



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



HILLDA DANDARA CARVALHO SANTOS LEITE

**PREDITORES AMBIENTAIS PARA A OMISSÃO DOS CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM**

TERESINA  
2020

HILLDA DANDARA CARVALHO SANTOS LEITE

**PREDITORES AMBIENTAIS PARA A OMISSÃO DOS CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM**

Relatório de dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Lidya Tolstenko Nogueira

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas Socioeducativas em Enfermagem

TERESINA  
2020

Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Setorial do CCS  
Serviço de Processamento Técnico

L533p Leite, Hilda Dandara Carvalho Santos.  
Preditores ambientais para a omissão dos cuidados de enfermagem /  
Hilda Dandara Carvalho Santos Leite. -- Teresina, 2020.  
90 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.  
Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Lidya Tolstenko Nogueira.  
Bibliografia

1. Enfermagem. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Segurança do  
Paciente. 4. Instituições de saúde. I. Título.

CDD 610.73

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

HILLDA DANDARA CARVALHO SANTOS LEITE

**PREDITORES AMBIENTAIS PARA A OMISSÃO DOS CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM**

Relatório de dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Defesa em: 18/12/2020

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lidya Tolstenko Nogueira  
Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Presidente

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Renata Cristina Gasparino  
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – 1<sup>a</sup> Examinadora

---

Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges  
Universidade Federal do Piauí (UFPI) – 2<sup>a</sup> Examinador

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos  
Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Suplente

*A **Deus** por conceder resiliência e manter a minha fé íntegra.*

*A **Nossa Senhora**, minha padroeira.*

*Aos meus pais **Charles Henrique Carvalho Leite** e **Rejane Lúcia Sousa Santos**, que foram a base na busca do aprimoramento do meu conhecimento. Meus exemplos!*

*Ao meu irmão **Rennan Cazuza Carvalho Santos Leite**, pelo carinho e apoio.*

*À minha orientadora **Prof.<sup>a</sup> Dra. Lidya Tolstenko Nogueira** pelos ensinamentos, disponibilidade, competência, paciência e incentivo. Muito grata!*

*Ao meu namorado, **Danilo de Oliveira Soares**, pelo companheirismo, apoio, palavras de encorajamento e afeto.*

## AGRADECIMENTOS

À **Universidade Federal do Piauí**, por viabilizar a concretização deste sonho.

Aos **docentes** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por contribuírem na construção do meu aprendizado.

Aos **colaboradores** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, em especial, Ruth e Leonardo, pela solicitude em atender minhas demandas, todas as vezes que precisei.

Aos membros da banca examinadora, professores: Dr<sup>a</sup> **Renata Cristina Gasparino**, pela simpatia, receptividade e importantes contribuições para o fortalecimento deste trabalho; Dr. **José Wicto Pereira Borges** pelas valiosas contribuições; Dra. **Ana Maria Ribeiro dos Santos**, pelos ensinamentos, cordialidade e pelo pronto aceite em avaliar este trabalho;

À prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Rosilane de Lima Brito Magalhães** pela cordialidade, tranquilidade, positividade, dedicação e apoio.

À doutoranda **Vanessa Caminha Aguiar Lopes** pelo apoio, motivação e paciência. Muito obrigada!

Aos doutorandos **Jefferson Abraão Caetano Lira** e **Daniel de Macêdo Rocha**, pela parceria, amizade e solicitude.

À **Joyce Soares e Silva**, pelos conhecimentos compartilhados e pela parceria durante o mestrado, tornou-se uma irmã!

À **Mariana Lustosa de Carvalho**, pela parceria, por me apresentar a UFPI e pelo carinho.

Aos graduandos em enfermagem, **Maria Clara Nascimento Oliveira** e **João Victor Oliveira Matos Cruz**, por tornar a fase de coleta de dados menos árdua, pelas alegrias e pela conclusão dessa fase em tempo hábil.

À **Cecília Natielly da Silva Gomes**, por ser um exemplo de amiga, determinação e pela oportunidade de atuação como preceptora na Faculdade Uninassau durante o mestrado.

Ao meu primo, **Raelson Filipy Martins Santos**, por me incentivar a fazer o mestrado e desde então, compartilhado essa alegria comigo.

Aos **familiares** que torcem por mim

À prof<sup>a</sup> Me. **Adrielly Caroline Oliveira**, pela oportunidade de atuar como preceptora na Faculdade Uninassau.

Às professoras que foram minhas referências da graduação em enfermagem no Centro Universitário Unifacid: **Eronice Ribeiro de Moraes Araújo**, **Naldiana Cerqueira Silva**,

**Isabel Cristina Cavalcante Carvalho Moreira, Roberta Fortes Santiago, Taciany Alves Batista Lemos, Monique Caroline da Costa Silva e Lucíola Galvão Gondim Correa Feitosa.**

Ao **Reginaldo Campos da Silva e Rebeca Cardoso Guterres**, pela oportunidade de trabalho durante o mestrado na Steriliza Corporation.

Aos amigos que conquistei na Escola Santa Helena: **Francisca Souza, Pryscylla Lucena, Carla Louise, Lília Fontinelle, Larisse Regina, Rogeânio Almeida e Silvia Thaysa** por toda a atenção e acolhimento.

Às amigadas que fiz durante a graduação em enfermagem: **Eyde Machado, Maycon Teyllon, Suelky Lilyan, Raquel Gonzalez, Jacielma Paiva, Catharine Lorrany, Anne Karoline e Raphael Gomes** por torcerem e acreditarem em mim.

Aos colegas que fiz no Hospital Unimed Primavera: **Érika Farias Veloso de Oliveira, Alessandra de Araújo Costa Oliveira, Ana Carolina Floriano de Moura, Layla Marcelly de Araújo Silva, Thayna Mayara de Oliveira Araújo Moura, Wellinton Régis Pedrosa** e a equipe de enfermagem do Centro de Material e Esterilização, por todo o apoio durante essa trajetória.

Aos **participantes do estudo**, pela contribuição grandiosa e por serem minha motivação durante o período de coleta de dados.

*“Se os fatos não se encaixam na teoria,  
modifique os fatos”.*

*(Albert Einstein)*

LEITE, H. D. C. S. **Preditores ambientais para a omissão dos cuidados de enfermagem** [Dissertação]. 90 p. Teresina: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, 2020.

## RESUMO

**Introdução:** O ambiente de trabalho da equipe de enfermagem nos hospitais geralmente é caracterizado como imprevisível, propício a interrupções e erros na assistência de enfermagem. Devido a isso, os cuidados quando omitidos, ocasionam maior ocorrência de infecções e quedas, pneumonia, aumento do tempo de internação, atraso na alta, aumento da dor, desconforto e desnutrição. **Objetivo:** Avaliar os preditores do ambiente organizacional para a omissão dos cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. **Método:** Estudo transversal analítico, realizado em unidades de internação e unidades de terapia intensiva de um hospital universitário de Teresina, Piauí, Brasil. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2019 a fevereiro de 2020 e a amostra foi constituída por 220 participantes, sendo 72 enfermeiros assistenciais e 148 técnicos de enfermagem. Foram utilizados dois instrumentos validados para a coleta de dados *Misscare-Brasil* e *Pratice Environment Scale - Versão Brasileira*. A análise dos dados foi realizada com base nos princípios da estatística descritiva e inferencial. Na análise bivariada aplicaram-se os testes *Qui quadrado de Pearson* e *t de Student*. As correlações foram feitas por meio do coeficiente de correlação de *Pearson*. A regressão hierárquica foi aplicada para prever a omissão de cuidados. Este estudo atendeu as exigências da Resolução 466/12 e obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí sob Parecer 3.563.800. **Resultados:** Na amostra verificou-se predomínio do sexo feminino (85,1%), idade média de 38,5±7,7 anos, com especialização na área de enfermagem (35,9%), maior número de profissionais de enfermagem na unidade de internação (78,6%), trabalhando no turno diurno/ vespertino (56,4%), com enfermeiros realizando maior número de horas extras 11,8±22,4, maior número de pacientes por turno 10,8±4,1 e técnicos perceberam menor adequação de profissionais (49,3%). Os enfermeiros e técnicos de enfermagem consideraram características desfavoráveis nos domínios: adequação da equipe e de recursos (57,7%) e prática profissional na dimensão referente à participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares (52,7%). Enfermeiros e técnicos concordam que o cuidado de prioridade mais alta omitido foi aspiração das vias aéreas (25,0%); o de prioridade intermediária, deambulação 3 vezes por dia (70,0%) e o de prioridade mais baixa, sentar o paciente (59,9%). Entre as principais razões para a omissão dos cuidados destacaram-se as dimensões recursos laborais e materiais. **Conclusão:** O hospital universitário foi considerado, de forma geral, ambiente misto a prática dos cuidados de enfermagem. Na avaliação geral, detectou-se que os fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado é um forte preditor ambiental, quanto mais presente, menor a omissão dos cuidados, além disso, a unidade, período e sexo foram considerados preditores. Evidenciou-se a importância da reestruturação do modelo assistencial vigente no hospital, intensificação dos programas de garantia de qualidade, acompanhamento de recém contratados e realização de reuniões com os gestores para mensuração dos fatores ambientais que interferem a qualidade dos cuidados.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Ambiente de Instituições de Saúde. Cuidados de Enfermagem. Segurança do Paciente.

LEITE, H. D. C. S. **Environmental predictors for the omission of nursing care** [Dissertation]. 90 p. Teresina: Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Piauí, 2020.

### ABSTRACT

**Introduction:** The work environment of the nursing team in hospitals is generally characterized as unpredictable, conducive to interruptions and errors in nursing care. Because of this, care when omitted, causes a higher occurrence of infections and falls, pneumonia, increased length of hospital stay, delayed discharge, increased pain, discomfort and malnutrition. **Objective:** To evaluate the predictors of the organizational environment for the omission of nursing care in the hospital context. **Method:** Cross-sectional analytical study, carried out in inpatient and intensive care units of a university hospital in Teresina, Piauí, Brazil. Data collection took place between November 2019 and February 2020 and the sample consisted of 220 participants, 72 of whom were assistants and 148 nursing technicians. Two validated instruments were used to collect data: Misscare-Brasil and Practice Environment Scale -Brazilian version. Data analysis was performed based on the principles of descriptive and inferential statistics. Pearson's chi square and Student's t tests were applied in the bivariate analysis. Correlations were made using Pearson's correlation coefficient. Hierarchical regression was applied to predict the omission of care. This study met the requirements of Resolution 466/12 and was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí under Opinion 3,563,800. **Results:** In the sample, there was a predominance of females (85.1%), mean age  $38.5 \pm 7.7$  years, with specialization in the field of nursing (35.9%), a greater number of nursing professionals in inpatient unit (78.6%), working in the day / afternoon shift (56.4%), with nurses doing more overtime  $11.8 \pm 22.4$ , more patients per shift  $10.8 \pm 4$ , 1 and technicians perceived less adequacy of professionals (49.3%). Nurses and nursing technicians considered unfavorable characteristics in the domains: adequacy of the team and resources (57.7%) and professional practice in the dimension regarding the participation of nurses in the discussion of hospital issues (52.7%). Nurses and technicians agree that the highest priority care omitted was airway aspiration (25.0%); intermediate priority, walking 3 times a day (70.0%) and lower priority, sitting the patient (59.9%). The main reasons for the omission of care were highlighted in the dimensions of labor and material resources. **Conclusion:** In the general evaluation, it was detected that the nursing fundamentals directed toward the quality of the care is a strong environmental predictor, the more present, the less the omission of the care, besides, the unit, period and sex were considered predictors. The importance of restructuring the avenging assistance model in the hospital was evidenced, intensification of quality assurance programs, follow-up of newly hired employees and meetings with managers to measure the environmental factors that interfere with the quality of care.

**Keywords:** Nursing. Health facility environment. Nursing care. Patient safety.

LEITE, H. D. C. S. **Predictores ambientales de la omisión de cuidados de enfermería** [Disertación]. 90 p. Teresina: Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Piauí, 2020.

## RESUMEN

**Introducción:** El ambiente de trabajo del equipo de enfermería en los hospitales se caracteriza generalmente por ser impredecible, propicio para interrupciones y errores en la atención de enfermería. Debido a esto, cuando se omite la atención, se produce una mayor incidencia de infecciones y caídas, neumonía, aumento de la estancia hospitalaria, retraso del alta, aumento del dolor, malestar y desnutrición. **Objetivo:** Evaluar los predictores del entorno organizacional para la omisión del cuidado de enfermería en el contexto hospitalario. **Método:** Estudio analítico transversal, realizado en unidades de hospitalización y cuidados intensivos de un hospital universitario de Teresina, Piauí, Brasil. La recolección de datos se realizó entre noviembre de 2019 y febrero de 2020 y la muestra estuvo conformada por 220 participantes, de los cuales 72 fueron auxiliares y 148 técnicos de enfermería. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos validados: Misscare-Brasil y Practice Environment Scale-versión brasileña. El análisis de datos se realizó con base en los principios de la estadística descriptiva e inferencial. En el análisis bivariado se aplicaron las pruebas de chi cuadrado de Pearson y t de Student. Se aplicó una regresión jerárquica para predecir la omisión de la atención. Las correlaciones se realizaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Este estudio cumplió con los requisitos de la Resolución 466/12 y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Piauí con la Opinión 3.563.800. **Resultados:** En la muestra, hubo un predominio del sexo femenino (85,1%), edad media  $38,5 \pm 7,7$  años, con especialización en el campo de enfermería (35,9%), mayor número de profesionales de enfermería en unidad de hospitalización (78,6%), trabajando en el turno de día / tarde (56,4%), con enfermeras haciendo más horas extraordinarias  $11,8 \pm 22,4$ , más pacientes por turno  $10,8 \pm 4,1$  y los técnicos percibieron una menor adecuación de los profesionales (49,3%). Los enfermeros y técnicos de enfermería consideraron características desfavorables en los dominios: adecuación del equipo y recursos (57,7%) y práctica profesional en la dimensión relativa a la participación de enfermeros en la discusión de temas hospitalarios (52,7%). Enfermeros y técnicos coinciden en que la atención de mayor prioridad omitida fue la aspiración de la vía aérea (25,0%); prioridad intermedia, caminar 3 veces al día (70,0%) y prioridad inferior, sentar al paciente (59,9%). Las principales razones de la omisión de la atención se destacaron en las dimensiones de recursos laborales y materiales. **Conclusión:** En la evaluación general se detectó que los fundamentos de la enfermería centrados en la calidad de la atención es un fuerte predictor ambiental, cuanto más presente, menos omisión de la atención, además, la unidad, el período y el sexo se consideraron predictores. Se evidenció la importancia de reestructurar el modelo asistencial vengativo en el hospital, intensificación de los programas de aseguramiento de la calidad, seguimiento de los empleados recién contratados y reuniones con los gerentes para medir los factores ambientales que interfieren con la calidad de la atención.

**Palabras llave:** Enfermería. Ambiente de instituciones de salud. Atención de Enfermería. Seguridad del paciente.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Classificação do ambiente da prática profissional por dimensão e para o hospital na perspectiva da equipe de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020 40

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Descrição, categorias e classificação das variáveis independentes, referentes ao MISSCARE - BRASIL. Teresina, PI, Brasil, 2020 28
- Quadro 2 – Caracterização das variáveis independentes relacionadas aos cuidados omitidos do MISSCARE – BRASIL. Teresina, PI, Brasil, 2020 29
- Quadro 3 – Caracterização das variáveis independentes relacionadas às razões para a omissão dos cuidados do *Misscare – Brasil*. Teresina, PI, Brasil, 2020 29
- Quadro 4 – Caracterização das variáveis independentes da *Practice Environment Scale* – Versão Brasileira. Teresina, PI, Brasil, 2020 30

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas e ocupacionais dos enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020	35
Tabela 2 – Características ocupacionais e de satisfação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020	36
Tabela 3 – Comparação da presença das características do ambiente organizacional à prática profissional no hospital universitário na perspectiva dos enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020	38
Tabela 4 – Comparação da omissão de cuidados de enfermagem de acordo com os enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020	41
Tabela 5 – Comparação das razões de omissão de cuidados de enfermagem de acordo com os enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020	43
Tabela 6 – Relações entre a omissão de cuidados geral e as características demográficas dos enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020	44
Tabela 7 – Relação entre a omissão de cuidados geral e as características ocupacionais dos enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020	44
Tabela 8 – Relação entre a omissão de cuidados geral e as razões de omissão atribuídas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020	45
Tabela 9 – Correlação entre o ambiente de trabalho da prática profissional e a omissão de cuidados de acordo com os enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020	46
Tabela 10 – Preditores da omissão de cuidados conforme avaliação da equipe de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020	47

## LISTA DE ABREVIATURAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LPP	Lesão por Pressão
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NAS	<i>Nursing Activities Score</i>
NWI	<i>Nursing Work Index</i>
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PES	<i>Practice Environment Scale</i>
SPSS	<i>Statistical Package for social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEMÁTICO</b>	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>Omissão dos cuidados de enfermagem</b>	<b>19</b>
<b>3.2</b>	<b>Aspectos que contribuem para a realização dos cuidados de enfermagem</b>	<b>21</b>
<b>3.3</b>	<b>Ambiente da prática profissional de enfermagem</b>	<b>24</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>27</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>27</b>
<b>4.2</b>	<b>Local e período de coleta de dados</b>	<b>27</b>
<b>4.3</b>	<b>População e amostra</b>	<b>27</b>
<b>4.4</b>	<b>Variáveis do estudo</b>	<b>28</b>
<b>4.5</b>	<b>Coleta dos dados</b>	<b>30</b>
4.5.1	<i>Practice Environment Scale - Versão Brasileira</i>	30
4.5.2	<i>Misscare-Brasil</i>	31
<b>4.6</b>	<b>Operacionalização da coleta de dados</b>	<b>32</b>
<b>4.7</b>	<b>Análise de dados</b>	<b>33</b>
<b>4.8</b>	<b>Aspectos éticos e legais</b>	<b>34</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>35</b>
	<b>Características demográficas, ocupacionais e de satisfação dos enfermeiros e</b>	
<b>5.1</b>	<b>técnicos de enfermagem</b>	<b>35</b>
	<b>Performance da prática profissional na visão dos enfermeiros e técnicos de</b>	
<b>5.2</b>	<b>enfermagem</b>	<b>37</b>
<b>5.3</b>	<b>Cuidados de enfermagem omitidos e as razões para omissão</b>	<b>40</b>
	<b>Relação entre as características dos profissionais e do ambiente de prática</b>	
<b>5.4</b>	<b>profissional à omissão de cuidados de enfermagem</b>	<b>44</b>
	<b>Como o ambiente de trabalho da prática de enfermagem explica a omissão de</b>	
<b>5.5</b>	<b>cuidados</b>	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>48</b>
<b>6.1</b>	<b>Caracterização da amostra</b>	<b>48</b>
<b>6.2</b>	<b>Elementos do ambiente da prática de profissional de enfermagem</b>	<b>50</b>

<b>6.3</b>	<b>Identificação dos cuidados de enfermagem omitidos e as razões para omissão</b>	<b>52</b>
	<b>Relação entre as características dos profissionais e do ambiente de prática</b>	
<b>6.4</b>	<b>profissional à omissão de cuidados de enfermagem</b>	<b>58</b>
	<b>Como o ambiente de trabalho da prática de enfermagem explica a omissão de</b>	
<b>6.5</b>	<b>cuidados</b>	<b>58</b>
<b>6.6</b>	<b>Limitações do estudo</b>	<b>59</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>60</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>62</b>
	<b>APÊNDICE A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E</b>	
	<b>ESCLARECIDO</b>	<b>70</b>
	<b>ANEXO A- ROTEIRO DA ENTREVISTA MISSCARE-BRASIL</b>	<b>73</b>
	<b>ANEXO B- ROTEIRO DA ENTREVISTA DA <i>Practice Environment Scale</i> -</b>	
	<b>Versão Brasileira</b>	<b>82</b>
	<b>ANEXO C- AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO <i>Misscare-Brasil</i></b>	<b>84</b>
	<b>ANEXO D- AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA <i>Practice</i></b>	
	<b><i>Environment Scale</i> - Versão Brasileira</b>	<b>85</b>
	<b>ANEXO E- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	<b>86</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os profissionais em seus ambientes de trabalho independente das funções alocadas, devem desempenhar sistematicamente atividades administrativas compondo o processo administrativo, que envolve ações de planejamento, organização, direção e controle (CAMELO et al., 2016; CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012). A organização dos processos de cuidado é um desafio enfrentado pelos serviços de saúde. A filosofia de apoio e recursos adequados são essenciais ao planejamento de atividades e alcance de metas organizacionais (MARQUIS; HUSTON, 2015).

O equilíbrio no ambiente de trabalho no qual o empregado está inserido, depende do grau de organização social, tipo de trabalho, métodos de gestão e relações sociais no meio em que as atividades são exercidas. Quando os trabalhadores têm menos oportunidades de usar suas habilidades, menos poder de decisão ou menos controle sobre seu trabalho, advém o estresse ocupacional e os profissionais de enfermagem são os principais sujeitos dessa realidade (BANG; PARK, 2016).

