



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

MAGNO BATISTA LIMA

**MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PRIMÁRIA: uma análise por
*MISSCARE-Brasil***

TERESINA

2017

MAGNO BATISTA LIMA

MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PRIMÁRIA: uma análise por
MISSCARE-Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Elaine Cristina Carvalho Moura.

Área de concentração: A enfermagem no contexto social brasileiro.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem.

TERESINA

2017

Proibida qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia e necessária autorização do autor e orientador, caso obtida alguma autorização de reprodução, farão constar o competente agradecimento aos mesmos e sempre a imperiosa citação de referência.

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde
Serviço de Processamento Técnico

L732m	<p>Lima, Magno Batista. Modelo assistencial de enfermagem primária : uma análise por MISSCARE-Brasil / Magno Batista Lima. -- Teresina, 2017. 150 f. : il.</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017. "Orientação : Profa. Dra. Elaine Cristina Carvalho Moura." Bibliografia</p> <p>1. Modelos Organizacionais. 2. Enfermagem Primária. 3. Monitoramento. 4. Segurança do Paciente. 5. Avaliação dos Serviços. I. Título. II. Universidade Federal do Piauí.</p> <p>CDD 362.1</p>
-------	---

MAGNO BATISTA LIMA

MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PRIMÁRIA: uma análise por *MISSCARE-Brasil*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: A enfermagem no contexto social brasileiro.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elaine Cristina Carvalho Moura.

Aprovada em: 07 / 12 / 2017

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Elaine Cristina Carvalho Moura Presidente	Instituição: Universidade Federal do Piauí – UFPI
Julgamento: _____	Assinatura: _____
Profa. Dra. Aida Maris Peres 1 ^a Examinadora	Instituição: Universidade Federal do Paraná– UFPR
Julgamento: _____	Assinatura: _____
Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura 2 ^a Examinadora	Instituição: Universidade Federal do Piauí – UFPI
Julgamento: _____	Assinatura: _____
Profa. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães Suplente	Instituição: Universidade Federal do Piauí – UFPI
Julgamento: _____	Assinatura: _____

A Deus, Pai todo poderoso, por ter me concedido saúde física e mental para construção desse estudo. À minha filha Lara, que com sua energia e com seu amor me revigorou diariamente. À minha esposa, que com amor, tranquilidade e compreensão me apoiou nos momentos de maior dificuldade. Aos meus pais, irmãos, sobrinhos, cunhado e cunhadas, pelo incentivo, apoio e carinho.

AGRADECIMENTOS

É com bastante alegria e com o sentimento de dever cumprido que estou desfrutando do prazer de torna-se Mestre em Enfermagem. O caminho foi longo, mas, apesar de agradecer ser uma tarefa difícil, quero aqui dizer obrigado a todos que participaram da concretização desse sonho.

À Deus, pela força, coragem, determinação e inspiração que me concedeu no decorrer deste estudo. Por ter me guiado e me acompanhado durante toda a vida. Por ter me deslocado com segurança pelos aproximados 60 mil quilômetros percorridos em busca dessa vitória, sem deixar nenhum mal acontecer comigo ou com minha família, me dando força para estudar e trabalhar, me permitindo continuar a luta com foco, compromisso e reponsabilidade.

À minha filha Lara Caroline, que com sua inteligência, seu amor, sua inocência e seu sorriso, foi capaz de me mostrar diariamente onde encontrar a paz e a força para seguir em frente.

À minha esposa Richarlandia, que com seu carinho, amor e paciência acalmou meu coração em todos os momentos. Por sua compreensão durante minha ausência, tendo que ser mãe e pai ao mesmo tempo por inúmeras vezes.

Aos meus pais, Mario e Neta, pelo incentivo diário, torcida, amor incondicional e companheirismo ao longo dessa caminhada. A quem devo toda a minha vida e minhas conquistas.

Aos meus irmãos, sobrinhos, cunhado e cunhadas, por saber que sempre posso contar com todos vocês. Em especial e minha irmã Geandra e meu cunhado Lívio Cesar por fazerem de sua casa a minha moradia, pelo abraço acolhedor e pela energia positiva repassada...muito obrigado!

À minha orientadora Dra. Elaine Cristina Carvalho Moura, pelos conhecimentos repassados, pela convivência amigável e profissional, pela paciência, compreensão, pela competência e objetividade. Agradeço a oportunidade de ter desfrutado a honra de ser seu orientando, continue sempre contando comigo.

Aos enfermeiros e técnicos em enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí que abraçaram nosso projeto de ver uma enfermagem bem melhor e mais científica, em especial as Enfermeiras Francisca das Chagas Sheyla A. G. Braga e Roxana M. de O. T. Siqueira e ao Enfermeiro Lyon Richardson pelo apoio, competência e dedicação.

Ao Magnifico Reitor Dr. José Arimatéia Dantas Lopes, pelo apoio a capacitação de docentes da Universidade Federal do Piauí.

À Universidade Federal do Piauí, em especial ao Colégio Técnico de Bom Jesus que é a minha segunda casa. Ao diretor Raimundo Falcão Neto (Tetuca) pela seriedade, confiança e apoio durante todo esse tempo.

À Dra. Lillian Dias Castilho Siqueira e Dra. Maria Helena Larcher Caliri, pela permissão da utilização do *MISSCARE-Brasil* na condução desse estudo.

Aos meus colegas professores do Colégio Técnico de Bom Jesus, pela parceria, compreensão, disposição e conhecimentos compartilhados, em especial ao professor Guilherme Guarino de Moura Sá pela valiosa colaboração...obrigado por tudo!

Aos professores e colegas de turma de mestrado, pela convivência amigável e os conhecimentos compartilhados.

A todos, minha gratidão!

RESUMO

A Enfermagem Primária é um modelo de organização da assistência que favorece a responsabilização e autonomia das práticas cotidianas do enfermeiro na prestação de cuidados clinicamente competentes, maximizando os valores profissionais. Essa investigação envolveu a enfermagem no contexto social brasileiro em interface com o internacional, consolidando práticas na linha de pesquisa sobre o processo do cuidar em enfermagem com ênfase no gerenciamento. O objetivo geral foi predizer as relações existentes entre a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária para o gerenciamento do cuidado ante a omissão de cuidados de enfermagem e as respectivas razões atribuídas por profissionais. Estudo correlacional preditivo, desenvolvido após a implantação da Enfermagem Primária no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, de Novembro de 2016 a Abril de 2017. A amostra da pesquisa constituiu-se de 39 enfermeiros e 57 técnicos em enfermagem, totalizando 96 profissionais, que preencheram o instrumento *MISSCARE- Brasil*, que identifica os cuidados de enfermagem omitidos e as suas respectivas razões. Estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí (parecer nº 1.777.929). As análises de predição ocorreram a partir dos dados assistenciais gerados pelo instrumento aplicado em dois momentos de monitorização da implantação do modelo: quatro e sete meses. O nível de significância do estudo foi 5% ($p < 0,05$). A idade média dos participantes foi de 34,9 anos, predominando o sexo feminino (88,5%); 50,0 % com pós-graduação mesmo com 59,4% de técnicos em enfermagem. Referiram está satisfeito ou muito satisfeito com o cargo (65,7%); com a unidade de lotação (80,2%) e com o desempenho da equipe (68,8%). Dos 96 participantes, no primeiro momento, 55,2% relataram que em algum momento não participaram em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, 53,1% não realizaram a deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito e 52,1% não ofereceram as refeições para os pacientes que se alimentavam sozinhos. Comparando com os resultados no segundo momento de avaliação, observou-se que em 78,5% do total de itens ocorreu redução na frequência dos cuidados omitidos, com redução de 67,8% dos itens da significância das razões para omissão do cuidado, minimizados por atos assistenciais previstos no modelo instituído. Em todas as cinco dimensões investigadas pelo instrumento (comunicação, recursos materiais, recursos laborais, dimensão ética e gerenciamento) houveram reduções nos níveis das médias de omissão, variando de 1,2% a 4,2%. As razões para omissão, de maior significado, estiveram nas dimensões relacionadas aos recursos laborais e materiais. Assim, a organização da assistência, por meio da Enfermagem Primária, favoreceu a eficiência e aumento da qualidade dos cuidados prestados. Conclui-se que as correlações existentes entre os atributos medidos pelo instrumento encontraram suporte no fluxo de atos assistenciais monitorizado, sendo promissoras para avaliação da implantação da Enfermagem Primária, favorecendo a organização do serviço de enfermagem e, conseqüentemente o gerenciamento dos cuidados. Recomenda-se que outros estudos, a exemplo deste, utilizando instrumentos confiáveis, sejam realizados com pelo menos três períodos de monitoramento para fortalecer a correlação longitudinal dos elementos preditores existentes na avaliação de modelos de organização da assistenciais de enfermagem.

Palavras-chave: Modelos Organizacionais. Enfermagem Primária. Monitoramento. Segurança do Paciente. Avaliação dos Serviços.

ABSTRACT

Primary nursing is a healthcare organizational model that favors the accountability and autonomy of nursing routine practices in the delivery of clinically competent care, maximizing professional values. This investigation involved nursing in the Brazilian social context, in interface with the international context, consolidating practices in the research of nursing care processes with an emphasis on management. The general objective was to predict existing relationships between the implementation of the primary nursing care model to the care management in face of the omission of nursing care and the respective reasons attributed to it by professionals. This predictive correlational study was developed after the implementation of primary nursing in the teaching hospital of the Federal University of Piauí, in Teresina, Piauí, from November 2016 to April 2017. The study sample consisted of 39 nurses and 57 nursing technicians, totaling 96 professionals who filled in the instrument *MISSCARE- Brasil*, which identifies omitted nursing care and the respective reasons. The research project was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Piauí (protocol no. 1.777.929). Prediction analyses were conducted using healthcare data generated by the instrument applied at two different times of model implementation monitoring - at four and seven months. The level of significance set for the study was 5% ($p < 0.05$). The mean age of the participants was 34.9 years, women were predominant (88.5%); and 50.0% of the participants had a graduate degree, despite 59.4% of them being nursing technicians. The participants reported being satisfied or very satisfied with their position (65.7%); their allocation unit (80.2%) and the team's performance (68.8%). Of the 96 participants, at the first assessment time, 55.2% reported that at some point they did not participate in discussions of the interdisciplinary team regarding patient care, 53.1% did not perform deambulation three times a day or as prescribed, and 52.1% did not offer meals to patients who eat by themselves. Comparison of these results to those of the second assessment time showed that there was a reduction in the frequency of omitted care in 78.5% of all items, with a reduction of 67.8% of the items of significance for the reasons of care omission, minimized by healthcare actions predicted in the instituted model. All five dimensions investigated by the instrument (communications, material resources, labor resources, ethics, and management) presented reductions in the levels of means of omission, ranging from 1.2% to 4.2%. Reasons for omission, with more significance, were in the dimensions related to material and labor resources. Therefore, healthcare organization, by means of primary nursing, favored efficacy and increased the quality of the care provided. The correlations existing among the attributes measured by the instrument found support in the flow of monitored care actions, being promising to the implementation of primary nursing and favoring the organization of the nursing service and, consequently, care management. Similar studies, using reliable instruments, should be conducted with at least three periods of monitoring to reinforce the longitudinal correlation of the predicting elements existing in the assessment of nursing care organization models.

Keywords: Organizational Models. Primary Nursing. Monitoring. Patient Safety. Health Services Research.

RESUMEN

La Enfermería Primaria es un modelo de organización de la asistencia que favorece la responsabilización y autonomía de las prácticas cotidianas del enfermero en la prestación de cuidados clínicamente competentes, maximizando los valores profesionales. Esta investigación involucró a la enfermería en el contexto social brasileño en interfaz con lo internacional, consolidando prácticas en la línea de investigación sobre el proceso del cuidar en enfermería con énfasis en la gestión. El objetivo general fue predecir las relaciones existentes entre la implantación del modelo asistencial de Enfermería Primaria para la gestión del cuidado ante la omisión de cuidados de enfermería y las respectivas razones atribuidas por profesionales. El estudio correlacional predictivo, desarrollado después de la implantación de la Enfermería Primaria en el Hospital Universitario de la Universidad Federal de Piauí, Teresina, Piauí, de noviembre de 2016 a abril de 2017. La muestra de la investigación se constituyó de 39 enfermeros y 57 técnicos en enfermería, totalizando 96 profesionales, que llenaron el instrumento MISSCARE-Brasil, que identifica los cuidados de enfermería omitidos y sus respectivas razones. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Piauí (dictamen nº 1.777.929). Los análisis de predicción ocurrieron a partir de los datos asistenciales generados por el instrumento aplicado en dos momentos de monitorización de la implantación del modelo: cuatro y siete meses. El nivel de significancia del estudio fue del 5% ($p < 0,05$). La edad media de los participantes fue de 34,9 años, predominando el sexo femenino (88,5%); 50,0% con posgrado incluso con 59,4% de técnicos en enfermería. Se refirió está satisfecho o muy satisfecho con el cargo (65,7%); con la unidad de lotación (80,2%) y con el desempeño del equipo (68,8%). De los 96 participantes, en el primer momento, el 55,2% relató que en algún momento no participaron en discusión del equipo interdisciplinario sobre la asistencia al paciente, el 53,1% no realizaron la deambulación tres veces al día o según lo prescrito y el 52,1% no ofrecieron las comidas para los pacientes que se alimentaban solos. En comparación con los resultados en el segundo momento de evaluación, se ha observado que en el 78,5% del total de ítems ocurrió reducción en la frecuencia de los cuidados omitidos, con reducción del 67,8% de los ítems de la significancia de las razones de omisión del cuidado, minimizados por actos asistenciales previstos en el modelo instituido. En todas las cinco dimensiones investigadas por el instrumento (comunicación, recursos materiales, recursos laborales, dimensión ética y gestión) hubo reducciones en los niveles de los promedios de omisión, variando del 1,2% al 4,2%. Las razones de omisión, de mayor significado, estuvieron en las dimensiones relacionadas a los recursos laborales y materiales. Así, la organización de la asistencia, por medio de la Enfermería Primaria, favoreció la eficiencia y aumento de la calidad de los cuidados prestados. Se concluye que las correlaciones existentes entre los atributos medidos por el instrumento encontraron apoyo en el flujo de actos asistenciales monitorizados, siendo prometedoras para la evaluación de la implantación de la Enfermería Primaria, favoreciendo la organización del servicio de enfermería y, consecuentemente, la gestión del cuidado. Se recomienda que otros estudios, a ejemplo de éste, utilizando instrumentos confiables, se realicen con al menos tres períodos de monitoreo para fortalecer la correlación longitudinal de los elementos predictores existentes en la evaluación de modelos de organización de las asistenciales de enfermería.

Palabras-clave: Modelos organizacionales. Enfermería Primaria. Monitoreo. Seguridad del paciente. Evaluación de los Servicios.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Estruturação do processo de trabalho gerencial em enfermagem.....	26
Figura 2	O processo administrativo.....	27
Figura 3	Estruturação do modelo de enfermagem primária do HU-UFPI. Teresina/PI, 2017.....	37
Figura 4	Fluxo de atos assistenciais da Enfermagem Primária do HU-UFPI. Teresina/PI, 2017.....	39
Figura 5	Missed Nursing Care Model.....	48
Figura 6	Fluxograma de recrutamento dos profissionais de enfermagem do HU-UFPI. Teresina/PI, 2017.....	55
Figura 7	Fluxograma de operacionalização das etapas de coleta de dados. Teresina/PI,2017.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização socioeducacional dos profissionais de enfermagem. Teresina, PI, Brasil, 2017.....	63
Tabela 2	Satisfação dos profissionais de enfermagem com cargo, unidade e desempenho da equipe de trabalho (n=96). Teresina, PI, Brasil, 2017.....	65
Tabela 3	Distribuição de frequências dos níveis de omissão dos cuidados de enfermagem na primeira e na segunda avaliação após a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária atribuídos por enfermeiros e técnicos em enfermagem (n=96). Teresina, PI, Brasil, 2017.....	66
Tabela 4	Distribuição de frequências dos níveis de razão de omissão dos cuidados de enfermagem na primeira e na segunda avaliação após a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária atribuídos por enfermeiros e técnicos em enfermagem (n=96). Teresina, PI, Brasil, 2017.....	68
Tabela 5	Associações entre os cuidados de enfermagem omitidos e o cargo dos profissionais de enfermagem (n=96) após a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária. Teresina, PI, Brasil, 2017.....	71
Tabela 6	Associações entre os cuidados de enfermagem omitidos e a satisfação com o cargo/função ocupado pelos profissionais de enfermagem (n=96) após a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária. Teresina, PI, Brasil, 2017.....	72
Tabela 7	Associações entre os cuidados de enfermagem omitidos e a satisfação do desempenho do trabalho em equipe (n=96) após a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária. Teresina, PI, Brasil, 2017.....	73
Tabela 8	Associações entre os cuidados de enfermagem omitidos e a satisfação em ser um profissional de enfermagem (n=96) da unidade de serviço no primeiro momento após a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária. Teresina, PI, Brasil, 2017.....	75
Tabela 9	Associações entre as razões da omissão e a satisfação com o desempenho do trabalho em equipe dos profissionais de enfermagem (n=96) após a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária. Teresina, PI, Brasil, 2017	76
Tabela 10	Associação entre a medida de omissão dos cuidados e a significância das razões de omissão conforme avaliação dos profissionais de enfermagem (n=96) no primeiro momento de avaliação após implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária. Teresina, PI, Brasil, 2017	78

Tabela 11	Regressão logística binomial para identificação das razões de omissão que explicam os cuidados omitidos pelos profissionais de enfermagem (n=96) no primeiro momento de avaliação após a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária. Teresina, PI, Brasil, 2017.....	79
Tabela 12	Comparação dos escores das dimensões e escore global de cuidados de enfermagem omitidos nos dois momentos de avaliação pelos profissionais de enfermagem (n=96). Teresina, PI, Brasil, 2017.....	80
Tabela 13	Comparação dos escores das dimensões e escore global de razões de omissão dos cuidados de enfermagem nos dois momentos de avaliação pelos profissionais de enfermagem (n=96). Teresina, PI, Brasil, 2017.....	81

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMSA	Case Management Society of America (Sociedade de Gestão de Casos da América)
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Pesquisas em Seres Humanos
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
EA	Eventos Adversos
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOM	Institute of Medicine (Instituto de Medicina)
ICPS	International Classification for Patient Safety (Classificação Internacional de Segurança do Paciente)
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	26
2.1	Objetivo geral	26
2.2	Objetivos específicos	26
3	REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO	27
3.1	Gerenciamento do Cuidado em Enfermagem	27
3.2	O modelo de organização Enfermagem Primária (<i>Primary Nursing</i>)	31
3.3	Segurança do paciente, monitoramento e avaliação dos cuidados de enfermagem	45
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	53
4.1	Delineamento do estudo	53
4.2	Local da pesquisa	53
4.3	População e amostra	54
4.4	Instrumentos de coleta de dados	56
4.5	Operacionalização do estudo	58
4.6	Procedimentos para análise dos dados	61
4.7	Aspectos éticos e legais	62
5	RESULTADOS	64
5.1	Caracterização dos profissionais	64
5.2	Identificação dos cuidados de enfermagem omitidos e as respectivas razões atribuídas por profissionais de enfermagem após implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária	66
5.3	Relação entre os cuidados de enfermagem omitidos e as razões da omissão com as características socioeducacionais e de trabalho	71
5.4	Relação entre a omissão de cuidados de enfermagem e as respectivas razões atribuídas por profissionais com as características assistenciais da Enfermagem Primária visando o gerenciamento do cuidado de enfermagem	79
5.5	Avaliação de como as razões da omissão do cuidado explicam os cuidados de enfermagem omitidos durante o processo de implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária	80
5.6	Comparação do nível de cuidados de enfermagem omitidos e as razões da	

omissão em dois momentos após a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária	81
6 DISCUSSÃO	83
6.1 Caracterização dos participantes	83
6.2 Identificação dos cuidados de enfermagem omitidos e as respectivas razões atribuídas por profissionais de enfermagem após implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária	87
6.3 Relação entre os cuidados de enfermagem omitidos e as razões da omissão com as características socioeducacionais e de trabalho	93
6.4 Relação entre a omissão de cuidados de enfermagem e as respectivas razões atribuídas por profissionais com as características assistenciais da Enfermagem Primária visando o gerenciamento do cuidado de enfermagem	100
6.5 Avaliação de como as razões da omissão do cuidado explicam os cuidados de enfermagem omitidos durante o processo de implantação do modelo assistencial de Enfermagem	105
6.6 Comparação do nível de cuidados de enfermagem omitidos e as razões da omissão em dois momentos após a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária	109
7 CONCLUSÕES	114
7.1 Quanto a caracterização dos profissionais	114
7.2 Quanto a identificação dos cuidados de enfermagem omitidos e as respectivas razões atribuídas por profissionais de enfermagem após implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária	114
7.3 Quanto a relação entre os cuidados de enfermagem omitidos e as razões da omissão com as características socioeducacionais e de trabalho	115
7.4 Quanto a relação entre a omissão de cuidados de enfermagem e as respectivas razões atribuídas por profissionais com as características assistenciais da Enfermagem Primária visando o gerenciamento do cuidado de enfermagem	115
7.5 Quanto a avaliação de como as razões da omissão explicam os cuidados de enfermagem omitidos conforme atribuído pelos profissionais de enfermagem	116
7.6 Quanto a comparação do nível de cuidados de enfermagem omitidos e as razões da omissão em dois momentos após a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária	117

7.7 Quanto a predição da implantação do modelo assistencial de enfermagem primária para o gerenciamento do cuidado de enfermagem ante a omissão de cuidados de enfermagem e as respectivas razões atribuídas por profissionais	117
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
8.1 Limitações da Pesquisa	119
8.2 Recomendações para estudos futuros	119
REFERÊNCIAS	121
APÊNDICES	133
A - Termo de consentimento livre e esclarecido	
ANEXOS	136
A - Autorização institucional	
B - Parecer do comitê de ética em pesquisa	
C - Instrumento de coleta de dados	
D - Autorização para uso do instrumento de pesquisa	
E - Autorização para uso do fluxo da enfermagem primária do HU-UFPI	

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem hospitalar, por muito tempo, foi centrada em trabalhos burocráticos, tendo sua assistência, por muitas vezes, embasadas em protocolos de atendimento padronizados e a autonomia profissional minimizada por regulamentos financeiros, afastando-a da responsabilidade pela organização e coordenação das atividades assistenciais dos hospitais e de outros serviços de saúde (MANTHEY, 2014). A lei do exercício profissional de enfermagem (7.498/1986), no entanto, estabelece a participação privativa do enfermeiro nas atividades de planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Vale destacar que, os profissionais em seu ambiente de trabalho, independente de seus níveis ou funções, devem executar sistematicamente uma sequência de atividades administrativas denominada de processo administrativo, que envolve as ações de planejamento, organização, direção e controle. Quando consideradas isoladamente, constituem funções administrativas (CHIAVENATO, 2016; CAMELO et al., 2016; CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

O planejamento consiste no que a Organização pretende fazer para alcançar os objetivos definidos; As ações de organização do processo administrativo visam estabelecer meios e recursos para possibilitar o planejamento, engajando pessoas para alcançar objetivos comuns; A direção se relaciona às ações de colocar em prática o que foi planejado e organizado, influenciando e orientando as tarefas dos diversos membros da equipe; E o controle, através do acompanhamento, monitoração e avaliação, para assegurar que as atividades estejam em conformidade com as planejadas (CHIAVENATO, 2016; CAMELO et al., 2016; CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

Destaca-se que os enfermeiros, por alegação de sobrecarga de trabalho, conseqüentemente evitam atividades voltadas ao gerenciamento da assistência, como planejamento, supervisão e avaliação, para priorizar as atividades administrativas burocráticas exigidas em seu ambiente de trabalho, afastando-se do cuidado propriamente dito (COSTA; SHIMIZU, 2005).

