em estudos observacionais, buscando comprovar os cuidados mais omitidos, suas razões e impactos gerados na segurança dos pacientes e na satisfação profissional da equipe de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem; Negligência; Recursos humanos de enfermagem no hospital; Qualidade da assistência à saúde; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Omission of nursing care is the aspect of care required by a patient that is partially or completely omitted or significantly delayed. This is a construct related to the area of Patient Safety, also known as neglected, unfinished, lost, unfinished or rationed care. The objective was to investigate the phenomenon of omission of nursing care in a public hospital from the perspective of the team's professionals. Cross-sectional study carried out in a public teaching hospital, a reference in cardiology and pneumology in Ceará, between February and May 2023, with 85 professionals, nurses and nursing technicians from the adult and pediatric hospitalization units, intensive care and emergency. A sociodemographic/occupational instrument and the MISSCARE-BRASIL questionnaire were applied. Data were processed in the SPSS 23.0 program, submitted to descriptive, central tendency and dispersion analysis, presented in tables. The research followed the RANCARE guideline, which guides the writing of transparent reports of studies on unfinished nursing care. The project was approved by the Research Ethics Committee of the institution (Opinion nº 5.466.795, CAAE: 59296022.2.0000.5039). Among the results, it was identified that 54.1% were technicians, mostly female, with an average age of 34 years, workload of 40 hours a week and 12 hours a day, working in a cooperative and experienced in the area and in the service. Participants positively evaluated the quality of care provided in their units (94.1%), as well as human (85.9%), material (76.5%), technological (74.1%) and team adequacy (64.7%). In addition, they were satisfied with the position/function (55.2%), the unit (58.8%) and individual performance in teamwork (61.2%), as well as not intending to leave the position/function or professional area this year (85.9%). The omission of nursing care was identified with MISSCARE-BRASIL and the most prevalent were: Walking three times a day or as prescribed (62.4%), Sitting the patient out of bed (42.4%) and Participation in a discussion by the interdisciplinary team about patient care, if it occurs (36.5%). Among the main reasons for omission of care, it was identified: Materials/Equipment did not work properly when necessary (71.8%), Materials/Equipment were not available when necessary (64.7%), Inadequate number of personnel for assistance or administrative tasks (61.2%), Urgent situations for patients (60.0%), Unexpected increase in the volume and/or severity of patients in the unit (60.0%) and Medications were not available when needed (60.0%). It is concluded that the participants revealed more reasons for omitting nursing care than the elements of

omitted care. However, omitted nursing care reported by more than half of the sample deserve special attention, as they can compromise patient safety, especially with regard to the development of pressure injuries, problems related to mobility, venous thromboembolism, increased length of hospital stay, among others. It is suggested, the continuation of this research focusing on observational studies, seeking to prove the most omitted care, its reasons and impacts generated on patient safety and professional satisfaction of the nursing team.

Keywords: Nursing; Malpractice; Nursing Staff, Hospital; Health Care Quality; Patient Safety.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela sabedoria, discernimento durante essa caminhada árdua da Graduação.

À minha orientadora Prof^ª. Dra. Roberta Meneses Oliveira por toda contribuição científica a este trabalho, bem como pela paciência, acolhimento, confiança e oportunidades que pude vivenciar desde o início da graduação e por me moldar tão bem como profissional e pessoa.

Agradeço a saudosa banca em nome de Prof^ª. Dra. Sâmia Jardelle Costa de Freitas Maniva e da Prof^ª Érika da Silva Bandeira, por todas as contribuições a este trabalho.

À Prof^ª. Dra Jênifa Cavalcante, pelo auxílio na análise estatística dos dados e demais contribuições a esta pesquisa.

Agradeço ao Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Gestão e Cuidado em Saúde (NUGESC), em especial à Ana Barbosa, Beatriz Morais e Ticiane Costa, pelo auxílio durante a coleta de dados.

À minha família, em especial à minha filha Ana Sofia, pela paciência, investimento, incentivo, compreensão e por serem minha rede de apoio nessa caminhada.

Um agradecimento especial aos meus amigos (as) e aos companheiros de profissão.

À minha turma 83, por todo o apoio e companheirismo.

A todos os professores, profissionais técnico-administrativos e funcionários do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará pelos ensinamentos.

À Universidade Federal do Ceará, assim como a Faculdade de Enfermagem, Odontologia e Enfermagem (FFOE) e o Departamento de Enfermagem (DENF) por todas as oportunidades e investimentos possibilitados a mim ao longo desses cinco anos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS.....	5
2.1. Objetivo Geral.....	5
2.2. Objetivos Específicos.....	5
3 MÉTODO.....	6
3.1 Tipo de estudo.....	6
3.2. Local e período.....	6
3.3. População e amostra.....	7
3.4. Instrumentos e procedimentos de coleta dos dados.....	7
3.5. Análise dos dados.....	10
3.6. Aspectos éticos.....	14
4 RESULTADOS.....	15
4.1 Perfil dos participantes, percepção do ambiente de trabalho e satisfação profissional	15
4.2 Frequência e razões para a omissão dos cuidados de enfermagem.....	21
5 DISCUSSÃO.....	25
7 CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL.....	39
APÊNDICE B - TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...41	
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	43
ANEXO B - INSTRUMENTO MISSCARE-BRASIL.....	46

1 INTRODUÇÃO

Desde a virada do século, a segurança do paciente em serviços de saúde é tema de preocupação em todo o mundo, principalmente após a publicação do relatório “Errar é Humano”, que colocou em evidência o número de mortes relacionadas a erros humanos e todos os custos acrescidos às instituições de saúde (DONALDSON, 2000).

A partir daí, desenvolveram-se políticas e protocolos específicos para a qualidade da assistência em vários países, com foco na segurança do paciente, salientando-se que, para minimizar os riscos de erros e danos associados, é necessário investir em melhorias nos sistemas de saúde.

Com a Classificação Internacional de Segurança do Paciente, Runciman et al. (2009) definiram Segurança do Paciente como a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável.

No Brasil, a cultura de Segurança do Paciente é foco de uma política pública recente (Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013), a qual instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em todos os estabelecimentos de saúde do país (BRASIL, 2013).

Além dessa política nacional, a Enfermagem contempla a segurança do paciente em seu Código de Ética Profissional, instituindo como dever dos profissionais de enfermagem a assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (COFEN, 2017), buscando minimizar riscos e evitar que os erros, quando aconteçam, causem incidentes com danos aos pacientes, conhecidos como eventos adversos.

Assim, muito tem sido estudado e implementado sobre tais eventos nos diferentes cenários de atenção à saúde (LANZONI et al., 2019; RESENDE et al., 2020), tendo como foco os erros humanos, as falhas ativas e latentes na execução de procedimentos e as não-conformidades nos processos assistenciais. No entanto, apenas recentemente alguns aspectos invisíveis do cuidado de enfermagem têm sido investigados na perspectiva da segurança do paciente como diretamente associados aos eventos adversos: a negligência ou a omissão dos cuidados (CUNHA et al., 2020; RESENDE et al., 2020; SOUZA; MONTEIRO; TANAKA, 2020).

Entende-se por cuidado de enfermagem o cuidar por totalidade do ser, a fim de suprir todas as suas necessidades (FLORENTINO, 2016). Em contrapartida, Kalisch (2006)

introduziu o conceito de “cuidado de enfermagem perdido” como todo aspecto do cuidado de enfermagem exigido por um paciente que é parcial ou totalmente omitido ou significativamente atrasado. Em 2009, a mesma autora definiu a omissão de cuidados como a ausência parcial, total ou atraso de um ou mais aspectos necessários para a promoção do cuidado.

O conceito, apesar de ter definição clara na literatura, frequentemente tem sido abordado nos estudos com a utilização de diferentes terminologias que configuram sinônimos de cuidados negligenciados, tais como: cuidados de enfermagem inacabados, omitidos/omissos, perdidos, racionados, não finalizados e não realizados. Dentro do termo abrangente “cuidados de enfermagem inacabados”, existem três conceitos principais: tarefas deixadas de fazer, cuidados de enfermagem perdidos e racionamento implícito de cuidados de enfermagem (CHIAPPINOTTO et al., 2022).

No geral, este fenômeno expressa a condição em que os enfermeiros são forçados a atrasar ou omitir os cuidados de enfermagem necessários e tem sido amplamente investigado como tarefas deixadas por fazer, cuidados perdidos e racionamento implícito dos cuidados de enfermagem (CHIAPPINOTTO et al., 2022).

Estudos acerca da temática já foram realizados em diversos países como Austrália, Irã, Suécia, México e Estados Unidos da América (ALBSOUL et al., 2019; HESSELS et al., 2019; CHEGINI et al., 2020; GONZÁLEZ-SÁNCHEZ, MORENO-MONSIVÁIS; CHEVERRÍA-RIVERA, 2020).

Neste contexto, em estudo realizado no Brasil, identificou-se que, em cada plantão de trabalho, no mínimo um cuidado de enfermagem deixa de ser constantemente prestado aos pacientes, cuidados esses relacionados diretamente à assistência do paciente, dentre eles, o auxílio na deambulação (DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019).

Atividades como auxílio na deambulação, mudança de decúbito, atraso ou ausência da administração de medicamento são atividades constantemente omitidas (CASTRO; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2019). Tais atividades podem gerar sérios impactos na qualidade do cuidado, prognósticos e segurança desse paciente, podendo ocasionar quedas, incidência de lesões por pressão (LP) e falha terapêutica.

Entretanto, estas atividades também estão relacionadas com as metas internacionais de segurança do paciente estabelecidas durante a Aliança Mundial para a

Segurança do Paciente, que foi instituída pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Dentre os objetivos do programa, encontram-se seis metas internacionais de Segurança do Paciente a serem cumpridas por todas as instituições, além de conceitos, definições e boas práticas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

A omissão de cuidados de enfermagem está intimamente ligada à segurança do paciente, visto que há diversos casos, em todo o mundo, relacionados a erros de medicação referentes à via de administração ou a identificação de pacientes, incidentes e eventos adversos gerando danos ou não.

Diversos fatores podem influenciar a omissão de cuidados de enfermagem, como o nível de satisfação com o ambiente e a equipe de trabalho. Segundo o estudo de validação da escala MISSCARE-BRASIL, identificou-se que à medida que o profissional aumenta seu nível de satisfação, menos cuidados são negligenciados por esse profissional. Identificou-se, também, que dentre os profissionais insatisfeitos com seu cargo e/ou função, houve um aumento de 3,4 na média de cuidados omitidos. Outro fator observado é o tipo de unidade em que o profissional está inserido, visto que, em unidades fechadas como terapia intensiva, há um aumento de 2,02 na média de omissão de cuidados (SIQUEIRA et al., 2017).

O estudo realizado por Lima et al., (2022) identificou que cuidados como aspiração de vias aéreas, auxílio na alimentação e deambulação três vezes por dia, participação de reuniões interdisciplinares e controle do balanço hídrico, são cuidados frequentemente negligenciados, atividades estas justificadas pelos profissionais devido à divisão inadequada dos pacientes entre os profissionais, funcionamento deficiente ou ausência de materiais/ equipamentos/ insumos e dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem.

Dessa maneira, fatores como a carga horária trabalhada, remuneração salarial, motivação e autonomia no ambiente de trabalho, sobrecarga de trabalho e o nível de dependência dos pacientes podem influenciar na satisfação do profissional e, por conseguinte, nos cuidados prestados aos pacientes (SILVA et al., 2021; COSTA et al, 2018).

Não obstante, estudos indicam que o fortalecimento da cultura de segurança dentro de instituições de saúde diminui a taxa de omissão de cuidados de enfermagem e que fatores como a comunicação efetiva entre profissionais e o clima organizacional influenciam na prevenção e na identificação dos cuidados negligenciados (DA SILVA et al., 2021).

Portanto, a identificação das deficiências do cuidado é o primeiro passo para melhorar sua qualidade. A partir da utilização da escala MISSCARE-BRASIL, é possível identificar problemas e pontos a serem fortalecidos, tornando conteúdo base para mudanças da prática assistencial e gerencial. Diante do exposto, questionou-se: como se configura o fenômeno da omissão de cuidados de enfermagem em hospital público de ensino e que fatores contribuem para esse problema?

Esta pesquisa tem como objetivo investigar quais atividades presentes no cuidado de enfermagem são negligenciadas, sua frequência e razões, na perspectiva dos profissionais da equipe. Tais investigações são importantes para a garantia de um cuidado de enfermagem na recuperação de pacientes, na prevenção de agravos e incidentes e para a segurança do paciente (SIQUEIRA et al., 2017).

Na prática dos serviços de saúde, principalmente os hospitalares, cuidados de enfermagem são comumente negligenciados, e os profissionais são levados à omissão da assistência por diversos fatores. Desse modo, faz-se necessário que enfermeiros clínicos, pessoal assistencial, administradores e formuladores de políticas, bem como pacientes, estejam sensíveis para identificar e responder à importância de cuidados de enfermagem de qualidade em benefício do bem-estar dos pacientes e da segurança nos cuidados de saúde. Identificar e responder a cuidados de enfermagem omitidos/negligenciados são um esforço nessa tentativa (BRAGADÓTTIR et al., 2015).