O ambiente de trabalho da equipe de enfermagem nos hospitais geralmente é caracterizado como imprevisível, propício a interrupções e erros na assistência de enfermagem, pois os profissionais exercem atividades concomitantes e gerenciam informações de variadas fontes (SIQUEIRA et al., 2017; MARCELINO et al., 2018).

Nesse ambiente, a falta de material, recursos tecnológicos, profissionais em número insuficiente e com pouca qualificação, problemas de comunicação entre equipes, carga horária e o tempo de experiência dos profissionais constituem variáveis importantes que influenciam as situações de omissão do cuidado. O termo omissão de cuidado, ou *missed nursing care*, refere-se aos cuidados de enfermagem que deixaram de ser realizados por completo ou foram executados em parte ou com atraso (CHO et al., 2015a; KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009; BRAGADÓTTIR; KALISCH, 2018; MORENO-MONSIVÁIS; MORENO-RODRÍGUEZ; INTERIAL-GUZMÁN, 2015; DUTRA; SALES; GUIRARDELLO, 2019)

Os cuidados de enfermagem que mais costumam ser negligenciados são: estímulo da deambulação do paciente, higiene do paciente, ensino do paciente e vigilância ao estado clínico. Em consequência, a qualidade do atendimento fica comprometida. Os resultados adversos associados à falta de cuidados de enfermagem, incluem maior ocorrência de infecções e quedas, pneumonia, aumento do tempo de internação, atraso na alta, aumento da dor, desconforto e desnutrição (HESSELS et al., 2015).

Estudos desenvolvidos na Inglaterra, Estados Unidos da América e Coreia do Sul evidenciaram a forte influência do ambiente de prática de enfermagem na qualidade e na segurança da assistência à saúde, relacionados a desproporção na relação enfermeiro/paciente com conseqüente sobrecarga de trabalho, aumentando as situações de omissão do cuidado, ocorrência de eventos adversos e insatisfação do paciente com os cuidados recebidos (AIKEN et al., 2017; CHO et al., 2015a).

Em vista ao exposto, é pertinente estudar a relação entre o ambiente de práticas de enfermagem e a omissão dos cuidados de enfermagem, pois influenciam diretamente na segurança do paciente e no sistema de saúde. A motivação em estudar a temática surgiu a partir do interesse em compreender o funcionamento do local de trabalho das práticas de enfermagem de um hospital universitário e verificar se é um fator contribuinte para a omissão dos cuidados de enfermagem, visto que há estudos internacionais que comprovaram que é um fator determinante na qualidade e segurança dos cuidados de saúde (WINSETT et al., 2016; SWINGER et al., 2018; SMITH et al., 2018; PARK; HANCHETT; CHENJUAN, 2018; KIM; YOO; SEO, 2018; HESSELS et al., 2015).

Além disso, há carência de estudos brasileiros na literatura que relacionem o ambiente do trabalho de práticas de enfermagem à omissão de cuidado e, especialmente ha necessidade de mais pesquisas que avaliem o ambiente de trabalho da equipe de enfermagem em hospital universitário. A realização do presente estudo contribuirá para a identificação de aspectos que interferem na qualidade do cuidado oferecido ao paciente para posteriores intervenções administrativas. Para nortear essa investigação, estabeleceu-se a seguinte questão: “Quais preditores do ambiente hospitalar influenciam a omissão dos cuidados de enfermagem?”.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Avaliar os preditores do ambiente organizacional para a omissão dos cuidados de enfermagem no contexto hospitalar.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Descrever as características demográficas, ocupacionais e satisfação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem.
- Caracterizar a performance dos enfermeiros e técnicos de enfermagem perante aos elementos do ambiente de trabalho da prática profissional.
- Identificar os cuidados de enfermagem omitidos e as razões para omissão.
- Relacionar as características demográficas, ocupacionais e de satisfação dos profissionais à omissão de cuidados de enfermagem.
- Verificar como o ambiente de trabalho da prática de enfermagem explica a omissão de cuidados.

### 3 REFERENCIAL TEMÁTICO

#### 3.1 Omissão dos cuidados de enfermagem

A omissão dos cuidados de enfermagem é também conhecida pelos termos: cuidados implicitamente racionados, cuidados de enfermagem não realizados, cuidados de enfermagem inacabados e cuidados de enfermagem necessários que estão atrasados, em um aspecto clínico, emocional ou administrativo (KIM; YOO; SEO, 2018).

Os cuidados de enfermagem podem ser classificados, de acordo com a prioridade, em alta, intermediária e baixa. Os cuidados de alta prioridade abrangem: avaliação dos sinais vitais; higienização das mãos, monitorização da glicemia capilar, conforme prescrito; avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado; reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente; cuidado com acesso venoso e infusão e, aspiração das vias aéreas. Como prioridade intermediária destacam-se: deambulação três vezes ao dia; mudança de decúbito a cada três horas; alimentação do paciente ou administração de dieta por sonda; oferecimento de refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos; administração de medicamentos dentro de 30 minutos; banho e higiene do paciente; higiene bucal; atendimento de solicitações para administrar medicamentos prescritos se necessários a cada 15 minutos; avaliação da efetividade de medicamentos administrados; participação em discussão da equipe interdisciplinar; higienização do paciente prontamente após cada eliminação; cuidados com lesão de pele; hidratação do paciente. E, os de prioridade baixa, são: controle do balanço hídrico; registro completo no prontuário do paciente; orientação da família e do paciente; apoio emocional da família e do paciente; planejamento e ensino do paciente e família para alta; atendimento de chamada do paciente dentro de cinco minutos; medidas de prevenção de risco de queda e sentar o paciente fora do leito (BLACKMAN et al., 2018).

O termo cuidar é associado universalmente à enfermagem, aceito como um valor fundamental, disciplina do conhecimento e como prática profissional. Os enfermeiros, no desempenho da profissão, consideram o cuidado como relevante para o seu papel, no entanto, apesar da vasta quantidade de pesquisas e desenvolvimento teórico em relação ao cuidado, o significado desse construto não foi claramente estabelecido ou incorporado pelos profissionais de enfermagem (ENNS; SAWATZKY, 2016).

Melhorar a qualidade dos serviços é uma prioridade internacional dos sistemas de saúde. Garantir os cuidados de enfermagem de qualidade tornou-se a prioridade da

administração de enfermagem e é considerado o principal desafio enfrentado, pois está diretamente relacionado com a satisfação e segurança do paciente (LIU; AUNGSURROCH, 2017). Essa preocupação surgiu com a ocorrência regular de erros em pacientes em todo o mundo. Os erros podem ser um ato de comissão (fazer algo errado, como administrar um medicamento incorreto), ou um ato de omissão (deixar de fazer algo) que leva a um resultado adverso ou tem um potencial significativo para tal resultado. Os erros de omissão são mais difíceis de reconhecer do que erros de comissão, mas provavelmente representam um problema maior (KALISCH; XIE, 2014).

O termo omissão de cuidados foi identificado primeiramente em um estudo qualitativo de Kalisch (2006), por meio de 25 grupos focais, conduzidos com enfermeiros e técnicos de enfermagem de dois grandes hospitais, no qual, 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) e 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 e técnicos de enfermagem, hábito e negação) (SIQUEIRA et al., 2013).

Os resultados desse estudo contribuíram para a concepção de um instrumento quantitativo denominado *Misscare* com a finalidade mensurar a omissão dos cuidados e analisar as suas causas. O instrumento foi construído e validado nos Estados Unidos com amostra composta por 1098 profissionais de enfermagem, compreendendo itens que englobam 24 cuidados básicos de enfermagem na parte A e 17 razões para a omissão na parte B (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009)

O instrumento passou a ser utilizado também no Brasil após a adaptação transcultural e validação e foi denominado de *Misscare-Brasil*. Neste instrumento, quatro elementos do cuidado que não continham na versão do *Misscare* original foram acrescentados, sendo eles: aspiração de vias aéreas; uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda; sentar o paciente fora do leito; hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda. Foram acrescentadas também 11 razões para a omissão dos cuidados de enfermagem identificadas pelos profissionais de enfermagem e que não estavam incluídas no *Misscare* original (SIQUEIRA et al., 2017).

As razões foram: o profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição; número elevado de enfermeiros com

pouca experiência profissional; o profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego; 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; a planta física da unidade/setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes; falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados; o profissional de enfermagem é negligente; falta de motivação para o trabalho; número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde; o profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência (SIQUEIRA et al., 2017).

O ambiente de prática de enfermagem e os processos de enfermagem exercem influência na omissão dos cuidados de enfermagem se não estiverem organizados de forma adequada, comprometendo os cuidados necessários que incluem deambulação, higiene, ensino, alimentação do paciente e vigilância para mudanças na condição clínica (HESSELS et al., 2015). Além do comprometimento da qualidade da assistência de enfermagem, outras consequências da omissão de cuidados são as causas de acidentes e complicações hospitalares e, em última instância, resultam em desfechos negativos, como insatisfação do paciente com a assistência recebida e readmissões (KIM; YOO; SEO, 2018).

Um método importante que pode ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde é a autoavaliação dos cuidados prestados pelos próprios executores, os enfermeiros, pois dessa forma podem compreender os componentes necessários para um serviço de enfermagem de qualidade e esperados pelo paciente (LIU; AUNGSURROCH, 2017). Um outro fator a ser considerado é o trabalho em equipe sendo uma alternativa para os enfermeiros e técnicos de enfermagem tornarem menos esgotantes as altas cargas de trabalho e terem mais motivação para não desconsiderarem as necessidades não satisfeitas dos pacientes e se sentirem mais responsáveis pela sua unidade (SMITH et al., 2018).

Dessa forma, é importante a realização de reuniões com a equipe de enfermagem para melhor entendimento dos fatores que ocasionam a omissão e elaboração de estratégias para solucionar os problemas que interferem na qualidade do cuidado e segurança do paciente.

### **3.2 Aspectos que contribuem para a realização dos cuidados de enfermagem**

A *American Nurses Association* define os indicadores sensíveis à enfermagem como indicadores que quantificam a qualidade do atendimento e os resultados mais afetados pelos

cuidados de enfermagem. Esses indicadores são medidos para avaliar a qualidade da enfermagem, identificar áreas que necessitam de melhorias, medir o sucesso dos programas voltados para a segurança do paciente e devem ter grau de especificidade para a contribuição da assistência de enfermagem, principalmente quando se refere ao do âmbito hospitalar. São exemplos de indicadores: o número de quedas de pacientes, quedas com lesões, erros de administração de medicamentos, erros de administração de medicamentos com danos, bem como a satisfação do paciente e experiência do paciente com os cuidados de enfermagem recebidos (SWINGER et al., 2018).

No Brasil, a implantação de um sistema de acompanhamento da qualidade dos serviços de saúde, foi iniciada a partir dos anos 1990, quando as instituições públicas e privadas no país passaram a desenvolver programas para a garantia da qualidade. Em junho de 1995, a acreditação hospitalar passou a ser discutida no âmbito do Ministério da Saúde com a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS) e a partir daí surgiu a necessidade de se estabelecer um consenso de opiniões para alcançar padrões de avaliação comuns a todos. Em 1998, foi elaborado o “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”, com base no *Accreditation Manual for Hospital* norte-americano, e, em 1999, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) foi criada, iniciando-se a implantação das normas técnicas do Sistema Brasileiro de Acreditação Hospitalar (GALHARDI; ESCOBAR, 2015).

O Manual Brasileiro de Acreditação não identifica especificamente quais indicadores a enfermagem deve mensurar para avaliar a qualidade da sua assistência, mas define claramente que os serviços hospitalares, incluindo a enfermagem, devem se utilizar de indicadores para analisar seu desempenho (FONTENELE; FREIRE; CARNEIRO, 2018).

O Núcleo de Apoio a Gestão Hospitalar (NAGEH) elaborou alguns indicadores relacionados à assistência de enfermagem, que são mensurados sistematicamente pelos hospitais a ele ligados, com a finalidade de analisar e comparar o desempenho desses serviços de enfermagem. Os indicadores de enfermagem, acompanhados pelo NAGEH, são: incidência de quedas, lesão por pressão (LPP), incidência de perda de sonda nasoenteral, incidência de flebites, incidência de não conformidades na administração de medicamentos, incidência de obstrução de cateteres centrais, horas de treinamento da enfermagem e distribuição de enfermeiros e técnicos por leitos (GABRIEL et al., 2011).

Em 2011, a *Joint Commission International* (JCI), com o intuito de melhorar a qualidade da assistência, instituiu as seis metas para a segurança do paciente, são elas: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança

de medicamentos de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; reduzir o risco de lesões ao paciente e decorrentes de quedas, todas essas metas passaram a ser pré-requisitos para todas as instituições que desejam a acreditação pela JCI (JCI, 2011).

Os enfermeiros são os principais detectores de problemas dos pacientes, pois atuam na vigilância de enfermagem, que envolve a observação, avaliação, reconhecimento e interpretação contínua dos dados do paciente. Como prestadores de cuidados 24 horas, os enfermeiros atuam como o sistema de vigilância do hospital para a detecção precoce e prevenção de eventos adversos (CHO et al., 2015a).

Os eventos adversos são incidentes que ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e que resultam em dano ao paciente, o qual pode ser físico, social e/ou psicológico, incluindo lesão, sofrimento, incapacidade ou morte. A omissão de cuidados de enfermagem está associada ao aumento dos eventos adversos (AOZANE et al., 2016).

Os fatores que ocasionam a omissão de cuidados estão geralmente relacionados ao ambiente de trabalho como: a atribuição de recursos de material (incluindo a disponibilidade de medicamentos, materiais e equipamentos funcionando); alocação de recursos trabalhistas (incluindo número e tipo de enfermeiros e competências de enfermagem); e relações interprofissionais, comunicação e trabalho em equipe (HESSELS et al., 2015).

A insatisfação da equipe de enfermagem relacionada a falta de autonomia, desapoio social e de organização, número insuficiente de pessoal, esgotamento, incluindo redução da realização pessoal, despersonalização e exaustão emocional que os enfermeiros experimentaram durante o seu trabalho, absenteísmo e alta taxa de rotatividade, são pontos que também interferem na omissão de cuidados (LIU; AUNGSURROCH, 2017).

Outros determinantes da omissão de cuidados são: frequente interrupção durante a execução dos cuidados, aumento da carga horária de trabalho e tarefas, as tentativas dos enfermeiros em equilibrar a qualidade dos cuidados com a redução de custos, afetando a complexidade da prestação de cuidados de enfermagem (WINSETT et al., 2016). O nível de educação do enfermeiro também parece afetar os resultados dos pacientes. Estudo evidenciou que, quanto mais qualificação o enfermeiro possui, menor a mortalidade do paciente (CHO et al., 2015b).

Os cuidados prescritos possuem finalidades e estão ligados a metas que pretendem ser alcançadas, mas, quando não feitos ou não completados geram consequências negativas. Por exemplo, deambulação conforme solicitado, pode ajudar o paciente a manter o equilíbrio ou

recuperar a força muscular, que se não for completada, pode aumentar o risco de queda. A falta de atenção aos cuidados com a boca pode afetar o apetite ou criar um risco maior como: doenças periodontais, cáries, endocardite bacteriana dentre outros. São esses elementos de cuidado de enfermagem omitidos, coletivamente ou independentemente, que podem preceder um erro de enfermagem ou um evento do paciente (WINSETT et al., 2016).

Desta forma, os enfermeiros precisam desenvolver ações e solicitações que melhorem o desempenho das suas práticas para poder prevenir a omissão de cuidados e suas consequências, assistir com qualidade e fundamentar suas ações, garantir assistência com mínimo de riscos, segura e de qualidade.

### **3.3 Ambiente da prática profissional da enfermagem**

O ambiente da prática de enfermagem é considerado favorável quando os enfermeiros possuem autonomia, controle sobre o ambiente de trabalho e boas relações com a equipe de saúde, repercutindo assim em melhores resultados para instituições de saúde, maior satisfação e segurança do paciente e diminuição da mortalidade (DORIGAN; GUIARDELLO, 2017).

Os sistemas de saúde em todo o mundo são desafiados a responder as necessidades de saúde das comunidades frente as restrições orçamentárias que limitam o potencial das estruturas e afetam as condições de prática dos profissionais e, estas condições, influenciam a capacidade dos profissionais em fornecer cuidados com qualidade e segurança, especialmente da equipe de enfermagem, por serem os profissionais que passam mais tempo e estão mais próximos a estrutura e a cultura das organizações (AZEVEDO; RODRIGUES; CIMIOTTI, 2018).

Na década de 1980, houve um grande desfalque de profissionais de enfermagem nos hospitais dos Estados Unidos, decorrente da inabilidade das organizações em atrair e reter profissionais qualificados, fator preocupante, levando - se em consideração que a equipe de enfermagem é fundamental para o cuidado dos pacientes (AIKEN, 1981).

Devido isso, foram realizadas pesquisas em hospitais que eram reconhecidos pela habilidade em atrair e reter profissionais e oferecer uma assistência qualificada e identificar atributos relacionados a administração com um modelo de gestão participativo, liderança qualificada, estrutura descentralizada, participação da equipe em comissões e políticas de benefícios; prática profissional voltada para a qualidade e desenvolvimento profissional por meio de capacitação e plano de carreira. Dentre os hospitais avaliados, 41 foram selecionados

e receberam a designação de hospital magnético, devido a sua capacidade em atrair e reter os profissionais de enfermagem (MCCLURE et al., 2002).

O instrumento utilizado para avaliar o ambiente de trabalho nesses hospitais foi o *Nursing Work Index* (NWI). A avaliação do ambiente da prática de enfermagem foi impulsionada no Brasil pelo *Nursing Work Index* (NWI) - *Revised* em 2000. Em 2002, o instrumento foi reformulado dando origem a *Practice Environment Scale* (PES), sendo este um construto robusto, fundamentado em teorias sociológicas das organizações e do trabalho, capaz de captar informações sobre o ambiente da prática de enfermagem (AZEVEDO; RODRIGUES; CIMIOTTI, 2018).

O ambiente de prática para o cuidado de enfermagem é caracterizado por cinco dimensões: participação do enfermeiro nos assuntos hospitalares; fundamentação da enfermagem para qualidade da assistência; habilidade do gerente de enfermagem, liderança e apoio aos enfermeiros; adequação de pessoal e recursos; e relação de trabalho amistosas entre enfermeiros e médicos (LAKE, 2002).

O tamanho da organização, hierarquias profissionais, regras e políticas que definem o comportamento apropriado, controle e autonomia na prática clínica, comunicação sobre os pacientes, manejo dos conflitos, motivação no trabalho e consciência cultural também são elementos do ambiente de trabalho e podem facilitar ou restringir a prática de enfermagem (NUMMINEM et al., 2015).

Atualmente as instituições de saúde estão enfrentando um duplo desafio, pois precisam fornecer condições para atrair e manter clientes externos, bem como clientes internos, que representam a força motriz e o núcleo sustentável desta organização. Para atender a essas necessidades é preciso uma gestão em que o líder de equipe, conheça as bases que sustentam uma prática adequada para garantir a qualidade do atendimento prestado (BALSANELLI; CUNHA, 2013).

Sendo assim, a gerência do cuidado é o pilar para a qualidade da assistência, porém essa atividade é ainda vista como distante por muitos enfermeiros, porque existem fatores intervenientes que dificultam a realização da gerência do cuidado pelos enfermeiros, tais como a precarização do processo de trabalho e modelo tradicional de assistência à saúde, o que culmina na dicotomia entre o gerenciar e o cuidar na vivência deste profissional em seu serviço de saúde (FERNANDES et al., 2016).

No exercício da liderança, o profissional deve criar um ambiente favorável para a realização de suas ações cotidianas de trabalho, assumindo a complexa tarefa de organizar e coordenar a equipe de enfermagem e, para isso, necessita de habilidades que facilitem a

condução desse grupo heterogêneo, transmitindo inclusive segurança na tomada de decisões. O enfermeiro líder articula e viabiliza o cuidar e o gerenciar, o que torna as ações mais eficientes, eficazes e éticas no ambiente organizacional (FERNANDES et al., 2016).

Os ambientes de trabalho que apresentam indicadores positivos sobre a instituição, tais como a retenção de profissionais qualificados, alta satisfação no trabalho e os baixos níveis de *burnout*, favorecem a melhoria da qualidade da assistência à saúde. E em ambientes que apoiam a prática profissional, a equipe de enfermagem é capaz de reconhecer os *near miss* relacionados à administração de medicamentos e as taxas de assistência de enfermagem perdidas são reduzidos e há menos eventos adversos, como quedas, lesão por pressão e novas infecções (ALVES; SILVA; GUIRARDELLO, 2016).

Portanto, quanto mais os enfermeiros e técnicos de enfermagem percebem características favoráveis no ambiente de trabalho, melhores resultados na prestação dos cuidados, menor é a intenção de deixar o emprego e profissão e o número de cuidados omitidos reduzem significativamente.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal analítico.

### **4.2 Local e período de coleta de dados**

A pesquisa foi desenvolvida nos postos 1 (cirúrgico) 2 (oncológico), 3 (internação geral) e 4 (cirúrgico) e unidades de terapia intensiva (UTI) de um hospital universitário de Teresina – PI, no período de novembro de 2019 a fevereiro de 2020.