A organização dos processos de trabalho é um desafio a ser enfrentado para a mudança dos serviços de saúde, e amplia-se a necessidade de entender a sua essencialidade na atribuição e agrupamento de tarefas, além da alocação de recursos para que seja alcançado os objetivos previamente estabelecidos. Uma filosofia de apoio e recursos adequados são essenciais no planejamento de atividades e alcance de metas organizacionais. A escolha de um modelo

organizacional de cuidados ao paciente depende das habilidades e dos conhecimentos do corpo funcional, da disponibilidade de recursos humanos e econômicos e do perfil das atividades a serem realizadas (MARQUIS E HUSTON, 2010).

Desse modo, as ações de organização do processo administrativo visam estabelecer meios e recursos que possibilitem o planejamento exequível, no alcance de objetivos comuns. A organização das ações para a intervenção no processo saúde doença, mediante uso de recursos físicos, tecnológicos e humanos, diante dos problemas de saúde existentes em uma coletividade, constituem conceito mais amplo de modelo assistencial (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004; PAIM, 1999).

Nesse sentido, esse conceito de organização permeia o nível decisório e intermediário das instituições, que definem ações em nível estratégico-tácito. Bateman, Snell e Rimoli (1998) explicam que o nível estratégico compreende membros da organização, responsáveis pela definição dos objetivos e tomada de decisões quanto às questões de longo prazo da instituição. O planejamento, no nível tácito, é utilizado para traduzir os objetivos gerais e as estratégias em objetivos e atividades mais específicas. Já no planejamento operacional, o foco é trabalhar com a implementação dos planos específicos definidos no planejamento tático.

No entanto, modelos assistenciais propostos em cumprimento aos princípios e diretrizes do SUS tem modificado as práticas profissionais. Para Bernardino, Felli e Peres (2010) a inserção de novos saberes e da competência profissional de todos os membros da área da saúde, sobretudo dos enfermeiros, tem ordenado um perfil mais adaptativo e flexível na construção de competências profissional diversas.

Nessa perspectiva, modelo assistencial pode ser definido como uma construção histórica capaz de fornecer a viabilização da organização e prestação de cuidados aos pacientes e familiares, e baseia-se na evolução das necessidades e do quadro de cada paciente, mediante o planejamento, interação e colaboração dos membros da equipe (MATTILA et al., 2014; SJETNE et al., 2009). O modelo de assistência em enfermagem pode ser abordado por meio da trajetória do cuidado de enfermagem, a formação universitária, a organização, o planejamento, as influências do capitalismo, bem como, do próprio modelo de saúde (LUCENA et al., 2006).

A adoção de um modelo de assistência em enfermagem, no entanto, requer um processo de trabalho gerencial, envolvendo, dentro outros aspectos, a gestão assistencial ao paciente, logo o desenvolvimento de competências gerenciais, principalmente no âmbito da saúde e em especial na enfermagem, é um grande desafio, pois devido as mudanças decorrentes aos avanços tecnológicos e do mundo globalizado, esse desenvolvimento constitui elemento essencial na solução dos problemas existentes nos serviços de saúde (LELLI et al., 2012).

Nesse contexto, os cuidados de enfermagem prestados ao paciente são reflexo do modelo de organização da assistência, sendo subjacente da filosofia organizacional da enfermagem em um determinado ambiente de trabalho. Existem diferentes modos de organização da assistência que refletem posturas profissionais diferentes nas relações com o paciente, a família e os demais profissionais (COSTA, 2004; REED, 1988). Para Potter e Perry (2013, p.288) “a seleção de um modelo de prestação de cuidados de enfermagem e uma estrutura de gestão que apoie a prática profissional de enfermagem, são essenciais para filosofia de cuidado”.

Existem cinco formas de organizar o atendimento de enfermagem ao paciente, a saber: (1) atendimento integral ao paciente - nesse método os enfermeiros assumem a total responsabilidade em satisfazer todas as necessidades dos pacientes; (2) enfermagem funcional - o enfermeiro torna-se gerente do cuidado e a assistência direta pode ser realizado por outro membro da equipe, mediante a distribuição das tarefas relacionadas aos cuidados; (3) enfermagem de equipe e modular - nesse modelo o cuidado é prestado por uma equipe de profissionais sob supervisão de um enfermeiro que pode levar em consideração habilidades e conhecimentos técnicos; (4) gerenciamento de caso - o foco são as necessidades do paciente e não o procedimento, a equipe faz julgamentos sobre a necessidade da atenção e sobre os serviços prescritos e recebidos e (5) o *Primary Nursing*¹(enfermagem primária) - o profissional assume a reponsabilidade de planejar cuidados desde a admissão até a alta do paciente (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Na década de 1960 o modelo de enfermagem de equipe destacou-se nos ambientes hospitalares, embora apresentasse três problemas básicos a ser superados: fragmentação do cuidado, canais de comunicação complexos e reponsabilidade compartilhada. Os esforços de melhorar a implementação da enfermagem de equipe e a busca da qualidade da assistência prestada, mediante o grito de insatisfação dos pacientes e dos próprios profissionais, dos cuidados que eram prestados, fez surgir o sistema de prestação de cuidados denominado de Enfermagem Primária (MANTHEY, 2014).

A Enfermagem Primária é um modelo de organização da assistência de enfermagem, criado na Universidade de Minnesota em 1969, que visa maximizar os valores do profissional e facilitar o desenvolvimento de seu papel com a prestação de cuidados clinicamente competentes aos pacientes em uma unidade nas 24 horas do dia, sete dias por semana. Os cuidados de cada paciente são atribuídos a um enfermeiro que planeja, implementa e avalia os

¹ Nesse estudo o termo em inglês *Primary Nursing* será utilizado em conformidade com a tradução para o português constante no livro de MANTHEY, 2014: Enfermagem primária.

cuidados de enfermagem desde sua admissão até a alta. É um modelo holístico capaz de evidenciar as características necessárias para satisfazer as necessidades dos clientes (MANTHEY, 2014). Conforme Reed (1988) o modelo é projetado em uma estrutura que permite responsabilizar cada enfermeiro no atendimento direto de seus pacientes, mediante uma filosofia que facilita a autonomia na gestão do cuidado.

O modelo assistencial de Enfermagem Primária tem como principal característica a autonomia do enfermeiro, tanto na prática clínica como no desempenho de seu papel, sendo capaz de promover a assistência de enfermagem com qualidade e fundamentada em evidências científicas a um grupo de pacientes a ele designado, com autonomia pela tomada de decisões (MARX, 2006). Os novos parâmetros da administração trazem as atividades gerenciais como uma necessidade individual e uma ferramenta profissional, que deve ser aplicada em todos os níveis da organização, embasado em um conhecimento que deve ser considerado mutável e dinâmico (KURCGANT, 2014; CHIAVENATO, 2004).

A estrutura desse modelo se alicerça na alocação e aceitação da responsabilidade individual pela tomada de decisões para um indivíduo; atribuições dos cuidados diários pelo método de caso; comunicação interpessoal direta; uma pessoa operacionalmente responsável pela qualidade do atendimento prestado aos pacientes em uma unidade 24 horas por dia, sete dias por semana (MANTHEY, 2014).

Marie Schuber Manthey é considerada a principal protagonista da enfermagem primária, apesar da colaboração de diversos autores no desenvolvimento do conceito. Pontin (1999) descreve a Enfermagem Primária além de uma maneira de atribuir enfermeiros para os pacientes, mas também em uma visão filosófica da enfermagem como prática profissional centrada no paciente

Apesar de não existir uma pesquisa oficial que defina exatamente o número de instituições que praticam a Enfermagem Primária no Brasil, a maior concentração de hospitais que o praticam é em São Paulo, Rio Grande do Sul, Bahia e Minas Gerais, sendo que o pioneiro foi o Hospital Alemão Oswaldo Cruz na década de 1990. Os hospitais que já aderiram e praticam o sistema no exterior estão mais concentrados nos Estados Unidos, Europa e Japão (MARX, 2009). Mattila et al., (2014) destaca implementações especificamente também, por exemplo, no Canadá, na China, no Reino Unido, Países Baixos e Finlândia.

A implantação da Enfermagem Primária para ser bem sucedida possui três fatores determinantes, a saber: (1) envolvimento dos membros da equipe como tomadores de decisão; (2) o uso de um formato-padrão para tomada de decisões; (3) a existência de uma estrutura de gestão eficiente e de suporte. Percebe-se a importância da gestão participativa de sujeitos

comprometidos com os atos assistências de enfermagem em todos os níveis hierárquicos envolvidos.

Durante a implementação do modelo em foco etapas-padrão para resolução de problemas ou tomada de decisão devem ser seguidas para condução de resultados devidos, considerando: a) definição do problema e compromisso de explorar e avaliar o sistema; b) coleta de dados para garantir uma compreensão total do modelo utilizado até o momento; c) acordo para implementar a atribuição de responsabilidade; d) avaliação do efeito da alteração do modelo de prestação de serviço de enfermagem (MANTHEY, 2014).

Marx (2006) explica que durante o processo de implementação da Enfermagem Primária é importante reavaliar periodicamente o processo em busca de resultados que podem permitir a avaliação da eficácia da estratégia utilizada e orientar a correção de postura dentro dos serviços. A última etapa desse processo é avaliar a alteração do modelo de prestação de serviço de enfermagem. A implementação de modelos assistenciais em um ambiente implica uma adaptação às condições locais, tais como: a qualidade do pessoal e quantidade, carga de trabalho, tipo de enfermagem e características do cuidado. Por isso, normalmente, os modelos de enfermagem são adaptações organizacionais das tipologias, muitas vezes com características ou traços de mais de um deles (SJETNE et al., 2009).

Magalhães e Juchem (2000) ao descrever a adaptação da Enfermagem Primária no serviço de enfermagem cirúrgica do Hospital da Clinicas em Porto Alegre esclarece que o modelo é capaz de aproximar as relações entre o enfermeiro e o paciente e na detecção da necessidade de se trabalhar culturas arraigadas entre os profissionais de enfermagem que podem deixar os serviços despersonalizados.

Não obstante o modelo de prestação de cuidados Enfermagem Primária possibilita e capacita os profissionais a trabalhar com o processo de tomada de decisão clínica e favorecer um nível muito elevado de qualidade do serviço de enfermagem. O processo de gerenciamento do cuidado exigirá um planejamento assistencial, e a gestão dos números de casos em simultâneo torna-se uma habilidade essencial para os enfermeiros, pois ampliações e limitações da carga horária de trabalho, por exemplo, geram situações em que os enfermeiros terão que definir prioridades para que o trabalho comece a ser feito, além do planejamento, da execução das tarefas e posteriormente a avaliação de sua eficácia (MANTHEY, 2014).

A definição de prioridades, no entanto, pode trazer a sensação de culpa pelos profissionais de enfermagem pelo fato da impossibilidade de fazer tudo pelos pacientes e conseqüentemente facilitar o desencadeamento de eventos adversos mediante a redução da possibilidade de garantir a segurança do paciente (MANTHEY, 2014).

Desse modo, o cuidado é uma variável que deve estar presente no processo de avaliação da qualidade da assistência prestada. A enfermagem primária pode aumentar a satisfação do paciente com o cuidado, contribuir em ampliar a autonomia dos enfermeiros, além de envolver os membros da família na assistência ao paciente, mas apesar de ser considerada superior quando comparada com outras modalidades de atenção, existe a necessidade de avaliar melhor os efeitos dela dentro dos serviços, pois ainda faltam muitas provas materiais (REED, 1988; MATTILA et al., 2014).

Nesse sentido o Instituto de Medicina (IOM) publicou em seu '*Quality Chasm Series*', um conjunto de recomendações para transformar o ambiente de trabalho do enfermeiro, que revela erros assistenciais relacionados a prestação de cuidados pela enfermagem. Os erros são associados a complexidade dos atendimentos e a diversas particularidades do cuidado como a quantidade de atividades serem realizadas, as horas de trabalho, padrões de comunicação, aumento de tecnologias e quantitativo inadequado de mão de obra na enfermagem (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

Duarte et al. (2015) realizaram revisão integrativa para identificar as publicações científicas sobre os eventos adversos na assistência de enfermagem em pacientes adultos hospitalizados e destacou que uma assistência com menos erros poderá ser alcançada através de uma mudança no modo de organização do trabalho. As causas destacadas para a ocorrência de eventos adversos são inerentes ao gerenciamento da assistência e do serviço.

Siqueira (2016), ao realizar estudo para propor a versão em português brasileiro do instrumento *MISSCARE-Brasil* e testar as suas propriedades psicométricas, apesar do destaque para os recurso laborais e matérias, pode evidenciar que itens associados ao estilo de gerenciamento/liderança institucional obtiveram destaques consideráveis como sendo a razão pela omissão do cuidado de enfermagem prestado.

Manthey (2014) destaca a importância da comunicação direta de pessoa para pessoa como um elemento estrutural da Enfermagem Primária, dentre outros aspectos relevantes e mencionados até o momento. Para Duarte et al. (2015) a comunicação entre os membros da equipe, independente dos canais utilizados, fortalece a boa prática clínica, reduzindo a probabilidade de eventos adversos dentro dos serviços de saúde. Suhonen et al. (2007) corrobora ao destacar que a melhoria da qualidade das interações com os pacientes e o aumento do tempo disponível de atendimento, contribuem diretamente aos padrões de qualidade da assistência, apesar da importância de se considerar as características do ambiente de trabalho, do pessoal de enfermagem e o modelo de prestação de cuidados.

A responsabilidade individual pela tomada de decisões e pela qualidade do atendimento

prestado aos pacientes são itens estruturais da enfermagem primária e estão diretamente ligados à qualidade do pessoal e quantidade (MANTHEY, 2014; MARX, 2006; SJETNE et al., 2009). Diversos fatores contribuem para a escassez da enfermagem mediante abandono da profissão, como redução de custos e cargas de trabalho elevadas. A ausência do profissional de enfermagem dentro do ambiente hospitalar contribuiu para quase um quarto dos problemas imprevistos que resultam em morte ou lesão de pacientes (STOLBERG, 2002).

Kalisch et al. (2011) explica que os serviços de saúde vem trabalhando com foco na “segurança do paciente”, no entanto, por muitas vezes se limitam a “erros”, deixando de explorar as razões de quando um cuidado é omitido (em parte ou no todo) ou prestado significativamente atrasado. Conforme a *World Health Organization* (2008) os danos ou prejuízos resultantes da assistência à saúde representam a principal fonte de morbidade e mortalidade em todo o mundo, apesar da imprecisão nas estimativas. No entanto os danos poderiam ser evitáveis, partindo da premissa que os erros são esperados.

Fomentado, dentre outros fatores, pela ocorrência de vários eventos adversos na prestação do cuidado ao paciente e da necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde. Desde 2013, o Brasil implantou a Política Nacional de Segurança do Paciente, tendo em vista as exigências atuais de promover segurança e qualidade na assistência prestada ao paciente.

Nascimento, Freitas e Oliveira (2016) empreenderam revisão sistemática com o objetivo de investigar a produção científica sobre erros na administração de medicamentos na prática assistencial da equipe de enfermagem, em seu estudo foram localizados 2173 artigos que após serem aplicados os critérios de inclusão, exclusão, leitura e avaliação crítica, resultaram na análise de 20 artigos. Os resultados encontrados apontaram fatores que podem estar associados aos erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem sendo possível evidenciar que os erros na administração de medicamentos acontecem em virtude da falta de preparo e conhecimento dos profissionais, da sobrecarga na assistência, do estresse ocasionado pelo ambiente de trabalho e da falta de comunicação entre os profissionais da equipe multidisciplinar.

No entanto, percebe-se ainda na assistência de enfermagem a ausência da valorização do relacionamento pessoal e da adaptação ao uso da comunicação no contexto do cuidado. (MOURÃO et al., 2009). Para Marquis e Huston (2010) é necessário verificar se o método de prestação de cuidado facilita a comunicação adequada entre todos os membros da equipe de atendimento de saúde. Manthey (2014) destaca a Enfermagem Primária como possuidora de

fortes elementos estruturais que minimizam os problemas de comunicação dentro da equipe de enfermagem e da equipe de enfermagem com equipe multidisciplinar.

Nessa linha de raciocínio se destaca a necessidade de avaliação das relações entre as características assistenciais do modelo de enfermagem primária e as ações de gerenciamento do cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar, que envolvem a omissão dos cuidados e também as razões dessa omissão medidas pelo *MISSCARE-Brasil*.

Ademais o processo de organização da enfermagem primária alia-se ao desafio do Sistema Único de Saúde (SUS) de aumentar a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados, principalmente nos ambientes hospitalares, pois estes ocupam posição de destaque nas iniciativas nacionais e internacionais em relação à qualidade em saúde (SOUZA; SCATENA, 2013).

No processo de gerenciamento do cuidado a disposição de recursos laborais e materiais associados a quantidade e ao tempo do atendimento podem levar enfermeiros a fazer escolhas ou priorizar algumas ações em seu trabalho, que leva ao erro de omissão, que caracteriza-se quando cuidado requerido pelo paciente é atrasado ou omitido (em parte ou por completo) (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

Na Enfermagem Primária, assim como em outros modelos assistenciais, a dinâmica dos cuidados de enfermagem é variável e pode ser mediada por múltiplas demandas, apesar de ser considerada como a melhor forma de organizar os cuidados de enfermagem prestados (MANTHEY, 2014). A demanda do profissional de enfermagem pode impossibilitá-lo de cumprir todos os cuidados exigidos nos serviços de saúde e nessas circunstâncias, os profissionais podem abreviar o cuidado, atrasá-lo ou simplesmente omiti-lo (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

Assim, selecionou-se como medida de resultados correlacionados com a implantação do modelo de Enfermagem primária em Hospital Universitário Brasileiro, o *MISSCARE-Brasil*, instrumento que identifica atos de omissão dos cuidados que são ofertados aos pacientes em diversos cenários assistenciais e as razões para os atos de omissão. O instrumento além das informações gerais, possui duas partes. Na parte A, os participantes são questionados a identificar com que frequência os elementos do cuidado de enfermagem são omitidos por toda a equipe de enfermagem de sua unidade e na parte B, os profissionais são questionados a indicar as razões pelas quais o cuidado de enfermagem é omitido (SIQUEIRA, 2016).

A importância de um instrumento que trate da temática em questão se reforça, com o pensamento de Rocha et al., (2015) que ao falar sobre “erro” na prestação do cuidado ao paciente, diz é necessário perceber as circunstâncias externas e os fatores ambientais que

proporcionam o erro. O diagnóstico do erro pode ser feito por uma abordagem pessoal ou sistêmica. O Processo de trabalho gerencial em enfermagem, em seu cunho assistencial, pode evidenciar erros que, conforme Reason (2000) podem ser abordados de forma individual, ao considerar à imperícia do profissional além da ausência de atenção, desmotivação, descuido, negligência e despreocupação. No cunho do processo de trabalho gerencial outra abordagem dada por Reason (2000) é a abordagem sistêmica ou organizacional, em que os processos organizacionais são os responsáveis por modificar as atividades no ambiente de trabalho e consequentemente podem ser os responsáveis pela origem dos erros na assistência.

Portanto, parece válido pautar os resultados de um instrumento que mede aspectos relacionados ao gerenciamento dos cuidados de enfermagem, que ao serem omitidos podem revelar razões para tal ausência, de modo a colaborar na organização do sistema de prestação de cuidados da assistência de enfermagem, na garantia da segurança do paciente e na qualidade dos cuidados de enfermagem, por meio das relações entre o modelo de assistência instituído e a práxis assistencial cotidiana.

A presente pesquisa se justifica e aponta sua relevância na contribuição que poderá trazer para o gerenciamento do cuidado e a organização do serviço de enfermagem mediante verificação de correlações das condições nas quais os cuidados não são fornecidos e suas relações com o processo de implantação e implementação do modelo assistencial de Enfermagem Primária, que pode resultar em mudança na lógica de atenção, baseada nas necessidades de saúde da população por meio da exploração de relações das características do modelo de assistência com a omissão do cuidado e as respectivas razões no âmbito assistencial hospitalar.

Vale destacar, ainda, as experiências profissionais vivenciadas como enfermeiro assistencial e docente em instituições públicas de prestação de assistência à saúde desde 2009, que ampliaram a percepção do distanciamento da relação enfermeiro-paciente pela categoria e uma importante tendência ao processo de “desprofissionalização” (*grifo nosso*) caracterizado pela perda da autonomia na tomada de decisões por parte dos profissionais de enfermagem.

Outro relevante aspecto que justifica essa pesquisa é o desconhecimento de produção científica brasileira que verifique as relações existentes entre a implantação do modelo assistencial de enfermagem primária e o gerenciamento do cuidado, mediante o levantamento de situações em que os cuidados de enfermagem não são realizados e as razões para a não realização. Um Hospital Universitário do nordeste brasileiro iniciou o processo de implantação da Enfermagem Primária desde outubro de 2015, e foi oficializado por meio de projeto de implantação em maio de 2016 e efetivado o início da implantação em julho do mesmo ano.

Dessa forma, como pioneiro, este estudo poderá servir de referência a outras pesquisas e esclarecer aspectos relacionados às vantagens e implicações práticas do modelo assistencial de Enfermagem Primária.

Ressalta-se ainda a necessidade de levantar pontos que levem os profissionais de enfermagem e gestores a pensar e analisar como é conduzida a assistência dentro dos ambientes hospitalares. É necessário avaliar a prestação desses cuidados para que se possa buscar estratégias assistenciais e avaliativas que contribuam para a eficiência de todo processo assistencial.