A relevância desse estudo se dá pela possibilidade de diagnóstico situacional dos cuidados de enfermagem omitidos em um hospital de referência com o objetivo de investigar a frequência, razões e os impactos na segurança dos pacientes e na qualidade da assistência de enfermagem. Assim, pode-se propor estratégias de intervenções efetivas a fim de reduzir a ocorrência deste problema na instituição.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Investigar o fenômeno da omissão dos cuidados de enfermagem em hospital público, na perspectiva dos profissionais da equipe.

2.2. Objetivos Específicos

- a) Descrever o perfil dos trabalhadores de enfermagem participantes;
- b) Averiguar a percepção dos participantes sobre a qualidade do cuidado prestado na unidade, a disponibilidade de recursos, a satisfação profissional e a intenção de deixar o cargo/função;
- c) Investigar a frequência em que os cuidados de enfermagem não foram realizados pelos membros da equipe de enfermagem;
- d) Conhecer as razões para a omissão dos cuidados de enfermagem.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um subprojeto oriundo de pesquisa de maior abrangência, com desenho de Métodos Mistos Multifásico, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (Hospital de Messejana) (parecer nº 5.495.015/2022) em parceria com o serviço de Educação Permanente da Instituição (ANEXO A).

O projeto multifásico é intitulado “Diagnóstico, planejamento e intervenção nos processos organizacionais para a gestão do cuidado, qualidade e segurança do paciente no contexto hospitalar: projeto multifásico de métodos mistos” e tem como objetivo primário: realizar diagnóstico situacional, planejamento e intervenção nos processos organizacionais da gestão do cuidado em saúde de hospital público, com foco na Gestão da Qualidade e na Segurança do Paciente.

Esta pesquisa pretende atender a objetivos específicos do projeto supracitado, tendo um desenho transversal. Estudos de corte transversal, ou estudos de prevalência, são utilizados para a obtenção de dados fidedignos, permitindo a elaboração das conclusões confiáveis e hipóteses a serem investigadas, através da observação das variáveis em um único momento, estabelecendo as relações de causa e efeito (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018).

3.2. Local e período

A pesquisa foi realizada em hospital público de atenção terciária, na cidade de Fortaleza-CE, referência em procedimentos de alta complexidade e especializado no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares. Atualmente, a instituição conta com 545 leitos, divididos entre unidades de terapia intensiva (UTI) adulta e pediátrica, Semi-intensiva, Emergência, Clínicas Médica e/ou Cirúrgica e Pós-operatória, com oferta de procedimentos de alta e média complexidade, unidades estas abordadas nesta pesquisa.

A coleta dos dados foi desenvolvida nas unidades de internação e assistenciais no período de fevereiro a maio de 2023.

3.3. População e amostra

A população do estudo envolveu profissionais de Enfermagem assistenciais (Enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem). Segundo dados da instituição, em novembro de 2022, a maior força de trabalho era da enfermagem, incluindo cerca de 3.223 profissionais de enfermagem.

Em posse desses dados, realizou-se o cálculo da amostra por meio da fórmula para amostras finitas:

$$n = \frac{N \times p \times q \times (Z_{\alpha/2})^2}{p \times q \times (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \times E^2}$$

Considerando prevalência de 50% proporção populacional de indivíduos que pertencem a categoria que estamos interessados em estudar), intervalo de confiança de 95%, $Z_{\alpha/2} = 1,96$, e erro amostral de 5%. Portanto, estimou-se uma amostra de 181 profissionais de Enfermagem para a presente pesquisa.

A amostragem se deu por conveniência, sendo abordados aqueles profissionais que estavam atuando nas unidades no período da coleta dos dados. Como critério de inclusão foi adotado: experiência mínima de seis meses de trabalho na instituição. Como critérios de exclusão: profissionais que estavam de férias ou afastados no período da coleta de dados; e instrumentos com erro ou ausência de preenchimento e um ou mais itens.

No período de fevereiro a maio de 2023, foram distribuídos 211 questionários aos profissionais da equipe de enfermagem das unidades assistenciais do hospital em estudo, dos quais somente 105 foram devolvidos. Destes, foram excluídos 20 questionários por erro ou ausência de preenchimento de um ou mais itens, obtendo-se, assim, uma taxa de resposta válida de 80,95%. Portanto, os resultados apresentados correspondem a 85 questionários devidamente preenchidos por profissionais de enfermagem (46 técnicos de enfermagem e 39 enfermeiros), correspondendo a 46,9% da amostra estimada inicialmente.

3.4. Instrumentos e procedimentos de coleta dos dados

Foram aplicados os seguintes instrumentos para coleta de dados: 1. Questionário sociodemográfico e ocupacional (desenvolvido pela pesquisadora) (APÊNDICE A); 2. Instrumento MISSCARE - BRASIL (ANEXO B) (SIQUEIRA, 2017).

O Questionário sociodemográfico e ocupacional contemplava as seguintes variáveis: sexo, estado civil, idade, tempo de formação na Enfermagem, tempo de atividade no serviço, pós-graduação, carga horária semanal de trabalho e tipo de vínculo empregatício.

Além destas variáveis, foram avaliadas a satisfação com o trabalho (autorreferida) e percepção geral de qualidade da assistência de enfermagem. Tais variáveis são medidas usando itens individuais conforme já recomendado em outro estudo sobre a temática (ROCHEFORT; CLARKE, 2010). Aos participantes, foi solicitado que indicassem, segundo sua experiência, o nível geral de satisfação no trabalho e sua percepção geral da qualidade do atendimento de enfermagem dado aos pacientes atendidos nas unidades investigadas. Para tanto, foram avaliadas em escalas Likert de 4 pontos variando, respectivamente, de muito insatisfeito a muito satisfeito, e de má qualidade a excelente qualidade.

O instrumento MISSCARE, originalmente, é composto por 41 itens e objetiva quantificar a falta de prestação dos cuidados de enfermagem. Apresenta uma seção de informação geral com itens para caracterização sócio-demográfica e profissional; a parte A, com 24 itens relacionados aos cuidados omitidos ou não realizados; e a parte B, com 17 itens referentes às razões para a não realização dos cuidados de enfermagem. Contém três fatores ou domínios na parte B: recursos laborais (cinco itens), recursos materiais (três itens) e comunicação/trabalho em equipe (nove itens) (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

O instrumento MISSCARE já foi testado como confiável e válido em vários idiomas e países, o que aumenta seu valor e o torna desejável para medir os cuidados de enfermagem perdidos. A tradução do questionário MISSCARE do inglês dos Estados Unidos para o Irlandês foi bem sucedido; no entanto, é um trabalho em andamento e mais estudos irão determinar a aplicabilidade e força da ferramenta. O uso global do instrumento MISSCARE é apoiado no estudo de Bragadóttir et al., (2015).

No Brasil, o instrumento MISSCARE-BRASIL foi validado por Siqueira et al. (2017) e possui 28 itens na parte A e 28 itens na parte B. Regulados por uma escala tipo Likert, na parte A, os itens podem ser pontuados de um a cinco, sendo que um corresponde a maiores níveis de omissão e cinco, ausência de omissão. Na parte B, os itens podem ser pontuados de um a quatro, sendo que um corresponde à razão significativa para a omissão e quatro como não sendo razão para a omissão.

O Quadro 1 reúne as razões para omissão dos cuidados de enfermagem por dimensões, segundo Siqueira (2017).

Quadro 1 - Distribuição dos itens do MISSCARE-BRASIL - parte B - sobre as razões para omissão dos cuidados por dimensão

Dimensões	Razões
Recursos materiais	B6 ← Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessários B9 ← Materiais/Equipamentos não estavam disponíveis quando necessário B10 ← Materiais/Equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário B23 ← A planta física da unidade/setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes
Recursos laborais	B1 ← Número Inadequado de pessoal B2 ← Situações de urgência dos pacientes (Ex: a piora da condição de um paciente) B3 ← Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade B4 ← Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (Ex: número inadequado de escrivães/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros) B17 ← Grande quantidade de admissões e altas B19 ← Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional B27 ← Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde (o que impede que desempenhem as funções para as quais foram contratados) B28 ← O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência
Gerenciamento	B21 ← Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe B22 ← Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional) B26 ← Falta de motivação para trabalho (devido a baixo salário e/ou falta de valorização do profissional)
Comunicação/ Trabalho em equipe	B5 ← Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito B7 ← Controle do balanço hídrico- entradas e saídas B8 ← Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários B11 ← Banho/higiene do paciente /medidas para prevenção de lesões de pele B12 ← Higiene bucal B13 ← Higienização das suas mãos B14 ← Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar B15 ← Monitorar a glicemia capilar (glicosímetria/dextro) conforme prescrito B16 ← Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado B24 ← Cuidados com lesões de pele/feridas
Ética	B18 ← O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição B20 ← O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego B25 ← O profissional de Enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)

Fonte: Adaptado de Siqueira et al. (2017)

Os resultados do estudo de Siqueira et al. (2017) demonstraram fortes e moderadas evidências de validade e confiabilidade do instrumento MISSCARE-BRASIL, Dimensão Comunicação ICC=0,62; $p<0,001$; recursos materiais ICC=0,53; $p<0,001$; recursos laborais ICC=0,66; $p<0,001$; dimensão ética ICC=0,64; $p<0,001$, exceto a dimensão gerenciamento/liderança institucional (ICC=0,15; $p=0,0$). Quanto à parte A, também identificou-se que os valores do alfa de Cronbach registraram-se maiores que 0,70, considerados aceitáveis (SIQUEIRA et al., 2017).

Assim, a disponibilização desse instrumento, para o Brasil, tem como objetivo suprir a carência de instrumentos em condições de avaliar a omissão dos cuidados de enfermagem. A avaliação da sua utilização, na prática clínica, depende de outros e multiplicados esforços investigativos envolvendo diferentes contextos hospitalares do Brasil, abarcando, também, os estabelecimentos privados.

A aplicação do MISSCARE-BRASIL pode auxiliar não apenas na avaliação da omissão de cuidados de enfermagem nas instituições de saúde brasileiras, tendendo a favorecer, com igual eficiência, a identificação de soluções para o referido fenômeno, juntamente com os profissionais envolvidos no cuidado.

Como o MISSCARE-BRASIL é auto aplicável, porém eram realizadas instruções aos profissionais que se enquadrarem nos critérios de inclusão, quanto ao preenchimento correto, foi portanto entregue em envelope de papel pardo, um questionário sociodemográfico e ocupacional, um instrumento MISSCARE-BRASIL e dois TCLE, posteriormente os envelopes foram recolhidos sem identificação e em dia marcado, num período de até 15 dias.

3.5. Análise dos dados

Os resultados passaram por um processo de codificação de dados, tendo sido tabulados no programa Excel® versão 2021 e, posteriormente, analisados no programa SPSS 23.0.

Os dados foram submetidos a estatística descritiva, com as variáveis quantitativas contínuas analisadas quanto à média e desvio padrão e as variáveis qualitativas quanto à frequência simples e percentual.

Para análise dos resultados do MISSCARE-BRASIL, realizou-se a reversão dos códigos das respostas aos itens das partes A e B; assim, os valores maiores correspondem a

maiores níveis de omissão e às razões mais significantes. Após a reversão, as respostas são dicotomizadas, na Parte A Cuidados omitidos e Cuidados realizados, na Parte B Razão de omissão e Não razão.

Dessa forma, as alternativas “ocasionalmente não é realizado”, “raramente é realizado” e “nunca é realizado” significam cuidado omitido, e as alternativas “realizado frequentemente” e “sempre realizado” representam o cuidado realizado. Considerando como razão de omissão as opções “razão significante” e “razão moderada”, e como não razão de omissão as respostas das alternativas “razão pouco significante” e “não é uma razão” (LIMA; SILVA; CALIRI, 2020).

Realizou-se portanto uma análise descritiva quanto a frequência simples e percentual, e medidas de tendência central, como média e desvio padrão.

A descrição dos resultados deste estudo seguiu a diretriz RANCARE, a qual orienta como escrever relatórios transparentes de pesquisas sobre cuidados de enfermagem inacabados (Quadro 2) (BLATTER et al., 2021).

Devem ser considerados os seguintes pontos ao usar a diretriz RANCARE:

- A diretriz RANCARE fornece orientação para relatórios transparentes de pesquisas quantitativas sobre cuidados de enfermagem inacabados.
- Cuidados de enfermagem inacabados são usados como um termo genérico ao longo desta diretriz para todos os conceitos comumente usados relacionados ao tópico (por exemplo, falha no cuidado, racionamento implícito, tarefa desfeita, cuidado deixado de lado, cuidado omitido).
- A diretriz aborda questões comumente encontradas na comunicação de pesquisas quantitativas sobre o tema - no entanto, alguns aspectos podem ser pertinentes para pesquisas qualitativas ou de métodos mistos.
- Use o RANCARE além da diretriz de relatório relevante para o desenho do seu estudo (por exemplo, STROBE ou CONSORT)
- Todos os itens são oferecidos como pontos a serem considerados - eles podem não ser aplicáveis a todos os estudos ou precisam ser deixados de fora devido ao espaço limitado para publicações.