A referida instituição foi inaugurada em 2012, atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e oferece assistência em todas as especialidades de média e alta complexidade incluindo tratamento e diagnóstico. 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 (HU-UFPI, 2020).

Os hospitais universitários federais do Brasil geridos pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) exercem o ensino, a pesquisa e a extensão, por meio da assistência à saúde. São responsáveis por grande parte das pesquisas clínicas na área biomédica e pela formação de um expressivo número de profissionais de saúde, em nível de graduação e pós-graduação. São instituições cuja gestão está subordinada à Universidade Federal da qual corresponde, ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) por sua frente de ensino, e ao Ministério da Saúde (MS) pela vinculação ao sistema de saúde pública. Os hospitais universitários federais exercem um papel político importante na comunidade inserida, visto sua escala, dimensionamento e custos projetados a partir da alta concentração de recursos humanos, físicos e financeiros (SODRÉ et al., 2013).

### **4.3 População e amostra**

A população foi constituída por 307 profissionais de enfermagem (104 enfermeiros e 203 técnicos de enfermagem). Para inclusão, foi adotado o seguinte critério: exercer exclusivamente atividades assistenciais no local. Foram excluídos os residentes de

enfermagem, os profissionais que atuavam nos ambulatórios, no centro cirúrgico, centro de material e esterilização e, no pronto atendimento, devido as particularidades dos formulários utilizados, bem como os que estavam de licença saúde e licença maternidade durante o período da coleta de dados.

Foi utilizada a fórmula para determinação do tamanho de amostras aleatórias em populações finitas (FONTELLES et al., 2010):  $n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}$ , onde  $n_0 = \frac{1}{E_0^2}$ , onde  $N$  corresponde ao tamanho da população estudada (307),  $n_0$  compreende o primeiro valor aproximado da amostra e  $E_0$  é o erro amostral adotado (5%). Dessa forma, considerando-se um intervalo de confiança de 95%, a amostra mínima necessária para o estudo era de 174 profissionais (59 enfermeiros e 115 técnicos de enfermagem, proporcionalmente).

A seleção dos participantes foi por meio da técnica de amostragem por conveniência. Os formulários foram entregues a 269 profissionais que se encontravam em atividade durante o período de coleta de dados e que atenderam aos critérios de inclusão. A taxa de resposta foi de 81,8% e 220 participantes compuseram a amostra final do estudo, distribuídos em 72 enfermeiros assistenciais e 148 técnicos de enfermagem. Durante a coleta a participação dos profissionais de enfermagem superou o número da amostra inicial e decidiu-se considerar a totalidade dos formulários recebidos.

#### 4.4 Variáveis do estudo

A variável dependente foi a omissão dos cuidados de enfermagem. Os fatores ambientais, variáveis sociodemográficas, ocupacionais e as relacionadas às experiências dos participantes foram as variáveis independentes que estão descritas no quadro abaixo, que corresponde à parte inicial do *Misscare - Brasil*.

Quadro 1 – Descrição, categorias e classificação das variáveis independentes, referentes ao MISSCARE - BRASIL. Teresina, PI, Brasil, 2020

Variável	Valores	Classificação
<b>Demográficas</b>		
Sexo	Masculino; Feminino.	Nominal
Idade	Em anos	Contínua
Escolaridade	Ensino médio; Ensino superior; Pós-graduação.	Ordinal
Formação educacional	Enfermeiro; Ensino superior fora da área de enfermagem; Especialização na área; Especialização fora da área; Mestrado ou doutorado em enfermagem; Mestrado ou doutorado fora da área de enfermagem.	Ordinal

Continuação

Variável	Valores	Classificação
<b>Ocupacionais</b>		
Cargo/função no trabalho	Enfermeiro e técnico de enfermagem.	Nominal
Período de trabalho	Diurno (manhã e/ou tarde); Vespertino; Noturno; Rodízio entre diurno e vespertino.	Nominal
Tempo de experiência em seu cargo/função	Em anos e meses	Contínua
Tempo de experiência na unidade/ setor de internação de paciente onde trabalha atualmente	Em anos e meses	Contínua
Turno trabalhado com maior frequência	6 horas; 12 horas; Rodízio entre 6, 8 e 12 horas; Outro.	Nominal
Horas extras nos últimos 3 meses	Em horas	Contínua
Dias e turnos que faltou devido à doença, acidente, motivos particulares	Em dias	Discreta
Desejo de deixar o trabalho	Próximos 6 meses; próximo ano; Sem planos de deixar.	Ordinal
Frequência de funcionários adequados de acordo com o participante	100% do tempo; 75% do tempo; 50% do tempo; 25% do tempo; 0% do tempo.	Ordinal
Números de pacientes que cuidou	Quantidade	Discreta
Número de admissões realizadas	Quantidade	Discreta
<b>De satisfação</b>		
Cargo	Muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito e nem insatisfeito, insatisfeito, muito insatisfeito	Ordinal
Profissão	Muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito e nem insatisfeito, insatisfeito, muito insatisfeito	Ordinal
Equipe	Muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito e nem insatisfeito, insatisfeito, muito insatisfeito	Ordinal

Quadro 2 – Caracterização das variáveis independentes relacionadas aos cuidados omitidos do MISSCARE – BRASIL. Teresina, PI, Brasil, 2020

Classificação	Itens
Cuidados de enfermagem de prioridade alta	6, 13, 15, 16, 17, 18, 25
Cuidados de enfermagem de prioridade intermediária	1, 2, 3, 4, 5, 11, 12, 20, 21, 22, 23, 24, 28
Cuidados de enfermagem de prioridade mais baixa.	7, 8, 9, 10, 14, 19, 26, 27

Os cuidados foram classificados segundo o estudo de Blackman et al. (2018).

Quadro 3 – Caracterização das variáveis independentes relacionadas às razões para a omissão dos cuidados do *Misscare – Brasil*. Teresina, PI, Brasil, 2020

Domínios	Itens
Comunicação	5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 24
Recursos materiais	6, 9, 10, 23
Recursos laborais	1, 2, 3, 4, 17, 19, 27, 28
Dimensão ética	18, 20, 25
Estilo de gerenciamento/liderança institucional	21, 22, 26

Os itens destacados segundo os domínios mencionados encontram-se apresentados no ANEXO A

Quadro 4 – Caracterização das variáveis independentes da *Practice Environment Scale* – Versão Brasileira. Teresina, PI, Brasil, 2020

Domínios	Itens
Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares	5, 13, 17, 19, 22
Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado	4, 14, 15, 18, 21, 23, 24
Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem	3, 6, 9, 11 e 16
Adequação da equipe e de recursos	1, 7, 8 e 10
Relações colegiais entre enfermeiros e médicos	2, 12 e 20

Os itens destacados segundo os domínios mencionados encontram-se apresentados no ANEXO B.

#### 4.5 Coleta dos dados

A coleta de dados da pesquisa foi realizada por meio da utilização de dois instrumentos: *Misscare - Brasil* e *Practice Environment Scale - Versão Brasileira*, mediante a autorização concedida pelos autores dos respectivos instrumentos (ANEXO C e ANEXO D).

##### 4.5.1 *Practice Environment Scale* - Versão Brasileira

O instrumento *Practice Environment Scale* - Versão Brasileira foi validado no Brasil por Gasparino et al. (2017) e visa avaliar o ambiente da prática profissional da equipe de enfermagem. É formado por 24 itens, distribuídos em cinco subescalas “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” (itens 5, 13, 17, 19, 22), demonstra o papel e o valor do enfermeiro no amplo contexto hospitalar; “Adequação da equipe e de recursos” (itens 1, 7, 8, 10), descreve a necessidade de uma equipe adequada (dimensionamento e habilidade) e suporte de recursos para se prover um cuidado com qualidade ; “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado” (itens 4, 14, 15, 18, 21, 23, 24), enfatiza uma filosofia de enfermagem voltada para altos padrões de qualidade do cuidado ; “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” (itens 3, 6, 9, 11, 16), foca o papel do gerente de enfermagem na instituição, englobando qualidades chaves que um enfermeiro neste cargo deve ter e “Relações de trabalho positivas entre médicos e enfermeiros” (itens 2,

12, 20), caracteriza as relações de trabalho positivas entre enfermeiros e médicos (GASPARINO; GUIARDELLO; AIKEN, 2017).

A versão brasileira da PES mostrou - se confiável e válida para mensurar as características que favorecem a prática profissional de técnicos e auxiliares de enfermagem também (GASPARINO et al.,2020).

Para avaliação da consistência interna da PES da versão tanto para enfermeiros quanto para auxiliares e técnicos de enfermagem foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach e os valores foram iguais ou superiores a 0,70, considerados satisfatórios (STRAINER et al.,2012).

A escala de resposta é do tipo Likert com quatro pontos, (1) discordo totalmente, (2) discordo parcialmente, (3) concordo parcialmente e (4) concordo totalmente, ou seja, quanto maior a pontuação, maior a percepção sobre a presença de características favoráveis à prática profissional do enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem (GASPARINO et al., 2017).

Os escores para as subescalas são obtidos pela média dos escores das respostas encontradas, que varia entre um e quatro pontos. Pontuações com valores de 2,5 podem ser interpretadas como ponto neutro. Acima deste ponto, considera-se o ambiente favorável à prática profissional, pois reflete a concordância de que as características descritas estão presentes no ambiente em que o profissional exerce suas atividades (GASPARINO; GUIARDELLO; AIKEN, 2017).

Instituições com pontuações acima de 2,5 em nenhuma ou em uma subescala, podem ser consideradas como locais com ambientes desfavoráveis à prática profissional da enfermagem. Hospitais com pontuações acima de 2,5 em duas ou três subescalas podem ser considerados como detentores de ambientes mistos e instituições com pontuações acima de 2,5 em quatro ou cinco subescalas, podem ser consideradas com ambientes favoráveis à prática profissional da enfermagem (GASPARINO et al., 2017).

No presente estudo, o mesmo intervalo de corte foi utilizado para classificar os ambientes representados pelas dimensões em: desfavoráveis ( $\leq 2,5$  pontos) e favoráveis ( $> 2,5$  pontos).

#### 4.5.2 *Misscare - Brasil*

O *Misscare* original foi construído e validado nos Estados Unidos da América é composto por 41 itens e objetiva quantificar a falta de prestação dos cuidados de enfermagem. Contém informação geral com itens para caracterização sociodemográfica e profissional; a parte A, com 24 itens relacionados aos cuidados omitidos ou não realizados; e a parte B, com

17 itens referentes às razões para a não realização dos cuidados de enfermagem, incluindo três fatores ou domínios: recursos laborais (cinco itens), recursos materiais (três itens) e comunicação/trabalho em equipe (nove itens) (SIQUEIRA et al., 2017).

O instrumento *Misscare - Brasil* foi validado no Brasil por Siqueira et al. (2017), e tem a finalidade de avaliar o fenômeno da omissão ou não realização de cuidados de enfermagem aos pacientes e identificar os motivos atribuídos pelos profissionais para a não realização desses cuidados. É formado por dados sócios - demográficos (idade, sexo, nível de formação) e ocupacionais (período e turno de trabalho, tempo na função e no setor, carga horária) e experiência dos participantes.

Na versão brasileira o instrumento possui 56 itens no total. A parte A (28 itens), os participantes identificarão com que frequência os profissionais de enfermagem do seu setor, deixam de realizar os cuidados de enfermagem, por meio da escala do tipo Likert, contendo as opções: “nunca é realizado”, “raramente é realizado”, “ocasionalmente não são realizados”, “realizado frequentemente” ou “é sempre realizado”. Na parte B, (28 itens) os participantes indicarão as razões pelas quais os cuidados de enfermagem não foram realizados, com as alternativas: “razão significantes”, “razão moderada”, “razão pouco significativa” e “não é uma razão para omissão” (SIQUEIRA et al., 2017).

Os itens da parte A do *Misscare - Brasil*, são pontuados de um a cinco, um corresponde a maiores níveis de omissão e cinco ausência de omissão. Na parte B, os itens são pontuados de um a quatro, sendo que um corresponde a uma razão significativa e quatro não é considerado uma razão para omissão. Para a obtenção do escore final, os menores valores, indicam maior omissão do cuidado e razões mais significativas para a ocorrência de omissões na escala total (SIQUEIRA et al., 2017).

Os valores da consistência interna dos cinco domínios da parte B do MISSCARE-BRASIL, que correspondeu ao estudo de validação deste instrumento, resultaram em um alfa de Cronbach superior a 0,70 (SIQUEIRA et al., 2017).

#### **4.6 Operacionalização da coleta de dados**

A coleta de dados foi operacionalizada da seguinte forma: para o profissional que atendeu os critérios de inclusão, foi explicado os objetivos e propósitos da pesquisa e, em seguida foi realizado o convite para participar do estudo. Caso, ele concordasse em participar foi realizado a entrega para leitura e assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) em duas vias.

O instrumento *Misscare - Brasil e Practice Environment Scale - Versão Brasileira* foram entregues pelo pesquisador aos participantes do estudo, que foram instruídos a marcar somente uma alternativa para cada item avaliado. Os instrumentos são autoaplicáveis, a pesquisadora esteve à disposição para esclarecer as dúvidas a qualquer momento.

Os formulários foram preenchidos no local/horário de trabalho quando houve disponibilidade de tempo do participante ou fora do local/horário de trabalho e a devolução foi feita dentro do envelope lacrado para a pesquisadora. A pesquisadora passava todos os cinco dias úteis nos postos de internação e UTI do Hospital Universitário para recolher os envelopes. Foi dado prazo de 10 dias para cada participante devolver o envelope com o instrumento, a partir da data que o participante recebeu o material. A maioria dos participantes conseguiram entregar antes do prazo. Não foi necessário a aplicação de um teste piloto, levando em consideração que os instrumentos são validados.

#### **4.7 Análise de dados**

Os dados foram processados no *software IBM® SPSS®*, versão 26.0. Foram calculadas estatísticas descritivas, como média, desvio padrão, mínimo e máximo, para as variáveis quantitativas; e frequências, para as qualitativas. Na análise inferencial, para as variáveis dependentes quantitativas, a normalidade dos dados foi verificada por meio do Teste de Kolmogorov-Smirnov e foi realizado o Teste t de Student independente, para avaliação quanto ao cargo/função e ocorrência de omissão de cuidados. Para as variáveis independentes qualitativas, foram realizados o Teste Qui-Quadrado de Pearson e, quando não atendidos os pressupostos deste teste, o Teste Exato de Fisher.

Foi utilizado o teste de Correlação de Pearson na análise entre ambiente de trabalho da prática profissional e omissão de cuidados. Os coeficientes foram classificados em: 0 (ausência de correlação), 0,1 a 0,39 (fraca), 0,4 a 0,69 (moderada), 7 a 0,99 (forte) e 1 (perfeita) (AKOGLU, 2018). Foram consideradas significativas as relações com  $p$  menor que 0,05.

Foi realizada a análise de regressão hierárquica (método *enter*) para prever a omissão de cuidados (1-*cuidado omitido* e 2-*cuidado realizado*) (TURKSON; OTCHEY, 2015). Foram incluídas no primeiro passo as variáveis demográficas (sexo, idade, escolaridade) e relativas ao contexto laboral (unidade/setor, tempo na unidade, cargo/função, período de trabalho, experiência no setor, experiência no cargo, turno, horas extras, faltas, intenção de deixar cargo, adequação no número de profissionais, número de pacientes, admissões e altas).

No segundo passo, foram inseridas variáveis relativas à satisfação com o cargo, profissão e equipe. No terceiro passo, as razões de omissão (recursos laborais, recursos materiais, comunicação, dimensão ética e estilo de gerenciamento). No quarto e último passo, foram inseridas as dimensões do ambiente da prática profissional descritas previamente (Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares, Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado, Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem, Adequação da equipe e de recursos e Relações colegiais entre enfermeiros e médicos).

#### **4.8 Aspectos éticos e legais**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí sob o CAAE número: 18967719.20000.5214 e parecer número 3.563.800 em 2019 (ANEXO E). A pesquisadora atendeu as exigências do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no que diz respeito à realização de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme preconiza a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012).

A participação dos profissionais de enfermagem no estudo foi voluntária, resguardados aos mesmos o direito ao consentimento livre e esclarecido, o direito à autodeterminação, o direito ao total esclarecimento a respeito da natureza do estudo, além do direito a recusar-se ou desvincular-se da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe seja atribuído algum prejuízo. O participante não teve nenhum custo com a pesquisa, foi voluntária, com garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

## 5 RESULTADOS

Os resultados desse estudo estão apresentados conforme os objetivos propostos, iniciando-se com as características demográficas, ocupacionais e de satisfação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem; performance dos enfermeiros e técnicos de enfermagem perante aos elementos de trabalho da prática profissional; identificação dos cuidados de enfermagem omitidos e as razões para omissão; relação das características dos profissionais e do ambiente de prática profissional à omissão de cuidados de enfermagem e verificação de como o ambiente de trabalho da prática de enfermagem explica a omissão de cuidados.

### 5.1 Características demográficas, ocupacionais e de satisfação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem

A amostra foi composta por 220 profissionais sendo 148 técnicos de enfermagem e 72 enfermeiros. Dentre os técnicos de enfermagem a maioria era do sexo feminino (85,1%), com idade média de  $38,5 \pm 7,7$  anos, ensino superior (39,9%) como nível de formação mais elevado e técnico de enfermagem (30,4%) como formação educacional mais elevada. Prevaleceram os enfermeiros do sexo feminino (76,4%), com idade média de  $37,5 \pm 5,4$  anos, com pós-graduação (94,4%) como nível de formação mais elevado e especialização na área de enfermagem (66,7%), como formação educacional mais elevada, conforme a (Tabela 1).

Tabela 1 – Características demográficas e ocupacionais dos enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020

Variável	TE* (n=148)	Enfermeiros (n=72)	Total (n=220)	P <sup>‡</sup>
<b>Sexo</b>				0,111 <sup>§</sup>
Feminino	126 (85,1%)	55 (76,4%)	181 (82,3%)	
Masculino	22 (14,9%)	17 (23,6%)	39 (17,7%)	
<b>Idade<sup>†</sup></b>	38,5±7,7	37,5±5,4		0,280 <sup>  </sup>
<b>Nível educacional mais elevado</b>				<0,001 <sup>§</sup>
Ensino médio	45 (30,4%)	0 (0,0%)	45 (20,5%)	
Ensino superior	59 (39,9%)	4 (5,6%)	63 (28,6%)	
Pós-graduação	44 (29,7%)	68 (94,4%)	112 (50,9%)	
<b>Formação educacional mais elevada</b>				<0,001 <sup>§</sup>
Técnico de enfermagem	45 (30,4%)	0 (0,0%)	45 (20,5%)	
Bacharelado em Enfermagem	30 (20,3%)	5 (6,9%)	35 (15,9%)	
Ensino superior fora da área de enfermagem	25 (16,9%)	0 (0,0%)	25 (11,4%)	
Especialização na área de Enfermagem	31 (20,9%)	48 (66,7%)	79 (35,9%)	
Especialização fora da área de Enfermagem	13 (8,8%)	5 (6,9%)	18 (8,2%)	
Mestrado ou doutorado em Enfermagem	0 (0,0%)	9 (12,5%)	9 (4,1%)	
Mestrado ou doutorado fora da área de Enfermagem	4 (2,7%)	5 (6,9%)	9 (4,1%)	

Legenda: \*: técnicos de enfermagem; †: média±desvio padrão; ‡: significância do teste; §: Qui-Quadrado de Pearson; ||: t de Student

Quanto às características ocupacionais dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, verificou-se maior número de profissionais de enfermagem na unidade de internação (78,6%), uma vez que a própria organização hospitalar prevê percentual de leitos de UTI a partir do número de leitos clínicos, sendo os leitos de UTI sempre inferiores ao número de leitos clínicos. Predomínio do período de trabalho diurno/vespertino (56,4%). Os técnicos de enfermagem e enfermeiros apresentaram o mesmo tempo de experiência no cargo em média 11 anos e no setor os técnicos de enfermagem apresentaram mais experiência em média 4,4±2,0 anos.

O turno trabalhado com maior frequência foi 12 horas/rodízio entre os turnos (62,7%). Os enfermeiros apresentaram o número de horas extras trabalhadas significativamente superior ( $p=0,004$ ), o número médio de faltas nos últimos 3 meses foi considerado baixo para enfermeiros e técnicos, sem significância estatística e os profissionais de enfermagem não tinham a intenção de deixar o emprego (90,0%). Os técnicos de enfermagem percebem menor frequência de adequação do número de profissionais no setor ( $p<0,001$ ) e os enfermeiros cuidavam de um maior número médio de pacientes 10,8±4,1, admissões 1,4±1,6 e alta 0,7±1,2 por turno. Quanto a satisfação, os técnicos de enfermagem apresentaram frequência significativamente maior de insatisfação com o cargo (35,8%) e com a profissão (31,1%) e em relação a satisfação com a equipe, ambos os profissionais mostraram - se satisfeitos 146 (66,4%), de acordo com a (Tabela 2).