Pelo exposto, contextualizou-se o objeto deste estudo como a predição de relações entre a implantação do modelo de enfermagem primária, a partir da omissão do cuidado e as respectivas razões, com vistas ao gerenciamento do cuidado de enfermagem no âmbito assistencial hospitalar. Pretendeu-se, assim, responder a questão: “Quais as correlações existentes entre a omissão de cuidados de enfermagem e as respectivas razões atribuídas por profissionais para o gerenciamento dos cuidados e a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária em âmbito hospitalar?”

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Predizer as relações existentes entre a implantação do modelo assistencial de enfermagem primária para o gerenciamento do cuidado de enfermagem ante a omissão de cuidados de enfermagem e as respectivas razões atribuídas por profissionais.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os cuidados de enfermagem omitidos e as respectivas razões atribuídas por profissionais de enfermagem após implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária.
- Relacionar os cuidados de enfermagem omitidos e as razões da omissão com as características socioeducacionais e de trabalho.
- Determinar a relação entre a omissão de cuidados de enfermagem e as respectivas razões atribuídas por profissionais com as características assistenciais da Enfermagem Primária visando o gerenciamento do cuidado de enfermagem.
- Avaliar como as razões da omissão do cuidado, atribuído pelos profissionais de enfermagem, explicam os cuidados de enfermagem omitidos durante a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária.
- Comparar o nível de cuidados de enfermagem omitidos e as razões da omissão em dois momentos após a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

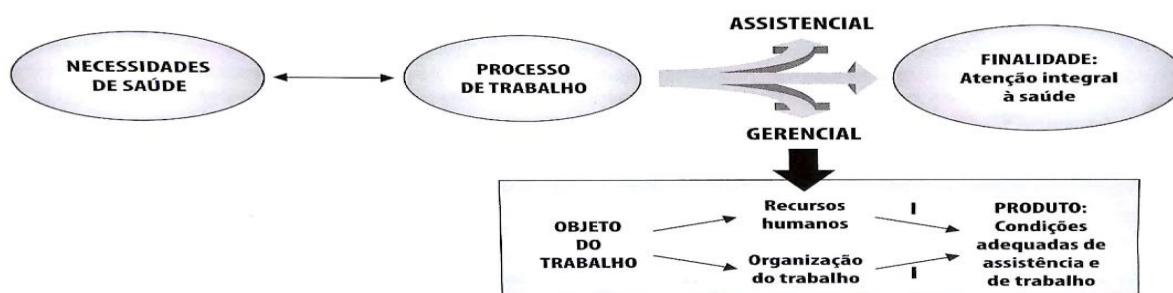
3.1 Gerenciamento do Cuidado em Enfermagem

O trabalho é idealizado como atividade humana de cunho social, que é orientada por uma finalidade que dá ao homem a capacidade e a potencialidade de transformar a natureza e de ser por ela transformado (MARX,1982). A enfermagem se insere na dimensão do trabalho, enquanto prática social, marcada por determinação históricas, sociais, econômicas e políticas. A enfermagem moderna surgiu na Inglaterra, com Florence Nigtingale, na segunda metade do século XIX, de onde surgem o exercício de atividades de gerenciamento associadas a organização do ambiente, treinamento da equipe e o planejamento do cuidado propriamente dito (FELLI E PEDUZZI, 2014).

Nessa concepção, o trabalho em enfermagem constitui um processo que é sistematizado mediante as necessidades de saúde da população e tem por finalidade a atenção integral à saúde. Segundo Gomes et al. (1997) o trabalho de enfermagem organiza-se através da sistematização das técnicas de enfermagem, pela organização do ambiente terapêutico e o uso de técnicas e mecanismos disciplinares.

O processo de trabalho de enfermagem estrutura-se então em uma rede de subprocessos que são denominados de cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar. Especificamente sobre o trabalho do enfermeiro, evidencia-se que as intervenções desse agente concretizam dois diferentes processos de trabalho: o processo cuidar e o processo administrar. No primeiro, o enfermeiro tem como objeto de intervir nas necessidades do cuidado de enfermagem, e no segundo os objetos de trabalho do enfermeiro são a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem, que quando devidamente gerenciados criam condições adequadas de assistência e de trabalho (FELLI E PEDUZZI, 2014).

Figura 1 - Estruturação do processo de trabalho gerencial em enfermagem.

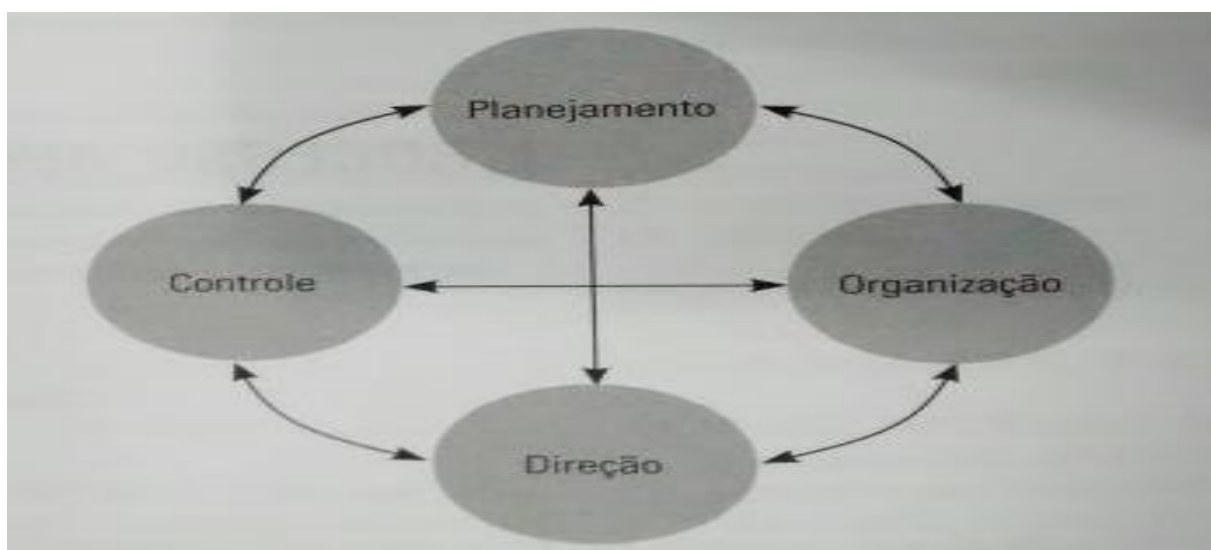


A evolução tecnológica e social, no entanto, exigiu da enfermagem novas responsabilidades administrativas e de liderança, com conhecimentos, habilidades e atitudes na gestão, tornando seus membros pensadores e administradores críticos. Como administrador o enfermeiro deve conduzir e controlar suas ações conforme suas responsabilidades e enquanto líder influenciar na eficiência da força de trabalho orientando o curso das ações de modo a criar e implementar condições adequadas à produção do cuidado e de desempenho da equipe de enfermagem (MARQUIS; HUSTON, 2010; HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Nessa linha de raciocínio, considera-se a gerência como uma atividade que tem como finalidade o cuidado, articulando a dimensão assistencial e gerencial para atingir os objetivos da instituição e da equipe de enfermagem, atendendo as necessidades de cuidado dos pacientes. O enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja, quando o transmite para outro, ou quando o faz, quando prevê e provê recursos, capacita a equipe de enfermagem e articula-se com outros profissionais em busca da consecução de melhorias do cuidado (ROSSI; DA SILVA, 2005; SANTOS; LIMA, 2011).

Considerando as funções gerenciais do enfermeiro como instrumento do processo de trabalho na busca da atenção integral à saúde, o profissional que exerce a gerência faz uso de instrumentos do trabalho administrativo como o planejamento, a organização, a coordenação e o controle (figura 02). Dessa forma a atenção à saúde pode ser considerada também como uma finalidade indireta do trabalho gerencial administrativo da enfermagem (PERES; CIAMPONE, 2006; SILVA, 2003).

Figura 2 - O processo administrativo.



Fonte: Chiavenato (2016. Pág 340).

Então, dentre os instrumentos do processo de trabalho gerencial torna-se necessário destacar o “planejamento da assistência”, como uma das importantes ações de gerenciamento do cuidado. O planejamento surgiu como forma de determinar antecipadamente o que se deve fazer e quais os objetivos a serem atingidos e envolve, portanto, raciocínio, reflexão e análise sobre a maneira de realizar determinadas tarefas, bem como sua abrangência. O processo de planejamento envolve o conhecimento do sistema como um todo, a determinação dos objetivos e prazos, o estabelecimento de prioridades, a seleção de recursos disponíveis, o desenvolvimento de plano operacional, e a avaliação (controle e supervisão) (FELLI E PEDUZZI, 2014).

Desse modo o planejamento da assistência de enfermagem tem a finalidade de atender as necessidades da clientela mediante a utilização de um método de trabalho, e se inicia à medida que se determinam objetivos a serem alcançados. As limitações no uso de métodos que sistematizem o raciocínio e as práticas de enfermagem permitem que a assistência se torne mecânica, fragmentada, massificada, descontínua e geralmente desatualizada (CIAMPONE; MELLEIRO, 2014; FELLI; PEDUZZI, 2014).

Então torna-se necessário que a enfermagem deixe de ser apenas executor de tarefas exigidas por outros profissionais e passe a assumir o que diz o artigo 8º do decreto 94.406 de 8 de Junho de 1987 que regulamenta o exercício profissional: “o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente, entre outras atividades, a planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços de assistência de enfermagem.

O processo de “organização”, como função administrativa, refere-se ao ato de organizar, estruturar e integrar recursos e os órgãos incumbidos de sua administração em prol de objetivos comuns. No cuidado prestado ao paciente a organização torna-se essencial para a determinação do tipo mais adequado de cuidado a ser oferecido ao paciente de forma que as atividades de grupo também atendam as metas da unidade (CHIAVENATO, 2016; MARQUIS; HUSTON, 2010).

Tudo que foi planejado e organizado depende da “direção” para influenciar e orientar as atividades, por meio das atividades das pessoas e da aplicação de recursos que compõe a organização. Na prestação do cuidado ao paciente é essencial na administração de conflitos, na delegação de atividades e no processo de comunicação (CHIAVENATO, 2016; MARQUIS; HUSTON, 2010).

O “controle” assegura, mediante a monitoração, que as atividades estão em conformidade com as planejadas, podendo envolver o controle de qualidade, o controle legal,

ético, profissional e acadêmico. Deve auxiliar na garantia de que os objetivos estabelecidos sejam alcançados da melhor maneira possível (CHIAVENATO, 2016; MARQUIS; HUSTON, 2010).

É foco desse estudo a função de organização do processo administrativo relacionada aos serviços de enfermagem. Nesse sentido, Souza, Santos e Monteiro (2013) e Benedet et al. (2016) destacam que ao longo de sua trajetória histórica a enfermagem foi procurando organizar a prática assistencial mediante o desenvolvimento científico, desenvolvendo o Processo de Enfermagem (PE) que pode ser caracterizado pela habilidade de orientar as ações de cuidado, e auxiliar o enfermeiro na detecção dos problemas de saúde dos indivíduos, planejando e implementando suas ações e avaliando os resultados. Conforme Kurcgant (2014) a sistematização da assistência de enfermagem é fundamental na organização do cuidado e bastante importante como agente de comunicação, agente na educação continuada, catalisadora de atividades e indicadora de controle e avaliação.

Segundo Aiken et al. (2012) a organização e o gerenciamento da assistência possui uma relação direta com a qualidade do cuidado, pois em algumas instituições os cuidados cotidianos com a saúde dos pacientes são atribuídos a membros da equipe que não possuem qualificação suficiente, ao mesmo tempo que a falta de investimento no ambiente de trabalho torna os procedimentos realizados menos seguros.

Para Reason (2000) algumas ações gerenciais fomentam os erros a partir de condições como pressão pelo tempo, falta de pessoal, sobrecarga de trabalho, equipamentos inadequados, fadiga e inexperiência, e conseqüentemente criam a viabilidade de um acidente. Alguns cuidados de enfermagem podem ser omitidos por ações de variáveis estruturais ligadas especialmente a três componentes: estrutura (exemplo: financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada, características do hospital, unidade de internação e pessoal de enfermagem), processo (atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos, a omissão do cuidado de enfermagem) e resultados (produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas assistenciais e pessoal de enfermagem (KALISCH; TSCHANNEN; LEE, 2011; DONABEDIAN, 1988).

Nessa concepção existe várias formas de organizar o atendimento de enfermagem ao paciente, e a escolha de um modelo organizacional envolve habilidades, recursos, gravidade do paciente, a natureza e complexidade das tarefas a serem realizadas e a disponibilidade dos profissionais empregados, principalmente de suas habilidades de experiências técnicas. O líder-administrador é responsável pelo planejamento de como será prestado o trabalho assistencial, a

modelagem do clima organizacional e a verificação da melhor maneira de planejar as atividades que serão realizadas junto aos clientes (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Os sistemas de cuidados de saúde são diariamente desafiados em otimizar os resultados da assistência prestada e melhorar a relação custo-benefício de sua operacionalização. A prestação de cuidados aos doentes hospitalizados é realizada por modelos que definirão as funções desempenhadas por enfermeiros e que viabilizarão o estabelecimento de uma relação entre esses profissionais e o paciente (JUÁREZ et al., 2011; NADEAU et al., 2016).

No entanto modelos assistenciais exigem organização e regras de funcionamento e a gestão procura alcançar resultados positivos e elevar a qualidade dos cuidados de saúde como meta compartilhada pelos profissionais. A gestão do cuidado, desse modo, assume-se como um elemento essencial do desenvolvimento de competências e seus respectivos conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de enfermagem (AGRAMONTE DEL SOL; FARRES, 2010).

Torna-se necessário mencionar que existe uma grande mesclagem dos modos de organização do cuidado do paciente na maioria das instituições, considerando inclusive a popularidade do modelo. Dessa forma, torna-se importante o reconhecimento das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no cotidiano das instituições, de forma a possibilitar a visualização de lacunas no trabalho que reorientem as práticas assistenciais, deixando-as mais criativas, inovadoras e com o profissional mais próximo do cliente dos demais membros, favorecendo o conhecimento das reais necessidades da equipe e dos pacientes (COSTA; SHIMIZU, 2005).

O modelo adotado de assistência ao paciente, nem sempre permitirá condições adequadas para o eficaz gerenciamento do cuidado de enfermagem que resulte em assistência qualificada, uma vez que é árduo o processo para a execução eficiente e efetiva do gerenciamento integrado devido a influência e a necessidade de envolvimento de outros fatores como os conhecimentos e habilidades do corpo funcional, a disponibilidade de enfermeiros, dos recursos econômicos da organização, da acuidade dos pacientes e da complexidade das tarefas a serem realizadas (MARQUIS; HUSTON, 2010).

3.2 O modelo de organização Enfermagem Primária (*Primary Nursing*)

Conforme mencionado anteriormente Marquis e Huston (2010) discorrem sobre cinco formas de organizar o atendimento de enfermagem ao paciente: a) atendimento integral ao

paciente, b) enfermagem funcional, c) enfermagem de equipe e modular, d) gerenciamento de caso, e) enfermagem primária.

A enfermagem de atendimento integral ao paciente ou enfermagem por método de caso é o modo mais antigo de organização dos cuidados ao paciente. Nesse método o paciente é atribuído a o enfermeiro que presta todos os cuidados necessários ao paciente, o atendimento não é fragmentado durante o turno de trabalho. No século XIX todo o atendimento integral costumava ser realizado do domicílio e outras atividades como limpar a casa e preparar o alimento do paciente eram atribuídas ao enfermeiro. A maior desvantagem do método seria a substituição do enfermeiro responsável pelos procedimentos por alguém com menos treinamento, na tentativa de reduzir custos, por exemplo, ampliando a insegurança do processo assistencial (MARQUIS; HUSTON, 2010).

O método de enfermagem funcional originou-se na década de 1940, na Segunda Guerra Mundial, quando houve uma grande demanda por enfermeiros em toda a Europa, surgindo a necessidade de “auxiliares” para prestar os cuidados aos pacientes, então pessoas eram treinadas para a realização de tarefas simples e se qualificavam mediante a repetição dos procedimentos, os enfermeiros assumiam o posto de “gerentes do atendimento” em vez de cuidadores diretos. As principais tarefas da enfermagem funcional eram a verificação da pressão arterial, administração de medicamentos, troca de roupa de cama e banho dos pacientes. Embora rejeitado por administradores modernos devido a possibilidade do cuidado torna-se fragmentado e algumas necessidades ignoradas, a enfermagem funcional é considerada eficiente e possibilita um atendimento com uma quantidade mínima de enfermeiros, pois estes são direcionados a atividades que exijam mais habilidade (MARQUIS; HUSTON, 2010).

A enfermagem de equipe surgiu na década de 1950 na tentativa de reduzir o cuidado fragmentado e outros problemas associados a organização funcional do atendimento ao paciente. Na enfermagem de equipe, auxiliares ou atendentes oferecem seus cuidados a um grupo de pacientes sob a direção de um enfermeiro profissional. Esse enfermeiro será o líder da equipe, que não deve ter mais que 5 pessoas, e deverá planejar o atendimento individual ao paciente mediante o conhecimento de suas necessidades. Apesar da possibilidade de oferecer atendimento completo ao paciente o tempo insuficiente pode interferir no planejamento e na comunicação da equipe e conseqüentemente fragmentar o cuidado e facilitar erros (MARQUIS; HUSTON, 2010).

No Brasil, em 1966, a Associação Brasileira de Enfermagem-ABEN divulgou um livro intitulado “Equipe de enfermagem organização e funcionamento” que foi fruto da origem do trabalho em equipe nos Estados Unidos através de experiências realizadas no *Teacher,s College*

da Universidade de Colúmbia fomentando a proposta de trabalho em equipe introduzida no serviço de enfermagem (KURCGANT,2014).

O Gerenciamento de Casos é um processo que, segundo a *Case Management Society of America* (CMSA), planeja, implementa, coordena, monitora e avalia as opções de serviço para o atendimento as necessidades de saúde individuais. O foco do gerenciamento está voltado a cada paciente e não em um grupo deles, considerando a via crítica e o plano de atendimento de enfermagem (MARQUIS; HUSTON, 2010). Gonzales (2003) destaca que o gerenciamento de casos consiste na definição de um grupo de profissionais de saúde para gerenciar o cuidado ao paciente, de forma continuada, durante uma doença ou um processo de incapacidade, devendo fazer julgamentos sobre a necessidade da atenção e sobre os serviços prescritos e recebidos.

A Enfermagem Primária, foco dessa investigação, utiliza conceitos do atendimento integral e exige uma relação entre o enfermeiro e o paciente, em que o atendimento exige responsabilidade, clareza e planejamento. O enfermeiro primário planejará o atendimento de um ou mais pacientes desde a internação ou início do tratamento até a alta hospitalar ou fim do tratamento (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Tratando-se do surgimento da Enfermagem Primária torna-se importante destacar que após a Primeira Guerra Mundial, na década de 1920, a enfermagem foi vista como uma alternativa de ensino e uma respeitada carreira a ser seguida quando comparada aos demais empregos disponíveis à época, ocasionando um grande aumento nas escolas de enfermagem nos Estados Unidos e conseqüentemente no número de profissionais. Na década seguinte o excesso da oferta da mão de obra trouxe como consequência os baixos salários e altos níveis de desemprego. Durante esse período muitos enfermeiros trabalhavam apenas em troca de alimentos e moradia (MANTHEY, 2014).

No Brasil, na década de 1920, tem-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e a da primeira Escola de Enfermagem do país, a Escola de Enfermeiras do DNSP, sob influência da enfermagem norte americana, que posteriormente passou a ser chamada de escola Anna Nery. Em 1922 o Brasil recebeu supervisoras e instrutoras americanas para dar andamento aos serviços no DNSP e organizar a escola, até que as diplomadas brasileiras as substituíssem (OLIVEIRA; BARREIRA, 2000; KRUSE, 2006).

O passar dos anos e o início da Segunda Guerra Mundial, em 1939, trouxe consigo a grande necessidade de enfermeiros treinados para que pudessem realizar tecnicamente todo o cuidado necessário as vítimas da guerra. A grande necessidade de profissionais criou uma escassez dos serviços de enfermagem, principalmente de cuidados qualificados. Ações governamentais buscavam ofertar programas de curta duração para qualificação de pessoas para

prestar simples cuidados técnicos em enfermagem aos militares, criando e ampliando o serviço “técnico” e “auxiliar” de enfermagem (MANTHEY, 2014).

No Brasil, com a eclosão da 2ª Guerra Mundial, surgiram novas oportunidades de laços econômicos, políticos e militares com os EUA. Os acordos permitiram uma expansão das instituições de saúde brasileira, principalmente para regiões interioranas. No processo de ensino e assistencial, as enfermeiras americanas tiveram que adaptar o modelo anglo-americano de enfermagem à realidade brasileira, embasadas no modelo de enfermagem científica proposto por Florence Nightingale (OLIVEIRA; BARREIRA, 2000; KRUSE, 2006).

Após esse período, na década de 1950, modelos assistências foram desenvolvidos de forma a oferecer os cuidados diretos de enfermagem com a participação de técnicos e auxiliares supervisionados por enfermeiros. O foco seria o grande crescimento hospitalar no pós guerra e o crescimento sem precedentes de leitos hospitalares. Nesse mesmo período a construção do modelo “enfermagem de equipe” se espalhou pelos países e passou a ser sinônimo de superioridade no atendimento de enfermagem (MANTHEY, 2014).

Em 1950 foram construídos os princípios científicos da enfermagem, que compuseram livros clássicos nos Estados Unidos, precedendo as teorias de enfermagem, como um avanço às antigas técnicas de prestação de cuidados. Apenas em 1965 a edição brasileira que foi disponibilizada favorecendo a organização do conhecimento e do cuidado ao paciente. Trata-se do processo de enfermagem (KRUSE, 2006).

Em meados dos anos de 1960 uma grande rotatividade da equipe de enfermagem atrelada a insatisfação de pacientes, de médicos e da própria equipe fez surgir o desenvolvimento de programas de treinamento para qualificar os profissionais de enfermagem para a prestação da assistência, principalmente devido a fragmentação, despersonalização e descontinuidade do cuidado, canais de comunicação complexos, responsabilidade compartilhada e falta de responsabilização na prestação do cuidado. Surgiu então uma organização alternativa, para resolução dos problemas em questão, que foi denominado de Enfermagem Primária (MANTHEY, 2014). No Brasil houve uma forte expansão do mercado de trabalho em saúde, na década de 1970, impulsionando o processo de formação de profissionais de enfermagem (MAGALHÃES; JUCHEM, 2000).

Percebe-se que a enfermagem primária foi então instituída em momento de crise no sistema de saúde norte americano, especialmente no que se refere ao número de enfermeiros disponíveis, levando em consideração, ainda o pressuposto de que a utilização adequada de enfermeiros no âmbito da gestão da unidade minimizará os impactos burocráticos e maximizará

os valores dos serviços individualizados, principalmente no tempo disponível na prestação do cuidado ao paciente. (MANTHEY, 2014).

Pelo exposto o conceito do Enfermagem Primária foi originado nos Estados Unidos da América (EUA) mais especificamente na Universidade de Minnesota nas décadas de 1960 e 1970 e em 1980 na Austrália quando foi aplicado e descrito por Marie Manthey, embora ter sido mencionado por Russel Barton em 1959 em seu trabalho para combater neuroses institucionais (BOWERS, 1989). Fairbrother, Jones e Rivas (2010), no entanto, analisa que este modelo foi bastante importante até a década de 1930 e o seu surgimento foi desde a época de Florence Nightingale, Manthey teria sido quem aperfeiçoou e viabilizou a popularidade do mesmo nas décadas de 1960 e 1970, devendo também destacar o trabalho pioneiro de *Lydia Hall* no *Loeb Centre*, em Nova Iorque, durante os anos 60, também reconhecidos por Manthey (PONTIN, 1999).

No Brasil, na década de 1990, a enfermeira Lore Cecília Marx buscou informações sobre a enfermagem primária junto a Marie Manthey e trouxe todo o conhecimento adquirido para disseminar no Brasil por meio da implantação do mesmo no Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Para Marx (2006) a Enfermagem Primária é uma forma de resgatar valores para tornar mais humana a realidade das instituições de saúde sendo considerado um sistema bastante resolutivo, por priorizar cuidados sequenciais e executados pelas mesmas pessoas, viabilizando uma aferição mais precisa.

A modelo é uma forma sistemática de organizar a Enfermagem no campo assistencial, respeitando o conceito de cuidado individualizado. Cada cliente está associado a um profissional que será responsável por todos seus cuidados, vinte e quatro horas por dia durante todo o período de internação ou tratamento. A equipe de enfermagem é organizada de forma que se responsabilize individualmente pelo planejamento, avaliação, supervisão e implementação do cuidado (CARMONA; LALUNA, 2002). Para Marx e Morita (1998): “Trata-se de um sistema personalizado de atendimento do cliente interno e externo e por se tratar de uma modalidade que envolve o conhecimento específico e abrange o cuidar, o profissional precisa estar aberto às inovações e constantes mudanças no sistema”.

Nesse contexto o modelo se desenvolve visando a organização do serviço de enfermagem, fundamentada no respeito ao indivíduo, na qualidade da assistência, na satisfação do paciente e na autonomia do profissional. O enfermeiro ficará responsável pela assistência integral aos pacientes a ele designados, devendo identificar todos os cuidados que serão necessários para a assistência, supervisionar os cuidados implementados e elaborar o plano de alta hospitalar (RUBIO et al., 2011).

Segundo Rubio et al. (2011) os princípios que norteiam o Sistema de Enfermagem Primária são: tomada de decisão por um único enfermeiro, atribuições de enfermagem baseadas nas habilidades dos profissionais envolvidos nos cuidados e na necessidade dos pacientes, estabelecendo o enfermeiro como o centro da comunicação do paciente, resgatando a relação entre eles, considerando que a elaboração do plano de cuidados é de responsabilidade de um único enfermeiro, não sendo delegada ao do próximo turno.

Para Manthey (2014) o Enfermeiro chefe tem um papel crucial como líder, clínico, validador e facilitador de comunicação. Assim sendo, a Enfermagem Primária se torna o referencial do paciente e de sua família durante toda a internação, solidificando o vínculo enfermeiro/paciente/ família e favorecendo a assistência individualizada.

Considerando que a organização dos processos de trabalho é um desafio a ser enfrentado para a mudança dos serviços de saúde e que a organização do serviço de enfermagem torna-se necessária para o cumprimento dos padrões de segurança e garantia da qualidade do cuidado, em Julho de 2016 o Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI) implantou o modelo assistencial de enfermagem primária com cronograma para atender todos os seus postos de internação (HU-UFPI, 2017).

O processo de implantação da Enfermagem Primária no HU-UFPI teve início em outubro de 2015 e foi embasado nos preceitos de Manthey, mas com adaptações mediante a análise da realidade de cuidado, diretrizes e metas da Organização HU, da Comissão de transição de práticas hospitalares dos estudantes de enfermagem da UFPI, Campus Teresina, para o HU recém inaugurado, do diagnóstico gerencial da Divisão de Enfermagem do Hospital, bem outros autores que se fizeram necessário (HU-UFPI, 2017).

Essa trajetória comprova que apesar das orientações quanto a etapas-padrão de implantação, Manthey (2014) é categórica em afirmar que não existe uma maneira única de realizar a implantação da Enfermagem Primária, pois o modelo deve considerar os aspectos essenciais e específicos da organização foco, a nosologia, enfim, sendo imprescindível a adaptação do modelo ao ambiente em que ocorre, desde que preservadas as premissas que o caracterizam (HU-UFPI, 2017).

O processo de implantação da enfermagem primária no HU-UFPI deve como primeiro momento o levantamento das características de como o cuidado de enfermagem estava organizado dentro do hospital e o compromisso em explorar e avaliar o sistema de modo a decidir na implementação ou não da enfermagem primária. Esse momento ocorreu em parceria com a Universidade Federal do Piauí. Na oportunidade foi disponibilizado a toda a equipe artigos com experiências brasileiras em Enfermagem Primária, foi eleito um Posto de

Internação para que os estudantes-estagiários do último ano do Curso executassem o modelo numa perspectiva acadêmica, servindo como espelho a organização dos cuidados pelos docentes aos profissionais do posto piloto, turno manhã (HU-UFPI, 2017).

Dois meses antes da implantação de fato, foram feitos painéis integrados sobre os modelos assistenciais, utilizando o livro de Manthey (2014) e outros autores, com profissionais enfermeiros denominados “referencias” de todos os turnos, setores, unidades e serviços do HU-UFPI. Esse processo durou oito meses, sendo fundamental para que a equipe pudesse ter acesso a conhecimento mais aprofundado sobre o modelo de organização proposto através da realização de leitura de textos, os painéis, discussões na semana de enfermagem, leitura de livros, palestras dos estudantes e relatos de experiências pessoais (HU-UFPI, 2017).

Paralelamente nas reuniões de área mensais e trimestrais foi sendo verificado as opiniões dos membros da equipe e incentivado pela gestão o processo de discussão sobre a temática, de forma que cada indivíduo amplie cada vez mais a percepção sobre o sistema de prestação de cuidados pretendido. As perguntas surgiram nesse momento originadas do conhecimento que foi adquirido pela equipe sobre o modelo, no primeiro momento (HU-UFPI, 2017).

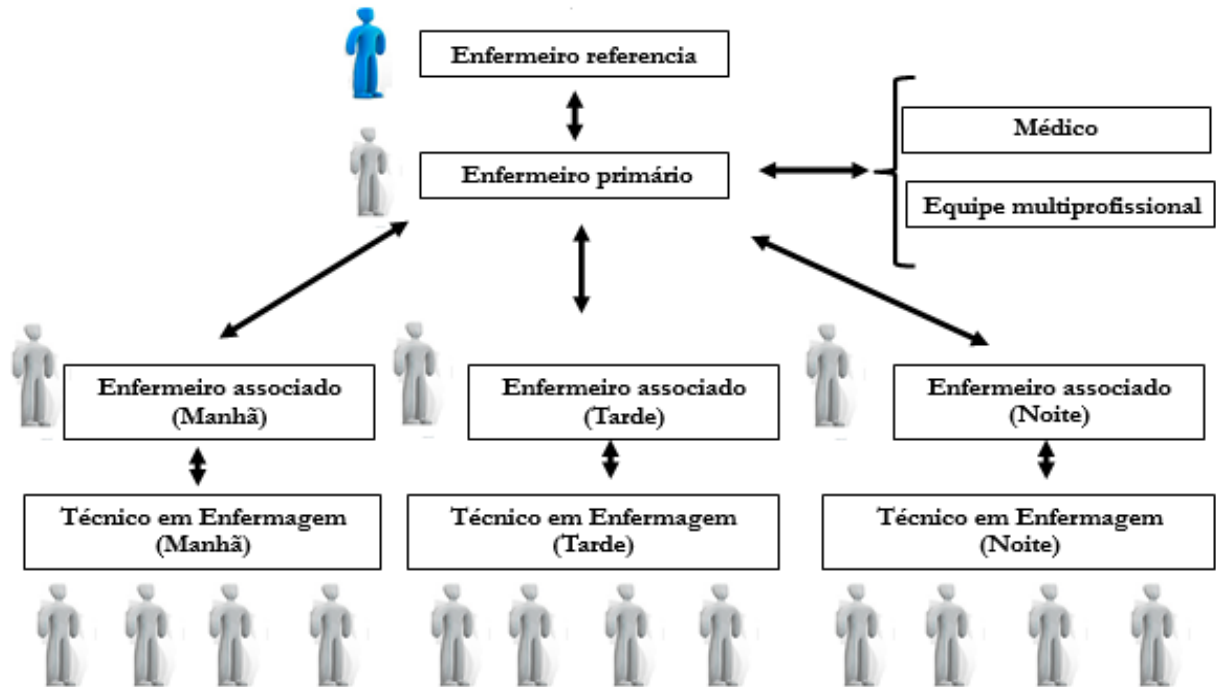
Seguiu-se ao segundo momento, após a ampla sensibilização da equipe, o processo de implantação propriamente dito, que iniciou em primeiro de julho de 2016 nos postos 2 e 3 de internação, em primeiro de agosto de 2016 no posto 4 de internação e em primeiro de setembro de 2016 no Posto 1 de internação, em primeiro de outubro foi implantado na Unidade de Terapia Intensiva. Nesse período a gestão de enfermagem fez o processo de avaliação interna da eficácia da estrutura administrativa; nomeou líderes de área com cronogramas de execução progressivo, estimulou a comunicação entre turnos dos enfermeiros denominados “referência” e, estabeleceu comissão consultivo para a Enfermagem Primária.

O terceiro momento trata-se de avaliar o efeito da alteração do modelo na prestação do cuidado nos serviços de enfermagem, produzindo informações claras e disponíveis a toda equipe assistencial, permitindo uma avaliação situacional, por meio de instrumento validado analiticamente no Brasil quanto ao cuidado de enfermagem (HU-UFPI, 2017).

Após o processo de implantação propriamente dito, a organização da assistência passou a seguir um modelo estrutural e um fluxo de atos assistenciais próprios do HU-UFPI, mediante os aspectos essenciais e específicos da Organização. É importante destacar que apesar das atribuições de funções dentro do modelo serem semelhantes, algumas experiências de implantação e estudiosos da área fazem denominações diferentes, muitas vezes partido do modelo que foi substituído. O HU-UFPI estruturou sua equipe conforme descrito na figura 03,

considerando a teoria organizacional de tomada de decisão descentralizada, devido a imprevisibilidade das tarefas realizadas (HU-UFPI, 2017).

Figura 3 - Estruturação do modelo de enfermagem primária do HU-UFPI. Teresina/PI, 2017



Fonte: HU-UFPI (2017).

Para Marquis e Huston (2010) o modelo é estruturado considerando em sua composição um enfermeiro-chefe (referencia), enfermeiro primário e um enfermeiro que será coparticipante do cuidado ao paciente no período de folgas ou férias, sendo este conhecido como enfermeiro-associado. Além dos enfermeiros, o modelo pode contar também com uma equipe de técnicos ou auxiliares de enfermagem que são denominados de extensores do cuidado. Os extensores também prestarão a assistência de forma individualizada seguindo os mesmos critérios organizacionais do modelo.

O “enfermeiro referência” exerce o papel de liderança com competência técnica e contínua responsabilidade pela administração geral. É responsável também pela qualidade do tratamento ministrado a todos os pacientes internados na unidade, e em algumas ocasiões pode assumir o papel de enfermeiro primário conforme sua disponibilidade de tempo, desempenhando também cuidado direto ao paciente. O “enfermeiro primário”, será o responsável por planejar e avaliar os cuidados de enfermagem para pacientes e também supervisionar a implementação do cuidado, prestando assistência direta e integral aos pacientes. O “enfermeiro associado”, terá a responsabilidade de implementar cuidados, conforme

planejado pelo enfermeiro primário, quando esta estiver ausente do serviço. (CARMONA; LALUNA, 2002; MARQUIS; HUSTON, 2010). Manthey (2014) estrutura o modelo com uma equipe composta por enfermeiro-chefe (temporário), enfermeiro referência, enfermeiro referência-associado e especialista clínico.

A estruturação da figura 3 originou um fluxo assistencial no HU-UFPI que insere as ações dos profissionais desde a admissão dos pacientes e às ações assistenciais prioritárias de cada membro da equipe para atuação organizacional do modelo de Enfermagem Primária na prestação de assistência (Figura 4) (HU-UFPI, 2017).

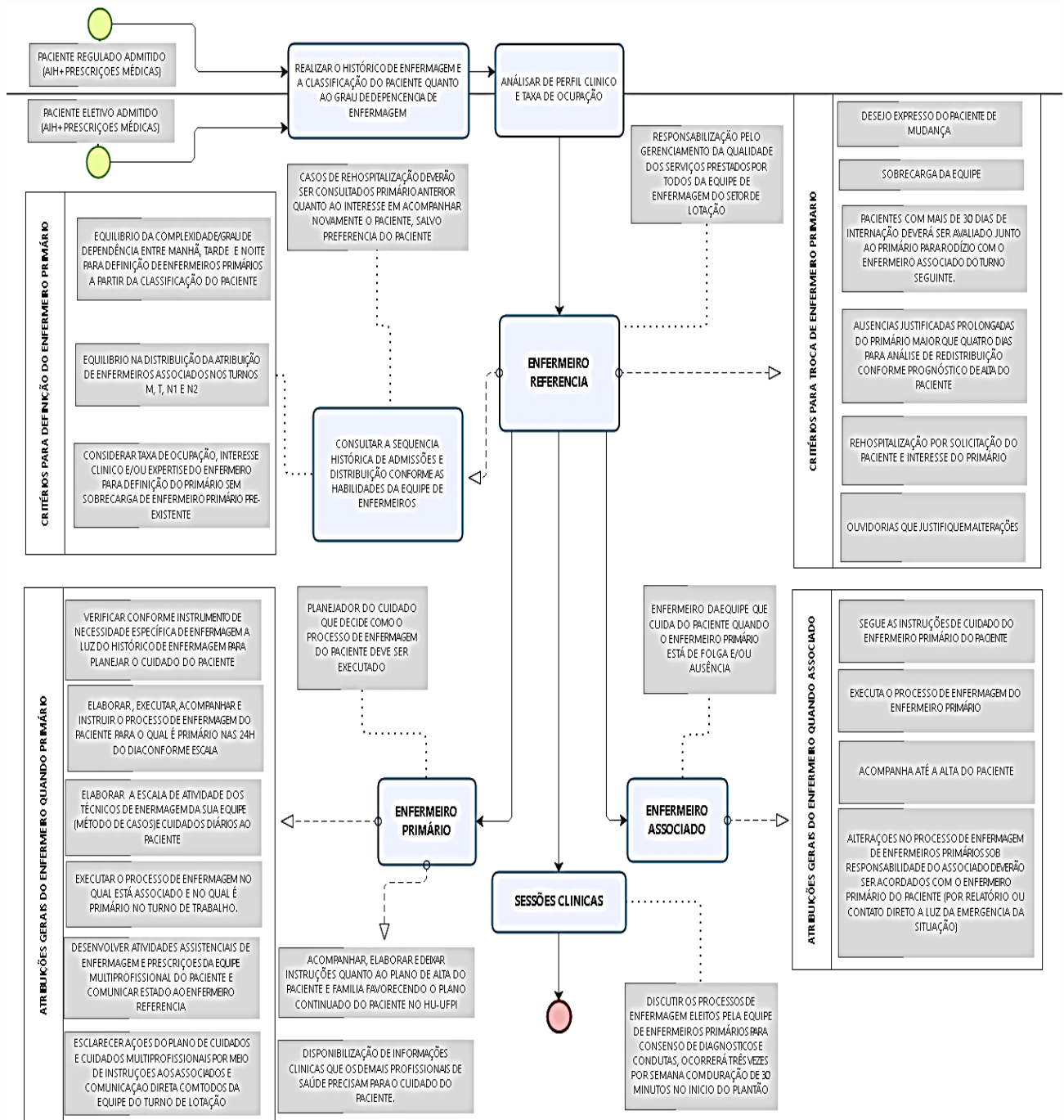
O HU-UFPI têm se empenhado em instituir o Modelo de Assistência por Linhas de Cuidado como balizador de toda a estrutura de cuidado do Hospital, como uma alternativa de reorganizar as ações no âmbito hospitalar, no qual todas as categorias profissionais são provocadas a exercer a integralidade da assistência, abandonando o modelo multiprofissional e, fortalecendo a interdisciplinaridade e transdisciplinaridade por meio das melhores práticas de ensino, pesquisa e extensão (HU-UFPI, 2017). Para Cecílio e Merhy (2003) para organização das linhas do cuidado é essencial o planejamento de fluxos que possuam resolutividade dentro de uma rede cuidadora, mediante organização da gestão setorial e das práticas assistenciais.

É importante também considerar que diversas mudanças no comportamento dos usuários dos serviços de saúde ocorreram nos últimos anos, paralelas a fortes mudanças nos cenários políticos, econômicos, sociais e de difusão tecnológica no Brasil. Nesse contexto os órgãos que prestam serviços de saúde devem estar adaptados a essas novas demandas, buscando pela gestão da qualidade dos serviços (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2014).

Manthey (2014) enfatiza que a enfermagem primária é essencial no preparo do aluno para as complexidades do mundo real, sendo o enfermeiro primário capaz de trazer inúmeros benefícios na educação prática de um quadro clínico em específico, do que sua abordagem apenas teórica. O currículo da graduação com a modalidade “*Primary Nursing*” viabiliza o desenvolvimento de profundas habilidades básicas na tomada de decisões.

A Universidade Federal do Piauí incorporou os preceitos da enfermagem primária no Estágio Curricular I desde outubro de 2015 após difundir-teoricamente desde da década de 1990 na disciplina de Administração em Enfermagem, assim como dos demais modelos de assistência mencionados até o momento (UFPI, 2017). O fluxo apresentado foi desenvolvido em Colaboração com docentes da disciplina de Administração mencionada.

Figura 4 – Fluxo de atos assistenciais da Enfermagem Primária do HU-UFPI. Teresina, Piauí 2017



Fonte: HU-UFPI (2017).

Ao considerar os atos assistenciais detalhados no fluxo da Figura 4, torna-se essencial a sua descrição e fundamentação teórica.

O fluxo de atos assistências descrito representa o “Sistema Preliminar de Prestação de Cuidados de Enfermagem do HU-UFPI - Enfermagem Primária” que tem seu início a partir da

admissão dos pacientes, sejam eles eletivos ou regulados, para então receberem, dentre outros cuidados, os de enfermagem. Durante o processo de admissão do paciente é realizado o histórico de enfermagem e a sua classificação quanto ao grau de dependência, além da análise de perfil clínico e taxa de ocupação hospitalar (HU-UFPI, 2017).

Os cuidados de enfermagem prestados ao paciente admitido no HU-UFPI são gerenciados pela equipe de enfermagem, composta por enfermeiros e técnicos em enfermagem, organizados dentro do modelo assistencial de Enfermagem Primária (HU-UFPI, 2017).

Os enfermeiros possuem três denominações, conforme suas atribuições dentro do ambiente de trabalho. O enfermeiro referência tem como principal atividade o gerenciamento da qualidade dos serviços prestados por todos da equipe de enfermagem do setor de lotação. Esse enfermeiro analisa a partir dos dados coletados na admissão do paciente a sequência histórica de admissões e de distribuição de pacientes entre os enfermeiros denominados primários com projeção para todos os turnos. Para tanto, considera-se as habilidades dos membros da equipe de enfermeiros, para então atribuir um paciente a um respectivo enfermeiro planejador do cuidado, o primário, que decidirá como o processo de enfermagem do paciente deve ser executado. O enfermeiro da equipe que cuida do paciente quando o primário está de folga e/ou ausência é o associado. Os técnicos em enfermagem participam da assistência aos pacientes como “extensores do cuidado” e estão vinculados diretamente ao enfermeiro primário ou associado, que será o responsável em elaborar a sua escala de atividades embasada no método de casos conforme a necessidade de cada paciente sob sua reponsabilidade (HU-UFPI, 2017).

O enfermeiro primário do HU-UFPI, deve planejar o cuidado ao paciente considerando a suas necessidades específicas, mediante elaboração, execução, acompanhamento e instrução do processo de enfermagem 24h por dia, sendo responsável por desenvolver atividades assistenciais de enfermagem, executar prescrições da equipe multiprofissional e comunicar o estado do paciente ao enfermeiro referência (HU-UFPI, 2017). Torna-se perceptível o processo de responsabilização pela tomada de decisões sobre a assistência ao paciente que para Manthey (2014) é o primeiro elemento organizacional do sistema de Enfermagem Primária.

Nesse contexto, dentre outras atribuições, o enfermeiro primário deve esclarecer ações do plano de cuidados dele e de cuidados multiprofissionais por meio de instruções aos associados e da comunicação direta com todos membros da equipe do turno de lotação, disponibilizando informações clínicas que os demais profissionais de saúde precisam para o cuidado do paciente, além de acompanhar, elaborar e deixar instruções quanto ao plano de alta do paciente e família, favorecendo o plano continuado do paciente no HU-UFPI (HU-UFPI,

2017). Para Manthey (2014) os canais diretos de comunicação foram desenvolvidos para corrigir distorções de comunicação na equipe de enfermagem, evitando intermediações entre a transmissão de informações.

O processo de comunicação permite um melhor relacionamento com a equipe, o paciente e a família, mediante troca de informações e identificação de necessidades, cabendo ao profissional focar em sua priorização para planejamento de suas ações (MOURÃO et al., 2009). Para Potter e Perry (2013 p.291) “o maior desafio de um gerente, especialmente em caso de um grupo de trabalho grande, é a comunicação com a equipe.

No momento que o enfermeiro primário estiver ausente o paciente receberá assistência de um enfermeiro denominado de associado e da equipe de técnico em enfermagem. O associado deverá seguir as instruções de cuidado do enfermeiro primário do paciente, executando o processo de enfermagem que só poderá ser alterado mediante concordância do enfermeiro primário responsável pela elaboração do plano de cuidados (HU-UFPI, 2017). Conforme Manthey (2014), a maneira como as tarefas são atribuídas de uma base de turno a turno descreve o método de atribuição diária do paciente, conhecido como método de caso, que levará em consideração a combinação das necessidades dos pacientes com as habilidades dos prestadores. O processo de atribuição diária se inicia com a admissão do paciente.

Potter e Perry (2013 p. 296) enfatizam que os modelos de prestação de cuidados de enfermagem sofrem mudanças mediante as alterações na reponsabilidade e autonomia do enfermeiro na prestação do cuidado. Marquis e Huston (2010) esclarecem a dificuldade da implementação da enfermagem primária devido a exigência de muita responsabilidade e autonomia do enfermeiro primário, embora exista uma alta satisfação no trabalho no referido modelo. Um enfermeiro primário inábil pode não conseguir coordenar uma equipe multidisciplinar, ou identificar necessidades complexas ou mudanças nas condições do paciente.

Para Manthey (1980) o enfermeiro primário deve dominar e possuir habilidades de tomada de decisões clínicas e de tomada de decisão administrativa, bem como a de relacionamento terapêutico com o paciente. Administrar uma grande quantidade de pacientes requer planejamento, inclusive estabelecimento de prioridades, julgamento seguro em situações de aplicação do cuidado e avaliação de sua eficiência. Nessa perspectiva o fluxo de atos assistenciais proposto pelo Hospital em foco define sessões clínicas que devem ocorrer para discussão e socialização dos enfermeiros sobre os pacientes primários até três vezes por semana em cada um dos três turnos de trabalho: manhã, tarde e noite.

Os membros da equipe de enfermagem possuem uma visão global das necessidades do paciente e família. Os pacientes geralmente ficam mais satisfeitos, devido ao aumento da frequência das interações com um só enfermeiro que possui conhecimentos específicos sobre eles, denominado de enfermeiro primário. Para Lima et al., (2015), no cuidado à família, a mesma se sente assistida quando recebe informações acerca de seu membro que se encontra internado, além da atenção e apoio por parte da equipe.

IYER et al. (1993) enfatiza que os demais profissionais da área da saúde preferem coletar informação de um profissional da enfermagem que esteja informado acerca de todos os cuidados dos pacientes, fato que é característica do modelo assistencial de enfermagem primária.

Manthey (2014) explica que na Enfermagem Primária diversos critérios podem ser utilizados para atribuição de pacientes aos enfermeiros primários, em especial as necessidades específicas dos pacientes. No fluxo de atos assistenciais do HU-UFPI alguns critérios são considerados para definição do enfermeiro primário: equilíbrio da complexidade e do grau de dependência entre os turnos de trabalho; Equilíbrio na distribuição da atribuição de enfermeiros associados nos turnos de trabalho; Taxa de ocupação hospitalar, interesse clínico e/ou expertise do enfermeiro para definição do primário, sem sobrecarga de enfermeiro primário pré-existente. Nos casos de ré-hospitalização deverão ser consultados primário anterior quanto ao interesse em acompanhar novamente o paciente, salvo preferência do paciente (HU-UFPI, 2017).

Quando um paciente está sob os cuidados de um enfermeiro primário, este poderá ser substituído mediante o desejo do paciente, a sobrecarga da equipe, ausências prolongadas no ambiente de trabalho (folgas, atestados), quando os cuidados estão sendo prestados a pacientes que estão internados por mais de 30 dias ou ouvidorias que justifiquem as alterações (HU-UFPI, 2017).

Reitera-se que o fluxo viabiliza, ainda, momentos de discussões dos processos de enfermagem eleitos pela equipe de enfermeiros primários para consenso de diagnósticos e condutas, ocorrendo três vezes por semana com duração de 30 minutos no início do plantão, denominados de sessões clínicas. Vale ressaltar que a tomada de decisões clínicas exige bastante conhecimento e domínio sobre as patologias e sobre o cliente em seu contexto sócio-bio-psico-espiritual. Este conhecimento, por sua vez, vem da experiência prática do enfermeiro. No Enfermagem Primária o enfermeiro deve administrar vários casos simultaneamente e isto exige um grande domínio de estabelecimento de prioridades para atender a todos os pacientes em seus graus de necessidades (CARMONA; LALUNA, 2002). “Se o enfermeiro não tomar decisões clínicas precisas em relação ao cliente, resultados indesejáveis provavelmente

ocorrerão” (POTTER; PERRY, 2013, p. 202). Percebe-se que o processo de gerenciamento do cuidado exige muita atenção e cautela para o desenvolvimento das habilidades organizacionais.

Dentre os itens que compõe o processo de coordenação do cuidado clínico cabe destacar a “definição de prioridades”. Para Potter e Perry (2013) é essencial que, em todas as situações de cuidado, o cliente seja devidamente avaliado para o reconhecimento de todos os seus problemas e se defina as suas prioridades assistenciais, que devem ser compartilhadas com o cliente.

O estabelecimento de prioridades será imposto pelo profissional de enfermagem responsável diretamente pela prestação do cuidado, devendo este usar a autonomia, o poder do conhecimento e a experiência para decidir o cuidado competente que será prestado (MANTHEY, 2014). No entanto, a omissão dos cuidados de enfermagem podem trazer implicações negativas nos resultados relacionados à assistência aos pacientes e pode ameaçar a segurança dos mesmos (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

Para tanto torna-se necessário descentralizar o poder, socializar o saber e reorganizar o processo de trabalho (KURCGANT,2014). Nas instituições de saúde, o enfermeiro pode ser considerado facilitador no processo de identificação de riscos de efeitos adversos, e a sua postura de liderança poderá melhorar o processo de prestação da assistência. As instituições de saúde precisam desenvolver ações que visam à otimização da assistência ao paciente com a finalidade de diminuir os erros decorrentes de falhas no sistema. As instituições devem buscar trabalhar com ferramentas capazes de identificar e corrigir as fragilidades existentes na assistência e conseqüentemente no processo de otimização de recursos (FRANÇOLIN, et al., 2015).

Marx e Morita (1998) descreve que antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos doentes pobres, portadores de doenças contagiosas, que representavam risco à sociedade. A partir do momento que o hospital passou a ser visto como um instrumento de cura, passou a surgir um processo de organização hospitalar para prestação do cuidado.

Segundo Rubio et al. (2011) a tomada de decisão e a elaboração do plano de cuidados é de responsabilidade de um único enfermeiro no modelo assistencial de Enfermagem Primária, no entanto, Holmes (1987 apud Carmona e Laluna, 2002) destaca fatores estressantes atrelados ao modelo, como o receio da culpabilidade pelo resultado final da assistência prestada e a importância da responsabilidade de assumir o paciente nas 24 horas, independente de êxito ou fracasso assistencial, além de possíveis conflitos de relacionamento como equipe médica. Para Manthey (2014) o processo de responsabilização reduz as possibilidades de erros associados a

prestação do cuidado assim como a compreensão e aceitação do erro, pela gestão, como um elemento de risco na tomada de decisão.

Conforme Garcia e Nóbrega (2009) a prática profissional de enfermagem é desempenhada de forma sistemática, organizando as ações e as condições para prestação do cuidado, através do Processo de Enfermagem (Histórico, diagnósticos, planejamento, implementação e avaliação dos resultados de enfermagem). Manthey (2014) esclarece que em diversas situações o enfermeiro toma uma decisão sem que antes realize as etapas do processo de enfermagem, por falta de tempo em adquirir todas as informações relevantes. Nessa perspectiva uma decisão errada poderá ser tomada, considerando que a informação na qual foi baseada era inadequada e conseqüentemente gerar um evento adverso na prestação da assistência ao paciente.

Kalisch, Landstrom e Hinshaw (2009) argumentam que em diversas situações os enfermeiros podem sentir-se impossibilitado de cumprir todos os cuidados de enfermagem exigidos e, ao estabelecerem prioridades, podem optar por não completar certos cuidados em muitas situações, abreviando-o, atrasando-o ou simplesmente o omitindo.

De acordo com Bittner et al. (2011), a execução dos cuidados de enfermagem é caracterizado pela descontinuidade da assistência atrelado a um ambiente de trabalho de múltiplas tarefas. As unidades hospitalares são bastante agitadas e os enfermeiros responsáveis pela execução e supervisão de atividades fragmentadas, potencializando a omissão do cuidado.

No processo de gestão da segurança do paciente torna-se necessário o desenvolvimento de sistemas de monitoramento de indicadores com o objetivo de comparar instituições, identificar problemas e situações susceptíveis de melhoria, e controlar o efeito das eventuais intervenções. O processo de monitoramento de indicadores é capaz de identificar situações que devem passar por intervenções para melhoria da qualidade do cuidado prestado (HERNÁNDEZ, 1998; ANVISA, 2013).

3.3 Segurança do paciente, monitoramento e avaliação dos cuidados de enfermagem

Tratando da qualidade do cuidado prestado é importante destacar a atuação de Florence Nightingale no cumprimento de rígidos padrões sanitários em prol da melhoria da qualidade em saúde. Florence Nightingale também já indicava que a segurança do paciente é elemento integrante da prática de enfermagem. Apesar da ocorrência de falhas e erros inesperados em várias das organizações (KURCGANT,2014; CASSIANI, 2005).

Conforme Carneiro (2010) “O problema da qualidade em saúde e, dentro desta, da segurança dos doentes é um campo relativamente recente da gestão em saúde, investigação e prática clínicas”. A publicação do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos, em 1999, sobre “Errar é Humano”, foi de suma importância para quebrar o ciclo da passividade em relação aos erros médicos realizados pelos profissionais de saúde. No que se concerne a enfermagem colaborou, juntamente com outros estudos, que a falta do trabalho em equipe, assim, como a falta de conhecimentos e habilidades no trabalho podem levar a erros. Características como o tamanho do hospital, as percepções dos níveis de pessoal, o papel de enfermagem e os horários de trabalho estão diretamente relacionado com o cuidado prestado pela equipe (KALISCH; LEE, 2013).

No Brasil o Ministério da Saúde publicou em 2013 a Portaria nº 529 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. A RDC/Anvisa nº 36/2013 institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. A Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 aprovam os protocolos básicos de segurança do paciente.

Conforme a Anvisa (2013) o Erro é definido na *International Classification for Patient Safety* (Classificação Internacional de Segurança do Paciente) como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução.

Os erros acontecem quando a ação planejada não atinge o objetivo desejado. Os erros latentes ocorrem longe da linha de frente e são acarretados pelas decisões de implicações danosas, pela ação ou pela omissão, podendo ficar adormecidas por longos períodos, e somente são evidenciáveis quando se combinam a outros fatores da cultura organizacional (REASON, 2008). No caso dos hospitais, clínicas, instituições de saúde mental e outras casas de saúde, a segurança é um dos elementos estruturantes para a Garantia da Qualidade dos cuidados que são prestados (BRASIL, 2011a). Leape (1994) Argumentava que, “para reduzir a ocorrência de erro no cuidado de saúde, seria necessário mudar a forma como se pensava o erro, isto é, reconhecer a falibilidade humana e a importância do sistema para a prevenção do erro”.

Discorrendo sobre segurança dos sistemas, o modelo mais utilizado na análise de erros é designado como o do “queijo suíço” de James Reason. Na sua teoria o erro e a possível lesão ao doente, raramente está isolado, pois este deve passar por diversas camadas para que gere um

problema. Não obstante ocorra um erro, torna-se necessário o conhecimento de suas raízes para ampliar as camadas de proteção (CARNEIRO, 2010).

O cuidado individualizado ao paciente é algo descrito como atividade profissional da enfermagem desde sua formação, no entanto, diversas outras atribuições que a equipe recebe em seu ambiente de trabalho pode interferir no processo de prestação de cuidados aos pacientes, principalmente devido à grande responsabilidade, de caráter burocrático, que os enfermeiros assumem que por muitas vezes o objetivo não está centrado no paciente, mas nas expectativas médicas ou da organização (COSTA; SHIMIZU, 2005).

Conforme a OMS (2008) a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente destaca a necessidade de desenvolver diferentes tipos de investigação para melhorar a segurança do paciente e prevenir os possíveis danos, em um ciclo de investigação que compreende: determinar a magnitude do dano, o número e tipos de Eventos Adversos (EA) que prejudicam os pacientes; entender as causas fundamentais dos danos ocasionados aos pacientes; identificar soluções para alcançar uma atenção à saúde mais segura e avaliar o impacto das soluções em situações da vida real.

Os cuidados que são omitidos devem ser reconhecidos como um fator relacionado a segurança do paciente, sendo esta fundamental para a enfermagem pois a ausência de diversos cuidados na assistência prestada poderá trazer ameaças à segurança do cliente necessitando o desenvolvimento de políticas que trabalhem essa problemática. Diversos estudos abordam a segurança do paciente com focos diferenciados mas não trabalham diretamente com o os cuidados que são atrasados, abreviados ou simplesmente omitidos (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

Diversos fatores estão associados com a segurança e erros na assistência de enfermagem como a gravidade dos pacientes, números de profissionais, horas de trabalho, uso de tecnologias, complexidade do ambiente de trabalho, mas os estudos não direcionam a tomada de decisão de enfermeiros frente a necessidade de prestar cuidados aos pacientes meio a múltiplas demandas e muitos recursos inadequados. A grande demanda pode levar os enfermeiros a fazer escolhas e na impossibilidade de cumprir todos os cuidados optar por não completa-los ou omiti-los (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

Conforme Kalisch; Landstrom; Hinshaw (2009) a falta de cuidados de enfermagem é um erro de omissão, e vários fatores estão diretamente ou indiretamente ligados à esse processo, conforme descritos na Figura 05.

No gerenciamento dos cuidado de enfermagem, fatores do processo gerencial que envolve a organização do processo de trabalho tem como antecedentes (*Antecedents*) à omissão:

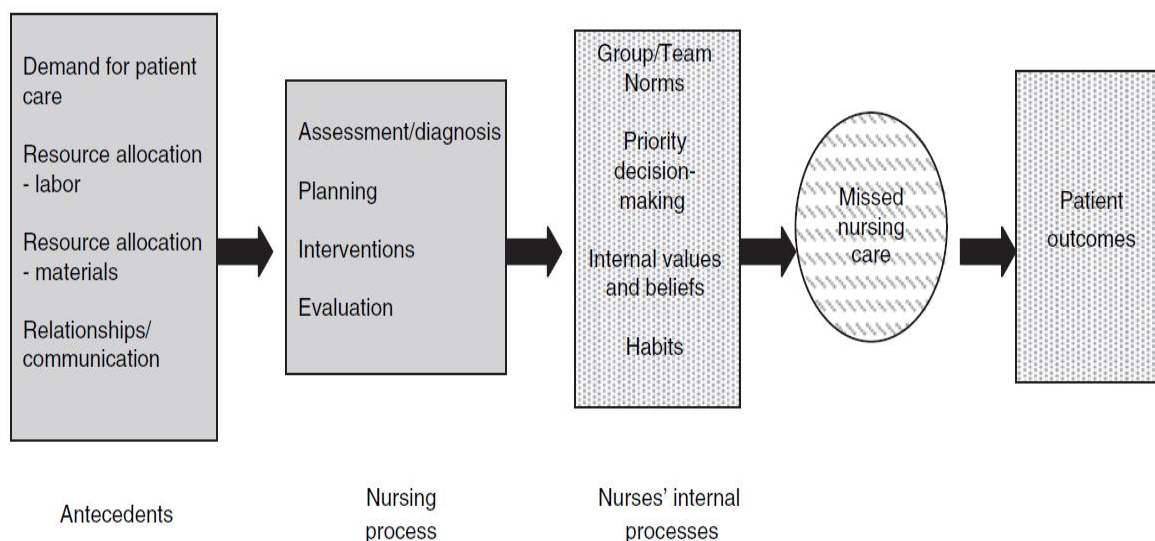
(1) Demanda do cuidado ao paciente (*demand for patient care*) que conseqüentemente precisa de (2) recursos de trabalho (nível de competência, educação e experiência Pessoal, etc.) disponíveis para fornecer assistência ao paciente (*resource allocation- labor*); de (3) materiais acessíveis (medicamentos, suprimentos e funcionamento de equipamentos) para auxiliar nas atividades de cuidados ao paciente (*Resource allocation- materials*) e (4) vários fatores de relacionamento e comunicação que têm um impacto sobre a capacidade dos enfermeiros de cuidar (*Relationships/communication*).

Os cuidados devem seguir o processo de enfermagem (*Nursing process*) a uma abordagem sistemática, centrada em um método de estruturação da prestação de cuidados de enfermagem através de ações que envolvem pensamento, conhecimento e julgamento (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009). O modelo assistencial de Enfermagem Primária alinha-se ao posicionamento acima mediante sua forma de estruturar a prestação de cuidados, através de um processo de tomada de decisão descentralizado de característica plana, visto que os cuidados são igualmente compartilhados entre os enfermeiros (SJETNE et al., 2009; MATTILA, et al., 2014).

A escolha de completar, atrasar ou omitir itens de assistência ao paciente é influenciado por quatro fatores internos das enfermagem, a saber (1) normas da equipe; (2) processos de tomada de decisão; (3) valores internos e crenças e (4) hábitos. As conseqüências são aqueles eventos ou incidentes que são os resultados da ocorrência dos antecedentes, do processo de enfermagem e das ações individuais dos enfermeiros, as conseqüências da falta de cuidados podem ser de longo alcance em termos de resultados do paciente (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

Nessa perspectiva, Mendes et al. (2009) realizaram um estudo de coorte retrospectivo baseado na revisão do registro de pacientes de três hospitais universitários do Estado do Rio de Janeiro-Brasil com o objetivo de avaliar a incidência de eventos adversos em hospitais brasileiros. A incidência de pacientes com eventos adversos foi de 7,6% (84 de 1103 pacientes) e 66,7% dos eventos adversos foram evitáveis.

Figura 5 - Missed Nursing Care Model.



Fonte: Kalisch (2009).

Nessa perspectiva qualquer cuidado que é omitido (em parte ou no todo) ou significativamente atrasado poderá gerar resultados adversos como lesão por pressão, infecções hospitalares, quedas, dentre outros fatores que estão intimamente ligados a prestação dos cuidados de enfermagem. Um cuidado de enfermagem que não é realizado requer atenção de vários aspectos do sistema de prestação de cuidados no propósito de responsabilização dos prestadores de cuidados de saúde e na viabilização de melhorias relacionados ao gerenciamento do cuidado (KALISCH et al., 2011). Diante disso, tornou-se necessário estudos quantitativos afim de determinar os cuidados de enfermagem que são omitidos, a fim de determinar a extensão e natureza específica do problema (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

Kalisch; Xie; Dabney (2014) divulgou estudo que determina a extensão e o tipo de cuidados de enfermagem não atendidos, relatados pelos pacientes através o uso do *MISSCARE* Survey-Patient. Os 5 itens mais frequentemente relatados foram: os cuidados bucais, deambulação, sair da cama para uma cadeira, fornecimento de informações sobre testes / procedimentos e banhos.

O processo de avaliação visa auxiliar o processo de decisão procurando torná-lo o mais racional e efetivo possível. A implementação de ações e programas na busca da garantia da qualidade do cuidado deve ser uma ferramenta necessária do ponto de vista ético e moral a todos os usuários e trabalhadores (KURCGANT,2014).

Manthey (2014) explica que para a prestação de cuidado com qualidade é necessário trabalho em equipe respeitoso e eficiente. Caso não exista a relação primaria com o paciente a família paralela a existência de comunicação permanente e colaborativa com o médico, a

segurança do paciente pode ficar comprometida. Considerando que a avaliação é um processo contínuo e a apresentação de seus resultados devem obedecer uma periodicidade, Manthey (2014) sugere a realização de um processo avaliativo após a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária estar em vigor para verificar se seus objetivos foram ou não atingidos. No HU-UFPI foi constituída comissão nomeada por Portaria para este fim, composta do Gestor principal da enfermagem, representante das áreas assistenciais e dos enfermeiros primário e representantes docentes da Universidade federal do Piauí.

Conforme exposto até o momento os aspectos de segurança do paciente estão diretamente envolvidos no processo de enfermagem com vista ao gerenciamento dos cuidados e aplicação fiel do processo administrativa aliado ao desenvolvimento da assistência direta ao paciente.

Siqueira (2012) explica que a segurança do paciente, com enfoque nos cuidados de enfermagem que são omitidos, vem ganhando destaque nas últimas décadas, justificando o uso de um instrumento que possa analisar essa problemática potencializa a tomada de decisões que melhoram a qualidade assistencial, a satisfação profissional e a redução de prejuízos ocasionado aos pacientes. Tronchin; Melleiro e Takahashi (2014, p 81.) enfatiza que “é necessário a implementação de instrumentos para avaliar e monitorar as ações e os programas sob sua reponsabilidade”. Marquis e Huston (2010) afirmam que desde a década de 1920, instrumentos tem sido criados com intuito de apreciar o desempenho da equipe de enfermagem e no decorrer dos anos foram sendo específicos aos problemas e objetivos das organizações de saúde.

Nesse sentido, Kalisch e Williams (2009) desenvolveram uma ferramenta quantitativa denominada de *MISSCARE* para verificar que aspecto do cuidado requerido do paciente são omitidos ou atrasados e as suas razões. O instrumento foi produzido após estudos qualitativos realizados em dois grandes hospitais dos Estados Unidos. Os resultados apontaram que nove elementos de cuidados básicos de enfermagem foram regularmente omitidos (deambulação, mudança de decúbito, alimentações, educação do paciente, preparo para a alta, apoio emocional, higiene, documentação de ingestão/eliminação e vigilância).

Verificou-se, ainda, sete temas relativos às razões apresentadas pelos profissionais para a não prestação desses cuidados (poucos funcionários, tempo escasso para a intervenção de enfermagem, utilização precária dos recursos, falta de trabalho em equipe, delegação ineficaz por parte dos enfermeiros aos técnicos e auxiliares de enfermagem, hábito e negação). É importante destacar que o estudo foi conduzido com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, por meio de 25 grupos focais (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

Dentro de um programa de avaliação o instrumento pode ser um componente polêmico e deve ser compatível com as políticas adotadas pela organização, devendo ter pertinência, clareza e, principalmente, coerência em relação aos demais elementos do programa. A importância de um instrumento específico para avaliar o fenômeno da omissão dos cuidados de enfermagem e as suas razões está diretamente relacionado na possibilidade de identificar atos que demonstrem descontinuidade da assistência de enfermagem e colocar o paciente em risco (MARQUIS; HOUSTON, 2010; KALISCH E WILLIAMS 2009).

No Brasil Siqueira (2012) realizou a adaptação cultural do instrumento *MISSCARE* e analisou a consistência interna da versão adaptada. Em 2016 apresentou estudo que investigou junto a membros da equipe de enfermagem, a presença de outros aspectos dos cuidados de enfermagem no Brasil e outras razões para a não prestação do cuidado, que não foram incluídos na versão norte-americana do instrumento *MISSCARE*. Nesse mesmo estudo também foi feita a análise das propriedades psicométricas de validade e confiabilidade do instrumento *MISSCARE* – versão para o português brasileiro.

O *MISSCARE- Brasil* que é um instrumento composto por uma seção de informações gerais com itens para caracterização sociodemográfica e profissional e mais 56 itens apresentados em duas partes. A parte A contém 28 itens referentes aos elementos dos cuidados de enfermagem não realizados, dispostos em escala do tipo Likert dividido em itens a saber: “nunca é realizado”; “raramente é realizado”; “ocasionalmente não é realizado”; “realizado frequentemente”; e “é sempre realizado” e a parte B, 28 itens relacionados às razões para a não prestação dos cuidados organizados em “RAZÃO Significante”; “RAZÃO Moderada”; “RAZÃO Pouco Significante” e “Não é uma RAZÃO” para a não realização do cuidado.

O uso do *MISSCARE* fornece aos enfermeiros líderes informações para focalizar a liderança além de dados que orientem os gestores, através de informações sobre a assistência de enfermagem que está sendo perdida em sua organização, a um plano de intervenção em áreas mais susceptíveis de erros e posteriormente a possibilidade de avaliar o impacto de das ações destinadas a diminuir os cuidados perdidos (KALISCH; LANDSTROM; WILLIAMS, 2009)

Vários fatores estão diretamente ligados ao gerenciamento do cuidado e o *MISSCARE-Brasil* possui a capacidade de organizar seus itens de forma a contemplar cinco domínios relacionados a prestação dos cuidados de forma segura, a saber: comunicação, recursos materiais, recursos laborais, dimensão ética e estilo de gerenciamento/liderança. Outras razões para a omissão do cuidado identificadas no *MISSCARE-Brasil* foi a “Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe”, “Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização,

aperfeiçoamento e aprimoramento profissional)”, “Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou falta de valorização do profissional)” (SIQUEIRA, 2016).

Do ponto de vista gerencial, é necessária a compreensão de que a omissão do cuidado, através da detecção de eventos adversos, pode estar relacionado com falhas no sistema e ao descaso ou incompetência profissional, pois um gerenciamento deficiente pode trazer insegurança ao cuidado que é prestado ao paciente. Uma assistência com menos erros poderá ser alcançada através de uma mudança no modo de organização do trabalho, do ambiente e na participação mais ativa dos profissionais de saúde no processo de cuidar (DUARTE et al., 2015; TOFFOLETTO; RUIZ, 2013).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Delineamento do estudo

Estudo com delineamento correlacional preditivo, desenvolvido em duas etapas, para avaliação do gerenciamento do cuidado de enfermagem prestado, após a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária ante às variáveis medidas pelo instrumento denominado de *MISSCARE- Brasil*.

Gray; Grove e Sutherland (2017) explicam que os estudos correlacionais envolvem uma investigação sistemática de relações entre duas ou mais variáveis que tem sido identificada em Teorias ou observadas na prática. Se a relação existe o pesquisador determina o tipo e o nível de força da relação. Os estudos de correlação fornecem evidências importantes para a prática e confirmação da teoria, e podem ser precursores valiosos para a pesquisa intervencionista. O desenho correlacional preditivo é utilizado para estabelecer a força e a direção das relações entre as variáveis, com a intenção de prever o valor de uma das variáveis com base no valor de outra ou das outras variáveis.

4.2 Local de pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida nos Postos de Internação do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI), que é gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e está localizado no Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, SG 07, s/n - Ininga, Teresina – PI. O Município de Teresina é considerado um polo de referência na área de saúde para o meio norte do nordeste brasileiro, integrante da Região de saúde “Entre rios”, composta por 31 municípios e que abrange uma população aproximada de 1.158.747 habitantes, correspondendo a 36% do total do estado. A população de abrangência dos serviços do HU-UFPI está em torno de 3.194,718 de habitantes, quando considerado o Estado do Piauí, e para mais de seis milhões de habitantes, tendo em vista ser referência para usuários de outros estados, notadamente Maranhão, Pará, Tocantins e Amapá (BRASIL, 2010).

O HU-UFPI foi inaugurado em outubro de 2012, e oferece assistência em todas as especialidades médicas em média e alta complexidade incluindo tratamento e diagnóstico atendendo pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital possui 201 leitos para internação; 15 leitos para UTI e 10 de Unidade Coronariana; 10 salas cirúrgicas; 03 salas para cirurgias odontológicas; 04 salas para pequenas cirurgias; 19 salas para exames especializados; 12 salas

para análises clínicas e patológicas; 53 consultórios, voltados à prestação de serviços médicos e ao ensino teórico/prático nas ciências da saúde. Em 2015 fez 3144 internações e 4731 em 2016 (BRASIL, 2017; HU-UFPI, 2017).

A pesquisa foi realizada em todos os postos de internação, denominados de 1 (um); 2 (dois); 3 (três) e 4 (quatro), nos quais foi implantado o Modelo de Organização dos Serviços de Enfermagem Primária no HU-UFPI. Ressalta-se que os Postos foram fiscalizado pelo Conselho Regional de Enfermagem, secção Piauí em setembro de 2016, sendo constatado quantitativo de pessoal em conformidade com a Resolução 293/2004 do COFEN.

Nos períodos das coletas o Posto 1 dispunha de 39 leitos para atendimento de usuários em tratamento cirúrgico, sendo 9 enfermarias, 37 leitos gerais e 2 leitos de isolamento. O Posto 2 possuía 25 leitos para atendimento de usuários de alta complexidade para tratamento oncológico, sendo 6 enfermarias, 25 leitos oncológicos (dois leitos de cuidados paliativos), 12 boxes de quimioterapia. O Posto 3 dispunha de 59 leitos para atendimento preferencial de usuários para tratamento clínico e cardiovascular, sendo 15 enfermarias, 55 leitos gerais e 4 leitos de isolamento. Posto 4 possuía 52 leitos para atendimento preferencial de usuários para tratamento clínico e cirúrgico (HU-UFPI, 2017). Dos quais apenas o Posto de Internação 2 não encontrava-se em pleno fluxo de internação.

4.3 População e amostra

A população do estudo compreendeu os enfermeiros (72) e técnicos em enfermagem (127) que compunham a equipe dos postos internação do HU-UFPI, totalizando 199 profissionais. Compuseram a amostra os que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar lotado no setor de internação do hospital universitário e exercer regularmente as atividades na unidade, participar dos dois momentos da pesquisa. Foram critérios de exclusão: estar de atestado médico, férias e em licença ou folga/abono no período de coleta de dados; ou que estivesse trabalhando em outro setor durante a implantação e funcionamento da Enfermagem Primária no hospital.

Para o cálculo do tamanho da amostra final mínima para o estudo, utilizou-se a fórmula para comparação de dois grupos segundo variáveis qualitativas e pareamento de casos:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + 2 \cdot Z_{\beta} \cdot \sqrt{p_a \cdot q_a})^2}{4 \cdot p_a \cdot (p_a - 0,5)^2}$$

Onde $Z_{\alpha/2}$ compreende o ponto crítico associado ao intervalo de confiança determinado, de 95%: 1,96 (5%); Z_{β} corresponde ao valor do erro β : 0,84 (20%); p_a é a proporção de pares

discordantes; q_a indica a proporção de pares concordantes; e p_d compreende a soma da proporção dos pares discordantes, para as quais considerou-se os percentuais referentes à distribuição dos profissionais na instituição de 37,9% e 61,5%, para enfermeiros e técnicos em enfermagem, resultando e uma amostra mínima total de 96 profissionais.

A lista de profissionais foi fornecida pela Divisão de Enfermagem do HU-UFPI, considerando o período de execução da pesquisa. A amostragem foi censitária por meio da entrega de um envelope com o termo de consentimento livre e esclarecido, instrumento de coleta de dados e carta de orientações para o devido preenchimento a todos os profissionais que atendessem aos critérios da pesquisa e concordassem em participar do estudo.

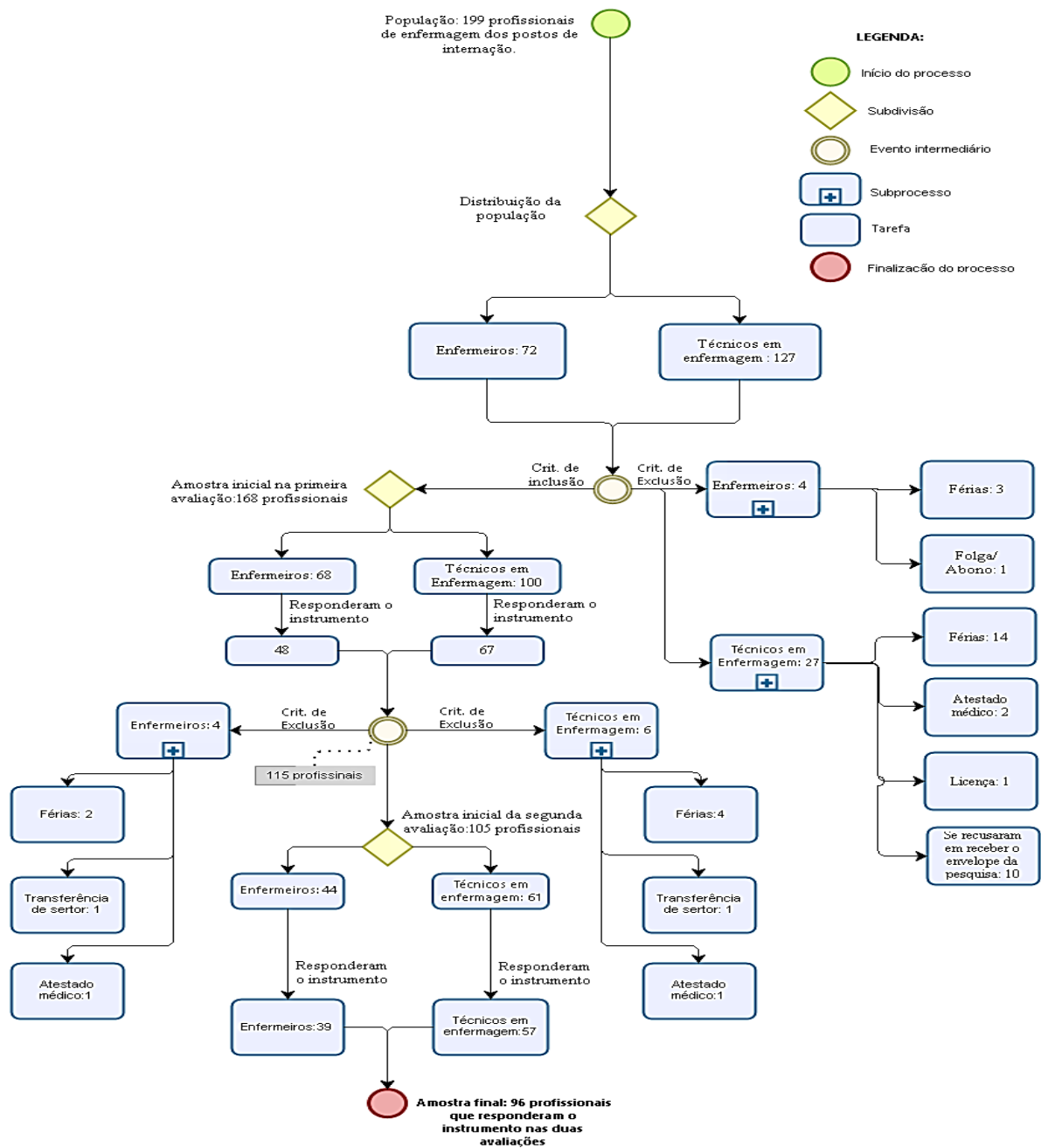
O posto 1 possuía equipe composta por 16 enfermeiros e 27 técnicos em enfermagem; o posto 2 possuía 13 enfermeiros e 25 técnicos em enfermagem; o posto 3 apresentava 23 enfermeiros e 43 técnicos em enfermagem; e o posto 4 possuía equipe composta por 20 enfermeiros e 32 técnicos em enfermagem, totalizando 72 enfermeiros e 127 técnicos em enfermagem.

Na primeira etapa da coleta de dados (1ª avaliação) não participaram do estudo quatro enfermeiros por férias (3) e folga/abono (1) e 17 técnicos em enfermagem por férias (14), atestado médico (2) e licença (1), além de 10 que não quiseram receber o material, totalizando 168 profissionais participantes. Dos 168 que participaram da pesquisa foram 115 os que devolveram o material de coleta devidamente preenchido no prazo estabelecido, correspondendo a uma taxa de resposta de 68,4%. Dessa forma, a amostra da primeira etapa do estudo foi composta por 115 participantes, distribuídos entre “48” enfermeiros e “67” técnicos em enfermagem.

A segunda etapa (2ª avaliação) foi realizada com os 115 participantes da primeira. No entanto, 4 enfermeiros não participaram da coleta por férias (2), por transferência de setor (01) e atestado médico (01). Outros enfermeiros (5) receberam o material e não o devolveram ao pesquisador no período de coleta. Também não participaram dessa etapa da coleta 6 técnicos em enfermagem por férias (4), por transferência de setor (01) e atestado médico (01). Outros técnicos em enfermagem (4) que receberam o material também não o devolveram ao pesquisador no período de coleta.

Dessa forma, a amostra final do estudo foi composta por 96 participantes, distribuídos entre “39” enfermeiros e “57” técnicos em enfermagem.

Figura 6 - Fluxograma de recrutamento dos profissionais de enfermagem do HU-UFPI. Teresina/PI, 2017



4.4 Instrumentos de coleta de dados

As variáveis independentes estudadas foram o cuidado, as características relacionadas ao setor de trabalho, tempo de serviço, formação e nível educacional, sexo, idade, cargo/função no trabalho, número de horas trabalhadas por semana na unidade/setor, período de trabalho, faltas no serviço, tempo de experiência em seu cargo/função e no serviço de lotação durante a pesquisa, dentre essas o cuidado é a variável mais relevante para as análises relacionais de

predição. As variáveis dependentes foram os cuidados omitidos e suas razões conforme a escala *MISSCARE- Brasil*, que apresenta uma seção inicial com as características sociodemográficas e de trabalho indicadas.

Foi aplicado, após autorização dos autores brasileiros, o *MISSCARE-Brasil*, instrumento validado e composto por uma seção de informações gerais com itens para caracterização dos profissionais de enfermagem quanto aos aspectos socioeducacionais e de trabalho e mais 56 itens apresentados em duas partes. A parte A contém 28 itens referentes aos elementos dos cuidados de enfermagem não realizados e a parte B, 28 itens relacionados às razões para a não prestação dos cuidados organizados (Anexo C).

Vale destacar que o instrumento *MISSCARE-Brasil* possui diversos domínios relacionáveis ao gerenciamento de cuidados e organização da assistência de enfermagem. O instrumento apresenta uma estrutura pentafatorial, contendo variáveis relacionadas a comunicação (10 itens - 5, 7, 8, 11-16, 24), recursos materiais (4 itens - 6, 9, 10, 23) e recursos laborais (8 itens - 1-4, 17, 19, 27, 28), dimensão ética (3 itens - 18, 20, 25) e estilo de gerenciamento/liderança institucional (3 itens - 21, 22, 26).

O domínio 1 (comunicação) é composto pelo agrupamento dos itens : distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada (5); passagem de plantão inadequada do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes (7); outros profissionais da equipe não forneceram a assistência necessária (8); os membros da equipe não se ajudam entre si (11); tensão ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio (12); tensão ou problemas de comunicação dentro da equipe de enfermagem (13); tensão ou problemas de comunicação com a equipe médica (14); o auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada (15); o profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível (16); falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados (24).

O domínio 2 inclui os itens relacionados aos recursos materiais: medicamentos não estavam disponíveis quando necessário (6); materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário (9); materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário (10); planta física da unidade/ setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes (23).

O domínio 3, refere-se aos recursos laborais: número inadequado de pessoal (1); situações de urgência dos pacientes (ex.: a piora da condição de um paciente) (2); aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade (3); número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex.: número inadequado de

escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros) (4); grande quantidade de admissões e altas (17); Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional (19); Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde (o que impede que desempenhem as funções para as quais foram contratados (27); O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência (28).

O domínio 4 refere-se à dimensão ética: o profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição (18); o profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego (20); o profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade (25)

Por último, o domínio 5, refere-se estilo de gerenciamento/liderança institucional: falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe (21); falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional (22); falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou falta de valorização do profissional (26).

4.5 Operacionalização do estudo

O presente estudo foi organizado conforme o processo de implantação da Enfermagem Primária no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI) sendo necessário duas etapas para sua completa operacionalização e viabilização do processo comparativo de nível de cuidados de enfermagem omitidos e as razões da omissão, ocorrendo após a compreensão técnica do processo de implantação da Enfermagem Primária.

Para o processo de implantação, a Divisão de Enfermagem do HU-UFPI viabilizou aos profissionais reuniões por áreas de atuação para sensibilização com relação ao novo modelo de assistência que estava em processo de implantação.

Na perspectiva de compreender o processo de implantação o pesquisador acompanhou cinco das reuniões mencionadas junto aos profissionais dos Postos de Internação e a Chefia da Divisão de Enfermagem. Havendo acesso ao cronograma de implantação que levou em consideração a estrutura física, perfil de atendimento e quadro de pessoal qualificado para execução do modelo assistencial nas etapas previstas: Os postos 02 (dois) e 03 (três) passaram a funcionar nos moldes da enfermagem primária a partir de 01 de Julho de 2016; o posto 04 (quatro) passou a funcionar nos moldes da enfermagem primária a partir de 1 de Agosto de

2016; e o posto 01 (um) passou a funcionar nos moldes da enfermagem primária a partir de 1 de Setembro de 2016.

O instrumento *MISSCARE-Brasil* foi entregue pelo pesquisador assistente aos participantes do estudo, nos quais os mesmos foram instruídos a marcar somente uma alternativa para cada item avaliado. O *MISSCARE-Brasil* é autoaplicável e cada participante recebeu um envelope que continha o instrumento e uma carta que explicava os procedimentos do estudo e orientava como respondê-lo.

Os participantes foram orientados ao preenchimento do instrumento fora do local/horário de trabalho e a sua devolução, dentro do envelope fechado, para uma pasta específica que ficou nos postos de trabalho e na divisão de enfermagem. Foi dado 10 dias para cada participante devolver o envelope com o instrumento ao local acordado, considerando o prazo a partir da data em que o mesmo recebeu as orientações e o envelope com os arquivos da pesquisa. A partir do quinto dia de recebimento do envelope os profissionais eram sensibilizados pelo pesquisador assistente quanto a importância do retorno do envelope que havia sido entregue. Não havia no instrumento solicitação de informações que permitisse a identificação dos participantes, no entanto, havia um código para que os participantes pudessem ser localizados para participar da segunda etapa da coleta de dados

Todas as etapas da coleta de dados (I e II), abaixo descritas, permitiu a segurança e privacidade dos indivíduos e foi realizada depois de serem informados individualmente sobre a pesquisa aos participantes durante seus períodos de trabalho nos turnos manhã, tarde e noite. Após os esclarecimentos, caso concordasse em participar, foi viabilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) para a devida leitura e assinatura, formalizando a sua concordância da participação na pesquisa. Também foram informados sobre seus direitos em recusar a participar do estudo.

4.5.1 I Etapa - Coleta de dados (1º momento de avaliação)

Essa etapa teve início 4 meses após a implantação da enfermagem primária nos postos de Internação.

Ao considerar que os postos 02 (dois) e 03 (três) passaram a funcionar nos moldes da enfermagem primária a partir de 01 de Julho de 2016, logo na primeira semana de Novembro de 2016 iniciou-se o procedimento de coleta de dados nesses dois setores. Considerando que o posto 04 (quatro) passou a funcionar nos moldes da enfermagem primária a partir de 1 de Agosto de 2016, logo na primeira semana de Dezembro de 2016 iniciou-se o procedimento de

coleta de dados no setor. Considerando que o posto 01 (um) passou a funcionar nos moldes da enfermagem primária a partir de 1 de Setembro de 2016, logo na primeira semana de Janeiro de 2017 iniciou-se o procedimento de coleta de dados no setor.

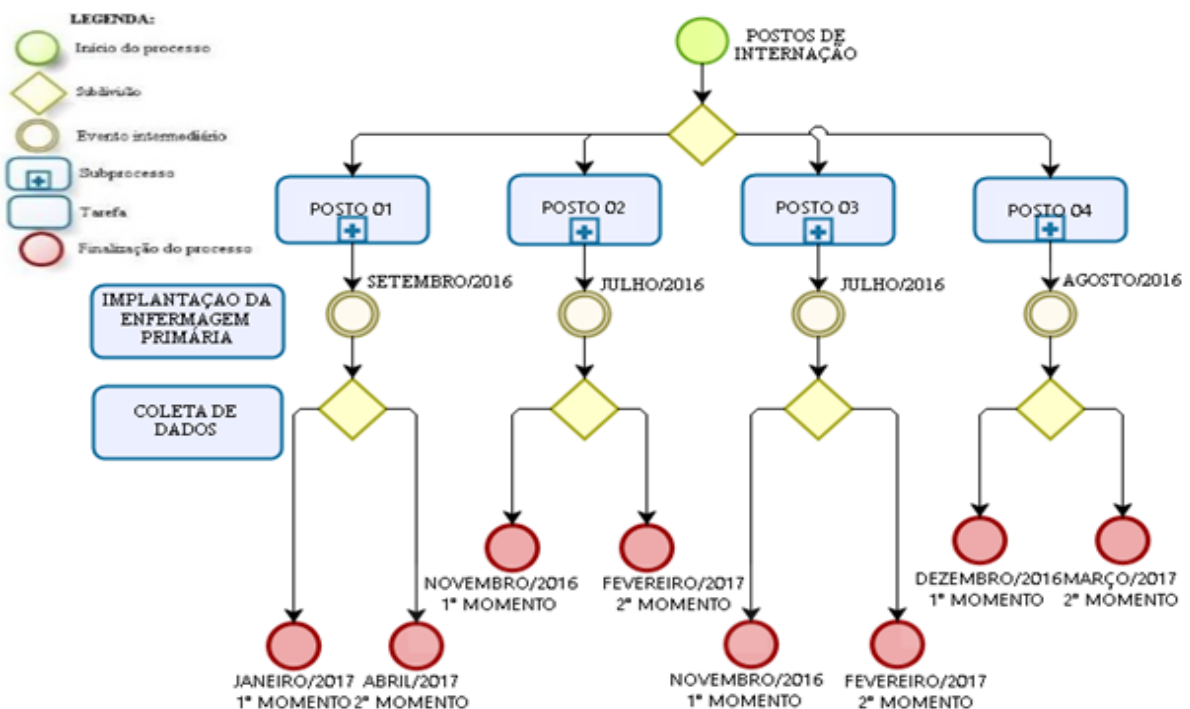
4.5.2 II Etapa - Coleta de dados (2º momento de avaliação)

Esse momento teve início 7 meses após a implantação da enfermagem primária nos postos de Internação, ou seja, 3 meses após a realização do primeiro momento de coleta de dados. O segundo momento consistiu em aplicar novamente o *MISSCARE-Brasil*, mas somente com os que participaram do primeiro momento da coleta.

A operacionalização da entrega, instruções de preenchimento, prazo de retorno, codificação dos participantes seguiram os mesmos formatos do primeiro momento de coleta.

Os postos 02 (dois) e 03 (três) tiveram a coleta de dados iniciada na primeira semana de Fevereiro de 2017. O posto 04 (quatro) teve a coleta de dados iniciada na primeira semana de Março de 2017. O posto 01 (um) teve a coleta de dados iniciada na primeira semana de Abril de 2017.

Figura 7 - Fluxograma de operacionalização das etapas de coleta de dados. Teresina/PI, 2017



4.6 Procedimentos para análise dos dados

Considerando os objetivos do estudo, o processo de análise dos dados foi realizado levando em consideração a amostra de profissionais que participaram das duas etapas da pesquisa, ou seja, 96 participantes.

Para a análise, foi realizada a reversão dos códigos das respostas aos itens de ambas as partes A e B do instrumento, sendo (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1), para os itens de omissão dos cuidados, e (1=4) (2=3) (3=2) (4=1), para a seção das razões de omissão. O nível de omissão de cuidados (N_{oc}) e de importância da razão de omissão (N_{IR}), a partir das avaliações dos profissionais de enfermagem, foi calculado a partir do somatório dos escores alcançados nos itens na dimensão (E_i), com os valores em escala ordinal, e do somatório dos escores máximos possíveis para os itens desta dimensão ($E_{máx\ i}$), considerando-se o número de itens da dimensão (n), representado pelas fórmulas:

$$N_{oc} = \frac{\sum_{i=1}^n E_i}{\sum_{i=1}^n E_{máx\ i}}, \text{ para omissão dos cuidados}$$

$$N_{IR} = \frac{\sum_{i=1}^n E_i}{\sum_{i=1}^n E_{máx\ i}}, \text{ para importância da razão de omissão}$$

Para o cálculo do nível de omissão de cuidados e de importância da razão de omissão globais, procedeu-se com a média aritmética das medidas dos níveis obtidos nas cinco dimensões. O estudo não apresentou sentenças em branco (*missings*) nas avaliações dos profissionais de enfermagem. A pontuação final pode variar de 0 a 1 (0% a 100%). Como referencial para dicotomização, utilizou-se a média das medidas das medianas das cinco dimensões, que resultou em aproximadamente 40%. Dessa forma, escores globais com valor menor que 40% compreenderam “baixa omissão do cuidado” e escores maiores ou iguais a 40% foram interpretados como “alta omissão do cuidado”.

Os dados do estudo foram inseridos em bancos de dados, com dupla entrada em planilha do *Microsoft Excel*®, a fim de validar para identificação de possíveis erros de digitação. Foram processados no *software IBM*® *SPSS*®, versão 21.0, e foram calculadas estatísticas descritivas, como medianas, médias, desvio padrão, mínimos e máximos, para as variáveis quantitativas; e frequências, para as qualitativas. Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade dos dados.

Foi realizado o Teste Exato de Fisher para a verificação de associações entre as características dos participantes e a omissão do cuidado e razões de omissão. Para tanto, quando

necessário, as variáveis foram dicotomizadas. Foram utilizados o Teste t dependente de Student e Teste de Wilcoxon para a comparação entre os escores dos domínios e global de omissão do cuidado e razões de omissão, e para comparação dos níveis de resposta dos itens entre as avaliações, respectivamente.

Foram selecionados modelos de regressão logística binária para avaliar as razões de omissão que explicam os níveis de omissão de cuidados identificados em ambas as avaliações dos profissionais. Para tanto, os itens foram dicotomizados em: (1) razão significativa ou moderada e (2) Razão pouco ou nada significativa. Modelos bivariados foram ajustados para cada variável independente e as com valor de $p < 0,10$ foram inseridas no modelo multivariado. A manutenção das variáveis no modelo final foi determinada por uma combinação de valores de $p < 0,05$. Não foram identificados fatores de confusão e interações. Foram expressos os valores de *Odds Ratio* (OR), respectivos intervalos de confiança (IC) e a significância do Teste de Wald. Todas as análises foram realizadas ao nível de significância de 5%.

Essa estatística foi analisada e comparada aos aspectos teóricos e fluxo assistencial do HU-UFPI aplicados a implantação da Enfermagem primária e o gerenciamento do cuidado.

4.7 Aspectos éticos e legais

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos. Os dados foram coletados pelos pesquisadores após autorização institucional, mediante aprovação da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa do HU-UFPI por meio da carta de aprovação N°30/16 (anexo A) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí-UFPI aprovação sob o parecer de n° 1.777.929 (anexo B).

Em respeito às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Conselho Nacional de Pesquisas em seres Humanos (CONEP), foi oferecido aos participantes da pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para sua concordância em participar da coleta de dados. Os participantes foram informados sobre os objetivos e contribuições do estudo, bem como sobre o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Foram informados sobre a garantia do anonimato das informações coletadas e denominados como participantes, quando da apresentação dos resultados.

O risco deste tipo de estudo, de acordo com a legislação Brasileira em relação à Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos foi considerado como mínimo, pois não se realiza nenhuma intervenção e alteração em variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo, no entanto algum desconforto pode ocorrer devido à possibilidade de apreensões de origem psicológicas associadas aos questionamentos do instrumento, relacionados ao processo de trabalho dos participantes. Para minimizar os desconfortos foi garantido aos anuentes o total sigilo relacionado à não identificação e os pesquisadores se colocaram continuamente à disposição para sanar qualquer dúvida em relação ao estudo, podendo o participante retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem penalização alguma e sem prejuízos.

Os benefícios desta pesquisa, porém, superam os desconfortos mencionados uma vez que direcionam a análise ampla do gerenciamento do cuidado em conformidade com o processo de trabalho dos participantes no sentido de melhorar a eficiência, eficácia e especialmente efetividade dos cuidados de enfermagem aos usuários do hospital por meio do alinhamento entre as razões atribuídas pelos profissionais para omissão dos cuidados e as características de um modelo de prestação de cuidados em implantação e implementação na instituição local desse estud. Nesse sentido os benefícios são diretos na práxis profissionais da categoria de enfermagem e indiretos na efetividade dos serviços prestados aos usuários de saúde

Os instrumentos utilizados na pesquisa estão armazenados no Departamento de enfermagem da Universidade Federal do Piauí– UFPI onde ficaram por um período de 60 meses (5 anos) sob os cuidados da pesquisadora responsável. Após este período, os dados serão destruídos. A autora do instrumento, Beatrice Kalisch, tem os direitos autorais sobre todas suas versões. Foi solicitado permissão para utilização do presente instrumento à Lillian Dias Castilho Siqueira no Brasil (Anexo D). Não foi realizada nenhuma modificação no instrumento.

PÁGINAS SUPRIMIDAS – 64 a 117

- TÓPICOS:
- RESULTADOS;
 - DISCUSSÃO; e,
 - CONCLUSÕES.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As correlações existentes entre a implantação do modelo assistencial de enfermagem primária para o gerenciamento do cuidado de enfermagem ante a omissão de cuidados de enfermagem e as respectivas razões atribuídas por profissionais foram verificadas durante este estudo, focando entre as variáveis, predições de pontos essenciais à prestação do cuidado de enfermagem capazes de provocar mudanças na assistência efetivada e, conseqüentemente na redução da omissão do cuidado.

Foi evidente a importância do gerenciamento do cuidado de enfermagem para a redução dos cuidados perdidos, a luz de um modelo de assistência pautado em uma base científica materializado em fluxo assistencial com clareza na descrição das atribuições de cada componente da equipe de enfermagem. Assim, as correlações que emergiram dos objetivos específicos desse estudo sustentaram nas variáveis preditoras medidas pelo *MISSCARE-Brasil* relevantes relações entre a implantação da Enfermagem Primária para o gerenciamento eficiente e eficaz do cuidado prestado ao paciente.

Teoricamente o modelo assistencial de enfermagem primária possui diversos critérios que aproxima o cuidado de enfermagem da qualidade almejada ao tempo que amplia a satisfação dos profissionais e dos pacientes. Nos padrões de implantação e funcionamento do modelo no HU-UFPI foi possível perceber a sua relação com mudanças positivas nos cuidados omitidos e na significância das razões atribuídas para a omissão do cuidado. O modelo traz aos profissionais a responsabilidade pela tomada de decisões, um método para atribuição diária de pacientes aos profissionais, consolidação de canais diretos de comunicação entre pares e subordinados e, a autonomia na prestação do cuidado.

Foi possível detectar que o modelo implementado evidencia problemas no gerenciamento do cuidado que poderiam ficar encobertos em outras formas organizacionais, fortalecido pelo processo de responsabilização pelo cuidado 24 horas por dia, 7 dias por semana, além da atribuição de tarefas pelo método de caso.

A análise do modelo através do uso da ferramenta *MISSCARE-Brasil* permitiu o reconhecimento de variáveis preditoras da omissão do cuidado e construção de uma base teórica de elementos que servirão de apoio à equipe de enfermagem e a todos envolvidos no gerenciamento do cuidado.

O presente estudo foi desafiador desde quando decidiu-se trabalhar com variáveis que necessitariam de um posicionamento do profissional de enfermagem com relação a um cuidado que ele ou a equipe deveriam realizar, mas não o faziam. A estratégia metodológica foi

essencial para o sucesso dos dados obtidos e pode servir como base referencial para utilização em outros estudos.

Enfim, a formação e experiência profissional, as características organizacionais dos ambientes de saúde, o modelo de assistência e a satisfação com o trabalho são itens que reforçam que as instituições precisam buscar estratégias que melhorem a qualidade do cuidado e garantam a qualidade da assistência e segurança do paciente.

8.1 Limitações da Pesquisa

O modelo de enfermagem primária pode ter variações na forma de implantação consequentemente, estes achados podem ser generalizados desde que implantado em configurações semelhantes às apresentadas neste estudo.

Pode ser apontado, ainda, como limitações, como a sua realização em apenas um serviço de saúde e serviços de internação, sendo necessário sua ampliação para outras situações de trabalho, assim como outros serviços de saúde que trabalhem com o modelo assistencial de enfermagem primária ou qualquer outro modelo de organização do cuidado de enfermagem, pois a inclusão de profissionais de enfermagem, inseridos em realidades diferentes, ampliam a percepção da temática em estudo.

A perda amostral dos participantes, embora mantidas as exigências estatísticas, durante o preenchimento do instrumento, pode ser uma limitação na aceitabilidade de resposta dos participantes tendo em vista a dificuldade de responder quanto a aspectos negativos da própria assistência e suas implicações frente aos superiores ao descrever quais cuidados que eram omitidos e as suas respectivas razões.

Além disso, embora tendo utilizado o mesmo instrumento, o mesmo intervalo de tempo e os mesmos profissionais, para obter informações nas duas fases da coleta de dados, um terceiro momento de avaliação ao final de 12 meses certamente ampliaria as correlações propostas e as relações com a implantação do modelo de Enfermagem Primária.

8.2 Recomendações para estudos futuros

Apesar dos possíveis custos elevados na viabilização da participação de um grande número de profissionais de enfermagem, sugere-se que outros estudos sejam realizados com variação no método, assim como em modelos assistenciais diferentes da enfermagem primária.

Estudos comparativos podem ser realizados antes da implantação de um modelo de prestação de cuidados.

O estudo correlacional preditivo favorece a capacidade de prevê a influência de variáveis no cuidado que é prestado resultando em relevante base teórica para realização de estudos intervencionistas.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática- Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília-DF 1ª edição – 2013.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde- Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília-DF 1ª edição – 2013.
- AGRAMONTE DEL SOL, A.; FARRES VÁZQUEZ, R. Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 26, n. 2, p. 12-21, 2010.
- AIKEN, L. H et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. **Jama**, v. 288, n. 16, p. 1987-1993, 2002.
- AIKEN, L. H. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **Bmj**, v. 344, p. e1717, 2012.
- AL-KANDARI, F.; THOMAS, D. Factors contributing to nursing task incompleteness as perceived by nurses working in Kuwait general hospitals. **Journal of clinical nursing**, v. 18, n. 24, p. 3430-3440, 2009.
- AMESTOY, S. C. et al. Características institucionais que interferem na liderança do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 214, 2009.
- ANDRADE, D. et al. Implantação do Modelo Enfermeiro Referência. **Blucher Medical Proceedings**, v. 1, n. 2, p. 64-64, 2014.
- ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, p. 261-5, 2005.
- ARAÚJO, A. F. et al. Absenteísmo dos profissionais de enfermagem dentro do contexto hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Revista E-Ciência**, v. 4, n. 1, p.06-15, 2016.
- ARCHIBONG, U. E. Evaluating the impact of primary nursing practice on the quality of nursing care: a Nigerian study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 29, n. 3, p. 680-689, 1999.
- AUED, G. K. et al. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 142-149, 2016.
- BATEMAN, T. S.; SNELL, S. A.; RIMOLI, C. A. **Administração: construindo vantagem competitiva**. São Paulo: Atlas, 1998.

BATISTA, P. S. S.; VASCONCELOS, E. M.; COSTA, S. F. G. Ética nas ações educativas e de cuidado em saúde orientadas pela Educação Popular. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 2, p. 1401-1412, 2014.

BENEDET, S. A. et al. Processo de Enfermagem: instrumento da Sistematização da Assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros Nursing process: systematization of the nursing care instrument in the perception of nurses. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4780-4788, 2016.

BERNARDINO, E.; FELLI, V. E.; PERES, A. M.. Competências gerais para o gerenciamento em enfermagem de hospitais. **Cogitare enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 349-53, 2010.

BITTNER, N. P. et al. Unraveling care omissions. **Journal of Nursing Administration**, v. 41, n. 12, p. 510-512, 2011.

BLACKMAN, I. et al. Factors influencing why nursing care is missed. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 24, n. 1-2, p. 47-56, 2015.

BOWERS, L. The significance of primary nursing. **Journal of Advanced Nursing**, Malden, Massachusetts, v. 14, n. 1, p. 13-19, 1989.

BRAGADÓTTIR, H; KALISCH, B. J.; TRYGGVADÓTTIR, G. B. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. **Journal of clinical nursing**, v. 26, n. 11-12, p. 1524-1534, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, de 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 nov. 2011a.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Resultados gerais da amostra**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. **Lei No 7.498, de 25 de Junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm .Acesso em: 29 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência à saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) – 2015 a 2016**. DATASUS, Brasília – DF, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qgpi.def>. Acesso em: 21 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013. Seção 1, p. 43. Disponível em: Acesso em: 13 Dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013**. Aprova o protocolo de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013. Seção 1, p. 43. Disponível em: www.saude.gov.br/segurancadopaciente. Acesso em: 13 Dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013.** Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 186, Seção 01, página 113. Disponível em: www.saude.gov.br/segurancadopaciente. Acesso em: 13 Dez. 2016.

BRASIL. **Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html acesso em 29/06/2016.

CAMELO, S. H. H. et al. Enfermeiros gerentes de um hospital de ensino: formação profissional, responsabilidades e desafios [Nurse managers at a teaching hospital: training, responsibilities and challenges]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 3, p. e11637, 2016.

CARMONA, L. M. P; LALUNA, M. C. M. C. “Primary Nursing”: pressupostos e implicações na prática. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 4, n. 1, 2002.

CARNEIRO, A. V. O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 3-10, 2010.

CASSIANI, S. H. B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 95-9, 2005.

CASTILHO, A. M; PARREIRA, P. D.; PEREIRA, M. S. cuidados de enfermagem e eventos adversos em doentes internados: análise dos fatores intervenientes nursing care and adverse events at inpatients in acute hospitals: the root cause analysis. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 2, n. 2, p. 600, 2017.

CECÍLIO, L.C. O; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: Unicamp, 2003.

CHEUNG, K; CHING, S. S. Y. Job satisfaction among nursing personnel in Hong Kong: a questionnaire survey. **Journal of nursing management**, v. 22, n. 5, p. 664-675, 2014.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações.** 3 ed. rev. e atualizada.-Rio de Janeiro: Elsevier, 2004 - 4 reimpressão.

CHIAVENATO, I. **Administração Geral e Pública: Provas e Concursos.** 4ºed – Barueri, SP: Editora Manole, 2016.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; DE OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 734-741, 2012.

CIAMPONE M. H. T; MELLEIRO, M; M. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem.** 2.ed. - [Reimpr.] - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Cap. 7. p. 71-83

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Decreto n. 94.406/87**. Recuperado de <http://www.cofen.gov.br> Acesso em: 05 jun. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 293/2004**. Recuperado de <http://www.cofen.gov.br> Acesso em: 05 jun. 2017.

CORREIA, M. M. **Satisfação profissional dos enfermeiros**. Tese de Doutorado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2017.

COSTA RA, SHIMIZU HE. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital escola. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5 p. 654-62, 2005.

COSTA, J. S. Métodos de prestação de cuidados. **Millenium**, n. 30, p. 234-251, 2004.

CUNHA, I. C. K. O.; NETO, X.; GUIMARÃES, F. R.. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio?. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, n. 3 p. 479-82, 2006.

DA COSTA, Siméia Dias et al. O exercício da liderança e seus desafios na prática do Enfermeiro. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**, v. 8, n. 1, p. 49-65, 2017.

DELATORRE, P. G. et al. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 7, n. 12, p. 7151-7159, 2013.

DIAS, J. D. et al. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 866-880, 2014.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DUARTE, S. D. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.

DUARTE, S. D. C. M. et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1074-1081, 2015.

DUFFIELD, C. et al. Staff satisfaction and retention and the role of the nursing unit manager. **Collegian**, v. 16, n. 1, p. 11-17, 2009.

ERLEN, J. A. Patient safety, error reduction, and ethical practice. **Orthopaedic Nursing**, v. 26, n. 2, p. 130-133, 2007.

FAEDA, M. S.; PERROCA, M. G. Gestão do cuidado: concordância entre prescrições de enfermagem e necessidades de cuidados dos pacientes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 2723, 2016.

FAIRBROTHER, G.; JONES, A.; RIVAS, K. Changing model of nursing care from individual patient allocation to team nursing in the acute inpatient environment.

Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession, Oxfordshire, v. 35, n. 2, p. 202-220, 2010.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P.

Gerenciamento em enfermagem. 2.ed. - [Reimpr.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Cap. 1. p. 1-12.

FRANÇOLIN, L. et al. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. 2, p. 277-283, 2015.

GARCIA, T. R.; DA NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009.

GOMES, E. L. R.; et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, p. 229-50, 1997.

GONZALES, R. I. C. et al. Gerenciamento de Caso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 227-31, 2003.

GOULART, L. L. et al. Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de trauma. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 346-51, 2014.

GRAY, J R; GROVE, S K; SUTHERLAND, S. **The Practice of Nursing Research: appraisal, synthesis, and generation of evidence**. 8 ed. China: Elsevier, 2017.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 258-65, 2009.

HAYES, B.; BONNER, A. N. N.; PRYOR, J. Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. **Journal of Nursing Management**, v. 18, n. 7, p. 804-814, 2010.

HENRIQUES CAMELO, S. H; SAPORITI ANGERAMI, E. L. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 552-560, 2013.

HERNÁNDEZ, P. J. S. Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica: marco conceptual y guía metodológica. **Revista de calidad asistencial**, v. 13, n. 7, p. 437, 1998.

HERNÁNDEZ-CRUZ, R. et al. Fatores que influenciam o cuidado de enfermagem omitido em pacientes de um hospital particular. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 2877, 2017.

HOLMES, S. W. Managing the stress of Primary Nursing. **Nursing Management**, v.18 , n. 1, p.62-66, 1987.

HU-UFPI. **Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí**, Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufpi> Acesso em: jan. 2017.

INSTITUTE OF MEDICINE. Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. **National Academy Press**, Washington, DC, 2004.

IYER, P.; TAPICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 193 – 203, 1993.

JUÁREZ, M. del R. G. et al. Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. **Gaceta Sanitaria**, v. 25, n. 6, p. 474-482, 2011.

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

KALISCH, B. J.; LANDSTROM, G. L.; HINSHAW, A.S. Missed nursing care: a concept analysis. **Journal of advanced nursing**, v. 65, n. 7, p. 1509-1517, 2009.

KALISCH, B. J.; LANDSTROM, G; WILLIAMS, R. A. Missed nursing care: errors of omission. **Nursing outlook**, v. 57, n. 1, p. 3-9, 2009.

KALISCH, B. J.; LEE, K. H. Variations of nursing teamwork by hospital, patient unit, and staff characteristics. **Applied Nursing Research**, v. 26, n. 1, p. 2-9, 2013.

KALISCH, B. J.; TSCHANNEN, D.; LEE, H.; FRIESE, C. R. Hospital variation in missed nursing care. **American Journal of Medical Quality**.v. 26, n. 4, p. 291 - 299, 2011.

KALISCH, B. J.; WILLIAMS, R. A. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. **Journal of Nursing Administration**, v. 39, n. 5, p. 211-219, 2009.

KALISCH, B. J.; XIE, B. Errors of omission: missed nursing care. **Western journal of nursing research**, v. 36, n. 7, p. 875-890, 2014.

KALISCH, B. J. **Errors of omission**: how missed nursing care imperils patients. Maryland: American Nurses Association, 2015.

KALISCH, B. J.; XIE, B.; DABNEY, B. W. Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. **American Journal of Medical Quality**, v. 29, n. 5, p. 415-422, 2014.

KRUSE, M. H. L. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. Vol. 59, n. esp (2006), p. 403-410, 2006.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. 2.ed. - [Reimpr.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

KUSK, K. H.; GROENKJAER, M. Effectiveness of primary nursing in the care and satisfaction of adult inpatients: a systematic review protocol. **JBI database of systematic reviews and implementation reports**, v. 14, n. 6, p. 14-22, 2016.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 3 ed. Porto Alegre. Artmed, 2003.

LEAPE, L. L. Error in medicine. **Jama**, v. 272, n. 23, p. 1851-1857, 1994.

LELLI, L. B.; et al. Estratégias gerenciais para o desenvolvimento de competências em enfermagem em hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 262-269, 2012.

LIMA, M. S et al. Cuidado de enfermagem à família de pacientes internados em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, Recife, v. 9, n. 5, p. 7957-66, 2015.

LUCENA, A. D. F.; PASKULIN, L. M. G.; SOUZA, M. F. D.; GUTIÉRREZ, M. G. R. D. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev. esc. enferm. USP [online]**, v.40, n.2, p.292-298, 2006.

MAGALHÃES, A.N.M. JUCHEM, B. C. Primary Nursing: adaptando um novo modelo de trabalho no serviço de enfermagem cirúrgica do Hospital de Clínicas do Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.21, n.2, p.5-18, 2000.

MANTHEY, M. **A prática do Primary nursing: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014. p.164.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARTINATO, M. C. N B. et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v.31, n.1, p. 160-166, 2010.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ). Difusão editorial, 1982, v. 1.

MARX, L. C. **Competências da Enfermagem sedimentadas no Sistema Primary Nursing**. Petrópolis: Editora de Publicações Biomédicas (EPUB). 2006.184p.

MARX, L. C.; MORITA, L. C. **Manual de Gerenciamento de Enfermagem**. São Paulo: Rufo, editores e associados, 1998.

MARX, L.C. Entrevista concedida ao Portal Sérgio Luz. São Paulo, 16/03/2009. Disponível em: < http://www.portaldaenfermagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=3. Acesso em: 2 março 2017.

MATTILA, E. et al. The effects of the primary nursing care model: a systematic review. **J Nurs Care**. v. 3, n. 6, p. 1-12, 2014.

MAYA, C. M; SIMÕES, A. L. de A. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 898-904, 2011.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: UFPE, p. 45-76, 2004.

MOURA, E. C. C. **Ensino-aprendizagem de enfermagem em simulação clínica: desenvolvendo competência profissional para prevenção de úlceras por pressão**. 297 f. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2013.

MOURÃO, C. M. L. et al. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 10, n. 3, p. 139-145, 2009.

NADEAU, K. et al. Perceptions of a primary nursing care model in a pediatric hematology/oncology unit. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, v. 34, n. 1, p. 28-34, 2016.

NASCIMENTO, A. C. E. C. et al. A importância da supervisão de enfermagem nas instituições de saúde. **Saúde e Pesquisa**, v. 6, n. 2, p.339-343, 2013.

NASCIMENTO, M. A; FREITAS, K.; OLIVEIRA, C. G. Erros na Administração de Medicamentos na Prática Assistencial da Equipe de Enfermagem: Uma Revisão Sistemática. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT**, v. 3, n. 3, p. 241, 2016.

NISSEN, J. M. J. F.; BOUMANS, N. P. G.; LANDEWEERD, J. A. Primary nursing and quality of care: a Dutch study. **International journal of nursing studies**, v. 34, n. 2, p. 93-102, 1997.

NOGUEIRA, J. W. S; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015.

OLIVEIRA, C. S. DE; BARREIRA, I. A.. A 2ª Guerra Mundial e o retorno das enfermeiras americanas ao Brasil. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 209-16, 2000.

ONGARETTO, R. et al. The primary nursing implementation in late preterm. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 40, n. 2, p. A48, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **La investigación en Seguridad del Paciente: mayor conocimiento para una atención más segura**. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Francia, 2008.

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. In: **Rouquayrol & Almeida. Epidemiologia & Saúde**. 5ª Edição. MEDSI, Rio de Janeiro, 489 – 503, 1999

PALESE, A. et al. Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. **Internal and Emergency Medicine**, Rome, v. 10, n. 6, p. 693-702, 2015.

PALMER, S. P. Nurse retention and satisfaction in Ecuador: implications for nursing administration. **Journal of Nursing Management**, v. 22, n. 1, p. 89-96, 2014.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto & contexto enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 492-9, 2006.

PONTIN, D. Primary nursing: a mode of care or a philosophy of nursing?. **Journal of Advanced Nursing**, v. 29, n. 3, p. 584-591, 1999.

PORTAL, K. M.; MAGALHÃES, A. M. M. de. Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 29, n. 2 (jun. 2008), p. 246-253, 2008.

POTTER, P.; PERRY, A. **Fundamentos de enfermagem**. - Rio de Janeiro. Elsevier Brasil, 2013.

RANTANEN, A. et al. Two models of nursing practice: a comparative study of motivational characteristics, work satisfaction and stress. **Journal of nursing management**, v. 24, n. 2, p. 261-270, 2016.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, London, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000.

REASON, J. The human contribution: unsafe acts, accidents and heroic recoveries. **Farnham**, England: Ashgate Publishing Limited, 2008.

RECH, R. A; DE LIMA T, L. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de enfermagem da oncologia do Brasil e Portugal. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 925-933, 2015.

REED, S.E. A comparison of nurse-related behaviour, philosophy of care and job satisfaction in team and primary nursing. **Journal of advanced nursing**, vol.13, n. 3, p.383-395, 1988.

ROCHA, F. et al. Tipos e causas de erros no processo de medicação na prática assistencial da equipe de enfermagem. **Rev. Unimontes Científica**, Montes Claros, v.17, n.1, p. 76-86, 2015.

ROSSI, F. R; DA SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.

RUBIO, M. E et al. A satisfação do paciente idoso com relação ao modelo de assistência de enfermagem baseado no Sistema Primary Nursing. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**. v. 14, n. 3, p. 197-208, 2011.

SADE, P. M. C.; PERES, A. M.; WOLFF, D. G. A formação das competências gerenciais do enfermeiro: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 8, n. 6, p. 1739-1745, 2014.

SANCINETTI, T. R. et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 1007-1012, 2011.

SANTOS, J. L. G.; LIMA, M. A. D. da S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 32, n. 4 (dez. 2011), p. 695-702, 2011.

SAUPE, R.; BRITO, V. H. GIORGI, M. D. M.. As concepções do educador Paulo Freire: como vem sendo utilizadas pela enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 2, n. 1, p.70-75 1997.

SILVA, A. A; MENEGAT, R. P. A gestão do cuidado em relação à autonomia dos enfermeiros. **Gestão e Saúde**, v. 5, n. especial, p. pag. 2294-2312, 2014.

SILVA, B. M. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 442-448, 2006.

SILVA, C. C. **Competências na prática educativa para constituição da força de trabalho em saúde: um desafio aos educadores**. 2003. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2003.

SILVA, L. G. C. et al. O absenteísmo da equipe de enfermagem de um hospital universitário público The absenteeism of the team of nursing of a public university hospital. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 4, n. 2, p. 88-94, 2016.

SILVA, M. F. da et al. Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 1-9, 2016.

SILVA, R. G. M. et al. Análise reflexiva sobre a importância do Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem como ferramenta gerencial. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n. 4, p. 221-226, 2016.

SIQUEIRA, L. D. C. **Adaptação cultural e validação inicial do instrumento MISSCARE para o Brasil: contribuição para o mapeamento de riscos para a segurança do paciente hospitalizado**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

SIQUEIRA, L. D. C. et al. Adaptação cultural e análise da consistência interna do instrumento MISSCARE para uso no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 610-617, 2013.

SIQUEIRA, L. D. C. **Validação do MISSCARE-BRASIL – Instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem**. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

SJETNE, I. S. et al.. Service quality in hospital wards with different nursing organization: nurses' ratings. **Journal of advanced nursing**, v. 65, n. 2, p. 325-336, 2009.

SOUZA, M. F. G; DOS SANTOS, A. D. B.; MONTEIRO, A. I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 167, 2013.

SOUZA, P. C; SCATENA, J. H. G. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar do mix público-privado do sistema único de saúde no estado de Mato Grosso: um estudo multicaso. **Revista de administração em saúde**, v. 15, n. 59, p. 79-88, 2013.

STOLBERG, S. G. "Patient deaths tied to lack of nurses; hospital study finds nationwide problem. **New York Times**", v.8, p. A18, 2002. Disponível em: Academic OneFile, go.galegroup.com/ps/i.do?p=AONE&sw=w&u=capes&v=2.1&id=GALE%7CA90224625&it=r&asid=55ad989f3019791089398b393d4f3cfa. Acesso em 25 Mar. 2017.

SUHONEN, R.; VÄLIMÄKI, M.; KATAJISTO, J.; LEINO-KILPI. Hospitals' organizational variables and patients' perceptions of individualized nursing care in Finland. **Journal of nursing management**, v. 15, n. 2, p. 197-206, 2007.

TENANI, M. N. F et al. Satisfação profissional dos trabalhadores de enfermagem recém-admitidos em hospital público. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 285-297, 2014.

TOFFOLETTO, M. C.; RUIZ, X. R. Melhorando a segurança dos pacientes: estudo dos incidentes nos cuidados de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1098-1105, out. 2013.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M; TAKAHASHI, R. T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. 2.ed. - [Reimpr.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Cap. 7. p. 71-83.

VALLES, J. H. H. et al. Cuidado de enfermagem omitido em pacientes com risco ou com úlceras por pressão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2016.

VERSA, G. L. G da S et al. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 796-802, 2011.

VERSA, G. L. G da S.; MATSUDA, L. M. Satisfação profissional da equipe de enfermagem intensivista de um hospital de ensino [Job satisfaction of intensive nursing staff of a teaching hospital]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 3, p. 409-415, 2014.

WEBB, C.; PONTIN, D. Introducing primary nursing: nurses' opinions. **Journal of clinical nursing**, v. 5, n. 6, p. 351-358, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. Geneva, 2008.

XAVIER, C. C. et al. Enfermagem na assistência ventilatória: análise da aspiração endotraqueal na unidade de terapia intensiva. **Revista de enfermagem UFPE on line**-ISSN: 1981-8963, v. 7, n. 12, p. 6800-6807, 2013.

ZAGO NOVARETTI, M. C et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 692-699, 2014.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS MINISTRO PETRÔNIO PORTELLA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Magno Batista Lima, enfermeiro e mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGENF-UFPI), venho por meio deste convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada: **“MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PRIMÁRIA: uma análise por *MISSCARE-Brasil*”**, cujo objetivo é avaliar o fenômeno da omissão dos cuidados de enfermagem prestados em um Hospital Universitário, após a implantação do modelo assistencial de Enfermagem Primária (*Primary Nursing*) utilizando o *MISSCARE-Brasil*, que trata-se de um instrumento que mensura o fenômeno da omissão ou falta de prestação dos cuidados de enfermagem.

A justificativa deste estudo está na contribuição que trará para o gerenciamento do cuidado e a organização do serviço, mediante a verificação do fenômeno da não realização dos cuidados de enfermagem associado a experiência de implantação do modelo assistencial de enfermagem primária.

Ao concordar em participar eu lhe entregarei um instrumento que possui 20 itens com informações gerais e mais 56 itens apresentados em duas partes. A parte A contém 28 itens referentes aos elementos dos cuidados de enfermagem não realizados e a parte B contém 28 itens relacionados às razões para a não prestação dos cuidados. O instrumento deverá ser preenchido por meio de respostas autorreferidas devendo marcar somente uma alternativa para cada item avaliado e deverá ser devolvido no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí em data e local do hospital a ser combinado.

Caso você concorde em participar, assine esse termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias e uma via do documento ficará com você e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa. Ao assinar esse termo, você estará ciente de que:

- O risco deste estudo é considerado como mínimo, uma vez que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo. Vale ressaltar que o risco mínimo aqui descrito, refere-se à possibilidade de desconfortos associados aos questionamentos relacionados ao processo de trabalho dos participantes durante o preenchimento do instrumento de pesquisa. Para minimizar

os desconfortos garantimos aos anuentes o TOTAL sigilo relacionado à não identificação do participante, assegurando a sua privacidade. Além da liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer etapa da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízos.

- Os benefícios desta pesquisa serão indiretos, uma vez que trarão maior conhecimento sobre o tema abordado, podendo proporcionar melhorias para a qualidade da assistência de enfermagem.

- Fica garantido o sigilo do participante e das informações por ele prestada.

- Não haverá nenhum custo e nem remuneração pela sua participação.

- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não, pois poderá servir de subsídios para comunidade, gestores dos serviços de saúde e profissionais da área.

- Os instrumentos utilizados na pesquisa serão armazenados no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí durante 60 meses (5anos) sob a responsabilidade da pesquisadora Sra. Dra. Elaine Cristina Carvalho Moura. Após este período, os dados serão destruídos.

- O Comitê de Ética pode ser consultado para esclarecer dúvidas sobre aspectos éticos da pesquisa. Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 - Teresina - PI. Telefone: 86 3237-2332. E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br.

Agradeço sua atenção e coloco-me a sua disposição para quaisquer esclarecimentos, pessoalmente, por e-mail magnobl411@hotmail.com ou pelos telefones (89) 98101-0432 (89) 3562-1103.

Eu, _____
_____, RG: _____ aceito participar da pesquisa e
estou ciente de que as informações serão tratadas sigilosamente, e caso não queira mais
participar, tenho liberdade de retirar este consentimento. Fui devidamente informado e
esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a
pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como do risco mínimo e da ausência de
benefícios decorrentes de minha participação.

Teresina, _____, de _____ de 2017

Assinatura do participante

Profa. Dr. Elaine Cristina Carvalho Moura
Pesquisadora Responsável
Docente da UFPI/ Chefe da Divisão de Enfermagem (HU-UFPI)
Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, SG 07, s/n - Iningá, Teresina –
PI
Tel: (0xx86) 98804-8079 e-mail: elainecrism@bol.com.br

Magno Batista Lima
Mestrando em Enfermagem (PPGENF-UFPI)
Ademar Diógenes Q: B; C: 17 Bom Jesus – PI
Tel: (0xx89) 98101-0432 e-mail: Magnobl411@hotmail.com

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PETRÔNIO PORTELLA S/N – BAIRRO ININGA
CEP: 64049-550 – TERESINA-PI**

CARTA DE APROVAÇÃO Nº 30/16

Após análise do protocolo de pesquisa n. 30/16, intitulado “**MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PRIMÁRIA: UMA ANÁLISE POR MISSCARE**” comunicamos que o mesmo recebeu parecer **favorável** para realização da referida pesquisa, sendo realizada junto ao Hospital Universitário do Piauí.

Teresina, 24 de agosto de 2016

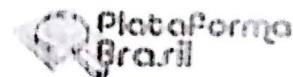


Dr. Lauro Louzival Lopes Filho
Presidente da CAPP- HUPI

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PRIMÁRIA: uma análise por

Pesquisador: Elaine Cristina Carvalho Moura

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59566816.8.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.777.929

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa que tem como pesquisadora responsável Elaine Cristina Carvalho Moura e como pesquisador assistente Magno Batista Lima.

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa de desenho não-experimental, transversal, exploratória, descritiva comparativa para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem, mediante a omissão do cuidado, prestada em um Hospital Universitário, através do uso de um instrumento denominado de MISSCARE, antes e após a implantação de modelo assistencial de enfermagem primária (Primary Nursing).

A pesquisadora informou como justificativa que "Enfermagem Primária (Primary Nursing) se destaca como um sistema de prestação de cuidados que visa maximizar os valores do profissional e facilitar o desenvolvimento de seu papel com a prestação de cuidados clinicamente competentes aos pacientes em uma unidade 24 horas por dia, sete dias por semana. No entanto a dinâmica dos cuidados de enfermagem é mediada por múltiplas demandas que pode impossibilitá-lo de cumprir todos os cuidados exigidos nos serviços de saúde e nessas circunstâncias, os profissionais podem abreviar o cuidado, atrasá-lo ou simplesmente omiti-lo, fenômeno que pode ser verificado através do uso de instrumento denominado de MISSCARE. A justificativa deste estudo está na contribuição que poderá trazer para a gestão da prestação da assistência de enfermagem, além da possibilidade de esclarecer se

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

Assinatura



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ



Continuação do Parecer: 1.777.629

mudanças no modelo de assistência podem contribuir na redução da omissão do cuidado."

"Tamanho da Ancestra no Brasil.199"

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o fenômeno da omissão dos cuidados de enfermagem prestados em um Hospital Universitário, através do MISSCARE, antes e após a implantação de Modelo Assistencial de Enfermagem Primária (Primary Nursing).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"O risco deste tipo de estudo, de acordo com a legislação Brasileira em relação à Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos é considerado como mínimo, uma vez que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo. Vale ressaltar que o risco mínimo aqui descrito, refere-se à possibilidade de desconfortos associados aos questionamentos relacionados ao processo de trabalho dos participantes durante o preenchimento do instrumento de pesquisa. Para minimizar os desconfortos será garantido aos anuentes o TOTAL sigilo relacionado à não identificação e os pesquisadores estarão à disposição para sanar qualquer dúvida em relação ao estudo, podendo o participante retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem penalização alguma e sem prejuízos."

Benefícios:

"Os benefícios desta pesquisa serão indiretos, uma vez que trarão maior conhecimento sobre o tema abordado, podendo proporcionar melhorias para a qualidade da assistência de enfermagem."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A análise documental e apreciação ética da pesquisa foram realizadas. O projeto é relevante e, na elaboração do projeto de pesquisa, percebe-se a atenção do pesquisador no que concerne à situação de vulnerabilidade inerente à condição de participante que, respeitado em sua individualidade, está resguardado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

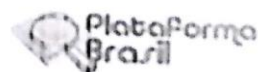
Os termos obrigatórios foram apresentados e, acatada a recomendação descrita no tópico abaixo,

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pr3-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

admeus



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ



Continuação do Parecer: 1.777.929

não necessita de ajustes adicionais.

Recomendações:

Informar no TCLE que o voluntário deve receber uma VIA. Pesquisador menciona que será assinado em duas vias, mas informa que o voluntário ficará com uma cópia.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Realizada a avaliação do ponto de vista ético, o protocolo de pesquisa apresentado está apto a ser executado. A documentação postada respeita aos preceitos éticos orientadores das pesquisas envolvendo seres humanos, previstas na resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_767050.pdf	25/08/2016 00:23:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ENFERMAGEM_PRIMARIA.pdf	25/08/2016 00:00:06	Elaine Cristina Carvalho Moura	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS.pdf	24/08/2016 23:51:49	Elaine Cristina Carvalho Moura	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL.pdf	24/08/2016 23:49:54	Elaine Cristina Carvalho Moura	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DO_ORIENTADOR.pdf	24/08/2016 23:44:39	Elaine Cristina Carvalho Moura	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Magno_Batista_Lima.pdf	24/08/2016 23:42:41	Elaine Cristina Carvalho Moura	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Elaine_Cristina_Carvalho_Moura.pdf	24/08/2016 23:29:46	Elaine Cristina Carvalho Moura	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	24/08/2016 23:26:11	Elaine Cristina Carvalho Moura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	24/08/2016 23:23:20	Elaine Cristina Carvalho Moura	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	24/08/2016 23:20:31	Elaine Cristina Carvalho Moura	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DOS_PESQUISADORES.pdf	24/08/2016 23:19:10	Elaine Cristina Carvalho Moura	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	24/08/2016 23:05:04	Elaine Cristina Carvalho Moura	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pr5-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

admouro



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ



Continuação do Parecer: 1.777.929

Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	24/08/2016 23:02:49	Elaine Cristina Carvalho Moura	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	-----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 14 de Outubro de 2016

Assinado por:

Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Profa. Dra. Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria PROPESQ N° 10/2016

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64 049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO C – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Prezado (a) participante,

O instrumento *MISSCARE* descrito abaixo mede o fenômeno da não realização dos cuidados de enfermagem. Inicialmente você poderá preencher as suas informações gerais. Em seguida, a **Parte A** do instrumento *MISSCARE* é composta por 28 itens. Para cada questão, você será questionado (a) a considerar com que frequência cada cuidado não é realizado pelo pessoal de enfermagem de sua unidade. A **Parte B** do instrumento é composta por 28 itens. Para cada questão, você poderá preencher as razões para a não realização do cuidado de enfermagem em sua unidade. Por favor, preencha até o final (o instrumento possui oito páginas).

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)

“Copyright” 2009 by Beatrice Kalisch, University of Michigan College of Nursing. Adaptada e validada para o Brasil por Siqueira, Lillian Dias Castilho, 2016: Validação do *MISSCARE-BRASIL*–Instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem. Ribeirão Preto, 2016. Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

- 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 you 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					

“Copyright” 2009 by Beatrice Kalisch, University of Michigan College of Nursing. Adaptada e validada para o Brasil por Siqueira, Lillian Dias Castilho, 2016: Validação do *MISSCARE-BRASIL*–Instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem. Ribeirão Preto, 2016. Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

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					
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					

“Copyright” 2009 by Beatrice Kalisch, University of Michigan College of Nursing. Adaptada e validada para o Brasil por Siqueira, Lillian Dias Castilho, 2016: Validação do *MISSCARE-BRASIL*–Instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem. Ribeirão Preto, 2016. Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

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					
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					

“Copyright” 2009 by Beatrice Kalisch, University of Michigan College of Nursing. Adaptada e validada para o Brasil por Siqueira, Lillian Dias Castilho, 2016: Validação do *MISSCARE-BRASIL*–Instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem. Ribeirão Preto, 2016. Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

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)				
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				

“Copyright” 2009 by Beatrice Kalisch, University of Michigan College of Nursing. Adaptada e validada para o Brasil por Siqueira, Lillian Dias Castilho, 2016: Validação do *MISSCARE-BRASIL*–Instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem. Ribeirão Preto, 2016. Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

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				
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)				

“Copyright” 2009 by Beatrice Kalisch, University of Michigan College of Nursing. Adaptada e validada para o Brasil por Siqueira, Lillian Dias Castilho, 2016: Validação do *MISSCARE-BRASIL*–Instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem. Ribeirão Preto, 2016. Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

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				

Obrigada por participar!

ANEXO D-AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3905 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Professora Dra. Elaine Cristina Carvalho Moura

Agradeço o seu interesse no *MISSCARE-BRASIL*, instrumento validado pela enfermeira Lillian Dias Castilho Siqueira. Eu forneço a minha permissão para a sua aluna utilizá-lo para fins de pesquisa. Desejo sucesso na condução desses estudos.

Ribeirão Preto - SP, 05 de setembro de 2016.

Atenciosamente,

Profa Dra Maria Helena Larcher Caliri

Docente aposentada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em
Enfermagem. Membro da Sociedade Honorífica Sigma Theta Tau, Capítulo
Rho Upsilon

**ANEXO E-AUTORIZAÇÃO PARA USO DO FLUXO DA ENFERMAGEM
PRIMÁRIA DO HU-UFPI**

EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**

Campus Ministro Petrônio Portela, s/n - Ininga

64.048-901 - Teresina - PI

Site: www.ebserh.com.br

DECLARAÇÃO- Divisão de Enfermagem do HU-UFPI/EBSERH

Declaro para os devidos fins que autorizo o uso de informações teóricas relacionadas ao fluxo de implantação, implementação e funcionamento da Enfermagem Primária neste Hospital Universitário HU-UFPI, pelo pesquisador assistente Magno Batista Lima, conforme solicitação, e de acordo com a necessidade de utilização destas informações, por parte do mesmo na sua pesquisa intitulada "Modelo Assistencial de Enfermagem Primária: uma análise por MISSCARE".

Teresina, 10 de maio de 2016.

Liente,

[Assinatura]
101ª Drª Sâmlia Gomes Ribeiro,
Chefe da Divisão de Enfermagem
Empresa Brasileira de Serviços
Hospitalares-EBSERH/Filial Piauí
SIAPE: 2117342 / COREN - 27076

10/05/17