Quadro 2 - Guideline RANCARE

<i>RANCARE guideline—strengthening tRansparent reporting of reseArch on unfinished nursing care</i>
Diretriz RANCARE — fortalecendo relatórios transparentes de pesquisas sobre cuidados de enfermagem inacabados
<p>Seção 1: Título/Introdução/Antecedentes</p> <p>(1) Título</p> <p>(a) Indique o termo do conceito utilizado no estudo para representar o fenômeno do cuidado de enfermagem inacabado</p> <p>(2) Palavras-chave</p> <p>(a) Além do termo do seu conceito-chave, inclua “cuidados de enfermagem inacabados” como palavra-chave</p> <p>(3) Antecedentes</p> <p>(a) Forneça uma revisão abrangente da literatura sobre o termo escolhido e sua relação com o campo mais amplo de cuidados de enfermagem inacabados</p> <p>(b) Explique como os resultados do seu estudo irão avançar o estado da ciência sobre cuidados de enfermagem inacabados</p> <p>(4) Modelo conceitual/Considerações teóricas</p> <p>(a) Descreva a perspectiva/paradigma teórico sobre cuidados inacabados de enfermagem subjacentes ao seu estudo</p> <p>(b) Quando apropriado, inclua uma figura que descreva as relações entre o cuidado de enfermagem inacabado e outros conceitos a serem estudados</p> <p>(5) Objetivos</p> <p>(a) Declarar claramente os objetivos relacionados aos cuidados de enfermagem inacabados</p>
<p>Seção 2: Metodologia</p> <p>(6) Desenho do estudo</p> <p>(a) Especificar o desenho do estudo em relação à medição de cuidados de enfermagem inacabados</p> <p>(7) Cenário/Contexto</p> <p>(a) Forneça informações relevantes sobre o contexto em que você está estudando cuidados de enfermagem inacabados</p> <p>(8) Amostra/Responsáveis/Participantes</p> <p>(a) Descrever as características dos participantes do estudo (por exemplo, enfermeiras e pacientes)</p> <p>(b) Especificar critérios de inclusão e exclusão de participantes e/ou fontes de dados</p> <p>(9) Amostra/Dados</p> <p>(a) Declare o propósito da coleta de dados</p> <p>(b) Confirmar se os dados descritos no artigo foram analisados e relatados em publicações anteriores. Em caso afirmativo, descreva.</p> <p>(10) Considerações éticas e legais</p> <p>(a) Descrever questões éticas relevantes e como elas foram abordadas (por exemplo, confidencialidade para pacientes, respondentes, registros e instituições)</p> <p>(b) Incluir declaração sobre revisão e aprovação ética do conselho</p> <p>(11) Mensuração do cuidado de enfermagem inacabado</p> <p>(a) Indique o(s) método(s) de coleta de dados (por exemplo, pesquisa online, coleta de papel, registros existentes)</p> <p>(b) Declare o instrumento ou item(ns) para medir o cuidado de enfermagem inacabado</p> <p>(c) Relate todos os outros métodos ou fontes usadas (por exemplo, observação e registros eletrônicos de saúde)</p> <p>(d) Se várias fontes de dados foram usadas: especifique claramente quais dados foram usados para responder a qual(is) pergunta(s) de pesquisa</p> <p>(12) Modificação de um instrumento de pesquisa (se aplicável)</p> <p>(a) Descreva qualquer modificação que tenha sido feita no instrumento original (por exemplo, número e conteúdo dos itens, opções de resposta), incluindo o justificativa para as modificações (por exemplo, configuração, adaptação cultural e/ou de idioma, nível de</p>

habilidade)

(b) Relatar qualquer evidência sobre validade e confiabilidade das versões originais e modificadas

(13) Período de tempo/referência

(a) Para pesquisas: Relate o período de recordação para o autorrelato de cuidados de enfermagem inacabados (por exemplo, últimos 7 dias úteis, último turno, não especificado)

(b) Indique claramente o período de tempo referido pela medida de cuidados de enfermagem inacabados e outros resultados em estudo (por exemplo, cuidados de enfermagem inacabados por semana e dados de resultado por mês)

(14) Pontuação

(a) Relate como a pontuação foi feita (por exemplo, pontuação média, pontuação total, porcentagem) para análises descritivas e inferenciais e se houver alguma ponderação de item

(b) Se aplicável: especifique em que nível os dados foram agregados (por exemplo, enfermeira/paciente individual, unidade ou unidade) e forneça justificativas (estatísticas) para agregação

(15) Métodos estatísticos

(a) Vincule explicitamente cada análise estatística ao objetivo do estudo relevante

(b) Descrever, em detalhes, métodos estatísticos aplicados para analisar e modelar cuidados de enfermagem inacabados

(c) Descrever ajustes para estrutura hierárquica de dados/agrupamento

(d) Especifique qualquer sensibilidade ou análise de subgrupo

(e) Declarar como os dados ausentes foram tratados (por exemplo, o caso foi omitido de análises posteriores, valores ausentes imputados)

Seção 3: Resultados

(16) Resultados descritivos

(a) Forneça resultados descritivos relevantes sobre configuração e contexto (Tópico 7), bem como amostra/respondentes (Tópico 8)

(17) Cuidados de enfermagem inacabados

(a) Relatar dados descritivos para cuidados de enfermagem inacabados no nível do item e agregados para a pontuação geral

(b) Se aplicável: relatar cuidados de enfermagem inacabados para subgrupos que são de interesse para o estudo (por exemplo, nível educacional/de liderança dos enfermeiros)

(c) Taxas de relatório de dados ausentes por item/subgrupo/fonte

(d) Se aplicável: relatar a variabilidade do hospital/instalação e/ou unidade com uma medida comumente usada (por exemplo, correlações intraclasse)

Seção 4: Discussão

(18) Interpretação e Implicações

(a) Relacione seus resultados com o modelo conceitual original e a teoria usada

(b) Discuta seus resultados no contexto do corpo maior de conhecimento de cuidados inacabados de enfermagem

(c) Discutir as implicações para a prática clínica, pesquisa adicional, educação e política (dependendo do foco e escopo das revistas)

(19) Pontos Fortes e Limitações

(a) Relate as medidas tomadas para reduzir o viés e a confusão relacionados ao seu estudo sobre cuidados de enfermagem inacabados

(b) Discuta as limitações relacionadas ao seu estudo sobre cuidados de enfermagem inacabados

Fonte: Adaptado de BALATTER et al. (2021).

3.6. Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo CEP da instituição (parecer nº 5.466.795/2022) (ANEXO A).

Os riscos em participar do estudo envolveram o desconforto e responder a perguntas subjetivas e que permitiam a avaliação do serviço prestado, o que gerou, em alguns profissionais, inquietações e desconforto, além da perda de tempo. Porém, ressalta-se que o tempo de participação foi otimizado e ficou a critério do profissional interromper ou continuar sua participação ou resposta ao questionário no momento mais apropriado.

Essa pesquisa teve como benefícios a análise situacional do fenômeno da omissão de cuidados e a possibilidade de treinamentos e intervenções institucionais que poderão auxiliar a consolidação da cultura de segurança do paciente e a melhoria dos processos assistenciais com foco na qualidade em saúde.

4 RESULTADOS

Os resultados encontram-se apresentados segundo os objetivos específicos do estudo, contemplando a caracterização da amostra, incluindo a percepção da qualidade do cuidado e a satisfação profissional na unidade de trabalho; seguidas da apresentação dos resultados da aplicação do instrumento MISSCARE-BRASIL, destacando-se os cuidados omitidos e as razões identificadas pelos profissionais de enfermagem para o problema.

4.1 Perfil dos participantes, percepção do ambiente de trabalho e satisfação profissional

A Tabela 1 reúne os dados relacionados às variáveis categóricas sociodemográficas e ocupacionais dos participantes.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo variáveis categóricas sociodemográficas e ocupacionais. Fortaleza, CE, 2023

Variável	Continua	
	f	%
Sexo (n=85)		
Feminino	68	80,0
Masculino	17	20,0
Categoria profissional (n=85)		
Técnico de enfermagem	46	54,1
Enfermeiro	39	45,9
Pós-Graduação (n=39)		
Sim	35	89,7
Não	4	10,3
Tipo de pós-graduação (n=33)^a		
Especialização na área de enfermagem	26	78,8
Mestrado e/ou Doutorado em enfermagem	4	12,1
Especialização fora da área de enfermagem	2	6,1
Mestrado e/ou Doutorado fora da área de enfermagem	1	3,0
Vínculo (n=85)		
Cooperado	76	89,4
Concursado	9	10,6
Sector/unidade (n=85)		
Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto	34	40,0
Unidade de internação clínica ou cirúrgica	26	30,6

Variável	Conclusão	
	f	%
Setor/unidade (n=85)		
Pediatria e Neonatologia (internação e UTI)	18	21,2
Emergência	4	4,7
Outra	3	3,5
Regime de trabalho (n=85)		
Diurno (Manhã e/ Tarde)	56	65,9
Rodízio entre diurno, vespertino e noturno	19	22,4
Noturno	9	10,6
Vespertino	1	1,2

Fonte: Elaborado pela autora.

a. dois enfermeiros não descreveram o tipo de pós-graduação.

Identifica-se que a amostra é predominantemente feminina, representada equitativamente por técnicos de enfermagem e enfermeiros assistenciais, em regime de trabalho diurno nas unidades de terapia intensiva adulto, internação clínica/cirúrgica e pediatria e neonatologia.

Dentre os enfermeiros, a grande maioria referiu pós-graduação em diferentes áreas, com destaque para Especialização em Terapia Intensiva (15) (42,8%) e em Cardiologia/Pneumologia (4) (11,4%). Outros 13 enfermeiros citaram diferentes áreas de especialização (37,1%), tais como Qualidade/Segurança do Paciente, Gestão em Saúde, Estomaterapia, Nefrologia, dentre outras. Cabe ressaltar que sete (19,4%) não informaram a área de especialização.

A Tabela 2 reúne dados referentes às variáveis numéricas.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes segundo variáveis numéricas sociodemográficas e ocupacionais. Fortaleza, CE, 2023

Variável	f	%	Continua
			Média (DP)
Idade (anos) (n=84)^a			
19 a 30	36	42,9	34,6 (9,7)
31 a 49	46	54,8	
60 ou mais	2	2,3	
Tempo de formação (anos) (n=83)^b			
Até 5	41	50,0	8,2 (7,8)
De 6 a 10	21	25,0	
Mais de 10	21	25,0	

Variável	f	%	Conclusão
			Média (DP)
Tempo de experiência no cargo/função no serviço (n=85)			
Até 5	49	57,6	7,7 (7,9)
De 6 a 10	17	20,0	
Mais de 10	19	22,3	
Tempo de experiência na unidade (n=85)			
Até 5	62	72,9	4,7 (5,3)
De 6 a 10	14	16,5	
Mais de 10	9	10,6	
Carga horária semanal (n=85)			
Até 20	4	4,7	39,5 (12,7)
De 21 a 30	13	15,3	
De 31 a 40	41	48,2	
Mais de 40	27	32,8	
Horas de trabalho diária n=84)			
6	2	2,4	3,2 (0,7)
8	1	1,1	
12	80	94,1	
Rodízio entre 6, 8 e 12	2	2,4	
Quantidade de horas extras trabalhadas (n=85)			
0	38	44,7	33,0(43,3)
Até 40	21	24,7	
41 à 80	16	18,8	
Acima de 80	10	11,8	
Quantidade de faltas nos últimos 3 meses (n=85)			
0	63	74,1	0,6 (1,73)
Até 5	20	23,5	
6 ou mais	2	2,3	
Quantidade de pacientes responsável no último plantão/turno (n=85)			
Até 5	43	50,6	7,4 (6,9)
6 a 10	27	31,8	
11 a 20	8	9,4	
Acima de 20	7	8,2	

Fonte: Elaborada pela autora.

- a. Um participante não informou a idade.
- b. Dois participantes não informaram o tempo de formação

A amostra é de adultos jovens, com médias de: 34 anos de idade, oito anos de formados/ conclusão do curso técnico, oito anos de trabalho no hospital e, aproximadamente, cinco anos de atuação na unidade atual. Portanto, constata-se um perfil de profissionais com experiência na área de atuação e na instituição em estudo.

Quanto aos aspectos ocupacionais, a maioria dos participantes apresenta vínculo por cooperativa, verifica-se uma carga horária semanal/diária razoável (aproximadamente 40 horas) e 12 horas diárias, porém, cabe ressaltar a informação que um pouco mais da metade dos profissionais (55,2%) realizam horas extras nos últimos três meses, e que mais da metade não obtiveram faltas nos últimos 3 meses.