Tabela 2 – Características ocupacionais e de satisfação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020

Variável	TE* (n=148)	Enfermeiros (n=72)	Total (n=220)	$p^{\ddagger}$
<b>Setor/unidade</b>				0,236 <sup>§</sup>
Unidade de internação	113 (76,4%)	60 (83,3%)	173 (78,6%)	
Unidade de terapia intensiva	35 (23,6%)	12 (16,7%)	47 (21,4%)	
<b>Período de trabalho</b>				0,484 <sup>§</sup>
Diurno/vespertino	81 (54,7%)	43 (59,7%)	124 (56,4%)	
Noturno/rodízio entre os períodos	67 (45,3%)	29 (40,3%)	96 (43,6%)	
<b>Experiência no cargo (anos) <sup>†</sup></b>	11,9±6,5	11,0±5,3		0,304 <sup>  </sup>
<b>Experiência no setor (anos) <sup>†</sup></b>	4,4±2,0	3,6±1,9		<b>0,009<sup>  </sup></b>
<b>Turno trabalhado com maior frequência</b>				0,804 <sup>§</sup>
6 horas/8 horas	56 (37,8%)	26 (36,1%)	82 (37,3%)	
12 horas/rodízio entre os turnos	92 (62,2%)	46 (63,9%)	138 (62,7%)	
<b>Horas extras (últimos 3 meses) <sup>†</sup></b>	3,4±8,6	11,8±224		<b>0,004<sup>  </sup></b>
<b>Faltas (últimos 3 meses) <sup>†</sup></b>	1,4±4,4	1,6±3,7		0,790 <sup>  </sup>
<b>Intenção de deixar o cargo/função</b>				0,125 <sup>§</sup>
Sim	18 (12,2%)	4 (5,6%)	22 (10,0%)	
Não	130 (87,8%)	68 (94,4%)	198 (90,0%)	
<b>Frequência de adequação de profissionais</b>				<b>&lt;0,001<sup>§</sup></b>
<50% do tempo	73 (49,3%)	15 (20,8%)	88 (40%)	
≥50% do tempo	75 (50,7%)	57 (79,2%)	132 (60%)	

Continua

*Continuação*

Variável	TE* (n=148)	Enfermeiros (n=72)	Total (n=220)	p <sup>‡</sup>
Número de pacientes/turno <sup>†</sup>	6,6±3,2	10,8±4,1		<0,001 <sup>  </sup>
Número de admissões/turno <sup>†</sup>	0,8±1,5	1,4±1,6		0,009 <sup>  </sup>
Número de altas/turno <sup>†</sup>	0,4±0,9	0,7±1,2		0,021 <sup>  </sup>
<b>Satisfação com o cargo</b>				0,001 <sup>§</sup>
Insatisfeito	53 (35,8%)	10 (13,9%)	63 (28,6%)	
Satisfeito	95 (64,2%)	62 (86,1%)	157 (71,4%)	
<b>Satisfação com a profissão</b>				0,041 <sup>§</sup>
Insatisfeito	46 (31,1%)	13 (18,1%)	59 (26,8%)	
Satisfeito	102 (68,9%)	59 (81,9%)	161 (73,2%)	
<b>Satisfação com a equipe</b>				0,113 <sup>§</sup>
Insatisfeito	55 (37,2%)	19 (26,4%)	74 (33,6%)	
Satisfeito	93 (62,8%)	53 (73,6%)	146 (66,4%)	

Legenda: \*: técnicos de enfermagem; †: média±desvio padrão; ‡: significância do teste; §: Qui-Quadrado de Pearson; ||: t de Student

## 5.2 Performance dos enfermeiros e técnicos de enfermagem perante aos elementos de trabalho da prática profissional

Os técnicos de enfermagem, de modo geral, classificaram o domínio “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” uma característica do ambiente organizacional desfavorável 2,5±0,6. O item do domínio com a característica mais favorável foi: o “Gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, consulta a equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia” 2,8±0,9 e o considerado com característica menos desfavorável foi: a “Administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores” 2,1±0,9.

O domínio “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado” também foi uma característica favorável 2,9±0,5 e o item desfavorável foi: “Programa de acompanhamento/tutoria dos profissionais de enfermagem recém contratados” na concepção dos técnicos de enfermagem 2,5±0,9.

Para os técnicos de enfermagem “A habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores” foi um domínio favorável 2,7±0,7. Os itens com característica mais favoráveis foram: “O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder” 3,1±1,0 e “Uma equipe de gerente/coordenador/supervisor, da unidade, que dá suporte à enfermagem” 3,1±0,9. O único com característica menos desfavorável foi: “Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito” 2,3±1,1.

A “Adequação da equipe e de recursos” foi uma característica desfavorável 2,3±0,8, com presença de características favoráveis nos itens: “Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes” 2,6±1,1 e “Tempo e oportunidade suficientes para discutir com outros enfermeiros os problemas relacionados aos cuidados do paciente” 2,6±0,9 e desfavoráveis nos itens: “Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar

aos pacientes um cuidado de qualidade”  $2,1\pm 1,2$  e “Equipe de enfermagem suficiente para realizar o trabalho”  $1,8\pm 1,0$ .

Quanto às “Relações colegiais entre enfermeiros e médicos”, os técnicos classificaram como favorável  $2,8\pm 0,7$ , da mesma forma, todos os itens que fazem parte do domínio.

Em geral, os enfermeiros não elencaram o domínio: “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” como favorável. O item menos favorável foi: “A administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores”  $2,1\pm 0,9$  e o mais favorável: “O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, consulta a equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia”  $2,9\pm 0,8$ .

Os enfermeiros também perceberam favoravelmente o domínio: “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado”  $2,9\pm 0,5$ . O item com característica mais favorável foi: “Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes”  $3,5\pm 0,7$  e os itens desfavoráveis foram: “Programa de acompanhamento/tutoria dos profissionais de enfermagem recém contratados”  $2,4\pm 1,0$  e “Programa ativo de garantia de qualidade”  $2,4\pm 0,8$ .

Os domínios “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores”  $2,8\pm 0,7$  e “Relações colegiais entre enfermeiros e médicos”  $2,8\pm 0,7$ , de modo geral, foram classificados como favoráveis. Os enfermeiros também consideraram a “Adequação da equipe e dos recursos materiais como desfavorável”  $2,5\pm 0,7$ , o item mais adequado foi: “Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes”  $2,7\pm 0,7$ , compartilhando da mesma opinião dos técnicos de enfermagem. E o item mais desfavorável foi: “Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade”  $2,4\pm 1,0$  (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação da presença das características do ambiente organizacional à prática profissional no hospital universitário na perspectiva dos enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020.

Domínio/item <sup>‡</sup>	TE* (n=148)	ENF <sup>†</sup> (n=72)	p <sup>§</sup>
<b>Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares</b>	2,5±0,6	2,4±0,7	0,392
Oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional	2,4±1,1	2,3±1,0	0,545
Oportunidades de aperfeiçoamento	2,6±0,9	2,4±0,9	0,077
A administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores	2,1±0,9	2,1±0,9	0,846
Os enfermeiros são envolvidos na direção interna do hospital (como por exemplo, nos comitês de normas e de práticas clínicas)	2,7±0,9	2,5±0,9	0,304

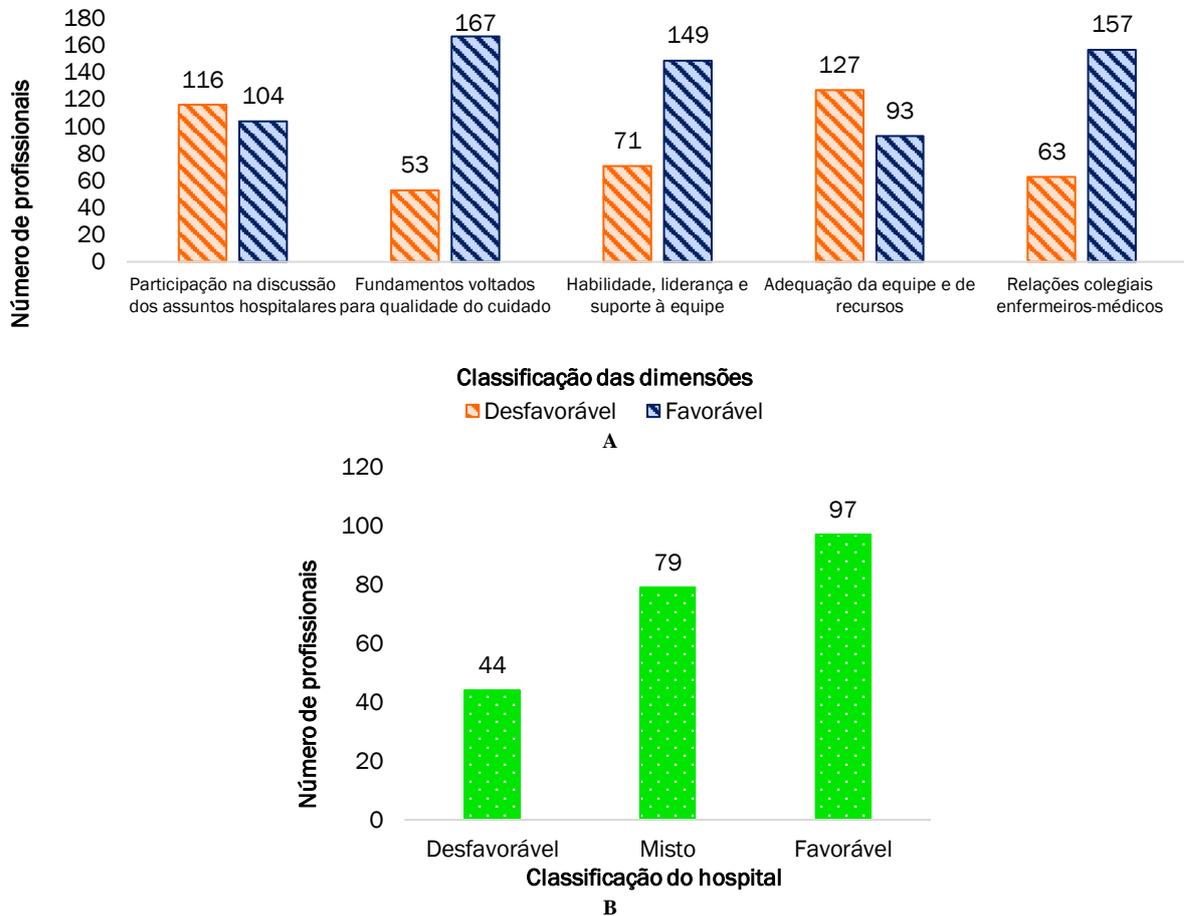
*Continua*

Domínio/item <sup>‡</sup>	Continuação		
	TE* (n=148)	ENF <sup>†</sup> (n=72)	P <sup>§</sup>
O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, consulta a equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia	2,8±0,9	2,9±0,8	0,346
<b>Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado</b>	2,9±0,5	2,9±0,5	0,447
Desenvolvimento ativo da equipe ou programas de educação continuada para a enfermagem	3,1±0,8	2,8±0,8	0,034
Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente	2,9±0,7	2,7±0,7	0,066
Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes	3,2±0,8	3,5±0,7	0,014
Programa ativo de garantia de qualidade	2,6±0,9	2,4±0,8	0,059
Programa de acompanhamento/tutoria dos profissionais de enfermagem recém contratados	2,5±0,9	2,4±1,0	0,645
Planos de cuidado de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes	3,0±0,9	3,2±0,7	0,151
A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (isto é: um mesmo profissional de enfermagem cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos)	2,7±1,1	3,5±0,6	<0,001
<b>Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores</b>	2,7±0,7	2,8±0,7	0,498
Uma equipe de gerente/coordenador/supervisor, da unidade, que dá suporte à enfermagem	3,1±0,9	3,1±0,8	0,897
Os gerentes/coordenadores/ supervisores, da unidade, utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não como críticas	2,8±1,0	2,6±0,9	0,202
O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder	3,1±1,0	3,0±0,9	0,691
Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito	2,3±1,1	2,6±0,9	0,065
O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico	2,5±0,9	2,7±0,9	0,033
<b>Adequação da equipe e de recursos</b>	2,3±0,8	2,5±0,7	0,042
Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes	2,6±1,1	2,7±0,7	0,437
Tempo e oportunidade suficientes para discutir com outros enfermeiros os problemas relacionados aos cuidados do paciente	2,6±0,9	2,5±0,9	0,296
Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade	2,1±1,2	2,4±1,0	0,032
Equipe de enfermagem suficiente para realizar o trabalho	1,8±1,0	2,5±0,9	<0,001
<b>Relações colegiais entre enfermeiros e médicos</b>	2,8±0,7	2,8±0,7	0,358
Equipe médica e de enfermagem possuem boas relações de trabalho	2,9±0,9	3,1±0,8	0,135
A enfermagem e os médicos trabalham bem em equipe	2,7±0,9	2,8±0,8	0,173
Colaboração (prática conjunta) entre as equipes médicas e de enfermagem	2,7±0,8	2,6±0,8	0,440
<b>PES-NWI global</b>	2,7±0,5	2,7±0,5	0,358

Legenda: \*: técnicos de enfermagem; †: enfermeiros assistenciais; ‡: média±desvio padrão; §: significância do teste t de Student

Enfermeiros e técnicos de enfermagem concordaram ( $p>0,05$ ) quanto à maior presença de características favoráveis à prática profissional no que se refere à utilização de “Fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados” 167 (75,9%), “Relações de trabalho entre enfermeiros e médicos” 157 (71,3%) e “Habilidade e liderança e suporte a equipe” 149 (67,7%). Foi verificada, também, concordância quanto à presença de características desfavoráveis à adequação da equipe e de recursos 127 (57,7%) e prática profissional na dimensão referente à “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” 116 (52,7). Ao final, o hospital universitário foi considerado uma instituição com ambiente misto (Figura 1).

Figura 1 - Classificação do ambiente da prática profissional por dimensão e para o hospital na perspectiva da equipe de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020



Legenda: A: classificação das dimensões da *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*; B: classificação geral para o hospital

### 5.3 Cuidados de enfermagem omitidos e as razões para omissão

Observou-se na Tabela 4 que os técnicos de enfermagem consideraram que o cuidado de prioridade mais alta mais omitido foi a “Aspiração das vias aéreas” (35,8%) e o menos omitido foi a “Higienização das mãos” (2,0%), em contrapartida, os enfermeiros, consideraram a “Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente” (12,5%), o cuidado mais omitido e o menos omitido o “Monitoramento da glicemia capilar” (2,8%), conforme prescrito e “Aspiração das vias aéreas” (2,8%).

Quanto aos cuidados de prioridade intermediária, os técnicos consideraram a “Deambulação 3 vezes ao dia ou conforme prescrito” como o cuidado mais omitido (69,6%) e os menos omitidos: “Alimentar o paciente ou administrar dieta por sonda no horário” (3,4%) e “Banho e higiene do paciente para a prevenção de lesões de pele” (3,4%). Para os enfermeiros

o cuidado mais omitido a “Deambulação 3 vezes ao dia” (70,8%) e o menos omitido os “Cuidados com lesões de pele e feridas” (4,2%).

Quando aos cuidados de prioridade mais baixa, prevaleceram: “Sentar o paciente fora do leito” para os técnicos (62,2%) e enfermeiros (54,2%). Os técnicos de enfermagem apontaram como cuidados menos omitidos o “Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários” (9,5%) e, os enfermeiros consideraram o “Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda (6,9%)”.

Tabela 4 – Comparação da omissão de cuidados de enfermagem de acordo com os enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020.

Elementos de cuidados de enfermagem omitidos	TE* (n=148)	ENF† (n=72)	Total (n=220)	P‡
<b>Prioridade mais alta</b>				
Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	5 (3,4%)	5 (6,9%)	10 (4,5%)	0,302 <sup>  </sup>
Higienização das mãos	3 (2,0%)	4 (5,6%)	7 (3,2%)	0,220 <sup>  </sup>
Monitorar a glicemia capilar (glicosimetria/ dextro) conforme prescrito	4 (2,7%)	2 (2,8%)	6 (2,7%)	1,000 <sup>  </sup>
Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado	15 (10,1%)	6 (8,3%)	21 (9,5%)	0,670 <sup>§</sup>
Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	22 (14,9%)	9 (12,5%)	31 (14,1%)	0,636 <sup>§</sup>
Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	8 (5,4%)	7 (9,7%)	15 (6,8%)	0,260 <sup>  </sup>
Aspiração das vias aéreas	53 (35,8%)	2 (2,8%)	55 (25,0%)	<0,001 <sup>§</sup>
<b>Prioridade intermediária</b>				
Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito	103 (69,6%)	51 (70,8%)	154 (70,0%)	0,851 <sup>§</sup>
Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	58 (39,2%)	38 (52,8%)	96 (43,6%)	0,057 <sup>§</sup>
Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	5 (3,4%)	4 (5,6%)	9 (4,1%)	0,479 <sup>  </sup>
Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	58 (39,2%)	29 (40,3%)	87 (39,5%)	0,877 <sup>§</sup>
Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito	38 (25,7%)	18 (25,0%)	56 (25,5%)	0,914 <sup>§</sup>
Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele	5 (3,4%)	4 (5,6%)	9 (4,1%)	0,479 <sup>  </sup>
Higiene bucal	37 (25,0%)	26 (36,1%)	63 (28,6%)	0,087 <sup>§</sup>
Atendimento das solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N em quinze minutos	42 (28,4%)	30 (41,7%)	72 (32,7%)	0,049 <sup>§</sup>
Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	40 (27,0%)	23 (31,9%)	63 (28,6%)	0,449 <sup>§</sup>
Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	66 (44,6%)	44 (61,1%)	110 (50,0%)	0,022 <sup>§</sup>
Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	26 (17,6%)	25 (34,7%)	51 (23,2%)	0,005 <sup>§</sup>
Cuidados com lesões de pele/feridas	10 (6,8%)	3 (4,2%)	13 (5,9%)	0,554 <sup>  </sup>
Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	9 (6,1%)	11 (15,3%)	20 (9,1%)	0,026 <sup>§</sup>
<b>Prioridade mais baixa</b>				
Controle do balanço hídrico – entradas e saídas	49 (33,1%)	25 (34,7%)	74 (33,6%)	0,812 <sup>§</sup>
Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	14 (9,5%)	18 (25,0%)	32 (14,5%)	0,002 <sup>§</sup>
Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	18 (12,2%)	12 (16,7%)	30 (13,6%)	0,361 <sup>§</sup>
Apoio emocional ao paciente e/ou família	42 (28,4%)	12 (16,7%)	54 (24,5%)	0,058 <sup>§</sup>

Continua

<i>Continuação</i>				
<b>Elementos de cuidados de enfermagem omitidos</b>	<b>TE*</b> <b>(n=148)</b>	<b>ENF†</b> <b>(n=72)</b>	<b>Total</b> <b>(n=220)</b>	<b>P‡</b>
<b>Prioridade mais baixa</b>				
Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	49 (33,1%)	14 (19,4%)	63 (28,6%)	0,035§
Atendimento à chamada do paciente dentro de cinco minutos	75 (50,7%)	29 (40,3%)	104 (47,3%)	0,147§
Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	18 (12,2%)	5 (6,9%)	23 (10,5%)	0,235§
Sentar o paciente fora do leito	92 (62,2%)	39 (54,2%)	131 (59,5%)	0,257§

Legenda: \*: técnicos de enfermagem; †: enfermeiros; ‡: significância do teste; §: Qui-Quadrado de Pearson; ¶: Exato de Fisher

A Tabela 5 aborda os cinco domínios para a razão das omissões de cuidados. No domínio “Recursos laborais”, os técnicos de enfermagem (91,9%) e os enfermeiros (95,8%) indicaram como a principal razão para a omissão o “Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade”. A razão menos mencionada pelos técnicos foi: “O profissional tem mais de um vínculo empregatício” (38,5%) e para os enfermeiros foi “Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional” (29,2%).

Quanto ao domínio “Recursos materiais”, para os técnicos de enfermagem (86,5%) e enfermeiros (90,3%) os itens “Materiais/equipamentos indisponíveis quando necessário” e “Materiais/equipamentos não funcionantes quando necessário” (86,5%), foram os principais motivos. O menos relatado pelos técnicos (63,5%) e enfermeiros (56,9%) foi a “Planta física da unidade/ setor inadequada”.

No domínio “Comunicação”, a “Distribuição de pacientes por profissional não equilibrada” foi a mais apontada pelos técnicos de enfermagem (78,4%) e a menos: “Falta de padronização para a realização de procedimentos/cuidados” (52%). Os enfermeiros consideraram como principal razão para a omissão dos cuidados: “Outros profissionais da equipe não fornecerem a assistência no momento que era necessário” (70,8%), enquanto que os técnicos de enfermagem indicaram a “Falta de padronização para a realização de procedimentos/cuidados” (43,1%).

Na “Dimensão ética”, a razão para a omissão de cuidados mais apontada pelos os técnicos de enfermagem (48,6%) e enfermeiros (47,2%) foi: “Profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição”. Ainda, os técnicos de enfermagem consideraram com menor frequência para a omissão: “Profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/ demissão devido a estabilidade no emprego” (39,2%) e os enfermeiros: “Profissional de saúde é negligente” (41,7%).

Em relação ao “Estilo de gerenciamento/ liderança institucional”, os técnicos de enfermagem (66,2%) e os enfermeiros (58,3%) indicaram a “Falta de educação em serviço do cuidado a ser realizado” como a principal razão para a omissão do cuidado. Os técnicos

consideraram com menor percentual a “Falta de motivação para o trabalho” (47,3%) e os enfermeiros, a “Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe (43,1%).

Tabela 5 – Comparação das razões de omissão de cuidados de enfermagem de acordo com os enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020

<b>Razões para omissão dos cuidados de enfermagem</b>	<b>TE*</b> <b>(n=148)</b>	<b>ENF†</b> <b>(n=72)</b>	<b>Total</b> <b>(n=220)</b>	<b>P‡</b>
<b>Recursos laborais</b>				
Número inadequado de pessoal	130 (87,8%)	62 (86,1%)	192 (87,3%)	0,718§
Situações de urgência dos pacientes	127 (85,8%)	66 (91,7%)	193 (87,7%)	0,214§
Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade	136 (91,9%)	69 (95,8%)	205 (93,2%)	0,396
Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas	135 (91,2%)	62 (86,1%)	197 (89,5%)	0,246§
Grande quantidade de admissões e altas	117 (79,1%)	45 (62,5%)	162 (73,6%)	0,009§
Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional	65 (43,9%)	21 (29,2%)	86 (39,1%)	0,035§
Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde	112 (75,7%)	45 (62,5%)	157 (71,4%)	0,043§
O profissional tem mais de um vínculo empregatício	57 (38,5%)	44 (61,1%)	101 (45,9%)	0,002§
<b>Recursos materiais</b>				
Medicamentos indisponíveis quando necessários	120 (81,1%)	60 (83,3%)	180 (81,8%)	0,684§
Materiais/equipamentos indisponíveis quando necessário	128 (86,5%)	65 (90,3%)	193 (87,7%)	0,421§
Materiais/Equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário	128 (86,5%)	61 (84,7%)	189 (85,9%)	0,724§
A planta física da unidade/ setor é inadequada	94 (63,5%)	41 (56,9%)	135 (61,4%)	0,348§
<b>Comunicação</b>				
Distribuição de pacientes por profissional não equilibrada	116 (78,4%)	43 (59,7%)	159 (72,3%)	0,004§
Passagem de plantão inadequada	98 (66,2%)	42 (58,3%)	140 (63,6%)	0,254§
Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que era necessário	97 (65,5%)	51 (70,8%)	148 (67,3%)	0,432§
Membros da equipe não se ajudam entre si	80 (54,1%)	36 (50%)	116 (52,7%)	0,572§
Tensão/conflicto ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio	93 (62,8%)	43 (59,7%)	136 (61,8%)	0,655§
Tensão/conflicto ou problemas de comunicação dentro da equipe de enfermagem	86 (58,1%)	41 (56,9%)	127 (57,7%)	0,870§
Tensão/conflicto ou problemas de comunicação com a equipe médica	93 (62,8%)	47 (65,3%)	140 (63,6%)	0,724§
Auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada	89 (60,1%)	48 (66,7%)	137 (62,3%)	0,348§
Profissional responsável pelo cuidado fora da unidade/setor ou indisponível	80 (54,1%)	37 (51,4%)	117 (53,2%)	0,710§
Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados	77 (52%)	31 (43,1%)	108 (49,1%)	0,212§
<b>Dimensão ética</b>				
O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição	72 (48,6%)	34 (47,2%)	106 (48,2%)	0,843§
O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego	58 (39,2%)	33 (45,8%)	91 (41,4%)	0,348§
O profissional de enfermagem é negligente	65 (43,9%)	30 (41,7%)	95 (43,2%)	0,752§
<b>Estilo de gerenciamento/liderança institucional</b>				
Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe	89 (60,1%)	31 (43,1%)	120 (54,5%)	0,017§
Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado	98 (66,2%)	42 (58,3%)	140 (63,6%)	0,254§
Falta de motivação para o trabalho	70 (47,3%)	33 (45,8%)	103 (46,8%)	0,838§

Legenda: \*: técnicos de enfermagem; †: enfermeiros; ‡: significância do teste; §: Qui-Quadrado de Pearson; ||: Exato de Fisher

#### 5.4 Relação entre as características dos profissionais e do ambiente de prática profissional à omissão de cuidados de enfermagem

Não houve relação estatisticamente significativa entre a omissão dos cuidados e as características demográficas da equipe de enfermagem ( $p>0,05$ ). Percebe-se que um elevado nível e formação educacional contribuem para a realização dos cuidados (Tabela 6).

Tabela 6 – Relações entre a omissão de cuidados geral e as características demográficas dos enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020

Variável	Omissão do cuidado (n=98)	Realização do cuidado (n=122)	$p^{\dagger}$
<b>Sexo</b>			0,351 <sup>‡</sup>
Feminino	78 (79,6%)	103 (84,4%)	
Masculino	20 (20,4%)	19 (15,6%)	
<b>Idade*</b>	37,7±7,0	38,6±7,0	0,367 <sup>§</sup>
<b>Nível educacional mais elevado</b>			0,096 <sup>‡</sup>
Ensino médio	25 (25,5%)	20 (16,4%)	
Ensino superior ou pós-graduação	73 (74,5%)	102 (83,6%)	
<b>Formação educacional mais elevada</b>			0,339 <sup>‡</sup>
Técnico de enfermagem	25 (25,5%)	20 (16,4%)	
Nível superior (na área de Enfermagem ou fora)	26 (26,5%)	34 (27,9%)	
Especialização (na área ou fora)	41 (41,8%)	56 (45,9%)	
Mestrado ou doutorado (na área ou fora)	6 (6,1%)	12 (9,8%)	

Legenda: \*: média±desvio padrão; †: significância do teste; ‡: Qui-Quadrado de Pearson; §: t de Student

A única característica ocupacional que apresentou relação com a omissão dos cuidados foi o setor, classificando a unidade de internação com o maior registro de omissão dos cuidados comparado a unidade de terapia intensiva ( $p<0,001$ ) (Tabela 7).

Tabela 7 – Relação entre a omissão de cuidados geral e as características ocupacionais dos enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020.

Variável	Omissão do cuidado (n=98)	Realização do cuidado (n=122)	$p^{\dagger}$
<b>Setor/unidade</b>			<0,001 <sup>‡</sup>
Unidade de internação	92 (93,9%)	81 (66,4%)	
Unidade de terapia intensiva	6 (6,1%)	41 (33,6%)	
<b>Cargo/função</b>			0,577 <sup>‡</sup>
Técnico de enfermagem	64 (65,3%)	84 (68,9%)	
Enfermeiro assistencial	34 (34,7%)	38 (31,1%)	
<b>Período de trabalho</b>			0,630 <sup>‡</sup>
Diurno/vespertino	57 (58,2%)	67 (54,9%)	
Noturno/rodízio entre os períodos	41 (41,8%)	55 (45,1%)	
<b>Experiência no cargo (*; anos)</b>	11,2±5,8	11,9±6,4	0,423 <sup>§</sup>
<b>Experiência do setor (*; anos)</b>	4,0±1,8	4,2±2,0	0,486 <sup>§</sup>
<b>Turno trabalhado com maior frequência</b>			0,882 <sup>‡</sup>
12 horas/rodízio entre os turnos	62 (63,3%)	76 (62,3%)	
6 horas/8 horas	36 (36,7%)	46 (37,7%)	

Continua

*Continuação*

Variável	Omissão do cuidado (n=98)	Realização do cuidado (n=122)	p <sup>†</sup>
<b>Horas extras (*; últimos 3 meses)</b>	5,6±15,4	6,6±14,9	0,632 <sup>§</sup>
<b>Faltas (*; últimos 3 meses)</b>	2,0±5,4	1,0±2,6	0,109 <sup>§</sup>
<b>Intenção de deixar o cargo/função</b>			0,928 <sup>‡</sup>
Sim	10 (10,2%)	12 (9,8%)	
Não	88 (89,8%)	110 (90,2%)	
<b>Frequência de adequação de profissionais</b>			0,293 <sup>‡</sup>
<50% do tempo	43 (43,9%)	45 (36,9%)	
≥50% do tempo	55 (56,1%)	77 (63,1%)	
<b>Número de pacientes/turno (*)</b>	8,5±3,2	7,6±4,5	0,090 <sup>§</sup>
<b>Número de admissões/turno (*)</b>	1,1±1,7	0,9±1,4	0,540 <sup>§</sup>
<b>Número de altas/turno (*)</b>	0,6±1,3	0,4±0,8	0,233 <sup>§</sup>
<b>Satisfação com o cargo</b>			0,536 <sup>‡</sup>
Insatisfeito	26 (26,5%)	37 (30,3%)	
Satisfeito	72 (73,5%)	85 (69,7%)	
<b>Satisfação com a profissão</b>			0,405 <sup>‡</sup>
Insatisfeito	29 (29,6%)	30 (24,6%)	
Satisfeito	69 (70,4%)	92 (75,4%)	
<b>Satisfação com a equipe</b>			0,083 <sup>‡</sup>
Insatisfeito	39 (39,8%)	35 (28,7%)	
Satisfeito	59 (60,2%)	87 (71,3%)	

Legenda: \*: média±desvio padrão; †: significância do teste; ‡: Qui-Quadrado de Pearson; §: t de Student

A Tabela 8 demonstra que quanto mais recursos laborais, materiais e melhor comunicação, haverá maior realização dos cuidados de alta, média e baixa prioridade e conseqüentemente, menor omissão dos cuidados. Quanto melhores as características da dimensão ética, menos os cuidados deixarão de ser realizados e quanto mais forte e eficaz for o gerenciamento e liderança, mais os cuidados de alta prioridade serão realizados e menos os cuidados de média e baixa prioridade deixarão de ser realizados. Nenhuma correlação obtida foi significativa.

Tabela 8 – Relação entre a omissão de cuidados geral e as razões de omissão atribuídas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020

Correlação (r)*	Alta prioridade	Média prioridade	Baixa prioridade	Omissão de cuidados
Recursos laborais	0,085	0,073	0,045	0,074
Recursos materiais	0,116	0,047	0,065	0,072
Comunicação	0,092	0,009	0,014	0,028
Dimensão ética	-0,001	-0,076	-0,089	-0,069
Gerenciamento/Liderança	0,067	-0,020	-0,010	0,001
<b>Razão de omissão</b>	0,094	0,021	0,017	0,038

Legenda: \*: coeficiente de correlação de Pearson; †: p<0,05; ‡: p<0,001

## 5.5 Como o ambiente de trabalho da prática de enfermagem explica a omissão de cuidados

Quanto maior a participação na discussão dos assuntos hospitalares, menos os cuidados de prioridade mais baixa são deixados de fazer. Diante de melhores fundamentos voltados para a qualidade do cuidado, menos os cuidados de alta, média e baixa prioridades são deixados de fazer. Também, quanto mais presente características de habilidade, liderança e suporte à equipe, menos cuidados de média e baixa prioridade são deixados por fazer.

Quanto maior a adequação da equipe e de recursos e relações colegiais entre enfermeiros e médicos, ocorrerá menos omissão de cuidados de alta, média e baixa prioridade no ambiente de prática de enfermagem. Dessa forma, quanto melhor as características ambientais, menor a presença da omissão dos cuidados, conforme mostra a (Tabela 9).

Tabela 9 – Correlação entre o ambiente de trabalho da prática profissional e a omissão de cuidados de acordo com os enfermeiros e técnicos de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020

Correlação (r) *	Alta prioridade	Média prioridade	Baixa prioridade	Omissão de cuidados
Participação na discussão dos assuntos hospitalares	-0,014	-0,126	<b>-0,176<sup>‡</sup></b>	-0,125
Fundamentos voltados para qualidade do cuidado	<b>-0,190<sup>‡</sup></b>	<b>-0,271<sup>‡</sup></b>	<b>-0,229<sup>‡</sup></b>	<b>-0,253<sup>‡</sup></b>
Habilidade, liderança e suporte à equipe	-0,114	<b>-0,167<sup>†</sup></b>	<b>-0,203<sup>‡</sup></b>	<b>-0,176<sup>‡</sup></b>
Adequação da equipe e de recursos	<b>-0,216<sup>‡</sup></b>	<b>-0,322<sup>‡</sup></b>	<b>-0,304<sup>‡</sup></b>	<b>-0,311<sup>‡</sup></b>
Relações colegiais enfermeiros-médicos	<b>-0,143<sup>†</sup></b>	<b>-0,201<sup>‡</sup></b>	<b>-0,242<sup>‡</sup></b>	<b>-0,220<sup>‡</sup></b>
<b>Hospital (PES-NWI)</b>	<b>-0,172<sup>†</sup></b>	<b>-0,269<sup>‡</sup></b>	<b>-0,282<sup>‡</sup></b>	<b>-0,267<sup>‡</sup></b>

Legenda: \*: coeficiente de correlação de Pearson; †: p<0,05; ‡: p<0,001

A Tabela 10 mostra os preditores da omissão de cuidados conforme avaliação da equipe de enfermagem. O passo 1 corresponde às variáveis demográficas e ocupacionais, o passo 2 às variáveis de satisfação, o passo 3 às razões para a omissão e o passo 4 às dimensões do ambiente. As variáveis demográficas e ocupacionais dos profissionais explicaram 45,4% da variância da omissão de cuidados no hospital universitário. A adição das variáveis de satisfação aumentou em 2,7% a explicação da omissão, sem diferença significativa (p=0,117); em seguida, a adição das razões de omissão atribuídas pela enfermagem aumentou em 1,0% a explicação, também sem diferença significativa (p=0,815).

No quarto passo, a inclusão das dimensões do ambiente da prática profissional ocasionou um aumento estatisticamente significativo na predição da omissão de cuidados de enfermagem (p<0,001), em 9,1%. A dimensão “Fundamentos voltados para qualidade do cuidado” apresentou correlação moderada com a omissão ( $\beta=-0,425$ ; p<0,01), de modo que

quanto mais favorável é o hospital em relação a esses elementos, menor é a omissão de cuidados de enfermagem.

Tabela 10 - Preditores da omissão de cuidados conforme avaliação da equipe de enfermagem (n=220). Teresina, PI, Brasil, 2020

<b>Preditores</b>	<b>Passo 1</b>	<b>Passo 2</b>	<b>Passo 3</b>	<b>Passo 4</b>
Unidade/setor	<b>0,596<sup>†</sup></b>	<b>0,586<sup>†</sup></b>	<b>0,594<sup>†</sup></b>	<b>0,627<sup>†</sup></b>
Escolaridade	<b>0,233*</b>	<b>0,222*</b>	<b>0,208*</b>	0,099
Sexo	0,172	0,167	0,163	<b>0,197*</b>
Idade	-0,040	-0,068	-0,061	-0,105
Cargo/função	-0,161	-0,125	-0,138	-0,065
Período	0,147	0,198	0,191	<b>0,231*</b>
Experiência no cargo	-0,007	-0,008	-0,008	-0,009
Experiência no setor	-0,013	-0,012	-0,011	-0,005
Turno	0,185	<b>0,213*</b>	0,224*	0,223*
Hora extra	0,001	0,001	0,001	0,002
Faltas	-0,006	-0,007	-0,007	-0,006
Deixar cargo	0,093	0,181	0,155	0,068
Adequação nº profissionais	0,078	0,088	0,071	0,012
Número de pacientes	0,025	0,021	0,025	0,014
Admissões	0,012	0,011	0,009	0,017
Alta	-0,045	-0,037	-0,043	-0,035
Satisfação cargo	-	-0,190	-0,192	-0,155
Satisfação profissão	-	0,036	0,036	0,024
Satisfação equipe	-	0,127	0,103	0,088
Recursos laborais	-	-	0,020	0,020
Recursos materiais	-	-	-0,034	-0,056
Comunicação	-	-	0,004	0,086
Dimensão ética	-	-	0,069	-0,020
Estilo de gerenciamento	-	-	-0,038	0,009
Participação na discussão dos assuntos hospitalares	-	-	-	-0,107
Fundamentos voltados para qualidade do cuidado	-	-	-	<b>-0,425<sup>†</sup></b>
Habilidade, liderança e suporte à equipe	-	-	-	-0,064
Adequação da equipe e de recursos	-	-	-	-0,059
Relações colegiais enfermeiros-médicos	-	-	-	-0,003
<b>Coefficiente de determinação (R<sup>2</sup>)</b>	<b>0,454</b>	<b>0,481</b>	<b>0,491</b>	<b>0,582</b>

Legenda: \*: p<0,05; †: p<0,01

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Caracterização da amostra

Na amostra estudada, a quantidade de profissionais no cargo de técnico de enfermagem predominou e resultado semelhante foi encontrado em outros estudos nacionais e internacionais (BLACKMAN et al., 2018; DUTRA; SALES; GUIRARDELLO, 2019; LIMA; SILVA; CALIRI, 2020; MARCELINO et al., 2014; SIQUEIRA et al., 2017; SILVA et al., 2020, 2016; SASSO et al., 2019; JANGLAND et al., 2018; HARVEY., 2017; BALL et al., 2014; ALBSOUL et al., 2019; HESSELS et al., 2015, SMITH et al., 2018; PARK; HANCHETT; CHENJUAN, 2018). Ressalta-se que no Brasil essa desproporção pode ser explicada pelo maior oferta de vagas para os técnicos de enfermagem nos processos seletivos consoante os pressupostos da Resolução COFEN 543/2017, do Conselho Federal de Enfermagem que estabelece parâmetros mínimos para dimensionamento do quantitativo de profissionais de enfermagem, nas diferentes categorias, para os serviços ou locais nos quais são realizadas as atividades de enfermagem (BRASIL, 2017).

Os participantes corresponderam a adultos jovens e com mais de 10 anos de experiência no cargo e, segundo Palese et al. (2015), este é um fator que reduz significativamente a omissão de cuidados, pois estes profissionais têm maior maturidade para identificar prioridades nos cuidados. O sexo feminino também se destacou, o que se justifica pela condição histórica da profissão, pois, culturalmente, mais mulheres costumam se interessar pela área, devido ao instinto natural voltado para o cuidado (MARCELINO et al., 2014).

A maioria dos enfermeiros do estudo possuía especialização na área de enfermagem. Essa condição pode favorecer a produtividade no trabalho de enfermagem, com ênfase no planejamento dos cuidados de enfermagem e a definição de prioridades, o que, por sua vez, resulta em cuidados seguros (BRUYNEEL et al., 2015).

No entanto, uma revisão integrativa baseada em 21 artigos internacionais mostrou que quanto maior a experiência profissional e formação, maior a probabilidade do desenvolvimento do excesso de autoconfiança e mais dificuldades em assimilar novas rotinas e protocolos, o que pode fazer com que os erros comuns passem despercebidos, pois já tornaram parte do *modus operandi* de trabalho (DUARTE et al., 2015).

Ainda, os resultados do presente estudo destoam dos encontrados por Marcelino et al. (2014) no qual, boa parte dos trabalhadores de enfermagem havia apenas terminado o ensino

médio, fato esse, que pode ser considerado preocupante, se considerarmos as inovações tecnológicas e o mercado de trabalho exigente em relação à formação profissional e sua qualificação.

Os profissionais do presente estudo trabalhavam predominantemente no turno diurno/vespertino. Um estudo realizado na Suécia evidenciou, que os enfermeiros que atuam nesse período, estão mais vulneráveis a omitir os cuidados, pois além das atividades que lhes são próprias, dedicam o seu tempo executando tarefas delegáveis e alheias a profissão como: providenciar alta e transporte do paciente e atender telefonemas. No período da noite como essa demanda diminui, os próprios enfermeiros conseguem executar os cuidados (BALL et al., 2016).

Os enfermeiros apresentaram maior número médio de pacientes, e efetuaram com mais frequência altas e admissões, sendo este um sinal de alerta, pois um estudo realizado na Inglaterra identificou que a proporção de pacientes por enfermeira foi significativamente associado com a omissão dos cuidados e apontou que quando os enfermeiros cuidavam de um número menor de pacientes, os cuidados omitidos reduziam e as chances de omitir alguma prática assistencial também diminuía (BALL et al., 2014).

Os técnicos de enfermagem perceberam menor frequência de adequação no quantitativo de profissionais, podendo justificar a insatisfação com o cargo ou profissão, que foi manifestada pela categoria. Ressalta-se ainda que a maioria dos técnicos de enfermagem da amostra deste estudo possuía formação em nível superior, notadamente Enfermagem, obtida antes ou após a aprovação em concurso público para a instituição e, a insatisfação pode estar relacionada a não atuação como enfermeiro. Por outro lado, a insatisfação também pode ser explicada pela escolha inadequada da profissão, o descontentamento com a própria atuação e a ausência de compromisso por parte de alguns membros da equipe de enfermagem (SIQUEIRA et al., 2017).