Quanto à quantidade de pacientes que cada profissional é responsável por assistir, observou-se que a média foi de sete pacientes, valor esse acima do recomendado mesmo para unidade com pacientes de cuidados mínimos.

Além disso, os profissionais também foram questionados sobre admissões e altas no último turno de trabalho, tendo sido encontradas as seguintes médias (DP): 1,85 (+/-3,57), mediana 1(0-20) e 1,74 (+/- 4,74), mediana 1(0-15), respectivamente. Assim, observou-se uma rotatividade equiparada entre admissões e altas/transferências nas unidades.

A Tabela 3 reúne os dados referentes à percepção dos profissionais quanto à avaliação da qualidade do cuidado e recursos presentes na unidade de atuação.

Tabela 3 – Percepção dos profissionais quanto à qualidade do cuidado e aos recursos humanos, materiais e tecnológicos da unidade. Fortaleza, CE, 2023

Variável	f	Continua
		%
Percepção quanto a qualidade do cuidado (n=85)		
Muito boa	45	52,9
Boa	35	41,2
Ruim	3	3,5
Muito ruim	2	2,4
Percepção quanto à adequação dos recursos humanos (n=85)		
Muito boa	21	24,7
Boa	52	61,2
Ruim	12	14,1

Variável	Conclusão	
	f	%
Percepção quanto à adequação dos recursos materiais (n=85)		
Muito boa	10	11,8
Boa	55	64,7
Ruim	17	20,0
Muito ruim	3	3,5
Percepção quanto à adequação dos recursos tecnológicos (n=85)		
Muito boa	11	12,9
Boa	52	61,2
Ruim	20	23,5
Muito ruim	2	2,4
Freqüência do número adequado de profissionais na unidade (n=84)		
0% do tempo	4	4,7
25% do tempo	6	7,1
50% do tempo	20	23,5
75% do tempo	37	43,5
100% do tempo	18	21,2

Fonte: Elaborada pela autora

A grande maioria dos profissionais (94,1%) identifica que a qualidade do cuidado prestado aos pacientes, em suas unidades, é boa ou muito boa. As demais dimensões avaliadas (recursos humanos, materiais e tecnológicos) também foram avaliadas positivamente pela maior parte dos trabalhadores. Destaca-se que pouco mais da metade dos participantes referiu que a unidade apresenta um quantitativo de profissionais adequado em 75 a 100% do tempo.

A Tabela 4 contempla os dados referentes à percepção dos profissionais quanto à intenção de deixar o cargo/função e à satisfação profissional.

Tabela 4 – Percepção de profissionais quanto a intenção de deixar o cargo/função atual e satisfação profissional. Fortaleza, CE, 2023 (n=85)

Variável	f	%
Planeja deixar cargo/função atual		
Nos próximos 6 meses	5	5,9
Não tem planos para deixar o cargo/função atual este ano	72	85,9
No próximo ano	7	8,2
Grau de satisfação no cargo/função atual		
Muito Satisfeito	15	17,6
Satisfeito	32	37,6
Nem satisfeito e nem insatisfeito	11	12,9
Insatisfeito	17	20,0
Muito insatisfeito	10	11,8
Independente de seu estado atual, grau de satisfação em ser técnico ou enfermeiro da unidade		
Muito Satisfeito	18	21,2
Satisfeito	32	37,6
Nem satisfeito e nem insatisfeito	9	10,6
Insatisfeito	14	17,6
Muito insatisfeito	11	12,9
Satisfação com o desempenho do trabalho em equipe desta unidade		
Muito Satisfeito	16	18,8
Satisfeito	35	42,4
Nem satisfeito e nem insatisfeito	10	11,8
Insatisfeito	16	18,8
Muito insatisfeito	7	8,2

Fonte: Elaborada pela autora

Um pouco mais da metade da amostra (55,2%) afirma estar satisfeita/muito satisfeita com o cargo/função. No entanto, identificou-se que os profissionais avaliaram melhor os aspectos quanto à satisfação relacionada com a unidade atual (58,8%) e o desempenho

individual do trabalho em equipe (61,2%). Entretanto, a maioria não pretende deixar o cargo/função e nem a área profissional neste ano.

4.2 Frequência e razões para a omissão dos cuidados de enfermagem

As Tabelas 5 e 6, a seguir, reúnem os dados referentes à percepção dos profissionais da equipe de enfermagem acerca dos cuidados negligenciados e suas razões.

Tabela 5 – Prevalência de omissão dos cuidados de enfermagem (MISSCARE - BRASIL – Parte A). Fortaleza, CE, 2023 (n=85)

Itens da Escala MISSCARE – Parte A	Continua n (%)
Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito	53 (62,4)
Sentar o paciente fora do leito	36 (42,4)
Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	31 (36,5)
Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito	23 (27,1)
Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	22 (25,9)
Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	21 (24,7)
O atendimento à chamada do paciente é feita dentro de cinco minutos.	20 (23,5)
Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	18 (21,2)
Apoio emocional ao paciente e/ou família	16 (18,8)
As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos	14 (16,5)
Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	9 (10,6)
Higiene bucal	9 (10,6)
Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	9 (10,6)
Aspiração de vias aéreas	8 (9,4)
Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	8 (9,4)
Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	7 (8,2)
Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	7 (8,2)
Controle do balanço hídrico – entradas e saídas	7 (8,2)
Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	6 (7,1)
Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	6 (7,1)
Monitorar a glicemia capilar (glicosimetria/dextro) conforme prescrito	5 (5,9)
Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	4 (4,7)
Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado	4 (4,7)
Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele	4 (4,7)

Itens da Escala MISSCARE – Parte A	Conclusão n (%)
Higienização das suas mãos	3 (35)
Cuidados com lesões de pele/feridas	2 (2,4)
Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	1 (1,2)
Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	1 (1,2)

Fonte: Elaborada pela autora

No geral, percebe-se que os participantes afirmam que os cuidados listados no MISSCARE são, em sua maioria, realizados. No entanto, pouco mais da metade afirmou que a “Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito” é um cuidado comumente não realizado pela equipe de enfermagem, seguido por “Sentar o paciente fora do leito” e “Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer”. Já os cuidados menos omitidos foram: “Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito” e “Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário”.

Tabela 6 – Prevalência das razões para a omissão dos cuidados de enfermagem (MISSCARE-BRASIL – Parte B). Fortaleza, CE, 2023 (n=85)

Itens da Escala MISSCARE – Parte B	Continua n (%)
Materiais/Equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário	61 (71,8)
Materiais/Equipamentos não estavam disponíveis quando necessário	55 (64,7)
Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)	52 (61,2)
Situações de urgência dos pacientes (Ex. a piora da condição de um paciente)	51 (60,0)
Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade	51 (60,0)
Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessários	51 (60,0)
Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional)	46 (54,1)
Número inadequado de pessoal	46 (54,1)
Grande quantidade de admissões e altas	46 (54,1)
O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada	45 (52,9)
Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou falta de valorização do profissional)	44 (51,8)
O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego	42 (49,4)
Tensão/conflicto ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio	42 (49,4)
Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que era necessário (Ex. fisioterapeuta não auxiliou na deambulação do paciente)	42 (49,2)

Itens da Escala MISSCARE – Parte B	Conclusão n (%)
Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe	41 (48,2)
A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada	40 (47,1)
A planta física da unidade/ setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes	40 (47,1)
O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição	39 (45,9)
Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados	39 (45,9)
O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência	37 (43,5)
Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde (o que impede que desempenhem as funções para as quais foram contratados)	36 (42,4)
A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada	35 (41,2)
Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM	32 (37,6)
Os membros da equipe não se ajudam entre si	31 (36,5)
Tensão/conflito ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA	31 (36,5)
O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível	31 (36,5)
Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional	31 (36,5)
O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)	31 (36,5)

Fonte: Elaborada pela autora.

Para os profissionais, as razões mais significativas para a omissão de cuidados foram “Materiais/Equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário”, “Materiais/Equipamentos não estavam disponíveis quando necessário” e “Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)”.

Já as menos significativas incluíram “Os membros da equipe não se ajudam entre si”, “Tensão/conflito ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA”, “O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível”, “Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional” e “O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)”.

Na Tabela 7, apresentam-se as médias e desvios padrão das dimensões da parte B do MISSCARE-BRASIL, relacionadas às razões para os cuidados não realizados.

Tabela 7 – Distribuição das médias e desvios padrão das razões atribuídas aos cuidados negligenciados segundo sua dimensão. Fortaleza, CE, 2023 (n=85)

Dimensão	Média^a	Desvio Padrão
Recursos materiais	2,25	0,81
Recursos laborais	2,51	0,68
Gerenciamento e liderança do enfermeiro	2,57	0,95
Comunicação	2,71	0,82
Dimensão ética	2,76	0,94

Fonte: Elaborada pela autora.

a. As médias abaixo de 2 indicam que os itens da dimensão são significantes, e entre 2 e 3 pouco a moderadamente significantes.

Observa-se que todas as dimensões foram avaliadas como pouco a moderadamente significantes, com destaque para os recursos materiais.

5 DISCUSSÃO

Em relação ao perfil da amostra, as características sociodemográficas e ocupacionais se assemelham a de outras pesquisas que têm como objeto de estudo os cuidados negligenciados, principalmente em relação à maioria feminina e mesma faixa etária (HOSSEINI, et al., 2022; LABRAGUE et al., 2022; JOSEPH; PLUMMER; CROSS, 2022; CHEGINI et al., 2020; LIMA; SILVA; CALIRI, 2020; HESSELS et al., 2019).

A carga horária de trabalho semanal e diária, assim como regime de trabalho também se assemelha à de diversos outros estudos (HESSELS et al., 2019; JOSEPH; PLUMMER; CROSS, 2022; CHEGINI et al., 2020; LIMA; SILVA; CALIRI, 2020). Entretanto, no que se refere aos tempos de atuação na unidade e de experiência no serviço, foi observado que a amostra atual foi representada por profissionais mais experientes (HESSELS et al., 2019; CHEGINI et al., 2020; HOSSEINI et al., 2022).

Corroborando os achados de outros estudos, grande parte da amostra apresentou-se como trabalhador do serviço diurno (HESSELS et al., 2019; JOSEPH; PLUMMER; CROSS, 2022; CHEGINI et al. 2020; LIMA; SILVA; CALIRI, 2020; HOSSEINI et al., 2022). Segundo Chiapinotto et al., (2022), profissionais que trabalham no turno diurno lidam com uma maior quantidade de demandas assistenciais, quando comparados a profissionais do turno noturno, o que pode impactar na omissão dos cuidados de enfermagem.

Outro dado relevante trata-se da maioria dos participantes ser cooperada. De acordo com a legislação que rege este tipo de empregabilidade, os profissionais que trabalham por esta modalidade não apresentam vínculo empregatício com a instituição e não há limites de carga horária semanal em casos de profissionais que trabalhem em regime de plantões, sendo sua remuneração baseada na quantidade de plantões trabalhados (BRASIL, 2012).

Dessa forma, torna-se comum profissionais terem sua carga horária semanal maior que a recomendada para a complexidade dos pacientes, fato esse que impacta tanto na segurança do paciente como na qualidade do cuidado a ser prestado, devido à influência na omissão dos cuidados (STEMMER et al., 2022; MELO et al., 2019).

Mais de 40% dos participantes da pesquisa afirmam que trabalhar doente ou com problemas de saúde é uma razão significativa para a omissão de cuidados, portanto pode-se

entender que tal prática, conhecida como presenteísmo, ocorre na instituição; e pode estar relacionada com o tipo de vínculo empregatício, um exemplo de precarização do trabalho desses profissionais.

Quanto aos resultados referentes a ausências de profissionais, embora mais da metade ter informado que não apresenta faltas, ao analisarmos que a grande maioria desses profissionais são cooperados e que, em média, assumem 13 plantões no mês, mais de 25% referiram faltas, comprometendo assim o dimensionamento da equipe, o que pode gerar uma sobrecarga e impactar diretamente na omissão de cuidados (CHIAPPINOTTO et al., 2022; CHEGINI et al., 2020; STEMMER et al., 2022; DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019; LABRAGUE et al., 2022).

No que se refere às horas extras, percebe-se que quanto mais horas são trabalhadas, maior é a ocorrência de cuidados negligenciados, principalmente devido ao cansaço, visto que o excesso de horas impacta na diminuição do desempenho de profissionais. Assim, a omissão pode ser consequência do cansaço e da redução do desempenho dos profissionais de enfermagem devido à quantidade de horas extras trabalhadas (CHIAPPINOTTO et al., 2022).

Observou-se, ainda, que a média de pacientes por unidade apresenta-se acima do indicado, mesmo para pacientes avaliados como cuidados mínimos em unidades de internação clínica e/ou cirúrgica, pois a distribuição de pacientes é relativa ao nível de dependência de cuidados de enfermagem e à complexidade clínica do paciente. Como o perfil de pacientes desta instituição é de pacientes com algum tipo de comprometimento cardíaco e/ou pulmonar, dificilmente serão classificados como cuidados mínimos quanto à dependência dos cuidados de enfermagem (COFEN, 2017).

Esse dado é ainda mais alarmante em unidades de terapia intensiva, pois espera-se um número menor de pacientes por profissional, pois a gravidade do quadro clínico do paciente é superior aos internados em enfermarias clínicas/cirúrgicas, e, considerando que pouco mais da metade da amostra foi composta por técnico de enfermagem, a proporção mínima seria de até 5 pacientes para estas unidades (COFEN, 2017). O impacto deste dado é percebido, também, ao analisarmos as razões para omissão de cuidados de enfermagem, em que quase 50% atribui a esse fator uma razão significativa.

Em relação aos dados referentes a rotatividade de leitos, observou-se equiparidade entre admissões e altas/transferências, evidenciando uma mediana equivalente a 1 alta e/ou transferência para cada profissional, divergente de outro estudo sobre a mesma temática, que encontrou uma mediana de altas e admissões igual a 3. Este fator é associado frequentemente a omissão ou atraso de cuidados de enfermagem (SILVA et al., 2021). Embora o valor referente a rotatividade de leitos seja baixa, um pouco mais de 50% dos profissionais referem ser uma razão significativa para omissão de cuidados.

Aspectos relacionados à qualidade do cuidado prestado, à adequação do número de profissionais na unidade e à adequação recursos humanos, materiais e tecnológicos foram avaliados positivamente.

A qualidade do cuidado de enfermagem está diretamente associada à realização e à omissão de cuidados (CHABOYER et al., 2021), com isso a importância de mensurar tal indicador por meio da percepção dos profissionais. Em outros estudos com o MISSCARE, os profissionais também avaliaram a qualidade do cuidado como Boa (DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019; FALK et al., 2022).

Sabe-se que recursos tecnológicos podem impactar na satisfação profissional, contribuindo para a qualidade do cuidado e a prevenção da omissão, visto que profissionais que trabalham com tecnologias eficientes e em bom funcionamento tendem a realizar os cuidados de forma mais apropriada. Isto ocorre porque a atenção, o tempo e a disposição do profissional são melhor aproveitadas nos cuidados diretos ao paciente, evitando-se retrabalhos e perda de tempo com problemas burocráticos envolvendo tecnologias obsoletas ou em mau funcionamento (CHIAPPINOTTO; COPPE; PALESE, 2023). Os autores acrescentam que este problema é facilmente percebido pelos pacientes.

Um estudo realizado nas Filipinas em 14 hospitais com 295 profissionais afirma que, para assistir a pacientes com segurança e qualidade, é necessário instalações com tecnologias e recursos necessários para atender a tais complexidades (LABRAGUE et al., 2022).

Destaca-se que pouco mais da metade dos participantes referiu que a unidade apresenta um quantitativo de profissionais adequado em 75 a 100% do tempo, semelhante a um estudo realizado na Suécia durante a pandemia (FALK et al., 2022). Esse achado discorda

de outros estudos, nos quais menos de 50% dos profissionais abordados referiram adequação (LABRAGUE et al., 2022; HOSSEINI et al., 2022).

A adequação de profissionais e equipamentos é estratégia para evitar excesso de carga de trabalho, promovendo ambientes positivos e, assim, prevenindo a omissão de cuidados de enfermagem (CHIAPPINOTTO et al., 2022; CHEGINI et al., 2020), visto que esta pode estar associada a variáveis da dimensão laboral, como adequação da equipe e sobrecarga de trabalho (STEMMER et al., 2022; DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019; LABRAGUE et al., 2022).

No que se refere à satisfação profissional e à intenção de deixar o cargo/função atual, observou-se semelhanças entre os resultados de diversos estudos (CHEGINI et al. 2020; DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019; FALK, et al., 2022). No entanto, estudo realizado por Hosseini (2022), durante a pandemia de COVID-19, identificou que mais da metade dos profissionais pretendia deixar seus cargos, associado a insatisfação profissional.

Considerando que quase metade (44,7%) dos profissionais não está satisfeita com a profissão, e que as relações com o ambiente de trabalho e a equipe de trabalho influenciam diretamente a intenção de deixar o emprego, ou ainda o desempenho individual no trabalho em equipe, pode-se inferir que tais achados são preocupantes e, segundo autores, contribuem para a omissão de cuidados e a segurança do paciente (STEMMER et al., 2022).

Um achado positivo trata das percepções individuais sobre a satisfação com o trabalho em equipe. Segundo pesquisa realizada na Turquia, com mais de 1000 profissionais, atividades que deveriam ser feitas em equipes, mas que foram realizadas de forma individual, acabaram sendo responsáveis por aproximadamente 20% das omissões dos cuidados (TASKIRAN ESKICI; BAYKAL, 2022). Assim, os resultados dessa variável na presente pesquisa podem explicar a baixa frequência de omissão de cuidados de enfermagem encontrada.

Quanto à frequência dos cuidados omissos, destaca-se os seguintes cuidados de enfermagem: “Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito”, “Sentar o paciente fora do leito” e “Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer”, assim como estudo realizado no Brasil (LIMA; SILVA; CALIRI, 2020).

Estes foram elencados como os cuidados mais omitidos, com ênfase para a atividade de auxílio na deambulação como o único cuidado que mais da metade dos

profissionais referiu omissão mais frequente. O auxílio na deambulação é um achado comumente entres os principais cuidados omitidos, entre as pesquisas que utilizam o instrumento MISSCARE (ALBSOUL et al., 2019; HESSELS et al., 2019; FALK, et al., 2022; LIMA et al., 2022). Achado esse que gera uma ambiguidade sobre a disposição e se o quadro clínico permite que esse paciente realize essas atividades.

Atividades como auxílio na deambulação e sentar pacientes fora do leito são cuidados não exclusivos da enfermagem, sendo sua atribuição dependente da rotina da unidade/setor, e essa justificativa é comumente utilizada pelos profissionais. Portanto, segundo Chaboyer et al. (2022), há uma limitação em determinar se esses cuidados são omitidos ou realizados por outros profissionais. Ademais, outros questionamentos fazem-se quanto a aceitação do paciente e disponibilidade do quadro clínico do paciente a realizar tais atividades.

Contudo, a não realização dessas atividades pode acarretar eventos adversos relacionados à mobilidade dos pacientes, desenvolvimento de lesão por pressão e problemas circulatórios (DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019; CHINDAMO; MARQUES, 2019; OLIVEIRA et al., 2022). Dentre os benefícios para o paciente, pode-se elencar a diminuição do tempo de internação, por conseguinte; diminuição dos riscos de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), prevenção de tromboembolismo venoso e fortalecimento muscular (CHINDAMO; MARQUES, 2019; PACHECO; MONTE, 2019; SANTOS et al., 2022; OLIVEIRA et al., 2022).

Quanto à participação na discussão de equipe, também foram evidenciados estudos que corroboram o resultado encontrado (DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019; LIMA; SILVA; CALIRI, 2020; LIMA et al., 2022). As atividades inerentes à comunicação multiprofissional, quando realizadas de forma efetiva, favorecem a segurança do paciente através da criação e/ou alinhamento de plano de cuidados efetivo, contribuindo para o cuidado integral e mais humanizado, melhora do quadro clínico, diminuição do tempo de internação e assim menores riscos de omissão de cuidados (PEREIRA; DANTAS; SOUZA, 2022).

Dentre os cuidados menos omitidos, destacaram-se: “Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito”, “Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário”, “Cuidados com lesões de pele/feridas”, “Higienização das suas mãos”, “Banho/higiene do

paciente/medidas para prevenção de lesões de pele”, “Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado” e “Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda”. Menos de 5% dos participantes indicaram perceber a omissão desses cuidados.

No geral, estes achados são similares aos de outros estudos (DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019; LIMA; SILVA; CALIRI, 2020; SILVA et al., 2021; HOSSEINI et al., 2022; LIMA et al., 2022). Outra pesquisa evidencia diferentes achados, em que nenhum dos cuidados encontrados nesta pesquisa foi identificado como realizado sempre/frequentemente. A pesquisa foi realizada em cinco hospitais, 29 unidades e com 315 profissionais, identificando-se que os cuidados: “Avaliações do paciente realizadas a cada turno”, “Monitoramento de glicose à beira do leito conforme solicitado” e “Cuidados/avaliações no local do acesso venoso” foram os menos omitidos (HESSELS et al., 2019).

Observa-se cuidados relacionados a metas de segurança do paciente como medidas relacionadas a prevenção de quedas, lesões de pele/por pressão ou prevenção de agravos das mesmas e higienização das mãos (WHO, 2004), fortalecendo a importância do tema para a segurança do paciente.

Ainda que a grande maioria dos cuidados tenha sido evidenciada como sempre/frequentemente realizada, é relevante observar, em estudos mais aprofundados, se outros cuidados implícitos a estes são negligenciados. É relevante observar a omissão de cuidados básicos na realização dos procedimentos. Então, os profissionais até podem afirmar que realizam o procedimento, porém cuidados básicos antes e durante tais procedimentos são, muitas vezes, negligenciados.

Uma pesquisa sobre Cuidados Omitidos pela Equipe de Enfermagem relacionados ao banho no leito envolveu a observação de 10 cuidados antes e 28 durante e após o procedimento. O banho foi realizado de forma automática sem comunicação prévia, sem considerar a individualidade e privacidade do paciente, principalmente naqueles submetidos à ventilação mecânica. Não houve participação do enfermeiro e a maioria das ações realizadas pela equipe de enfermagem não atendeu às recomendações da literatura (RIBEIRO et al., 2019). Ou seja, o banho foi realizado, porém não seguiu os procedimentos operacionais padrão e as normas básicas que garantem um procedimento seguro e de qualidade.

Quanto às principais razões para omissão dos cuidados, achados similares foram encontrados em outras pesquisas (DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019; CHEGINI et al., 2020; LIMA; SILVA; CALIRI, 2020; GONZÁLEZ-SÁNCHEZ; MORENO-MONSIVÁIS; CHEVERRÍA-RIVERA, 2020; DA SILVA et al., 2021; FALK et al., 2022; LIMA et al., 2022; HOSSEINI et al., 2022;).

Observa-se que as dimensões referentes a recursos materiais e laborais foram identificadas como mais significativas para a omissão de cuidados, apresentando assim, discordância se comparado a questionamentos anteriores quanto à adequação de recursos materiais, humanos e dimensionamento de equipe de trabalho, as quais foram avaliadas de forma satisfatória, apesar de serem razões para a omissão de cuidados. Com isso, questiona-se a influência dos termos utilizados no instrumento e de fatores pessoais, éticos e organizacionais nas respostas dos participantes aos questionamentos.

Em relação às razões referentes à dimensão de recursos materiais, este achado reflete o quão significativa a qualidade e a disponibilidade de materiais é para a realização de cuidados de enfermagem seguros, sendo este um fator que corrobora para prevenção da omissão de cuidados e, por conseguinte, para a melhoria da qualidade da assistência (CHABOYER et al., 2021).

Razões relacionadas à dimensão laboral, especificamente ao número inadequado de profissionais, foram elencadas nesta parte do instrumento como significativa, embora os profissionais tenham classificado de forma satisfatória a adequação da equipe em outro momento desta pesquisa.

Ainda sobre as razões da dimensão laboral, as situações de urgência ou aumento da gravidade são comumente encontradas e classificadas como significativas pelos profissionais e associadas a omissão de cuidados (SCOTT et al., 2018). Da qual infere-se que estas situações provocam uma sobrecarga transitória, visto que parte da equipe é direcionada a resolução e outra responsável pela continuidade do cuidado.

Segundo Lake, Riman e Sloane (2020), em uma pesquisa realizada com mais de 20 mil profissionais, em um período de 10 anos, quando se tem melhores adequações quanto a equipe e ambiente de trabalho, as frequências de omissão de cuidados diminuem.

Dentre as razões classificadas como pouco significativas/não são razões, encontraram-se as relacionadas à comunicação inter e multiprofissionais. Em estudo realizado

na Austrália (2019) com 44 profissionais em um hospital público, foi possível observar discordância neste aspecto, visto que variáveis relacionadas a falhas de comunicação entre a equipe de enfermagem e médica foram elencadas como razões significativas (ALBSOUL et al., 2019). Cabe ressaltar que, embora não evidenciadas pelos participantes como fatores significantes, as razões relacionadas à dimensão comunicação/trabalho em equipe e ética são atribuídas a atividades que fortalecem vínculos interprofissionais, promovem a segurança do paciente e melhoria do ambiente de prática. Concordando com questionamentos anteriores quanto à satisfação do trabalho em equipe.

Ao final, pode-se evidenciar todas as dimensões da parte B do instrumento MISSCARE-BRASIL foram avaliadas como pouco a moderadamente significativas, com destaque para os recursos materiais com a menor média. Estudos similares evidenciaram este mesmo achado (DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019; SILVA et al., 2021; LIMA et al., 2022).