Ambos os grupos de profissionais de enfermagem estão satisfeitos com a equipe de trabalho e não pretendem deixar o cargo. Tal resultado, apesar da insatisfação manifestada pelos técnicos de enfermagem, pode ser explicado pelas condições de trabalho oferecidas pelo hospital universitário, integrante da rede EBSEH, serem melhores quando comparadas que as de outros hospitais do estado, tornando a equipe esperançosa quanto a melhoria dos fatores ambientais da prática de enfermagem.

Em contraste aos resultados encontrados neste estudo, na Itália os enfermeiros pretendiam deixar o emprego ou até mesmo abandonar a profissão devido à exaustão emocional, sentimento de culpa quando os pacientes pelos quais estavam responsáveis

apresentavam resultados negativos durante a internação como: lesões por pressão, quedas e infecções relacionados aos cuidados de saúde (SASSO et al., 2019).

## **6.2 Elementos do ambiente organizacional prática profissional da enfermagem**

Os participantes do estudo concordaram com a presença de características desfavoráveis quanto a “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares”. Porém, os enfermeiros podem ter melhor experiência de trabalho quando estão mais fortemente envolvidos nos assuntos do hospital como, por exemplo, governança interna, decisões políticas e trabalho de comitê. Entretanto, níveis mais altos de participação nos assuntos hospitalares podem aumentar a carga de trabalho dos enfermeiros, por disporem de menos tempo para fornecer os cuidados de enfermagem necessárias aos seus pacientes, daí a importância do equilíbrio no desempenho das duas atividades (KIM; YOO; SEO, 2018).

Dentro desse mesmo domínio, os enfermeiros e técnicos de enfermagem avaliaram como desfavoráveis os itens: “A administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores” e “Oportunidade de desenvolvimento da carreira profissional”. Percebe-se que a liderança é presente, pois o item relativo à consulta dos gestores sobre os problemas diários foi caracterizado como favorável, porém, falta retorno e soluções para os problemas relatados e maior envolvimento da equipe, para que eles possam se desenvolver plenamente no ambiente de trabalho.

O enfermeiro, como gestor é responsável por tomar decisões, que muitas vezes ocorrem de forma solitária. No entanto, uma postura diferenciada pode ser adotada, com a inclusão de sua equipe de trabalho de forma participativa, com acolhimento de ideias e argumentos, reconhecendo a importância da equipe e o alcance de decisões para as inquietações (LEMOS et al., 2017).

Os “Fundamentos de enfermagem baseados na qualidade do cuidado” também foram classificados como favoráveis pela equipe de enfermagem. Salienta-se que os modelos assistenciais, podem ser empregados e revisados para identificar eventuais lacunas existentes e favorecer a prática de enfermagem.

A prática de enfermagem fundamentada em teorias é basilar para o desenvolvimento do pensamento crítico e criatividade da equipe de enfermagem, ensejando assim o afastamento do caráter empírico e, como consequência, favorecendo a adoção da prática profissional baseada em conhecimento científico. Desse modo, as teorias apresentam

propostas para embasar a assistência, revelando propósitos, limitações e direcionando as relações no cuidado (MERINO et al., 2018).

Os participantes do estudo concordaram sobre a presença da característica “Melhoria nos programas de acompanhamento dos profissionais recém contratados”. Nesse sentido, os recém contratados na instituição são apoiados por ações voltadas à familiarização com o ambiente de trabalho e com o conhecimento, habilidades e atitudes requeridas para a atuação profissional. Assim, para desenvolver as competências necessárias ao exercício do cargo/função instituições têm desenvolvido estratégias de avaliação de desempenho para identificar necessidades de capacitação, visando a consecução dos objetivos e melhoria da qualidade e da segurança da assistência oferecida aos paciente (SAPATINI et al., 2016).

A “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores” foi classificada positivamente por técnicos e enfermeiros. Contudo, os técnicos de enfermagem do estudo relataram necessidade de reconhecimentos e apoio quando realizam um bom trabalho.

Nessa perspectiva, papel dos líderes de enfermagem tem sido apontado como um fator crucial no desenvolvimento de ambientes positivos para a prática profissional e para a segurança do paciente (ALVES; GUIRARDELLO, 2016; SANTOS et al., 2018).

Características gerenciais como acessibilidade, visibilidade, suporte, flexibilidade e reconhecimento da equipe estão relacionadas ao aumento da satisfação do profissional, aumento da retenção de profissionais qualificados e menor intenção de deixar o emprego. Como parte das suas atribuições na gerência do cuidado, cabe ao enfermeiro zelar para que os integrantes da equipe de enfermagem cumpram com aquilo que lhes cabe para o tratamento do paciente e para a garantia de uma ambiência adequada nas unidades de internação (ALVES; GUIRARDELLO, 2016; SANTOS et al., 2018).

A “Adequação da equipe e de recursos” foi considerada desfavorável, no que se diz respeito a equipe de enfermagem em número suficiente para realizar o trabalho e proporcionar aos pacientes cuidados de qualidade. Tal situação pode ter sido gerada por desfalque transitório na escala de serviço, quanto a reposição decorrente de férias, licença maternidade, licença para tratamento de saúde ou necessidade de melhor distribuição dos profissionais nos setores, considerando que a média de horas extras de enfermeiros foi 11,8 horas e quanto a adequação de profissionais, 49,3% disseram que falta profissionais em quase 50% do tempo.

A relação entre a equipe médica e a de enfermagem também foi considerada favorável pelos participantes do estudo. Nessa perspectiva, a presença de boas relações entre os profissionais contribui para uma maior satisfação com o trabalho e favorece a organização do ambiente de cuidado (SANTOS et al., 2017).

Por conseguinte, para que o trabalho em equipe seja considerado interprofissional e colaborativo é necessário que haja entre os trabalhadores comunicação, interação, reconhecimento de papéis profissionais, articulação das ações, confiança e estabelecimento de objetivos assistenciais comuns. A colaboração entre os profissionais de saúde é fundamental para qualidade da atenção à saúde, segurança e satisfação de pacientes (SANTOS et al., 2017).

No entanto, os profissionais médicos e os enfermeiros nem sempre trabalham em equipe com harmonia. Estudo realizado em um hospital universitário do Sul do Brasil evidenciou que os conflitos mais frequentes entre enfermeiros e médicos ocorrem principalmente em razão de divergências quanto à realização de curativos e práticas de cuidado com feridas, dissonância que pode ser resolvida com programas de educação permanente para ambas as categorias (SANTOS et al., 2018).

Ao final, o ambiente organizacional de prática de enfermagem foi considerado misto, chamando a atenção dos líderes e gestores para intervenções no modelo assistencial vigente, intensificação de programas de garantia de qualidade e reuniões com os colaboradores. O estudo realizado em um Hospital de ensino do estado de São Paulo também classificou o ambiente de prática dos enfermeiros como misto com condições favoráveis ao exercício da enfermagem, porém a participação e envolvimento dos enfermeiros nos assuntos hospitalares e a adequação de recursos para prestar assistência com qualidade necessitam de melhorias, assim como no presente estudo (YANARICO et al., 2020).

### **6.3 Identificação dos cuidados de enfermagem omitidos e as razões para omissão**

Na concepção dos técnicos de enfermagem o cuidado de alta prioridade mais omitido foi a aspiração das vias aéreas. Esse resultado é preocupante, pois compromete a segurança do paciente. Em contraste, um estudo evidenciou que essa atividade relacionada aos cuidados básicos foi classificada pelos participantes como “frequentemente” ou “sempre” realizada (DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019).

A aspiração de vias aéreas, conforme a Resolução nº 557 em 2017 do Conselho Federal de Enfermagem é um procedimento privativo do enfermeiro no âmbito hospitalar, e realizado em pacientes submetidos a intubação orotraqueal ou traqueostomia. Trata-se de procedimento extremamente importante para evitar complicações respiratórias e prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica (COFEN et al., 2017).

Convém destacar que um dos motivos para esse cuidado ser omitido pela enfermagem pode estar relacionado a multiplicidade de agentes que o desenvolvem. Assim, no âmbito hospitalar, como pode ser realizado por outros profissionais, a exemplo dos fisioterapeutas, traz, como consequência, certa acomodação por parte de alguns membros da equipe de enfermagem (SILVA et al., 2020).

O cuidado menos omitido pelos técnicos de enfermagem foi a “Higienização das mãos”, e esse resultado pode ser explicado pelas constantes campanhas de promoção de higienização das mãos realizadas no hospital, conscientizando esses profissionais sobre a importância desse cuidado para a própria segurança e a do paciente.

Os enfermeiros consideraram como cuidados de alta prioridade omitidos, a “Reavaliação focada, de acordo com as condições do paciente”. Tal resultado pode estar relacionado ao tempo que essa atividade requer e, circunstancialmente, o enfermeiro pode priorizar outras atribuições que demandam tempo menor, por adição as atividades administrativas que lhe são exigidas e, em detrimento da interação com o paciente. O paciente recebe visitas dos enfermeiros, mas não fica claro para ele quem é responsável pelo seu cuidado e, essa falta de responsabilidade e a descontinuidade dos cuidados podem levar ao não acompanhamento do paciente e acrescentar dias adicionais no hospital (WINSETT et al., 2016; ALBSOUL et al., 2019).

O alto número de horas extras e de pacientes por profissional pode ter contribuído para esse achado. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Valles et al (2016) e Hernandez-Cruz (2017).

Como cuidado menos omitido os enfermeiros consideram o “Monitoramento da glicemia capilar, conforme prescrito”. Trata-se de um cuidado que precisa ser constantemente controlado, pois serve de parâmetro para a administração de medicações e no hospital universitário é estabelecido como registro obrigatório no sistema dos prontuários eletrônicos.

Quanto aos cuidados de prioridade intermediária, a “Deambulação 3 vezes ao dia ou conforme prescrito”, foi o cuidado mais omitido, de acordo com os técnicos e enfermeiro. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de 20% da amostra ser formada por profissionais de enfermagem da UTI. A falha no processo de deambulação pode estar associada a episódios de delírio, pneumonia, aumento do tempo de internação, dor e desconforto físico, principalmente em pacientes em que as condições de saúde não dispõem de autonomia (SILVA et al., 2020).

Ademais, a falta de deambulação é um fator de risco importante para a prevenção de lesões por pressão e a mobilidade e alongamento dos membros, reduz significativamente esse

risco (CALDINI et al., 2017). A omissão desse cuidado pode ser explicada pela baixa complexidade ou por a equipe considerar que o paciente pode realizar a deambulação sozinho ou com a ajuda de algum familiar (HERNANDEZ-CRUZ et al., 2017).

“Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário” também foi considerada como o cuidado menos omitida pelos técnicos de enfermagem. Trata-se de um cuidado que exige maior controle, instalação imediata e impacta significativamente na segurança do paciente. As implicações da desnutrição sobre a evolução das doenças são relatadas como fatores coadjuvantes na morbidade e mortalidade pois a perda da massa magra, em seus diferentes graus, eleva o risco de infecção, diminui a cicatrização, aumenta o risco de mortalidade e é letal quando se aproxima (FERRAZ; CAMPOS, 2012).

O cuidado intermediário menos omitidos na opinião dos técnicos foi o “Banho e higiene para a prevenção de lesões de pele”. Nesse sentido, a manutenção da integridade da melhora da autoestima e a satisfação do paciente e família (HESSELS et al., 2015).

Os enfermeiros consideram como menos omitidos os “Cuidados com lesões de pele e feridas”. Quanto à prevenção de lesões por pressão convém salientar, no contexto do hospital universitário, a efetiva atuação dos enfermeiros estomaterapeutas, o seguimento do protocolo de LPP na prescrição e implementação dos curativos, que são realizados exclusivamente pelos enfermeiros e, a integração com a unidade de Gestão de Riscos Assistenciais, vinculada ao setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

No que se refere aos cuidados de enfermagem de baixa prioridade, o mais omitido pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem foi “Sentar o paciente fora do leito”. Parece ser fato corriqueiro no âmbito hospitalar brasileiro a equipe de enfermagem transferir parte de seu trabalho aos acompanhantes, cuja mera presença ao lado da cama do paciente lhes autoriza a realizar procedimentos de baixa complexidade ou outros cuidados de saúde. Trata-se de situação de ameaça à vida, devido à falta de conhecimento técnico-científico e envolvimento emocional (LIMA; SILVA; CALIRI, 2020).

Os técnicos e enfermeiros consideraram como cuidado mais omitido de baixa prioridade o “Registro no prontuário do paciente, de todos os dados necessários”. Estudos internacionais mostraram que as justificativas se referiam a: falta de tempo, ao fato de os enfermeiros admitirem a documentação como tarefa adicional que interrompe a continuidade da prestação de cuidados ao paciente, conhecimento inadequado sobre as teorias de enfermagem, desmotivação, falta adequada de supervisão do gerente de enfermagem e condutas prejudiciais à continuidade dos cuidados de enfermagem (ALBSOUL et al., 2019; DEGHAN-NAYERI et al., 2018).

Os enfermeiros consideraram como cuidados de prioridade mais baixa menos omitido, o “Uso de medidas de prevenção para pacientes com risco de queda”. No âmbito da EBESERH está relacionado com a implantação da sexta meta de segurança do paciente, que se refere a redução do risco de quedas e lesão por pressão, com protocolos para a detecção dos fatores de risco (BRASIL, 2019).

Ademais, a queda intra-hospitalar é uma situação grave que pode determinar complicações nas condições de saúde do paciente, aumentar os casos de lesões, fraturas, tempo de internação e os custos assistenciais (LIMA; SILVA; CALIRI, 2020).

Estudo realizado em hospital de ensino em Belo Horizonte mostrou que as pessoas idosas, com declínio na sua funcionalidade e em uso de múltiplos medicamentos são as que apresentam maior risco de queda. Como fatores intrínsecos relacionados as quedas prevaleceram: agitação, vertigem, confusão, fraqueza muscular, marcha instável, hipovolemia e hipotensão e, os extrínsecos os relativos ao ambiente hospitalar, destacaram-se: iluminação inadequada nas enfermarias e quartos, móveis em locais inapropriados, pisos escorregadios, banheiros não adaptados e escadas (SILVA; COSTA; REIS, 2019).

Quanto as razões para omissão dos cuidados de enfermagem, no domínio “Recursos laborais”, os técnicos de enfermagem e enfermeiros, foram unânimes em destacar o “Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade”. Salienta-se que para o enfrentamento de situações inesperadas são fundamentais: a avaliação sistemática do ambiente de trabalho, a adequação do número de pessoal, o abastecimento de materiais e equipamentos e, o desenvolvimento de estratégias organizacionais e competências individuais para lidar com as contingências. A capacidade de o enfermeiro reagir frente a demandas inesperadas é imprescindível para que os cuidados não deixem de ser realizados, influenciando no desempenho geral da unidade (ALBSOUL et al., 2019).

No que tange aos “Recursos materiais” os técnicos de enfermagem e os enfermeiros concordam que “Materiais/equipamentonão funcionaram adequadamente quando necessário” é uma razão expressiva para a omissão dos cuidados. Nesse sentido, estudo ressaltou que o enfermeiro, por realizar atividades assistenciais, torna-se responsável pelas ações de previsão, provisão e controle de recursos utilizados pela equipe, pois tem conhecimento técnico e prático acerca dos insumos, permitindo-lhe julgar quanto à funcionalidade, à qualidade e à imprescindibilidade dos itens aplicados no cuidado em saúde (BOGO et al., 2015).

Como estratégia compensatória e emergencial para fazer frente a falta de materiais e equipamentos, estudo identificou a prática de requisição do material em outras unidades do

hospital, busca em outros hospitais, com os familiares do paciente ou, encaminhando o paciente para outra instalação (DEHGHAN-NAYERI et al., 2018).

Concernente ao domínio “Comunicação” técnicos de enfermagem e enfermeiros apresentaram opiniões desiguais sobre as razões para a omissão do cuidado. Para os técnicos a principal razão refere-se à “Distribuição de pacientes por profissional não equilibrada”, denotando a concepção de que o número de profissionais é inadequado. Porém, o dimensionamento de pessoal de enfermagem considera critérios quantitativos e qualitativos visando, entre outros fins, o de contemplar a distribuição equilibrada entre profissionais e pacientes (VASCONCELOS et al., 2017; SILVA; OLIVEIRA; SANTOS, 2019).

Um estudo realizado em clínicas médicas e cirúrgicas da Suécia, evidenciou que quando os enfermeiros cuidavam em média de 6 pacientes estavam propensos a omitirem os cuidados (BALL et al., 2016).

No Piauí, o estudo realizado em duas UTIs de um hospital público verificou que o número de pacientes por profissionais de enfermagem extrapolava o valor que, de acordo com o índice *Nursing Activities Score* (NAS), é considerado sobrecarga de trabalho, e, por consequência, comprometia a qualidade da assistência (BRASIL, 2005; SANTOS et al., 2015).

Os enfermeiros consideraram que “Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento que foi necessário”, isso pode estar acontecendo devido ao compartilhamento inadequado de informações entre a equipe, gerando desconforto entre as categorias profissionais, falhas organizacionais, relação interpessoal não agradável e questões relacionadas a hierarquia no sistema de saúde que interrompe a comunicação entre as equipes.

Resultado análogo ao presente estudo foi evidenciado na pesquisa qualitativa desenvolvida em um hospital de ensino onde havia falta de colaboração entre os colegas de trabalho, principalmente de outros turnos e com a equipe interdisciplinar e a consequência disso foi o aumento da taxa de absenteísmo (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014).

Quanto a “dimensão ética”, enfermeiros e técnicos concordaram que a principal razão para a omissão de cuidados é: “O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou instituição”. Sem dúvida, os profissionais de enfermagem necessitam do preparo técnico, atualização e compromisso ético, para evitar iatrogenias na atuação profissional. Para tanto, faz-se premente conhecer as responsabilidades ética, civil e penal de suas ações profissionais e, também, seus direitos e deveres, para evitar ocorrências de negligência, imperícia ou imprudência, pois dessa apreensão de conhecimento e utilização

prática de saberes depende o empoderamento da enfermagem como profissão e ciência (SILVA et al., 2018).

Ademais, apesar do aparente compromisso dos trabalhadores com a assistência, perpassa o entendimento de que nem sempre é possível prestar o cuidado direto aos pacientes, visto que ações consideradas “burocráticas” são necessárias para a organização do trabalho da enfermagem. Contudo, o afastamento do cuidado direto pode gerar sofrimento moral decorrente do confronto entre o compromisso com o paciente e com a instituição, causando frustração e ansiedade. Nessa perspectiva, cabe ao trabalhador refletir sobre sua prática e buscar opções que possibilitem a interiorização de valores, a mudança de atitudes, para que não permaneça desmotivado e acomodado no trabalho (CECERE et al., 2010).

Em relação ao “Estilo de gerenciamento/ liderança institucional” os enfermeiros e técnicos consideram a “Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado”, significativa razão para a omissão dos cuidados.

A educação permanente em saúde busca valorizar o saber e o fazer dos profissionais de saúde e usuários, promovendo reflexão das ações de saúde, embasada na aprendizagem significativa, transformando as práticas profissionais. Os princípios da educação permanente em saúde são: autonomia, cidadania, subjetividade dos profissionais e o aprender na, para e pela prática, importantes para melhorar o ambiente de trabalho e a qualidade dos cuidados (LAVICH et al., 2017).

Desse modo, para que a enfermagem possa desenvolver suas ações com compromisso e responsabilidade, é preciso buscar o desenvolvimento do trabalho coletivo, criando condições favoráveis no ambiente de trabalho, através do diálogo, do envolvimento e da participação.

Logo, é necessário sensibilizar os gestores de enfermagem para promover reflexões e discussões com os colaboradores sobre o trabalho que desempenham. É importante também analisar o desempenho da equipe assistencial para facilitar a implantação e melhorias de processos por meio de ferramentas de gestão para que se alcance os resultados propostos. Há necessidade de capacitações e treinamentos contínuos para profissionais que desempenham a assistência, incluindo, nesse processo, a criação de protocolos e disponibilização de materiais e equipamentos de qualidade (STADLER et al., 2019).

#### **6.4 Relação entre as características dos profissionais e do ambiente de prática profissional à omissão de cuidados de enfermagem**

O setor que mais apresentou omissão dos cuidados relacionado a características presentes no ambiente foi o de internação. Esse resultado pode ser explicado pela presença de maior número de pacientes internados sob a atenção de profissionais de enfermagem e, conseqüentemente, do desempenho de múltiplas atividades. Ademais, por tratar-se de unidades abertas, aumenta a dificuldade para administrar os eventos cotidianos e requer equipe de enfermagem com boa sintonia para que as demandas de cuidado possam ser percebidas e resolvidas (TEIXEIRA; SILVA; DRAGANOV, 2018).

Ressalta-se que o modelo assistencial de enfermagem utilizado no hospital universitário é o *Primary Nursing*, método para organização do trabalho da equipe de enfermagem no qual uma enfermeira (principal) assume a responsabilidade pela coordenação dos cuidados de enfermagem de um ou mais pacientes e sua família, tornando-se referência dentro da instituição (BRASIL, 2018).

Todavia, o *Primary Nursing* atualmente não vem sendo aplicado na íntegra em algumas unidades do hospital universitário em face da necessidade de ajustes à realidade atual. Nesse sentido, por tratar-se de ferramenta basilar para o domínio “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado”, requer reflexão e esforço adicional para a sua plena implementação.

Estudo demonstrou que devido à maior demanda de serviço nos postos de internação, a característica que exerceu forte influência sobre o ambiente de prática de enfermagem, foi a adequação da equipe e de recursos, principalmente quando ocorre o desfalque de pessoal e da conseqüente necessidade de remanejamento (QUITES et al., 2017).

#### **6.5 Como o ambiente de trabalho da prática de enfermagem explica a omissão de cuidados**

O estudo mostrou que a presença de características desfavoráveis no ambiente de trabalho contribuiu para a maior prevalência de omissão de cuidados. Resultado semelhante foi observado em estudo realizado em unidades de internação de hospital público de ensino, em que as principais razões para a omissão dos cuidados estavam relacionadas aos recursos laborais, materiais e estilo de gestão (DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019)

Os fundamentos de enfermagem na análise geral foi considerada uma importante característica que interfere na omissão dos cuidados, evidenciando que maiores investimento do ambiente estudado em educação continuada, práticas fundamentadas nas teorias de enfermagem, competência ética e profissional, programas voltados para a garantia de qualidade, planos de cuidados atualizados e que proporcionam a continuidade do trabalho, promovem ambientes favoráveis e diminuem a omissão dos cuidados (ANDRADE et al., 2017)

Os administradores hospitalares e de enfermagem devem manter ambientes de boas práticas para reduzir as atividades de cuidado perdidas e, assim, melhorar potencialmente os resultados do paciente. Especificamente, seus esforços devem ser direcionados para a melhoria da equipe, relações médico-enfermeiro, adequação de recursos e redução da carga de trabalho (PARK; HANCHETT; CHENJUAN, 2018).

Os postos de internação foram considerados unidades preditoras para a omissão dos cuidados no período diurno/vespertino, pois nesse setor há o maior aumento de fluxo de pacientes, admissões, trabalhadores da saúde e estudantes. Nesse sentido, como estratégia de melhoria, é importante fortalecer a comunicação efetiva entre os membros da equipe, pois, embora não tenha sido um domínio preditor na análise geral, exerce forte influência sobre os demais preditores. A comunicação é crucial na continuidade à atenção do paciente, principalmente nos processos relacionados à transferência adequada de informação, para evitar omissões (VALLES et al., 2016).

O sexo também foi um fator preditor da omissão dos cuidados na análise geral. Destaca-se que no hospital estudado foi verificada a maior quantidade de profissionais do sexo feminino compondo a força de trabalho de enfermagem.

## **6.6 Limitações do estudo**

Destacou-se como limitação deste estudo a coleta de dados realizada em uma única instituição hospitalar. Entretanto, é importante ressaltar que se trata de um dos poucos estudos que apresenta o diagnóstico situacional da omissão dos cuidados de enfermagem relacionado ao ambiente de prática de enfermagem na realidade brasileira utilizando a PES - versão brasileira.

Assim, sugere-se a realização de novos estudos que busquem analisar e comparar a omissão dos cuidados relacionados ao ambiente de trabalho em outras instituições tanto públicas quanto privadas para investigar fatores determinantes dessa prática.

## 7 CONCLUSÃO

Os preditores do ambiente da prática profissional para a omissão de cuidados foi "Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado". Além disso, variáveis como unidade/setor, sexo e período de trabalho também foram consideradas preditoras da omissão dos cuidados.

Os profissionais da enfermagem apresentaram uma configuração de formação muito particular, em que predominou o alto nível educacional, com enfermeiros pós-graduados e técnicos de enfermagem graduados ou pós-graduados em enfermagem ou em outras áreas. Ainda, no que se refere à percepção quanto à equipe, de forma geral, os profissionais demonstraram estar satisfeitos com o seu trabalho.

Os técnicos de enfermagem perceberam um ambiente mais favorável para o domínio "Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares"

“Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado” compreenderam as características mais favoráveis no hospital universitário, na percepção dos profissionais.

"Relações colegiais entre enfermeiros e médicos" também foi considerada uma dimensão favorável, de forma geral. Porém, ao tratar de elementos referentes à "Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores" os profissionais concordam quanto a um menor nível de “Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito” e “Os gerentes/coordenadores/ supervisores, da unidade, utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não como críticas”, sendo áreas que podem ser melhoradas na organização. No domínio “Adequação da equipe e de recursos” o ambiente foi considerado menos favorável, especialmente no julgamento dos técnicos de enfermagem quanto à adequação do número de profissionais.

No geral, o ambiente das unidades pesquisadas foi classificado como misto ao desenvolvimento das atividades profissionais da enfermagem.

A partir dos elementos de cuidados de enfermagem avaliados por meio do *Misscare-Brasil*, foi possível verificar que enfermeiros e técnicos de enfermagem, de maneira geral, omitem mais cuidados de prioridade intermediária e prioridade baixa. Destaca-se que o cuidado de enfermagem mais omitido foi “Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito” (intermediária), seguido de “Sentar o paciente fora do leito” (baixa), “Participação em discussões da equipe multidisciplinar sobre a assistência ao paciente” (intermediária),

“Atendimento à chamada do paciente dentro de cinco minutos” (baixa) e “Mudança de decúbito do paciente a cada duas horas” (intermediária). Dentre os cuidados de prioridade mais alta “Aspiração de vias aéreas” apresentou maior percentual de omissão.

A análise bivariada demonstrou que, ao serem relacionadas individualmente, as variáveis demográficas e ocupacionais, bem como as razões de omissão atribuídas por enfermeiros e técnicos de enfermagem, que não houve influência significativa na prevalência geral de omissão dos cuidados, excetuando-se o setor/unidade. Unidades de internação foram mais favoráveis a esse fenômeno.

O ambiente da prática profissional proporcionado pelo hospital universitário em que os enfermeiros e técnicos de enfermagem atuam apresentou correlações significativas, de forma inversa, variando de fracas a moderadas, tanto com o nível de omissão de cuidados geral quanto com todos os domínios avaliados por meio da PES-NWI. “Adequação da equipe e de recursos”, “Fundamentos voltados para a qualidade do cuidado” e “Relações colegiais entre enfermeiros e médicos” foram relacionados a todos os níveis de prioridade do cuidado, de modo que quanto mais favoráveis, menor é a omissão de cuidados.

Os resultados deste estudo evidenciaram a importância do fortalecimento dos elementos que compõem o ambiente da prática profissional da enfermagem, no sentido de criar condições favoráveis ao desempenho dos enfermeiros e técnicos de enfermagem do hospital universitário, com vistas à melhoria da qualidade do cuidado e redução da omissão de cuidados de enfermagem. Esses resultados podem, então, embasar programas de garantia de qualidade, sensibilização quanto à importância de inclusão de todos os profissionais de enfermagem nas discussões interdisciplinares e decisões que interferem na dinâmica do trabalho, busca de adequação de recursos, e soluções para a garantia da segurança do paciente e desenvolvimento da comunicação e trabalho em equipe.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, R. M. D.; GONÇALVES, R. M. D. A.; SIMÕES, A. L. A. Motivos atribuídos por profissionais de uma unidade de terapia intensiva para ausência ao trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 3, p. 386-93, 2014.
- AIKEN, L. H. Nursing priorities for the 1980's: hospitals and nursing homes. **Am J Nurs**, v.81, n. 2, p. 324 -330,1981.
- AIKEN, L. H. et al. Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings and quality of care. **BMJ Qual. Saf.**, v. 26, n. 7, 559–68, 2017.
- ANDRADE, S. R. de et al . Fundamentos normativos para a prática do cuidado realizado pela enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enferm**, v. 69, n. 6, p. 1082-1090, 2016.
- AKOGLU, H. User's guide to correlation coefficients. **Turk. J. Emerg. Med.**, v. 18, n. 2, p. 91-93, 2018.
- ALBSOUL, R. et al. Factors influencing missed nursing care in public hospitals in Australia: An exploratory mixed methods study International. **Int. J. Health Plann. Manag.**, v. 34, n. 4, 2019.
- ALVES; GUIRARDELLO. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 2, e58817, 2016.
- ALVES; GUIRARDELLO; SILVA. Ambientes de cuidados pediátrico favoráveis à prática de enfermagem têm impacto positivo nos resultados do trabalho e no clima de segurança. Sínteses: **Revista Eletrônica do SimTec**, v.1, n.6. p. 128 - 128, 2016.
- AOZANE, F. et al. Percepções de enfermeiros de um hospital privado sobre eventos adversos na assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE online**, v. 10, n. 2, p. 379-86, 2016.
- AZEVEDO, F. M. A.; RODRIGUES, M. C. S.; CIMIOTTI, J. P. Ambiente da prática de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm.**, v. 31, n. 2, p. 217-23, 2018.
- BALL, J. E. et al. 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. **BMJ Qual. Saf.**, v. 23, n. 2, p. 116-25, 2014.
- BALL, J. E. et al. A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. **J. Adv. Nurs.**, v. 72, n. 9, p. 2086-97, 2016.
- BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O. O ambiente de trabalho em unidades de terapia intensiva privadas e públicas. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 6, p. 561-8, 2013.
- BANG, Y. E.; PARK, B. The effects of nursing work environment and job stress on health problems of hospital nurses. **Korean J. Occup. Health Nurs.**, v.25, n.3, p. 227-37, 2016.

BLACKMAN, I. et al. Modeling Missed Care: Implications for evidence - Based Practice. **World. Evid. Based Nurs.**, v. 15, n. 3, p. 178-88, 2018.

BOGO, P. C. et al. O enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 49, n. 4, p. 0632-39, 2015.

BRAGADÓTTIR, H; KALISCH, B. J. Comparison of reports of missed nursing care: registered nurses vs. practical nurses in hospitals. **Scand. J. Caring. Sci.**, v. 32, n. 3, p. 1224-36, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.071, DE 04 DE JULHO DE 2005. Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde submeta à Consulta Pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. **Diário Oficial da União**. Brasília, jul., 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez 2012.

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 557/2017, de 23 de agosto de 2017. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 ago 2017.

BRASIL, EBSEH. **HU-UFPI implanta Enfermagem Primária**. Disponível em: [http://www2.ebserh.gov.br/web/huufpi/noticias//asset\\_publisher/JYdUOrTtibKI/content/id/3130244/2018-05-hu-ufpi-implanta-enfermagem-primaria](http://www2.ebserh.gov.br/web/huufpi/noticias//asset_publisher/JYdUOrTtibKI/content/id/3130244/2018-05-hu-ufpi-implanta-enfermagem-primaria).

BRASIL, EBSEH. **Diagnóstico Situacional da Segurança do Paciente**. Hospital Universitário Gaffrée e Guinle HUGG – 2018. 2019.

BRUYNEEL, L. et al. Organization of hospital nursing, provision of nursing care, and patient experiences with care in europe. **Med. Care Res.**, v. 72, n. 6, p. 643-64, 2015.

CALDINI, et al. Intervenções e resultados de enfermagem para risco de lesão por pressão em pacientes críticos. **Rev. Rene.**, v. 18, n. 5, p. 598-605, 2017.

CAMELO, S. H. H. et al. Nurse managers at a teaching hospital: training, responsibilities and challenges. **Rev. enferm. UERJ**, v. 24, n. 3, p. e11637, 2016.

CECERE, D. B. B. et al. Compromisso ético no trabalho da enfermagem no cenário da internação hospitalar. **Enfermagem em foco**, v.1, n.2, 2010.

CHO, E. et al. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. **Int. Nurs. Rev.**, v. 62, n. 2, p. 267-74, 2015a.

CHO, E. et al. Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: an observational study. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 52, p. 535 -542, 2015b.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; DE OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 734-41, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Cofen nº 557, de 23 de agosto de 2017. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 ago, 2017.

DEGHAN-NAYERI, N. et al. Perspectives of Oncology Unit Nurse Managers on Missed Nursing Care: a qualitative study. **Asia Pac. J. Oncol. Nurs.**, v. 5, n. 3, p. 327-36, 2019.

DORIGAN, G. H.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente da prática, satisfação e clima de segurança: percepção dos enfermeiros. **Acta Paul. Enferm.**, v. 30, n. 2, p. 129-35, 2017.

DUARTE, S. C. M, STIPP, M. A. C, SILVA, M. M, OLIVEIRA, F. T. Eventos adversos e segurança na assistência de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 1, p.144-154, 2015.

DUTRA, C. K. R; SALLES, B. G; GUIRARDELLO, E. B. Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 53, p. 1-7, 2019.

ENNS, C. L.; SAWATZKY, J. A. V. Emergency nurses perspectives: factores affectings caring. **J. Emerg. Nurs.**, v. 42, n. 3, p. 240-5, 2016.

FERNANDES, M. C. et al. Facilidades e dificuldades das enfermeiras gerentes na implementação da gerência do cuidado no ambiente hospitalar. **R. de Pesq.: cuidado é fundamental Online**, v. 8, n. 4, p. 5039-44, 2016.

FERRAZ, L. F.; CAMPOS, A. C. F. O papel do nutricionista na equipe multidisciplinar em terapia nutricional. **Rev. Bras. Nutr. Clin.**, v. 27, n. 2, p. 119-23, 2012.

FONTELLES, M. J. **Bioestatística aplicada à pesquisa experimental**. 1. ed. Belém, Pará: Edição do autor, 2010.

FONTENELE, J. A. A.; FREIRE, M. T. J.; CARNEIRO, M. S. M. Avaliação da gestão hospitalar: contribuições do processo de acreditação na na visão de gestores. **ReTEP**, v. 10, n. 4, p. 21-26, 2018.

GABRIEL, C. S. et al. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 19, n. 5, p. 1247-54, 2011.

GALHARDI, N. M; ESCOBAR, E. M. A. Indicadores de qualidade de enfermagem. **Rev. cienc. méd.**, v. 24, n. 2, p. 75-83, 2015.

GASPARINO, R. C et al . Validação da Practice Environment Scale entre técnicos e auxiliares de enfermagem. **Acta paul. enferm**, v. 33, eAPE20190243, 2020 .

GASPARINO, R. C.; GUIRARDELLO, E. B.; AIKEN, L. H. Validation of the Practice Environment Scale to the Brazilian culture. **J. Nurs. Manag.**, v. 25, n. 5, p. 375-83, 2017.

HARVEY, C. et al. Missed nursing care as an 'art form': The contradictions of nurses as carers. **Nurs. Inq.**, v. 24, n. 3, 2017.

HERNÁNDEZ-VALLES, J. H, MORENO-MONSIVÁIS, M. G, INTERIAL-GUZMÁN, M. G, VÁZQUEZ-ARREOLA L. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24:e2817, 2016.

HERNANDEZ-CRUZ, R. et al. Fatores que influenciam o cuidado de enfermagem omitido em pacientes de um hospital particular. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 25, e2877, 2017.

HESSELS, A. J. et al. The impact of nursing practice environment on missed nursing care. **Clin. Nurs. Stud.**, v. 3, n. 4, p. 60-5, 2015.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ (HU-UFPI). **Institucional**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufpi>>. Acesso em: 20 set. 2020.

JANGLAND, E. et al. Inadequate environment, resources and values lead to missed nursing care: A focused ethnographic study on the surgical ward using the Fundamentals of Care framework. **J. Clin. Nurs.**, v. 27, n. 11-2, 2018.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS JCAHO. Joint Commission International (JCI). **Padrões de creditações da Joint Commission International para hospitais**. 4. ed. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação; 2011.

KALISCH, B. J. Missed nursing care: a qualitative study. **J. Nurs. Care Qual.**, v.21, n. 4, p. 306-13, 2006.

KALISCH, B. J; LANDSTROM, G. J; HINSHAW, A. S. Missed nursing care: a concept analysis. **J. Adv. Nurs.**, v.65, n. 7, p. 1509-17, 2009.

KALISCH, B. J; XIE, J. Errors of omission: Missed nursing care. **West. J. Nurs. Res.**, v. 36, n. 7, p. 875-90, 2014.

KIM, K. J; YOO, M. S; SEO, E. J. Exploring the influence of nursing work environmet and patient safety culture on missed nursing care in korea. **Asian Nurs. Res.**, v.12, p. 121-6, 2018.

LAKE, E.T. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. **Res Nurs Health**, v.25, n.3, p.176-88, 2002.

LAVICH, C. R. P. et al . Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 1, e62261, 2017.

LEMOS M. A. et al. (Re)pensando a educação permanente com base em novas metodologias de intervenção em saúde. **Rev. cuba. enferm.**, v. 33, n. 3, 2017.

LIMA, J. C.; SILVA, A. E. B. C.; CALIRI, M. H. L. Omission of nursing care in hospitalization units. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 28, 2020.

- LIU, Y; AUNGSUROCH, Y. Factors influencing nurse - assessed quality care: a cross-sectional study in hospitals. **J. adv. Nurs.**, v. 74, p. 935-45, 2017.
- MARCELINO, C. F et al. Validação do Nursing Work Index-Revised entre auxiliares e técnicos de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 27, n. 4, p. 305-10, 2014.
- MARCELINO, C. F.; ALVES, D. F. S.; GUIRARDELLO, E. B. Autonomia e controle do ambiente de trabalho por profissionais de enfermagem reduzem índices de exaustão emocional. **Rev. Min. Enferm.**, v. 22: e1101, 2018.
- MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- MCCLURE, M. L, POULIN, M. A, SOVIE, M. D, WANDELT, M. A. Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses (the original study). In: McClure ML, Hinshaw AS, editors. Magnet hospitals revisited: attraction and retention of professional nurses. **Washington: American Nurses Publishing**, p. 1–24, 2002.
- MERINO, M. F. G. L. et al. Teorias de enfermagem na formação da prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem. **Rev. Rene.**, v. 19: e3363, 2018.
- MORENO-MONSIVÁIS, M. G.; MORENO-RODRÍGUEZ, C.; INTERIAL-GUZMÁN, M. G. Missed nursing care in hospitalized patients. **Aquichan**, v. 15, n. 3, p. 318-28, 2015.
- NUMMINEN, O. et al. Practice environment and its association with professional competence and work-related factors: perception of newly graduated nurses. **J. Nurs. Manag.**, v. 24, p. 01-11, 2016.
- PALESE, A. et al. Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. **Intern. Emerg. Med.**, v. 10, n. 6, p. 693-702, 2015.
- PARK, S. H.; HANCHETT, M.; CHENJUAN, M. A. Practice environment characteristics associated with missed nursing care. **J. Nurs. Scholarsh.**, v. 50, n. 6, p. 722-30, 2018.
- QUITES, H. F. O. et al. Necessidade de remanejamento entre setores: percepção dos técnicos de enfermagem em um hospital. **RECOM**, v. 7, e1799, 2017.
- SANTOS, T. L. et al. Carga de trabalho de enfermagem em terapia intensiva mediante a aplicação do Nursing Activities Score. **Revista ACRED**. v. 5, n. 9, 2015.
- SANTOS, J. L. G. et al. Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. **Rev. Rene.**, v. 18, n. 2, p. 195-203, 2017.
- SANTOS, J. L. G. et al. Ambiente de trabalho do enfermeiro em unidades de clínica médico cirúrgica. **Rev. Enferm. UFSM**, v.8, n.1, p.72-87, 2018.
- SAPATINI, T. F. et al. Avaliação de um programa admissional para a equipe de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 3, e20160065, 2016.

SASSO, L. et al. Push and pull factors of nurses' intention to leave. **J. Nurs. Manag.**, v. 27, n.5, p. 946-54, 2019.

SILVA, T. N. et al. Vivência deontológica da enfermagem: desvelando o código de ética profissional. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 1, p. 3-10, 2018.

SILVA, R. P. L. et al. Omission of nursing care, professional practice environment and workload in intensive care units. **J. Nurs. Manag.**, v.00 p. 1–11, 2020.

SILVA, A. T. et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde debate**, v. 40, n. 111, p. 292-301, 2016.

SILVA, A. K.; COSTA, D. C.; REIS, A. M. Fatores de risco associados às quedas intra-hospitalares notificadas ao núcleo de segurança do paciente de um hospital de ensino. **Einstein**, v. 17, n. 1, p. 1-7, 2019.

SILVA; OLIVEIRA; SANTOS et al. Dimensionamento de pessoal e sua interferência na qualidade do cuidado. **Rev enferm UFPE online**, v. 13, n. 1, p. 491 - 498, 2019.

SIQUEIRA, L. D. C. et al.; Adaptação cultural e análise da consistência interna do instrumento MISSCARE para uso no Brasil. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 21, n. 2, p. 01-8, 2013.

SIQUEIRA, L. D. C. et al. Validação do MISSCARE - BRASIL instrumento para avaliar a omissão de cuidados em enfermagem. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 25, e2975, 2017.

SMITH, J. G. et al. Association of the nurse work environment, collective efficacy, and missed care. **Western J. Nurs. Res.**, v. 40, n. 6, p. 779-98, 2018.

SODRÉ, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. **Serv. Soc. Soc.**, n. 114, p. 365-380, 2013.

STADLER, G. P. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Implementação de protocolo de banho no leito para pacientes adultos críticos. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 7, p.109-14, 2019.

STREINER, D. L, NORMAN, G. R, CAIRNEY, J. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. 5th ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2015.

SWINGER, P. A et al. Relationships between army nursing practice environments and patient outcomes. **Res. Nurs. Health.**, v. 41, p. 131-44, 2018.

TEIXEIRA, N. L.; SILVA, M. M.; DRAGANOV, P. B. Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos dentro da equipe de enfermagem. **Rev. Adm. Saúde**, v. 18, n. 73, 2018.

TURKSON, A. J.; OTCHEY, J. E. Hierarchical multiple regression modelling on predictors of behavior and sexual practices at Takoradi Polytechnic, Ghana. **Glob. J. Health. Sci.**, v. 7, n. 4, p. 200-10, 2015.

VASCOCELOS, R. O. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 a 2017. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20170098, 2017.

WINSETT, R. P. et al. Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks - evaluating our work environment. **Appl. Nurs. Res.**, v. 32, p. 128-33, 2016.

YANARICO, D. M. I. et al . Classificação e avaliação do ambiente de prática profissional de enfermeiros em hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, e3376, 2020.

**APÊNDICE**



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



## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do projeto:** Preditores ambientais para a omissão dos cuidados de enfermagem .

**Pesquisador responsável:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Lídy Tolstenko Nogueira

**Pesquisadora participante:** Hilda Dandara Carvalho Santos Leite

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem

**Local da coleta de dados:** Hospital Universitário de Teresina

**Telefone para contato:** (86) 98290743 e (86) 99877212

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa de forma voluntária, sua participação implica responder dois instrumentos: PRACTICE ENVIRONMENT SCALE e MISSCARE - BRASIL. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante e você poderá manter uma cópia do mesmo, caso assim deseje, e outra cópia ficará com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

**Justificativa do Estudo:** A motivação em estudar a temática surgiu a partir do interesse de compreender o funcionamento do ambiente de trabalho das práticas de enfermagem do Hospital Universitário e verificar se o ambiente de trabalho é um fator contribuinte para a omissão dos cuidados de enfermagem. Além disso, há carência de estudos brasileiros na literatura que relacionem ambiente do trabalho de práticas de enfermagem à omissão de cuidados. Os resultados do estudo contribuirão para a identificação de aspectos que interferem na qualidade do cuidado oferecido ao paciente para posteriores intervenções administrativas.

**Objetivos do estudo:** Geral: avaliar o ambiente de trabalho da prática de enfermagem sobre a omissão de cuidados de enfermagem; Específicos: caracterizar os participantes quanto aos aspectos sociodemográficos, educacionais e laborais, assim como elementos do ambiente de trabalho da prática de enfermagem; Descrever a omissão dos cuidados de enfermagem; Associar as características dos profissionais e do ambiente de trabalho da prática de enfermagem à omissão de cuidados; Predizer como o ambiente de trabalho da prática de enfermagem explica a omissão de cuidados.

**Procedimentos:** Os instrumentos serão entregues pelo pesquisador ao senhor (a) e será dada a orientação para marcar somente uma alternativa para cada item avaliado. Os instrumentos serão preenchidos pelo senhor (a) fora do local/horário de trabalho e a devolução será feita dentro do envelope lacrado ao pesquisador no prazo de dez dias. O pesquisador passará todos os cinco dias úteis nos postos, UTI, centros cirúrgicos, sala de admissão para recolher os envelopes.

**Benefícios:** A análise ampla do funcionamento do ambiente das práticas de enfermagem e sua relação com a omissão dos cuidados de enfermagem tem a finalidade de fornecer subsídios para intervenções administrativas e de melhorar a assistência de enfermagem aos usuários do hospital, prezando pela segurança do paciente.

**Riscos:** 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 desconforto associados aos questionamentos relacionados ao processo de trabalho dos participantes durante o preenchimento dos instrumentos de pesquisa. Para minimizar os desconfortos, a pesquisadora responsável e pesquisadora assistente estarão à disposição para sanar qualquer dúvida em relação ao estudo. Além da liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer etapa da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízos.

**Sigilo:** As informações fornecidas pelos participantes terão o sigilo e a privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os (as) participantes da pesquisa não serão identificados em nenhuma das fases da pesquisa, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e 510/2016 que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos.

Você não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso aja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação, ela é voluntária. No entanto, há garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina –PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail cep.ufpi@ufpi.br. Horário de Atendimento ao Público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e a tarde: 14h00 às 18h00. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável: Lídy Tolstenko Nogueira. Telefone para contato: (86) 99877212 E-mail: lidyatn@gmail.com.

Ciente e de acordo com o que fui anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, aceito participar desta pesquisa, assino este consentimento em duas vias, rubrico as outras páginas e fico com a posse de uma delas.

Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador associado e pelo pesquisador responsável legal.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
CPF do participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável

**ANEXOS**



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



## ANEXO A - ROTEIRO DA ENTREVISTA MISSCARE-BRASIL

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

“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.

5. Sexo: Feminino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_

6. Idade (em anos completos): \_\_\_\_\_

7. Cargo/Função no trabalho:

- 1) \_\_\_\_\_ Escriturário/Secretário/Auxiliar administrativo da unidade/setor
- 2) \_\_\_\_\_ Auxiliar de enfermagem
- 3) \_\_\_\_\_ Técnico em enfermagem
- 4) \_\_\_\_\_ Enfermeiro
- 5) \_\_\_\_\_ Enfermeiro com função administrativa (chefe de unidade/setor, coordenador, gerente)
- 6) \_\_\_\_\_ Outro (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

8. Número de horas geralmente trabalhadas por semana na unidade/setor \_\_\_\_\_

9. Período de trabalho (marque a alternativa que melhor descreve seu período de trabalho)

- 1) \_\_\_\_\_ Diurno (manhã e/ou tarde)
- 2) \_\_\_\_\_ Vespertino
- 3) \_\_\_\_\_ Noturno
- 4) \_\_\_\_\_ Rodízio entre diurno, vespertino e noturno

10. Tempo de experiência em seu cargo/função: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

11. Tempo de Experiência na unidade/setor de internação de paciente onde você trabalha atualmente: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

“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.

12. Em qual turno você trabalha com maior frequência?

- 1) \_\_\_\_\_ 6 horas
- 2) \_\_\_\_\_ 8 horas
- 3) \_\_\_\_\_ 12 horas
- 4) \_\_\_\_\_ Rodízio entre 6, 8 ou 12 horas
- 5) \_\_\_\_\_ Outro [Por favor, especifique

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

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

15. Você planeja deixar seu cargo/função atual?

- 1) \_\_\_\_\_ nos próximos 6 meses
- 2) \_\_\_\_\_ no próximo ano
- 3) \_\_\_\_\_ não tem planos para deixar o cargo/função atual este ano

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

- 1) \_\_\_\_\_ 100% do tempo
- 2) \_\_\_\_\_ 75% do tempo
- 3) \_\_\_\_\_ 50% do tempo
- 4) \_\_\_\_\_ 25% do tempo
- 5) \_\_\_\_\_ 0% do tempo

“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.

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.**

“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.

	Nunca é realizado	Raramente é realizado	Ocasionalmente não é realizado	Realizado frequentemente	É sempre realizado
1) Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito					
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas					
3) Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário					
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos					
5) Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito					
6) Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito					
7) Controle do balanço hídrico – entradas e saídas					
8) Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários					
9) Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados					
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família					
11) Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele					
12) Higiene bucal					
13) Higienização das suas mãos					
14) Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar					
15) Monitorar a glicemia capilar (glicosimetria/dextro) conforme prescrito					
16) Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado					
17) Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente					

“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.

	Nunca é realizado	Raramente é realizado	Ocasionalmente não é realizado	Realizado frequentemente	É sempre realizado
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					

### **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.*

“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.

	<b>RAZÃO Significante</b>	<b>RAZÃO Moderada</b>	<b>RAZÃO Pouco Significante</b>	<b>Não é uma RAZÃO</b>
<b>1) Número inadequado de pessoal</b>				
<b>2) Situações de urgência dos pacientes (Ex. a piora da condição de um paciente)</b>				
<b>3) Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade</b>				
<b>4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)</b>				
<b>5) A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada</b>				
<b>6) Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessários</b>				
<b>7) A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada</b>				
<b>8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que era necessário (Ex. fisioterapeuta não auxiliou na deambulação do paciente)</b>				
<b>9) Materiais/Equipamentos não estavam disponíveis quando necessário</b>				
<b>10) Materiais/Equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário</b>				
<b>11) Os membros da equipe não se ajudam entre si</b>				
<b>12) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio</b>				
<b>13) Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM</b>				
<b>14) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA</b>				
<b>15) O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada</b>				

“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.

	<b>RAZÃO Significante</b>	<b>RAZÃO Moderada</b>	<b>RAZÃO Pouco Significante</b>	<b>Não é uma RAZÃO</b>
<b>16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível</b>				
<b>17) Grande quantidade de admissões e altas</b>				
<b>18) O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição</b>				
<b>19) Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional</b>				
<b>20) O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego</b>				
<b>21) Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe</b>				
<b>22) Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional)</b>				
<b>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</b>				
<b>24) Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados</b>				
<b>25) O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)</b>				
<b>26) Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou falta de valorização do profissional)</b>				
<b>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)</b>				
<b>28) O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência</b>				

“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.

**Obrigada por participar!**

“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.



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



**ANEXO B - ROTEIRO DA ENTREVISTA DA *PRACTICE ENVIRONMENT SCALE* -  
Versão Brasileira**

Por favor, indique para cada item nesta seção, até que ponto você concorda que ele está presente em seu trabalho atual. Indique o quanto você concorda, fazendo um círculo em volta do número apropriado.

		Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
<b>1</b>	Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes.	1	2	3	4
<b>2</b>	Equipe médica e de enfermagem possuem boas relações de trabalho.	1	2	3	4
<b>3</b>	Uma equipe de gerente/coordenador/supervisor, da unidade, que dá suporte à enfermagem.	1	2	3	4
<b>4</b>	Desenvolvimento ativo da equipe ou programas de educação continuada para a enfermagem.	1	2	3	4
<b>5</b>	Oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional.	1	2	3	4
<b>6</b>	Os gerentes/coordenadores/supervisores, da unidade, utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não como críticas.	1	2	3	4
<b>7</b>	Tempo e oportunidade suficientes para discutir com outros enfermeiros os problemas relacionados aos cuidados do paciente.	1	2	3	4
<b>8</b>	Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade.	1	2	3	4
<b>9</b>	O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder.	1	2	3	4
<b>10</b>	Equipe de enfermagem suficiente para realizar o trabalho.	1	2	3	4

<b>11</b>	Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito.	1	2	3	4
<b>12</b>	A enfermagem e os médicos trabalham bem em equipe.	1	2	3	4
<b>13</b>	Oportunidades de aperfeiçoamento.	1	2	3	4
<b>14</b>	Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente.	1	2	3	4
<b>15</b>	Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes.	1	2	3	4
<b>16</b>	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico.	1	2	3	4
<b>17</b>	A administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores.	1	2	3	4
<b>18</b>	Programa ativo de garantia da qualidade.	1	2	3	4
<b>19</b>	Os enfermeiros são envolvidos na direção interna do hospital (como por exemplo, nos comitês de normas e de práticas clínicas).	1	2	3	4
<b>20</b>	Colaboração (prática conjunta) entre as equipes médica e de enfermagem.	1	2	3	4
<b>21</b>	Programa de acompanhamento/tutoria dos profissionais de enfermagem recém-contratados.	1	2	3	4
<b>22</b>	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, consulta a equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia.	1	2	3	4
<b>23</b>	Planos de cuidado de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes.	1	2	3	4
<b>24</b>	A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (isto é: um mesmo profissional de enfermagem cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos).	1	2	3	4



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



## ANEXO C - AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO *Misscare-Brasil*

08/07/2019

Email – Hilda Dandara – Outlook

**Re: Solicitação de autorização**

Lillian Castilho &lt;ldcsiqueira@gmail.com&gt;

Sex, 05/07/2019 15:55

**Para:** Hilda Dandara <hilldadandara@hotmail.com>; Maria Caliri <mariacaliri@yahoo.com.br>

2 anexos (554 KB)

Orienta+ões uso MISSCARE-BRASIL (1).pdf; INSTRUMENTO MISSCARE-BRASIL.pdf;

Boa tarde Hilda!

Muito obrigada pelo seu interesse no MISSCARE-BRASIL! Você está autorizada a utilizá-lo em sua pesquisa. Seguem em anexo as orientações e instrumento.

Atenciosamente,

Lillian

Em sex, 5 de jul de 2019 às 08:50, Hilda Dandara <[hilldadandara@hotmail.com](mailto:hilldadandara@hotmail.com)> escreveu:

Bom dia!

Dra Lillian Siqueira;

Me chamo Hilda Dandara, sou brasileira, mestranda em enfermagem - PPGENF, pela Universidade Federal do Piauí. O meu objeto de estudo é sobre os preditores ambientais para a omissão dos cuidados de enfermagem em um Hospital Universitário, e após algumas buscas, li seu trabalho intitulado: "Validação do MISSCARE - BRASIL - instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem" e gostei muito da ideia que a sua escala fornece, gostaria de poder utilizá-la. Portanto, venho por meio deste email, pedir a sua autorização para que eu possa utilizar a escala no meu estudo. Aguardo o seu retorno.

Atenciosamente,

Hilda Dandara Carvalho Santos Leite

Enfermeira- Fucid/ Wyden

Mestranda em Enfermagem- PPGENF UFPI

Contato: (86) 998290743

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1632508534810831>

---

**Lillian Dias Castilho Siqueira**  
Enfermeira HU-UFPI  
Doutora em Ciências (EERP/USP)



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



**ANEXO D - AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA *Practice Environment Scale*  
- Versão Brasileira**

08/07/2019

Email – Hilda Dandara – Outlook

**Re: Solicitação de autorização**

Renata Gasparino &lt;grenata@unicamp.br&gt;

Qui, 04/07/2019 08:48

**Para:** Hilda Dandara <hildadandara@hotmail.com>

Bom dia,

Você tem minha autorização para o uso da versão brasileira da PES. Com relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, a escala é a mesma. Está validada também, porém a pesquisa desta etapa, encontra-se em processo de publicação. .

Atenciosamente,  
Atenciosamente,



**Renata Cristina Gasparino**  
Professor Doutor  
+55 (19) 3521-9089 - [www.fenf.unicamp.br](http://www.fenf.unicamp.br)  
**Faculdade de Enfermagem**  
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - 13083-887  
Cidade Universitária - Campinas/SP

Em qui, 4 de jul de 2019 às 10:21, Hilda Dandara  
<[hildadandara@hotmail.com](mailto:hildadandara@hotmail.com)> escreveu:

Bom dia!

Professora,

Obrigada! Pela sugestão, contribuiu bastante. Aproveito a oportunidade para tirar uma dúvida com a senhora: Já tem disponível uma versão para técnicos de enfermagem da Practice Environment Scale (PES)?

Gostaria de pedir a autorização para utilizar a escala Practice Environment Scale (PES), que foi validada pela senhora, no meu estudo.

Abraço!

Atenciosamente,  
Hilda Dandara Carvalho Santos Leite  
Enfermeira- Fucid/ Wyden  
Mestranda em Enfermagem- PGGENF UFPI  
Contato: (86) 998290743  
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1632E08534810831>

**De:** Renata Gasparino <grenata@unicamp.br>  
**Enviado:** quarta-feira, 3 de julho de 2019 10:00  
**Para:** Hilda Dandara  
**Assunto:** Re: Solicitação de autorização

Hilda, bom dia.



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



**ANEXO E - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PREDITORES AMBIENTAIS PARA A OMISSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**Pesquisador:** Lidya Tolstenko Nogueira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 18967719.2.0000.5214

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Piauí - UFPI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.563.800

**Apresentação do Projeto:**

O protocolo de pesquisa envolve coparticipante, no caso em específico é o Hospital Universitário da UFPI. Segundo a pesquisadora responsável o ambiente de trabalho pode influenciar negativamente à assistência prestada ao paciente. Os profissionais que encontram-se afetados pelo ambiente laboral, em especial, os enfermeiros, podem não prestar os cuidados de enfermagem de forma adequada às necessidades do paciente. Com isso, o objetivo desse estudo é avaliar o ambiente de trabalho da prática de enfermagem sobre a omissão de cuidados de enfermagem. Dessa forma, trata-se de um estudo observacional, analítico e transversal, no qual será desenvolvida nos postos de internação, sala de admissão, centros cirúrgicos e Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário de Teresina – PI. A população será composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem que compõe o corpo clínico institucional. A coleta de dados da pesquisa será feita por meio da utilização de dois instrumentos: PRACTICE ENVIRONMENT SCALE-Versão Brasileira e MISSCARE-BRASIL.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Avaliar o ambiente de trabalho da prática de enfermagem sobre a omissão de cuidados de enfermagem.

**Objetivo Secundário:**

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella,  
**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



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 3 563 800

- Caracterizar os participantes quanto aos aspectos sociodemográficos, educacionais e laborais, assim como os elementos do ambiente de trabalho da prática de enfermagem; Descrever a omissão dos cuidados de enfermagem;
- Associar as características dos profissionais e do ambiente de trabalho da prática de enfermagem à omissão de cuidados;
- Predizer como o ambiente de trabalho da prática de enfermagem explica a omissão de cuidados.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo o TCLE:

**Riscos:** 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 dos instrumentos de pesquisa. Para minimizar os desconfortos, a pesquisadora responsável e pesquisadora assistente estarão à disposição para sanar qualquer dúvida em relação ao estudo. Além da liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer etapa da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízos.

**Benefícios:** A análise ampla do funcionamento do ambiente das práticas de enfermagem e sua relação com a omissão dos cuidados de enfermagem tem a finalidade de fornecer subsídios para intervenções administrativas e de melhorar a assistência de enfermagem aos usuários do hospital, prezando pela segurança do paciente.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante sobre processos de cuidado da enfermagem.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os Termos de apresentação obrigatória estão anexados no protocolo de pesquisa. O TCLE foi revisto quanto a pendência no parecer anterior.

#### **Recomendações:**

Sem recomendação.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido tem parecer de aprovado.

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.  
**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



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 3.563.800

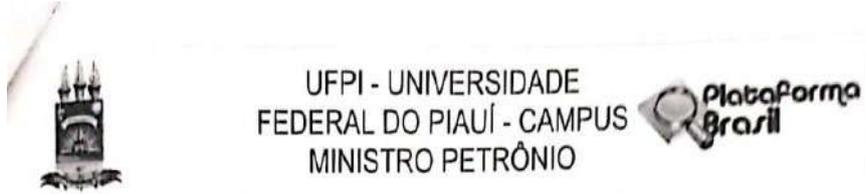
Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: <http://ufpi.br/cep>

**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_1397037.pdf	03/09/2019 21:29:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PRE_PROJETO.pdf	03/09/2019 21:26:40	Hilda Dandara Carvalho Santos Leite	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_A.pdf	03/09/2019 21:26:36	Hilda Dandara Carvalho Santos Leite	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_PESQUISADOR_ASSISTENTE.pdf	13/08/2019 21:03:24	Hilda Dandara Carvalho Santos Leite	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_PESQUISADOR_RESPONSÁVEL.pdf	13/08/2019 21:02:35	Hilda Dandara Carvalho Santos Leite	Aceito
Outros	APENDICE_D.pdf	13/08/2019 21:00:38	Hilda Dandara Carvalho Santos Leite	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/08/2019 14:49:24	Hilda Dandara Carvalho Santos Leite	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/07/2019 13:13:06	Hilda Dandara Carvalho Santos Leite	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/07/2019 13:12:54	Hilda Dandara Carvalho Santos Leite	Aceito
Outros	ANEXO_B.pdf	18/07/2019 13:12:38	Hilda Dandara Carvalho Santos Leite	Aceito
Outros	ANEXO_A.pdf	18/07/2019 13:12:08	Hilda Dandara Carvalho Santos Leite	Aceito
Outros	APENDICE_G.pdf	18/07/2019 13:11:28	Hilda Dandara Carvalho Santos Leite	Aceito

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella,  
**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



Continuação do Parecer: 3.563.800

Outros	APENDICE_F.pdf	18/07/2019 13:10:42	Hilda Dandara Carvalho Santos Leite	Aceito
Outros	APENDICE_E.pdf	18/07/2019 13:10:05	Hilda Dandara Carvalho Santos Leite	Aceito
Declaração de Pesquisadores	APENDICE_C.pdf	18/07/2019 13:09:16	Hilda Dandara Carvalho Santos Leite	Aceito
Outros	APENDICE_B.pdf	18/07/2019 13:08:16	Hilda Dandara Carvalho Santos Leite	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Prof. Dr. Raimundo Nonato F. do Nascimento  
Coordenador - CEP/UFPI  
Ato de Reitoria 896/19

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 09 de Setembro de 2019

Assinado por:

Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento  
(Coordenador(a))

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HUMANA  
Campus Universitário Min. Petrônio Portella  
Bairro Ininga  
CEP: 64049-550 - Teresina-PI

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella,  
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