Como discutido anteriormente, razões referentes às dimensões de recursos materiais e laborais foram frequentemente citados como significantes para a omissão de cuidados.

Ao observar um panorama geral dos resultados deste estudo, identificou-se uma baixa prevalência de cuidados não realizados em comparação às razões para esta omissão, pois apenas um cuidado omitido foi citado por mais de 50% da amostra, enquanto foram indicadas mais de 10 razões frequentes para a omissão. Fato similar a este ocorre nas variáveis relacionadas à satisfação profissional e sobrecarga de trabalho.

Acredita-se que este resultado possa refletir uma divergência entre os dados da pesquisa comparados à prática observada durante a coleta de dados e em atividades de extensão anteriormente à pesquisa, os quais revelaram a ocorrência de incidentes com impacto nos indicadores de qualidade do serviços decorrentes de problemas de estrutura e adequação de equipe, conforme levantados no presente estudo.

Os resultados diferentes entre pesquisa e prática podem estar relacionados a fatores dos profissionais participantes, como ansiedade/medo de identificação e/ou retaliação, conflitos éticos, tipo de vínculo empregatício e sobrecarga de trabalho; além de fatores organizacionais, como gestão autoritária, clima organizacional ruim, comunicação não efetiva, dentre outros.

7 CONCLUSÃO

Este estudo investigou o fenômeno da omissão dos cuidados de enfermagem em hospital público de referência em cardiologia e pneumologia do Ceará. Identificou-se um perfil de profissionais majoritariamente feminino, com idade média de 34 anos, representada equitativamente por técnicos de enfermagem e enfermeiros assistenciais, em regime de trabalho diurno, atuantes em unidades de terapia intensiva adulto e internação clínica/cirúrgica, com carga horária semanal de aproximadamente 40 horas semanais e 12 horas diárias e vínculo por cooperativas. Os participantes são profissionais experientes, com médias de oito anos de formação e de experiência no cargo, e de cinco anos de atuação na unidade.

Identificou-se que os participantes avaliaram positivamente a qualidade do cuidado, a adequação de recursos humanos, materiais e tecnológicos e a adequação da equipe baseada no tempo. De modo geral, os participantes se mostraram satisfeitos quanto ao cargo/função, a unidade e o desempenho individual em trabalhar em equipe, assim como não pretender deixar o cargo/função e nem área profissional este ano.

Os cuidados comumente negligenciados foram Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito, Sentar o paciente fora do leito e Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer. Dentre as principais razões para omissão de cuidados identificou-se Materiais/Equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário, Materiais/Equipamentos não estavam disponíveis quando necessário e Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas, ainda assim nenhuma dimensão foi identificada como significativa.

Como limitações do estudo, destaca-se a alta rotatividade de profissionais na instituição, muitos profissionais com menos de seis meses de atuação nas unidades, o não preenchimento correto dos itens do questionário, a não devolução dos instrumentos de pesquisa, a ansiedade/medo de identificação e/ou retaliação, os conflitos éticos e a sobrecarga de trabalho.

Sugere-se, portanto, a continuação desta pesquisa com foco em estudos observacionais, buscando comprovar os cuidados mais omitidos, bem como suas razões e os

impactos gerados na segurança dos pacientes e na satisfação profissional da equipe de enfermagem, além de mensurar cuidados implícitos aos já elencados neste estudo.

Ademais, esta pesquisa contribui possibilitando direcionamento para gestores de unidades/setores a áreas de melhoria na gestão do cuidado de enfermagem e na segurança do paciente. Áreas como educação permanente/continuada, núcleo de segurança do paciente e gestão de risco e comissão de ética também são favorecidas, pois podem utilizar-se dos dados aqui discutidos para implementar estratégias de treinamento em serviço e revisão de protocolos assistenciais.

REFERÊNCIAS

- ALBSOUL, Rania et al. Factors influencing missed nursing care in public hospitals in Australia: An exploratory mixed methods study. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 34, n. 4, p. e1820-e1832, 2019.
- BASTOS, Sara Rellin Borges et al. Bed-Bath: The Care-Omitting Behavior of the Nursing Team. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, v. 11, n. 3, 2019.
- BLATTER, Catherine et al. Strengthening transparent reporting of research on unfinished nursing CARE: The RANCARE guideline. **Research in Nursing & Health**, v. 44, n. 2, p. 344-352, 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS). Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília-DF, Seção 1, p. 43, abr 2013.
- BRASIL, Casa civil. **Lei nº 12.690, de 19 de julho de 2012**. Dispõe sobre a organização e o funcionamento das Cooperativas de Trabalho; institui o Programa Nacional de Fomento às Cooperativas de Trabalho - PRONACOOOP; e revoga o parágrafo único do art. 442 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Brasília-DF
- BRAGADÓTTIR, Helga et al. Translation and psychometric testing of the Icelandic version of the MISSCARE Survey. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 29, n. 3, p. 563-572, 2015.
- CASTRO, Alaíde Francisca de; OLIVEIRA, Jacqueline Pereira; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Erro de administração de medicamentos anti-infecciosos por omissão de doses. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. 667-673, 2019.
- CHABOYER, Wendy et al. Missed nursing care: An overview of reviews. **The Kaohsiung journal of medical sciences**, v. 37, n. 2, p. 82-91, 2021.
- CHIAPPINOTTO, Stefania et al. Antecedents of unfinished nursing care: a systematic review of the literature. **BMC nursing**, v. 21, n. 1, p. 137, 2022.
- CHIAPPINOTTO, Stefania; COPPE, Alberto; PALESE, Alvisa. What are the reasons for unfinished nursing care as perceived by hospitalized patients? Findings from a qualitative study. **Health Expectations**, v. 26, n. 1, p. 256-267, 2023.
- CHINDAMO, Maria Chiara; MARQUES, Marcos Arêas. Papel da deambulação na prevenção do tromboembolismo venoso em pacientes clínicos: onde estamos?. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 18, p. e20180107, 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 0543/2017**. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais que são realizadas atividades de Enfermagem. Disponível em:

<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-543-2017-completa.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2023.

DA CUNHA, Danielle Cordeiro et al. A percepção da equipe de enfermagem sobre a importância da segurança do paciente em um hospital público do Norte. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 260, p. 3511-3514, 2020.

DA COSTA, Claudia Silveira et al. A INFLUÊNCIA DA SOBRECARGA DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA: A INFLUÊNCIA DA SOBRECARGA DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA. **Revista Uningá**, v. 55, n. 4, p. 110-120, 2018.

CHEGINI, Zahra et al. Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. **Journal of nursing management**, v. 28, n. 8, p. 2205-2215, 2020.

DUTRA, Carla Klava dos Reis; SALLES, Bianca Gomes; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

TASKIRAN ESKICI, Gulcan; BAYKAL, Ulku. Frequency, reasons, correlates and predictors of missed nursing care in Turkey: A multi-hospital cross-sectional study. **International Journal of Nursing Practice**, v. 28, n. 5, p. e13050, 2022.

FALK, Ann-Charlotte et al. Missed nursing care in the critical care unit, before and during the COVID-19 pandemic: A comparative cross-sectional study. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 72, p. 103276, 2022.

FLORENTINO, Tatiane Cunha. O conceito de cuidado no trabalho da enfermeira. 2018.

GONZÁLEZ-SÁNCHEZ, Ada Lizette; MORENO-MONSIVÁIS, María Guadalupe; CHEVERRÍA-RIVERA, Sofía. Cuidado de enfermería perdido percibido por madres de pacientes pediátricos hospitalizados. **Sanus**, v. 5, n. 15, 2020.

HESSELS, Amanda et al. Impact of patient safety culture on missed nursing care and adverse patient events. **Journal of nursing care quality**, v. 34, n. 4, p. 287, 2019.

HOSSEINI, Zeinab et al. Missed nursing care in the COVID-19 pandemic in Iran. **International Journal of Nursing Knowledge**, 2022.

JOSEPH, Bindu; PLUMMER, Virginia; CROSS, Wendy. Mental health nurses perceptions of missed nursing care in acute inpatient units: A multi-method approach. **International journal of mental health nursing**, v. 31, n. 3, p. 697-707, 2022.

JUNIOR, Eduardo Brandão Lima et al. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. **Cadernos da FUCAMP**, v. 20, n. 44, 2021.

KALISCH, Beatrice J. Missed nursing care: a qualitative study. **Journal of nursing care quality**, v. 21, n. 4, p. 306-313, 2006.

KALISCH, Beatrice J.; WILLIAMS, Reg Arthur. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. **JONA: The Journal of Nursing Administration**, v. 39, n. 5, p. 211-219, 2009.

KALISCH, Beatrice J.; LANDSTROM, Gay L.; HINSHAW, Ada Sue. Missed nursing care: a concept analysis. **Journal of advanced nursing**, v. 65, n. 7, p. 1509-1517, 2009.

DONALDSON, Molla S. et al. (Ed.). *To err is human: building a safer health system*. 2000.

LABRAGUE, Leodoro J. et al. The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study. **Journal of nursing management**, v. 28, n. 8, p. 2257-2265, 2020.

LAKE, Eileen T.; RIMAN, Kathryn A.; SLOANE, Douglas M. Improved work environments and staffing lead to less missed nursing care: A panel study. **Journal of Nursing Management**, v. 28, n. 8, p. 2157-2165, 2020.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo et al. Eventos adversos e incidentes sem dano em unidades de internação de um hospital especializado em cardiologia. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, 2019.

LIMA, Juliana Carvalho de; SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo; CALIRI, Maria Helena Larcher. Omission of nursing care in hospitalization units. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 28, p. e3233, 2020.

LIMA, Magno Batista et al. Cuidados de enfermagem omissos na percepção da equipa: Uma análise das razões. **Revista de Enfermagem Referência**, p. 1-8, 2022.

MELO, Geórgia Alcântara Alencar et al. Relação entre perfil profissional de enfermeiros intensivistas e cuidados omissos na terapia por hemodiálise. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, 2019.

OLIVEIRA, Romário Costa et al. Estratégias de mobilização na minimização de lesões por pressão em pacientes no âmbito hospitalar. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e54811932173-e54811932173, 2022.

PACHECO, Tatiane Ribeiro; DO MONTE, Fernando Viegas. Os efeitos da mobilização precoce em unidades de terapia intensiva. **Revista da Associação Brasileira de Atividade Motora Adaptada**, v. 20, n. 1, 2019.

DA FE PEREIRA, Amanda Caroline; DANTAS, Ana Paula Barboza; SOUZA, Ilka De Lima. Reunião multiprofissional na alta complexidade: perspectiva do usuário em sua integralidade. **Libertas**, v. 22, n. 1, p. 212-233, 2022.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana; ECHEIMBERG, J. de O.; LEONE, Claudio. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **J Hum Growth Dev**, v. 28, n. 3, p. 356-60, 2018.

RESENDE, Ana Lúcia da Costa et al. A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 39, p. e2222-e2222, 2020.

ROCHEFORT, Christian M.; CLARKE, Sean P. Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. **Journal of advanced nursing**, v. 66, n. 10, p. 2213-2224, 2010.

RUNCIMAN, William et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International journal for quality in health care**, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.

SANTOS, Wellen Yara Silva et al. Relevância da deambulação precoce no tempo de internação hospitalar de pacientes idosos: revisão integrativa. **Rev. Ciênc. Plur**, p. 28627-28627, 2022.

SCOTT, P. Anne et al. Resource allocation and rationing in nursing care: A discussion paper. **Nursing ethics**, v. 26, n. 5, p. 1528-1539, 2019.

SILVA, Silvana Cruz da et al. Patient safety culture, missed Nursing care and its reasons in Obstetrics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, 2021.

DA SILVA, Adelaide Mariele Pereira et al. Factors associated to the motivation and dissatisfaction of the nursing team in health work. **Rev Enferm UFPI**, v. 10, n. 1, 2021.

SIQUEIRA, Lillian Dias Castilho et al. Validation of the MISSCARE-BRASIL survey-A tool to assess missed nursing care. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 25, p. e2975, 2017.

SOUZA, Tábata de Cavatá; MONTEIRO, Daiane da Rosa; TANAKA, Raquel Yurika. Cuidados de enfermagem relacionados à segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e8909109224-e8909109224, 2020.

STEMMER, Renate et al. A systematic review: Unfinished nursing care and the impact on the nurse outcomes of job satisfaction, burnout, intention-to-leave and turnover. **Journal of Advanced Nursing**, v. 78, n. 8, p. 2290-2303, 2022.

World Health Organization. (2004). World Alliance for Patient Safety : forward programme 2005. **World Health Organization**. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43072>

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL

Esse questionário será aplicado com todos os profissionais envolvidos.

1. Sexo: 1 Masculino 2 Feminino

2. Idade: _____

3. Categoria profissional:

1. Médico do corpo clínico
2. Médico residente/ médico em treinamento
3. Enfermeiro assistencial
4. Técnico de enfermagem
5. Auxiliar de enfermagem
6. Farmacêutico
7. Nutricionista
8. Fisioterapeuta
9. Terapeuta ocupacional
10. Fonoaudiólogo
11. Técnico (ex: ECG, Radiologia, Laboratório)
12. Odontólogo.
13. Outro. Especifique: _____

4. Função

1. Profissional da assistência
2. Gestor/coordenador de unidade
3. Coordenador de área (ex: Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, dentre outras)
4. Direção clínica/ administrativa
5. Outra (especificar): _____

5. Pós graduação (somente para graduados): 1 Sim 2 Não

6. Se sim, em que área: _____

7. Vínculo empregatício: 1 Concursado 2 Cooperado 3 Celetista 4 Outro(especificar): _____

8. Setor/unidade de atuação:

1. Unidade de Internação Clínica ou Cirúrgica. Especificar: _____

2. Bloco cirúrgico
3. Pediatria (unidades de internação ou Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica)
4. Emergência
5. Unidade de Terapia Intensiva Adulto
6. Ambulatório/paciente externo
7. Farmácia
8. Laboratório
9. Radiologia
10. Muitas áreas diferentes do hospital/nenhuma unidade específica
11. Outra. Especificar: _____

9. Tempo de formado (anos): _____ obs: se 6 meses, colocar 0.5

10. Tempo de serviço (anos): _____ obs: se 6 meses, colocar 0.5

11. Tempo de atuação na área atual (anos): _____ obs: se 6 meses, colocar 0.5

12. Carga horária de trabalho semanal: _____ horas por semana

13. Turno de trabalho: 1 Manhã 2 Tarde 3 Plantão - Manhã e tarde 4 Noite

14. Número médio de pacientes sob sua responsabilidade no plantão (somente pros assistenciais):

15. Qual a sua percepção sobre a qualidade do cuidado oferecido ao paciente na unidade em que trabalha?

1 Muito ruim 2 Ruim 3 Boa 4 Muito boa

16. Qual a sua percepção sobre a adequação de recursos humanos na unidade em que trabalha?

1 Muito ruim 2 Ruim 3 Boa 4 Muito boa

17. Qual a sua percepção sobre a adequação de recursos materiais na unidade em que trabalha?

1 Muito ruim 2 Ruim 3 Boa 4 Muito boa

18. Qual a sua percepção sobre a adequação de recursos tecnológicos na unidade em que trabalha? 1 Muito ruim 2 Ruim 3 Boa 4 Muito boa

19. Qual a percepção sobre a sua satisfação profissional ATUAL na unidade de trabalho?

1 Muito insatisfeito 2 Insatisfeito 3 Satisfeito 4 Muito satisfeito

20. Você tem intenção de deixar a sua área profissional nos próximos 12 meses?

1 Sim 2 Não

21. Se sim, numa escala de 0 a 10, qual a sua intenção, sendo 0 a menor e 10 a maior intenção: _____

APÊNDICE B - TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Este é um convite para você participar da pesquisa: **“DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO E INTERVENÇÃO NOS PROCESSOS ORGANIZACIONAIS PARA A GESTÃO DO CUIDADO, QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR: PROJETO MULTIFÁSICO DE MÉTODOS MISTOS”** que tem como pesquisadoras responsáveis Sylvania Braga Ribeiro e Roberta Meneses Oliveira. A justificativa para esta pesquisa se dá pela necessidade da realização do mapeamento dos processos da instituição a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada, bem como potencializar a satisfação dos pacientes e dos profissionais.

Gostaríamos de solicitar sua autorização para aplicar um questionário de avaliação do serviço e uma entrevista, com a gravação de voz, concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados com os seguintes direitos: 1. Ter acesso à gravação e transcrição dos áudios; 2. Ter a garantia que os áudios coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas e eventos científicos; 3. Não ter a identificação revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas. 4. Os áudios serão deletados após a transcrição dos mesmos.

Será garantido o sigilo dos seus dados, sem nenhuma exposição do seu nome e das respostas, inclusive quando os resultados forem apresentados, promovendo um ambiente mais confortável e diminuindo o risco de algum desconforto mediante as respostas. Os resultados servirão apenas para fins acadêmicos, podendo ser submetidos em periódicos e apresentados em congressos científicos, contudo os dados pessoais estarão preservados.

Os riscos em participar do estudo envolvem o desconforto e responder a perguntas subjetivas e que permitem a avaliação do serviço prestado, o que pode gerar inquietações e desconforto, além da perda de tempo. Porém, as pesquisadoras ressaltam que o tempo de sua participação será otimizado e ficará a seu critério interromper ou continuar a entrevista ou resposta ao questionário no momento em que desejar.

Essa pesquisa terá como benefícios a avaliação da qualidade da assistência prestada no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, bem como a revisão, a monitorização e organização dos processos organizacionais da instituição, favorecendo análise situacional e intervenções institucionais que favorecerão a cultura de segurança do paciente e a melhoria dos processos assistenciais com foco na qualidade em saúde.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a pesquisadora responsável: Sylvania Braga Ribeiro, pelo telefone fixo/celular (85) 9 9605 3314 ou pelo e-mail sil.br.me@gmail.com.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Alguns gastos pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsado para vocês. Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado. Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (CEP-HM) – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – no telefone (85) 3247-3342, e-mail cep.hm@hm.ce.gov.br.

Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda, quarta, quinta e sexta-feira, das 08h00min às 14h00min e na terça-feira das 12h00min às 18h00min, na Av. Frei Cirilo, 3480, Bairro Messejana, Fortaleza-CE, CEP: 60.846-285.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável Sylvania Braga Ribeiro e sua equipe.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Como pesquisador responsável pelo estudo: “**DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO E INTERVENÇÃO NOS PROCESSOS ORGANIZACIONAIS PARA A GESTÃO DO CUIDADO, QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR: PROJETO MULTIFÁSICO DE MÉTODOS MISTOS**”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo. Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido infringirei as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Assinatura do(a) participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

Local: _____

Data: ____/____/____

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES </div> <div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px; margin-bottom: 10px;"> PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP </div> <p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO E INTERVENÇÃO NOS PROCESSOS ORGANIZACIONAIS PARA A GESTÃO DO CUIDADO, QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR: PROJETO MULTIFÁSICO DE METODOS MISTOS</p> <p>Pesquisador: Silvania Braga Ribeiro Área Temática: Versão: 1 CAAE: 89296022.2.0000.5039 Instituição Proponente: Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes Patrocínador Principal: Financiamento Próprio</p> <p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 5.466.795</p> <p>Apresentação do Projeto: As informações elencadas nos campos - apresentação do projeto, objetivos da pesquisa e avaliação dos riscos e benefícios foram retiradas do arquivo informações básicas da pesquisa PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1980376.pdf organizacionais da gestão do cuidado em saúde de hospital público, com foco na Gestão da Qualidade e na Segurança do Paciente. Será desenvolvido em um período de três anos (2022 a 2024) em hospital da rede pública estadual do Ceará, por meio de quatro subprojetos que envolvem equipes de pesquisadores trabalhando juntos durante muitas fases do projeto maior. Nos projetos quantitativos e transversais do estudo, a população envolverá profissionais da gestão e assistenciais de saúde, com amostra estimada de 362 trabalhadores de saúde, sendo 181 da equipe de enfermagem e os demais das outras categorias. Para coleta de dados, serão adotados questionários, formulários/listas de verificação e escalas de medidas de comportamento organizacional. Os resultados serão processados no programa SPSS 23.0 e submetidos a análise estatística descritiva e inferencial, com testes de associação entre variáveis. Nos projetos qualitativos, serão</p>	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES </div> <p style="font-size: small; margin-bottom: 10px;">Continuação do Parecer: 5.466.795</p> <p>realizadas entrevistas com gestores, profissionais da assistência, sendo a amostra definida por saturação teórica. Também serão realizadas oficinas de mapeamento de processos e diagnóstico situacional da gestão da qualidade no serviço, observações sistemáticas e análise documental, além de intervenções, no último ano da pesquisa, por meio simulações realísticas com os profissionais envolvidos nas etapas iniciais do estudo. Todos os resultados qualitativos serão analisados no software MAXQDA. O estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.</p> <p>Hipótese: A monitorização dos processos organizacionais para a gestão do cuidado e da qualidade em hospital público de referência tem sido realizada de forma incipiente, sem avaliação rotineira por parte da gestão. Não há política de gestão da qualidade consolidada no serviço. As ações de gerenciamento de riscos e segurança do paciente são realizadas, porém de forma desarticulada e sem articulação com o planejamento estratégico. A avaliação de medidas de comportamento organizacional (qualidade do ambiente de prática, clima de segurança, comportamentos antiprofissionais, inteligência emocional, burnout, dentre outros) pode favorecer levantamento das necessidades dos trabalhadores quanto as melhorias a serem implementadas em seu processo de trabalho. Oficinas com gestores para levantamento de dificuldades pode fortalecer as ações de melhoria a serem implementadas. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem podem ser úteis na aquisição de competências para o monitoramento da qualidade e a segurança dos processos assistenciais entre trabalhadores da assistência.</p> <p>Objetivo da Pesquisa: Objetivo Primário: Realizar diagnóstico situacional, planejamento e intervenção nos processos organizacionais da gestão do cuidado em saúde de hospital público, com foco na Gestão da Qualidade e na Segurança do Paciente. Objetivo Secundário: - Identificar os processos organizacionais existentes na instituição, incluindo normas, rotinas, procedimentos operacionais padrão e protocolos;</p>
Endereço: Av. Frei Cirilo 3480 Bairro: Messejana CEP: 60.940-285 UF: CE Município: FORTALEZA Telefone: (85)3247-3342 E-mail: comitetedeca@hm.ca.gov.br	Endereço: Av. Frei Cirilo 3480 Bairro: Messejana CEP: 60.940-285 UF: CE Município: FORTALEZA Telefone: (85)3247-3342 E-mail: comitetedeca@hm.ca.gov.br
Página 01 de 05	Página 02 de 05

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 5.496.795

- Mapear os processos assistenciais e gerenciais com base no diagnóstico situacional;
- Realizar avaliação de desempenho dos profissionais no preenchimento das planilhas de monitoramento dos indicadores assistenciais.
- Monitorar indicadores relacionados aos recursos humanos em saúde, à assistência e aos resultados dos pacientes;
- Revisar e atualizar os instrumentos de avaliação de riscos assistenciais;
- Monitorar, descrever e avaliar os processos relacionados à segurança do paciente instituídos no hospital (identificação segura, comunicação efetiva, infecção relacionada à assistência à saúde, quedas, cirurgia segura, processo de segurança medicamentosa preparo/administração);
- Verificar ocorrência, notificação e manejo de incidentes relacionados à administração de medicamentos, queda do leito, lesões por pressão, processo cirúrgico e infecção relacionada à assistência à saúde, bem como seus fatores contribuintes e desfechos;
- Planejar e implementar atividades de educação permanente voltadas para as não conformidades e as necessidades de treinamento identificadas, utilizando metodologias ativas de ensino e aprendizagem, implementar planos de melhoria nos processos organizacionais da instituição;
- Avaliar as ações realizadas junto à equipe de saúde e gestores.
- Verificar a carga de trabalho dos profissionais por meio de índices prognósticos de enfermagem, correlacionando-a com variáveis individuais e ocupacionais;
- Aplicar instrumentos de medida de comportamento organizacional validados para o Brasil, incluindo constructos como Ambiente de Prática Profissional, Clima de Segurança, Burnout, Inteligência Emocional, Comportamentos anti profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos em participar do estudo envolvem o desconforto e responder a perguntas subjetivas e que permitem a avaliação do serviço prestado, o que pode gerar inquietações e desconforto, além da perda de tempo. Porém, as pesquisadoras ressaltam que o tempo de sua participação será otimizado e ficará a seu critério interromper ou continuar a entrevista ou resposta ao questionário

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480
Bairro: Messejana CEP: 60.840-285
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3247-3342 E-mail: comitedeetica@hm.ce.gov.br

Página 03 de 05

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 5.496.795

no momento Benefícios:

Essa pesquisa terá como benefícios a avaliação da qualidade da assistência prestada no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, bem como a revisão, a monitorização e organização dos processos organizacionais da instituição, favorecendo análise situacional e intervenções institucionais que favorecerão a cultura de segurança do paciente e a melhoria dos processos assistenciais com foco na qualidade em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será realizada uma pesquisa de métodos mistos por meio de um projeto multifásico.

Na pesquisa de métodos mistos, o pesquisador coleta e analisa de modo persuasivo e rigoroso tanto os dados qualitativos quanto os quantitativos

(tendo por base as questões de pesquisa); mistura (ou integra ou vincula) as duas formas de dados concomitantemente, combinando-os (ou misturando-os) de modo sequencial, fazendo um construir o outro ou incorporando um no outro; dá prioridade a uma ou a ambas as formas de dados (em termos de que a pesquisa enfatiza); usa esses procedimentos em um único estudo ou em múltiplas fases de um programa de estudo; estrutura esses procedimentos de acordo com visões de mundo filosóficas e lentes teóricas, e combina os procedimentos em projetos de pesquisa

específicos que direcionam o plano para a condução do estudo (CRESWELL; PLANO CLARCK, 2013).

A pesquisa de métodos mistos encoraja o uso de múltiplas visões de mundo, ou paradigmas (i.e., crenças e valores), em vez de associação típica

de alguns paradigmas com a pesquisa quantitativa e outros para a pesquisa qualitativa. Trata-se de uma pesquisa "prática" no sentido de que o

pesquisador está livre para usar todos os métodos possíveis para abordar um problema de pesquisa. É também "prática" porque os indivíduos

tendem a resolver os problemas usando tanto números quanto palavras, combinam o pensamento indutivo e o dedutivo, e empregam as habilidades

em observar as pessoas e também em registrar seu comportamento (CRESWELL; PLANO CLARCK, 2013).



Em projetos que abrangem vários anos e têm muitos componentes, como estudos de avaliação e

investigações de saúde que duram muitos anos (o

caso deste estudo), os pesquisadores podem precisar conectar vários estudos para atingir um

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480
Bairro: Messejana CEP: 60.840-285
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3247-3342 E-mail: comitedeetica@hm.ce.gov.br

Página 04 de 05

 <p>HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES</p>	 <p>HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES</p>																																																		
Continuação do Parecer: 5.466.795	Continuação do Parecer: 5.466.795																																																		
<p>objetivo geral. Esses estudos podem envolver projetos que coletem tanto dados quantitativos quanto qualitativos simultaneamente ou que coletem as informações sequencialmente. Podemos considerá-los estudos de métodos mistos multifásicos ou de múltiplos projetos. Esses projetos com frequência envolvem equipes de pesquisadores trabalhando juntos durante muitas fases do projeto (CRESWELL; PLANO CLARCK, 2013)</p> <p>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: falta anexar termo de fiel depositário e aceite da pesquisa clínica, demais termos anexados.</p> <p>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Pendência - falta anexar termo de fiel depositário e aceite da pesquisa clínica</p> <p>Considerações Finais a critério do CEP:</p> <p>Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>Tipo Documento</th> <th>Arquivo</th> <th>Postagem</th> <th>Autor</th> <th>Situação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Informações Básicas do Projeto</td> <td>PI- INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1960376.pdf</td> <td>03/06/2022 15:24:49</td> <td></td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Folha de Rosto</td> <td>folharosto.pdf</td> <td>03/06/2022 15:23:27</td> <td>Silvania Braga Ribeiro</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td>coletadados.pdf</td> <td>03/06/2022 12:19:48</td> <td>Silvania Braga Ribeiro</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td>anuencia.pdf</td> <td>03/06/2022 12:19:39</td> <td>Silvania Braga Ribeiro</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td>compromissoetico.pdf</td> <td>03/06/2022 12:01:18</td> <td>Silvania Braga Ribeiro</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td>confidencialidade.pdf</td> <td>03/06/2022 11:59:57</td> <td>Silvania Braga Ribeiro</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td>autorizacao.pdf</td> <td>03/06/2022 11:58:01</td> <td>Silvania Braga Ribeiro</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência</td> <td>tcle.pdf</td> <td>03/06/2022 11:45:12</td> <td>Silvania Braga Ribeiro</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Projeto Detalhado / Brochura Investigador</td> <td>projeto.pdf</td> <td>03/06/2022 11:05:18</td> <td>Silvania Braga Ribeiro</td> <td>Aceito</td> </tr> </tbody> </table>	Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação	Informações Básicas do Projeto	PI- INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1960376.pdf	03/06/2022 15:24:49		Aceito	Folha de Rosto	folharosto.pdf	03/06/2022 15:23:27	Silvania Braga Ribeiro	Aceito	Outros	coletadados.pdf	03/06/2022 12:19:48	Silvania Braga Ribeiro	Aceito	Outros	anuencia.pdf	03/06/2022 12:19:39	Silvania Braga Ribeiro	Aceito	Outros	compromissoetico.pdf	03/06/2022 12:01:18	Silvania Braga Ribeiro	Aceito	Outros	confidencialidade.pdf	03/06/2022 11:59:57	Silvania Braga Ribeiro	Aceito	Outros	autorizacao.pdf	03/06/2022 11:58:01	Silvania Braga Ribeiro	Aceito	TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	03/06/2022 11:45:12	Silvania Braga Ribeiro	Aceito	Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	03/06/2022 11:05:18	Silvania Braga Ribeiro	Aceito	<p>Pendente</p> <p>Necessita Apreciação da CONEP: Não</p> <p style="text-align: center;">FORTALEZA, 13 de Junho de 2022</p> <p style="text-align: center;">Assinado por: Armênia Uchôas de Mesquita (Coordenadora(s))</p>
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação																																															
Informações Básicas do Projeto	PI- INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1960376.pdf	03/06/2022 15:24:49		Aceito																																															
Folha de Rosto	folharosto.pdf	03/06/2022 15:23:27	Silvania Braga Ribeiro	Aceito																																															
Outros	coletadados.pdf	03/06/2022 12:19:48	Silvania Braga Ribeiro	Aceito																																															
Outros	anuencia.pdf	03/06/2022 12:19:39	Silvania Braga Ribeiro	Aceito																																															
Outros	compromissoetico.pdf	03/06/2022 12:01:18	Silvania Braga Ribeiro	Aceito																																															
Outros	confidencialidade.pdf	03/06/2022 11:59:57	Silvania Braga Ribeiro	Aceito																																															
Outros	autorizacao.pdf	03/06/2022 11:58:01	Silvania Braga Ribeiro	Aceito																																															
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	03/06/2022 11:45:12	Silvania Braga Ribeiro	Aceito																																															
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	03/06/2022 11:05:18	Silvania Braga Ribeiro	Aceito																																															
<p>Situação do Parecer:</p> <p>Endereço: Av. Frei Cirilo 3480 Bairro: Messejana UF: CE Município: FORTALEZA Telefone: (85)3247-3342 CEP: 60.840-285 E-mail: comitedeetica@hm.ce.gov.br</p>	<p>Endereço: Av. Frei Cirilo 3480 Bairro: Messejana UF: CE Município: FORTALEZA Telefone: (85)3247-3342 CEP: 60.840-285 E-mail: comitedeetica@hm.ce.gov.br</p>																																																		
Página 05 de 05	Página 05 de 05																																																		

ANEXO B - INSTRUMENTO MISSCARE-BRASIL**Informação geral**

1. Nome da unidade/setor onde você trabalha _____
2. Passo a maior parte do meu tempo de trabalho nesta unidade/setor: ___ sim ___ não
3. Nível educacional mais elevado:
 - 1) _____ Ensino fundamental
 - 2) _____ Ensino médio
 - 3) _____ Ensino Superior
 - 4) _____ Pós-Graduação
4. Qual é a sua formação educacional mais elevada:
 - 1) _____ Auxiliar de enfermagem
 - 2) _____ Técnico em enfermagem
 - 3) _____ Enfermeiro
 - 4) _____ Ensino superior fora da área de enfermagem
 - 5) _____ Especialização na área de Enfermagem
 - 6) _____ Especialização fora da área de Enfermagem
 - 7) _____ Mestrado ou doutorado em Enfermagem
 - 8) _____ Mestrado ou doutorado fora da área de enfermagem
5. Sexo: Feminino _____ Masculino _____
6. Idade (em anos completos): _____
7. Cargo/Função no trabalho:
 - 1) _____ Escriturário/Secretário/Auxiliar administrativo da unidade/setor
 - 2) _____ Auxiliar de enfermagem
 - 3) _____ Técnico em enfermagem
 - 4) _____ Enfermeiro
 - 5) _____ Enfermeiro com função administrativa (chefe de unidade/setor coordenador, gerente)
 - 6) _____ Outro (por favor, especifique): _____
8. Número de horas geralmente trabalhadas por semana na unidade/setor _____
9. Período de trabalho (marque a alternativa que melhor descreve seu período de trabalho)
 - 1) _____ Diurno (manhã e/ou tarde)
 - 2) _____ Vespertino
 - 3) _____ Noturno
 - 4) _____ Rodízio entre diurno, vespertino e noturno
10. Tempo de experiência em seu cargo/função: _____ anos _____ meses
11. Tempo de Experiência na unidade/setor de internação de paciente onde você trabalha atualmente: _____ anos _____ meses
12. Em qual turno você trabalha com maior frequência?
 - 1) _____ 6 horas
 - 2) _____ 8 horas
 - 3) _____ 12 horas
 - 4) _____ Rodízio entre 6, 8 ou 12 horas

5) _____ Outro [Por favor, especifique

13. Nos últimos 3 meses, quantas horas extras você trabalhou? _____

14. Nos últimos 3 meses, quantos dias ou turnos você faltou ao trabalho devido à doença, acidente ou motivos particulares (excluindo os dias previstos de folga na escala)? _____

15. Você planeja deixar seu cargo/função atual?

1) _____ nos próximos 6 meses

2) _____ no próximo ano

3) _____ não tem planos para deixar o cargo/função atual este ano

16. Com que frequência você sente que o número de funcionários na sua unidade/setor é adequado?

1) _____ 100% do tempo

2) _____ 75% do tempo

3) _____ 50% do tempo

4) _____ 25% do tempo

5) _____ 0% do tempo

17. No seu turno de hoje ou no último em que você trabalhou, de quantos pacientes você cuidou? _____

17- a. Quantas admissões de pacientes você realizou (incluindo transferências para a sua unidade)? _____

17- b. Quantas altas de pacientes você realizou (incluindo transferências para outras unidades)? _____

Por favor, marque uma resposta para cada questão

	Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito e nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
18. O quanto você está satisfeito em seu cargo/função atual?					
19. Independente de seu trabalho atual, o quanto você está satisfeito em ser um escriturário/secretário, auxiliar de enfermagem, técnico ou enfermeiro da unidade?					
20. O quanto você está satisfeito com o desempenho do trabalho em equipe desta unidade?					

Parte A – Cuidados de enfermagem não realizados

Os membros da equipe de enfermagem frequentemente têm múltiplas demandas no trabalho, o que requer a reorganização de prioridades, não realizando todos os cuidados necessários aos pacientes.

Considerando o seu conhecimento, com qual frequência os seguintes elementos dos

cuidados de enfermagem não são realizados pelos membros da equipe de enfermagem (incluindo você) na unidade onde você trabalha?

Marque somente uma alternativa para cada item.

	Nunca é realizado	Raramente é realizado	Ocasionalmente não é realizado	Realizado frequentemente	É sempre realizado
1) Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito					
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas					
3) Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário					
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos					
5) Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito					
6) Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito					
7) Controle do balanço hídrico – entradas e saídas					
8) Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários					
9) Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados					
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família					

	Nunca é realizado	Raramente é realizado	Ocasionalmente não é realizado	Realizado frequentemente	É sempre realizado
11) Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele					
12) Higiene bucal					
13) Higienização das suas mãos					
14) Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar					
15) Monitorar a glicemia capilar (glicosimetria/dextro) conforme prescrito					
16) Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado					
17) Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente					
18) Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição					
19) O atendimento à chamada do paciente é feita dentro de cinco minutos.					
20) As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos					
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados					

	Nunca é realizado	Raramente é realizado	Ocasionalmente não é realizado	Realizado frequentemente	É sempre realizado
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer					
23) Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação					
24) Cuidados com lesões de pele/feridas					
25) Aspiração de vias aéreas					
26) Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda					
27) Sentar o paciente fora do leito					
28) Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda					

Parte B - Razões para a não realização dos cuidados de enfermagem

Pense sobre os cuidados de enfermagem que não são realizados por toda equipe de enfermagem de sua unidade (como você indicou na Parte A do instrumento desta pesquisa) e indique as RAZÕES pelas quais o cuidado de enfermagem não é realizado.

Marque somente uma alternativa para cada item.

	RAZÃO Significante	RAZÃO Moderada	RAZÃO Pouco Significante	Não é uma RAZÃO
1) Número inadequado de pessoal				
2) Situações de urgência dos pacientes (Ex. a piora da condição de um paciente)				

	RAZÃO Significante	RAZÃO Moderada	RAZÃO Pouco Significante	Não é uma RAZÃO
3) Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade				
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)				
5) A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada				
6) Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessários				
7) A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada				
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que era necessário (Ex. fisioterapeuta não auxiliou na deambulação do paciente)				
9) Materiais/Equipamentos não estavam disponíveis quando necessário				
10) Materiais/Equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário				
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si				
12) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio				
13) Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM				
14) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA				
15) O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada				
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível				

	RAZÃO Significante	RAZÃO Moderada	RAZÃO Pouco Significante	Não é uma RAZÃO
17) Grande quantidade de admissões e altas				
18) O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição				
19) Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional				
20) O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego				
21) Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe				
22) Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional)				
23) A planta física da unidade/ setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes				
24) Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados				
25) O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)				
26) Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou falta de valorização do profissional)				
27) Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde (o que impede que desempenhem as funções para as quais foram contratados)				
28) O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência				