UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LILLIAN DIAS CASTILHO SIQUEIRA

Adaptação cultural e validação inicial do instrumento *MISSCARE* para o Brasil: contribuição para o mapeamento de riscos para a segurança do paciente hospitalizado

Ribeirão Preto
2012

LILLIAN DIAS CASTILHO SIQUEIRA

Adaptação cultural e validação inicial do instrumento *MISSCARE* para o Brasil: contribuição para o mapeamento de riscos para a segurança do paciente hospitalizado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Fundamentação Teórica, Metodológica e Tecnológica do Processo de Cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Prof[a] Dr[a] Maria Helena Larcher Caliri

Ribeirão Preto

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação da Publicação
Seviço de Documentação em Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Siqueira, Lillian Dias Castilho
Adaptação cultural e validação inicial do instrumento *MISSCARE* para o Brasil: contribuição para o mapeamento de riscos para a segurança do paciente hospitalizado. Ribeirão Preto, 2012.
134 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.
Orientadora: Caliri, Maria Helena Larcher.

1.Segurança do paciente 2.Estudos de Validação 3.Cuidados de Enfermagem 4.Úlcera por Pressão

FOLHA DE APROVAÇÃO

SIQUEIRA, L. D. C. **Adaptação cultural e validação inicial do instrumento *MISSCARE* para o Brasil: contribuição para o mapeamento de riscos para a segurança do paciente hospitalizado**. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. (a) Dr (a).:_____ Instituição:_____
Julgamento: _____Assinatura:_____

Prof. (a) Dr (a).:_____ Instituição:_____
Julgamento: _____Assinatura:_____

Prof. (a) Dr (a).:_____ Instituição:_____
Julgamento: _____Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho...

*A **DEUS**, que me permitiu a realização deste tão desejado sonho, iluminou os meus passos e sempre me protegeu em todas as viagens. Toda honra e glória ao seu nome.*

*Aos meus amados pais, **Osmar Dias Castilho e Rosângela Donadai Castilho,** que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, que se doaram e renunciaram aos seus sonhos para que, muitas vezes, pudessem realizar os meus. Minha eterna gratidão pela vida e amor incondicional. Nessa minha grande conquista a vitória também é de vocês. Amo muito vocês.*

*Ao meu marido, **Pedro Cubas Siqueira Junior,** pelo seu amor, carinho, paciência e compreensão. Obrigada por estar sempre ao meu lado. Amo você.*

***Às minhas irmãs Éllen Carolina Dias Castilho e Flávia Dias Castilho,** amigas, cúmplices e companheiras, que sempre me apoiaram nos momentos que mais precisei. Obrigada pelo carinho, incentivo e amizade. Vocês são muito especiais. Amo vocês.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*À minha orientadora **Profª Drª Maria Helena Larcher Caliri,** obrigada pelos ensinamentos transmitidos desde os tempos da graduação. Obrigada pelo seu carinho, dedicação, apoio constante, por respeitar minhas opiniões, limitações e, sobretudo, por acreditar em mim. Grande exemplo de profissional na qual me espelho para ser cada dia melhor nesta vida acadêmica. A você, todo o meu respeito, carinho e admiração.*

*À **Profª Drª Rosana Aparecida Spadoti Dantas,** pela grande contribuição na realização deste trabalho, pela gentileza e atenção que sempre me foram dispensadas.*

*À **Profª Drª Beatrice Kalisch,** pesquisadora da Universidade de Michigan, EUA, pela permissão da utilização do MISSCARE para a condução dos estudos no Brasil e por sua colaboração preciosa nesta pesquisa.*

*Aos Professores **Sebastião Marcos Ribeiro de Carvalho** e **Miyeko Hayashida** pela atenção e apoio junto aos conhecimentos estatísticos.*

AGRADECIMENTOS

*À **Profª Drª Ana Maria Laus,** por suas contribuições importantes no Exame de Qualificação.*

***Às Diretorias Médica e de Enfermagem** da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas – FMRP/USP, pela disponibilidade das informações e por terem valorizado a realização deste trabalho.*

***Aos profissionais da equipe de enfermagem** da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas – FMRP/USP, que contribuíram para a viabilização deste estudo. Sou grata pela gentileza com que sempre me receberam e facilitaram a coleta de dados.*

*Às minhas colegas de trabalho do Pronto-Atendimento Santa Antonieta da Prefeitura Municipal de Marília, e especialmente à minha gerente **Michele**, meus sinceros agradecimentos por todo apoio e compreensão durante a realização desta pesquisa.*

*Aos **integrantes do Comitê de Juízes**, às **tradutoras** e à **retrotradutora**, pela disponibilidade e contribuição neste trabalho.*

*A **todos** que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste estudo, minha eterna gratidão.*

RESUMO

SIQUEIRA, L. D. C. **Adaptação cultural e validação inicial do instrumento *MISSCARE* para o Brasil: contribuição para o mapeamento de riscos para a segurança do paciente hospitalizado.** 2012. 134 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

O fenômeno da omissão de cuidados de enfermagem é definido como qualquer aspecto do cuidado requerido pelo paciente que é omitido (em parte ou por completo) ou atrasado. Pode ocasionar consequências negativas para a assistência, tendo impacto na qualidade do cuidado e nos custos institucionais. Este estudo de delineamento metodológico teve como objetivos realizar a adaptação cultural do instrumento *MISSCARE* para uso no Brasil e testar parcialmente as suas propriedades psicométricas. O instrumento *MISSCARE* possui 41 itens distribuídos em duas partes. A parte A contém 24 itens referentes aos elementos dos cuidados de enfermagem omitidos com resposta variando de sempre omitido (1) a nunca omitido (5), e a parte B apresenta 17 itens relacionados às razões para a não prestação dos cuidados, com as possibilidades de resposta variando de razão significante (1) a não é uma razão para omissão do cuidado (4). A pesquisa, aprovada pelo comitê de ética, foi realizada em duas fases. A primeira consistiu no processo de adaptação cultural, que verificou a validade de face e de conteúdo, realizada por um comitê de cinco juízes conforme os passos preconizados pela literatura. A segunda visou analisar a consistência interna do instrumento com 60 profissionais da equipe de enfermagem de um hospital público de ensino universitário do interior do Estado de São Paulo. Os resultados demonstraram que a maioria dos participantes era do sexo feminino (75%), com idade média de 40,4 anos. Houve maior frequência de sujeitos com ensino médio (60%) na categoria de técnico em enfermagem (36,7%). Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas, assistência às necessidades higiênicas dentro de cinco minutos da solicitação e participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente foram os três cuidados de enfermagem mais omitidos, enquanto o controle da glicemia capilar, banho/higiene e cuidados com punção venosa foram os elementos menos omitidos. O número inadequado de pessoal foi a razão mais citada pelos profissionais para essa omissão dos cuidados. Os valores do coeficiente alfa de Cronbach para as partes A e B do instrumento foram 0,964 e 0,924, respectivamente e, considerando-se os fatores da parte B, 0,906 para comunicação, 0,797 para recursos materiais e 0,785 para recursos laborais. Conclui-se que a versão adaptada do *MISSCARE* para o português mostrou-se confiável na amostra estudada. Novos estudos devem ser realizados para a avaliação de propriedades psicométricas adicionais antes que o instrumento seja utilizado no Brasil.

Descritores: Segurança do Paciente; Estudos de Validação; Cuidados de Enfermagem; Úlcera por Pressão

ABSTRACT

SIQUEIRA, L. D. C. **Cultural adaptation and initial validation of the *MISSCARE* instrument for its use in Brazil: a contribution for mapping inpatient safety risks.** 2012. 134 p. Dissertation (Masters) –University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2012.

Missed care is a phenomenon defined as neglecting or delaying (partially or as a whole) any aspect of care required by the patient, which can imply negative consequences for the service, and, thus, affect the quality of care and increase institutional costs. The objectives of the present methodological study were to perform the cultural adaptation of the *MISSCARE* instrument for its use in Brazil, and perform a partial assessment of its psychometric properties. The *MISSCARE* instrument comprises 41 items distributed into two parts. Part A contains 24 items referring to the elements of the nursing care that was omitted, with answers ranging between always omitted (1) to never omitted (5), and part B comprises 17 items related to the reasons for not providing the care, with answer choices ranging from significant reason (1) to no reason for omitting care (4). The study, approved by the ethics committee, was performed in two phases. The first consisted of the cultural adaptation process, which was performed by a committee of five judges, in compliance with the steps recommended in literature, and found face and content validity. The second phase consisted of analyzing the internal consistency of the instrument with 60 nursing team workers of a public university hospital located in the interior of São Paulo state. The results showed that most participants were female (75%), with an average age of 40.4 years. Most subjects had a secondary level education (60%) and held a nursing technician degree (36.7%). Changing patient position every two hours, providing hygiene care within five minutes of their request, and participating in interdisciplinary team discussion about the patient care were the three most often omitted nursing care item, whereas capillary blood glucose management, bath/hygiene and venous puncture care were the least omitted. The main reported reason for the missed care was the shortage of personnel. The values found for Cronbach's alpha in parts A and B of the instrument were 0.964 and 0.924, respectively, and considering the factors of part B, 0.906 for communication, 0.797 for material resources and 0.785 for occupational resources. In conclusion, it was found that the adapted version of the *MISSCARE* instrument for the Brazilian Portuguese language was reliable for the studied sample. Further studies should be performed to assess the additional psychometric properties before the instrument can be used in Brazil.

Descriptors: Patient Safety; Validation Studies; Nursing Care; Pressure Ulcer

RESUMEN

SIQUEIRA, L. D. C. **Adaptación cultural y validación inicial del instrumento *MISSCARE* para Brasil: contribución al mapeo de riesgos de seguridad del paciente hospitalizado.** 2012. 134 h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

El fenómeno de la omisión de cuidados de enfermería es definido como cualquier aspecto del cuidado requerido por el paciente que es omitido (total o parcialmente) o diferido. Puede ocasionar consecuencias negativas en la atención, impactando en la calidad del cuidado y en los costos institucionales. Este estudio de delineamiento metodológico objetivó realizar la adaptación cultural del instrumento *MISSCARE* para su utilización en Brasil y testear parcialmente sus propiedades psicométricas. El instrumento *MISSCARE* se compone de 41 ítems divididos en dos partes. La parte A incluye 24 ítems referentes a los elementos del cuidado de enfermería omitidos, con respuesta variando entre “siempre omitido” (1) a “nunca omitido” (5), y la parte B presenta 17 ítems relativos a las razones de la no prestación de cuidados, con las posibilidades de respuesta variando entre “razón significativa” (1) y “no constituye razón para omitir el cuidado” (4). La investigación, aprobada por el comité de ética, se efectuó en dos fases. La primera consistió en el proceso de adaptación cultural, que verificó la validad de forma y de contenido, realizada por un comité de cinco evaluadores, conforme los pasos establecidos por la literatura. La segunda apuntó a analizar la consistencia interna del instrumento con 60 profesionales del equipo de enfermería de un hospital público de enseñanza universitaria del interior del Estado de São Paulo. Los resultados demostraron que la mayoría de los participantes era de sexo femenino (75%), con promedio etario de 40,4 años. Existió frecuencia mayoritaria de sujetos con enseñanza media (60%) en la categoría de técnicos en enfermería (36,7%). Cambiar el decúbito del paciente cada dos horas, atención de las necesidades higiénicas dentro de los cinco minutos posteriores a la solicitud y participación en discusión del equipo interdisciplinario sobre la atención al paciente fueron los tres cuidados de enfermería más omitidos, mientras que el control glucémico en sangre, baño/higiene y cuidados con punción venosa fueron los elementos menos omitidos. El número inadecuado de personal constituyó la razón más citada por los profesionales para justificar la omisión de cuidados. Los valores del coeficiente alfa de Cronbach para las partes A y B del instrumento fueron 0,964 y 0,924 respectivamente y, considerándose los factores de la parte B, 0,906 para comunicación, 0,797 para recursos materiales y 0,785 para recursos laborales. Se concluye en que la versión adaptada del *MISSCARE* para el portugués se mostró confiable en la muestra estudiada. Deben realizarse nuevos estudios para la evaluación de propiedades psicométricas antes de que el instrumento sea utilizado en Brasil.

DESCRIPTORES: Seguridad del Paciente; Estudios de Validación; Atención de Enfermería; Úlcera por Presión.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 Modificações sugeridas pelo comitê de juízes para a segunda versão consensual em português do MISSCARE. Ribeirão Preto – SP, 2011..... 49

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 Modelo “Missed Nursing Care…… 37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o setor de trabalho, o nível educacional, a formação educacional mais elevada, o período e o turno de trabalho. Ribeirão Preto – SP, 2011..... 54

Tabela 2 Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com a idade e o número de horas trabalhadas por semana no setor. Ribeirão Preto – SP, 2011..... 55

Tabela 3 Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o tempo de experiência no cargo/função e no setor de internação. Ribeirão Preto – SP, 2011..... 56

Tabela 4 Distribuição dos participantes considerando o número de horas extras, os dias de faltas ao trabalho, o plano de deixar o cargo/função atual e a percepção da adequação de funcionários no setor. Ribeirão Preto – SP, 2011..... 57

Tabela 5 Valores médios, mínimos e máximos do número de pacientes atendidos e do número de admissões e altas de pacientes realizadas pelos profissionais no turno de trabalho em que os dados foram coletados. Ribeirão Preto - SP, 2011..... 58

Tabela 6 Distribuição dos participantes segundo a satisfação com o cargo/função atual, com a profissão e com o trabalho em equipe na unidade. Ribeirão Preto – SP, 2011..... 59

Tabela 7 Distribuição das frequências de respostas aos itens da parte A do instrumento MISSCARE. Ribeirão Preto-SP, 2011..... 61

Tabela 8 Distribuição das frequências de respostas dos participantes aos itens da parte B do instrumento MISSCARE. Ribeirão Preto-SP, 2011..... 64

Tabela 9 Distribuição das frequências de respostas aos itens da parte A do instrumento MISSCARE, com reposição dos dados. Ribeirão Preto – SP, 2011..... 66

Tabela 10 Distribuição das frequências de respostas aos itens da parte B do instrumento MISSCARE, com reposição dos dados. Ribeirão Preto – SP, 2011..... 68

Tabela 11 Distribuição da frequência de respostas sobre a omissão dos cuidados de enfermagem aos 24 itens do instrumento, de acordo com o agrupamento das opções ocasionalmente, frequentemente e sempre. Ribeirão Preto – SP, 2011..... 69

Tabela 12 Estatística descritiva do MISSCARE, intervalo obtido, mediana, media, DP dos escores de cada um dos 24 itens da parte A do instrumento entre os 57 participantes. Ribeirão Preto – SP, 2011..... 71

Tabela 13 Estatística descritiva do MISSCARE, intervalo obtido, mediana, média, DP dos escores de cada um dos 17 itens da parte B do instrumento entre os 57 participantes. Ribeirão Preto – SP, 2011..... 73

Tabela 14 Valores do coeficiente α de Cronbach para as partes A e B do MISSCARE. Ribeirão Preto – SP, 2011..... 75

LISTA DE SIGLAS

UPP	Úlcera por Pressão
EFA	Análise Fatorial Exploratória
USP	Universidade de São Paulo
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SPSS	*Statistical Package for Social Science*
DP	Desvio Padrão

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 18
2. OBJETIVOS..... 27
3. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO..... 29
3.1 O processo de adaptação cultural de instrumentos de medidas 30
3.2 Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento 33
3.2.1 Validade..... 33
3.2.2 Confiabilidade..... 34
3.3 *MISSCARE*: construção, descrição do instrumento e características psicométricas..... 35

4. MATERIAL E MÉTODO..... 41
4.1 Delineamento do estudo..... 42
4.2 Processo de adaptação cultural do MISSCARE..... 42
4.2.1 Permissão da autora para a adaptação cultural e uso do instrumento..... 42
4.2.2 Tradução para a língua portuguesa..... 42
4.2.3 Avaliação por um Comitê de Juízes..... 43
4.2.4 Retrotradução *(BackTranslation)* 44
4.2.5 Análise Semântica..... 44
4.2.6 Pré-teste 44
4.2.6.1 Local e população do estudo..... 45
4.2.6.2 Coleta dos dados..... 45
4.3 Procedimentos éticos 46
4.4 Análise dos dados..... 46
4.5 Análise das propriedades de medida..... 47
4.5.1 Análise da validade..... 47
4.5.2 Análise da confiabilidade..... 47

5. RESULTADOS..... 48
5.1 Adaptação cultural do MISSCARE..... 49
5.1.1 Equivalência semântica e idiomática, conceitual e cultural pelo Comitê de Juízes..... 49

5.1.2 Avaliação da versão retrotraduzida..... 52
5.1.3 Análise Semântica..... 53
5.1.4 Pré-teste..... 53
5.2 Caracterização demográfica da amostra estudada segundo as informações contidas no MISSCARE..... 53
5.3 Frequências de respostas aos itens do MISSCARE 60
5.3.1 Frequências de respostas aos itens do MISSCARE com a substituição dos valores não respondidos pelas médias dos sujeitos nos respectivos domínios..... 65
5.4 Estatística descritiva do instrumento MISSCARE na amostra estudada após a substituição dos valores não respondidos pelas médias dos sujeitos nos respectivos domínios..... 70
5.5 Análise da confiabilidade do MISSCARE na amostra estudada 74

6. DISCUSSÃO..... 76

7. CONCLUSÃO..... 87

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 89

REFERÊNCIAS..... 91

APENDICES..... 98

ANEXOS..... 127

1. INTRODUÇÃO

Garantir a segurança do paciente e os resultados de qualidade dos cuidados de enfermagem é um desafio significativo para enfermeiros, visto tanto como uma questão individual como institucional (CALIRI, 2002). A importância da criação de uma cultura de segurança nas organizações tem despertado atenção crescente no Brasil e no mundo. É considerada como o núcleo do gerenciamento da segurança do paciente e determinante crítico na prevenção e redução de resultados adversos (LIU et al., 2009). Segundo Cassiani (2005, p. 97), a expressão segurança do paciente "aplica-se a iniciativas para evitar, prevenir e reduzir resultados adversos ocorridos a partir do cuidado à saúde".

Sabe-se que uma assistência de qualidade deve estar embasada em conhecimentos técnico-científicos e ser isenta de riscos aos pacientes, familiares e profissionais. Florence Nightingale, em 1863, já indicava que a segurança do paciente é elemento integrante da profissão de enfermagem. No entanto, os profissionais falham e erros são esperados nas diversas organizações. Torna-se necessário aprender com as falhas, e essa aprendizagem é uma das metas dos programas de segurança do paciente (CASSIANI, 2005).

Kalisch (2006) afirma que estudos têm mostrado ligações entre características do pessoal de enfermagem (competência, educação e experiência) e falhas na assistência, mortalidade de pacientes, taxas de infecção, úlceras por pressão, quedas de pacientes, tempo de internação, complicações após cirurgias e índices de insatisfação do paciente. Em outra publicação, Kalisch, Landstrom e Hinshaw (2009) relatam que pesquisadores têm examinado o nível de competência dos enfermeiros assistenciais, o número de horas de cuidado por dia fornecido por eles, a carga de trabalho, os padrões de comunicação, a complexidade do ambiente e a demanda de cuidados agudos exigida pelos pacientes, interligando essas variáveis com os resultados na qualidade da assistência, como as quedas, erros de medicações, frequência de mudança de decúbito, infecções hospitalares, hemorragia digestiva alta, complicações pulmonares, aumento dos custos hospitalares, mortalidade, além de índices de *turnover (*rotatividade de pessoal), *burnout* (síndrome caracterizada por sintomas de exaustão no trabalho) e absenteísmo.

No contexto internacional sabe-se que a prática de enfermagem em hospitais é afetada por vários elementos contextuais ligados aos erros na assistência, tais como a gravidade e complexidade das doenças dos pacientes

internados, o curto período de internação, o número de atividades frequentemente delegadas pelos enfermeiros aos técnicos e auxiliares de enfermagem, o declínio do número de pessoal de enfermagem e sobrecarga de atividades, a alta rotatividade de pessoal e as longas horas de trabalho. Acrescenta-se a isso o aumento da tecnologia e de novos conhecimentos. Como os enfermeiros precisam lidar com todos os fatores neste contexto e tomar decisões adequadas para garantir uma melhor assistência aos pacientes, a função de vigilância, que previne erros e garante a qualidade do cuidado, pode ficar comprometida com a redução do pessoal (KALISCH, 2006; KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

Cuidados de enfermagem exigem processo de pensamento complexo, incluindo fazer inferências e sintetizar informações. O ambiente ao redor dos enfermeiros tem sido descrito como rápido e imprevisível, propiciando interrupções e erros na assistência de enfermagem. Ao longo de seus plantões, os enfermeiros estão constantemente movendo-se de uma atividade para outra e gerenciando informações de variadas fontes, muitas vezes trabalhando em duas ou mais tarefas ao mesmo tempo e apresentando altas taxas de descontinuidade na execução de seu trabalho (KALISCH; AEBERSOLD, 2010).

Diante de múltiplas demandas e recursos insuficientes, esses profissionais sentem-se impossibilitados de cumprir todos os cuidados de enfermagem requeridos e podem escolher não completá-los em muitas situações. Nessas circunstâncias, podem abreviar o cuidado, atrasá-lo ou simplesmente omiti-lo (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

O fenômeno da omissão ou falta de prestação de cuidados de enfermagem (*Missed nursing care*) é definido como qualquer aspecto do cuidado requerido pelo paciente que é omitido (em parte ou por completo) ou atrasado. É um erro de omissão (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009). Foi identificado primeiramente por Kalisch (2006) em um estudo qualitativo, em que foram entrevistados 173 membros da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) de dois grandes hospitais nos Estados Unidos. Estes profissionais foram separados por categoria profissional e divididos em 25 grupos focais. A autora identificou nove elementos de cuidados básicos de enfermagem regularmente omitidos aos pacientes: deambulação, mudança de decúbito, alimentações, educação do paciente, preparo para a alta, apoio emocional, higiene, documentação de ingestão/eliminação e vigilância. Identificou ainda sete temas relativos às razões

que os profissionais apresentaram para a não prestação desses cuidados: poucos funcionários, tempo escasso para a intervenção de enfermagem, utilização precária dos recursos, falta de trabalho em equipe, delegação ineficaz por parte dos enfermeiros aos técnicos e auxiliares de enfermagem, hábito e negação.

Kalisch (2006) destacou que esses achados podem trazer sérias consequências, como resultados inadequados para a assistência ao paciente, tendo impacto negativo também na qualidade e nos custos institucionais. Quando os profissionais de enfermagem não fornecem os cuidados necessários, evidenciam percepções negativas, insatisfação com o seu trabalho, possibilidade de abandono da profissão, exacerbando a escassez de recursos humanos e a maior rotatividade do pessoal (KALISCH, 2010; KALISCH; LANDSTROM; WILLIAMS, 2009).

Considerando os resultados obtidos por Kalisch (2006), um dos cuidados básicos de enfermagem, omitido pelos profissionais é a deambulação. Falhas na deambulação resultam em força muscular reduzida em 5% por dia. Têm sido ligadas a novas situações de delírios, pneumonias, atrasos na cicatrização de feridas, má nutrição, úlceras por pressão, aumento do tempo de internação, atrasos na alta hospitalar, aumento da dor e desconforto, fadiga, perda muscular e inabilidade física. O paciente pode receber alta do hospital em uma condição debilitada e necessitar de semanas de fisioterapia (KALISCH, 2010).

Não movimentar um paciente pode resultar em lesão de pele e formação de úlceras por pressão. A ausência de ensino ao paciente pode levar a complicações e readmissão. Falta de higiene oral em pacientes em ventilação mecânica pode acarretar em pneumonia associada a essa ventilação. Não realizar o banho do paciente propicia a não detecção de uma lesão de pele numa fase precoce (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

Ainda com base nos resultados obtidos nos estudos de Beatrice J. Kalisch, foi desenvolvido um instrumento para avaliação do fenômeno - *"missed nursing care"* - de forma a permitir sua mensuração e também identificar as condições em que os cuidados não são fornecidos aos pacientes. Segundo Kalisch e Williams (2009), o instrumento permite identificar atos de omissão que podem ser potencialmente sérios e causar impactos na ocorrência de resultados negativos para o paciente hospitalizado.

Em outro estudo, utilizando o instrumento *MISSCARE*, foram mensurados os cuidados omitidos pela equipe de enfermagem em três hospitais de cuidados

agudos de Michigan, EUA. Os resultados mostraram que os seis itens mais citados foram falta de cuidados relacionados à deambulação (84%), avaliação da efetividade da medicação (83%), mudança de decúbito (82%), higiene oral (82%), educação do paciente (80%) e administração de medicamento “se necessário”, quando solicitado (80%). Dentre as razões citadas para a falta de cuidados, identificaram-se os recursos laborais (85%), recursos materiais (56%) e comunicação inadequada (38%). Com relação aos recursos laborais, os fatores relacionados foram o aumento de pacientes agudos, situações de urgência, características da equipe (insuficiente para o aumento da demanda em volume e criticidade) e número inadequado de pessoal de apoio (KALISCH; LANDSTROM; WILLIAMS, 2009).

Em uma análise do conceito de *MISSCARE*, várias categorias de atributos foram relatadas por enfermeiros norte-americanos em cenários de cuidados agudos que contribuem para a omissão de cuidados: 1) antecedentes dentro do ambiente do cuidado que facilitam ou inibem a prática; 2) elementos do processo de enfermagem e 3) percepções internas e processos de decisão (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

Os antecedentes da omissão de cuidados existem dentro do contexto do ambiente de oferecimento do cuidado, são externos aos enfermeiros e criam a necessidade de decidir quais cuidados serão fornecidos. Incluem os recursos laborais (refletem a qualidade e a quantidade da equipe de enfermagem); recursos materiais (medicamentos, suprimentos e equipamentos); relacionamento e comunicação (fatores de impacto nas habilidades dos enfermeiros).

As ações de enfermagem não realizadas devido a antecedentes ambientais específicos são incorporadas no processo de enfermagem e influenciadas por processos internos dos enfermeiros (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009). A escolha entre completar, atrasar ou omitir itens do cuidado ao paciente é influenciada por quatro fatores intrínsecos aos enfermeiros: (1) normas da equipe, (2) os processos de tomada de decisão, (3) os valores internos e crenças e (4) hábitos. O primeiro fator interno refere-se às normas da equipe, que estão geralmente implícitas e os novos membros aprendem rapidamente esses comportamentos aceitáveis dentro do sistema social. Como todos os indivíduos, querem evitar censura, procuram aprovação e respeito, além de melhora da autoimagem. O segundo fator interno é a tomada de decisão sobre as prioridades. Os enfermeiros fazem julgamentos sobre a importância que um elemento particular

do cuidado tem para o processo de cura do paciente à luz das outras demandas. Alguns elementos do cuidado podem ser interpretados como menos prioritários para o tratamento dos pacientes e são passíveis de serem atrasados ou omitidos. O terceiro fator interno refere-se a valores, atitudes e crenças dos profissionais de enfermagem acerca do seu papel e responsabilidades que influenciam seu comportamento. Valores pessoais e crenças podem compelir os indivíduos a prestar certos aspectos do cuidado, enquanto decidem omitir outros. Também os hábitos, o quarto fator interno, podem afetar a decisão dos profissionais em atrasar ou omitir o cuidado. Uma vez que ocorre omissão de um cuidado e não há aparente prejuízo para o paciente ou ninguém percebe, torna-se mais fácil decidir atrasar ou omitir o cuidado mais uma vez (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

No Brasil não foram identificados estudos sobre essa temática com o enfoque dado por Kalisch e Williams (2009). No entanto, alguns elementos dos cuidados básicos de enfermagem apresentados pelos autores também foram identificados em estudos nacionais considerando indicadores de qualidade da assistência, como as taxas de infecção durante a hospitalização, readmissões, erros na administração de medicamentos, ocorrência de úlcera por pressão e não utilização de medidas preventivas (ROTTA, 2004).

Tais indicadores, de acordo com Nascimento et al. (2008), são considerados importantes instrumentos gerenciais à medida em que proporcionam avaliação objetiva da qualidade da assistência de enfermagem. Os autores relatam ainda a utilização de outros indicadores como ferramentas para a avaliação da qualidade, como as taxas de eventos adversos. Justificam, porém, que não há evidências suficientes quanto ao seu uso nas diversas unidades hospitalares. Em vista disso, propuseram caracterizar os eventos adversos ocorridos com pacientes adultos em diferentes unidades de um hospital privado do município de São Paulo. Verificaram a ocorrência de 229 eventos, entre março e julho de 2006, com predomínio de eventos relacionados à retirada não planejada de sonda nasogástrica (57,6%), quedas de pacientes (16,5%) e erros de medicação (14,8%).

Outros estudos nacionais demonstram que os enfermeiros priorizam a realização de atividades administrativas burocráticas em vez das ações mais voltadas para o gerenciamento da assistência, como planejamento, supervisão e avaliação da assistência de enfermagem. Desempenham papel muito limitado na educação da equipe de enfermagem, mesmo sabendo que compete ao enfermeiro

sua atualização constante a fim de atingir a liderança, educar a equipe e impor-se como profissional (COSTA; SHIMIZU, 2005, 2006).

Os autores brasileiros apontam deficiências em diversos aspectos da assistência devido ao gerenciamento ineficiente, como falta de supervisão e acompanhamento das atividades delegadas, a subutilização do prontuário do paciente, que fornece base para o planejamento da assistência; as atividades educativas pouco exploradas, bem como reuniões de equipe, passagem de plantão regular e sistematizada. São comuns as estruturas verticalizadas adotadas pelas instituições, que favorecem a impessoalidade das relações, enfraquecem o trabalho em equipe, ocasionando uma assistência fragmentada, distanciada, desprovida de vínculos (COSTA; SHIMIZU, 2005, 2006).

Silva e Cassiani (2004) apontam utilização de medicamentos como uma das intervenções mais utilizadas no ambiente hospitalar e evidências de erros relacionados ao tratamento medicamentoso, desde a não administração até a ocorrência de lesões e mortes. Descrevem os erros de omissão como sendo "qualquer dose não-administrada até o próximo horário de medicação", além de salientar os fatores que contribuem para a incidência de erros e prejuízos à segurança do paciente e, entre esses, problemas de comunicação, má qualidade da letra médica, deficiências na formação acadêmica, desatenção, manejo inadequado de equipamentos, inexperiência e o sistema de medicação como um todo.

Estudo desenvolvido por Pompeo et al. (2007) buscou verificar o planejamento para a alta em um hospital do interior do Estado de São Paulo. Observou que os enfermeiros não estavam envolvidos com o processo de orientação para a alta dos pacientes de maneira sistemática, apenas realizavam orientações acerca de cuidados específicos complexos e que necessitavam de readaptações individuais. Os achados evidenciam a dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde e a ausência de planejamento da assistência, fatores que contribuem para as deficiências na implementação do plano de alta.

Miasso e Cassiani (2005) avaliaram a orientação de enfermagem para a alta hospitalar em relação à terapêutica medicamentosa em um hospital universitário do interior paulista e perceberam que os enfermeiros, embora responsáveis pela administração de medicamentos e orientação aos pacientes, apresentavam conhecimento insuficiente e limitado acerca dos fármacos. Ressaltaram, ainda, a falta de responsabilidade em relação às orientações ministradas e o fato de que a

maioria dos enfermeiros apenas limitou-se a ler a receita médica, não havendo a preocupação de saber se o paciente tinha assimilado ou não as informações fornecidas. Os enfermeiros desenvolviam a atividade em curto período de tempo e em locais inadequados.

Padula, Hughes e Baumhover (2009), em pesquisa realizada nos Estados Unidos com a proposta de examinar o impacto de um protocolo de mobilidade dirigido por enfermeiros sobre o estado funcional (descrito como habilidades para executar atividades básicas de autocuidado) e tempo de internação em idosos hospitalizados, identificaram que a deambulação contínua e precoce, desde a admissão, pode ser importante contribuinte na manutenção do estado funcional durante a hospitalização e resultar em período curto de internação. Admitem que a deambulação deveria ser vista como uma prioridade, componente vital da qualidade da assistência de enfermagem e que a literatura é clara ao demonstrar que imobilidade prolongada e dificuldades na deambulação levam ao declínio funcional e tempo de internação prolongado. Além disso, a mobilidade perdida durante a hospitalização é dificilmente recuperada na alta. Fraqueza e distúrbios na marcha têm sido identificados como fatores intrínsecos de riscos de quedas. Exercícios que melhoram a força muscular reduzem as quedas ou as injúrias relacionadas a elas.

Para Kalisch, Landstrom e Hinshaw (2009), a omissão de cuidados é um fenômeno universal e generalizável em múltiplas situações clínicas. Pode acarretar ameaças à segurança do paciente, elemento central na prática de enfermagem. Assim, o fenômeno precisa ser examinado dentro de um contexto teórico, estudado sistematicamente em diversos contextos culturais e ser abertamente reconhecido como um fator universal em segurança do paciente.

A utilização do instrumento *MISSCARE* pode auxiliar na identificação da omissão de cuidados em diversos cenários assim como as razões apresentadas pelos profissionais visando ao enfrentamento do problema em uma cultura de não punição. A coleta e análise dos dados relativos à omissão de cuidados em unidades de internação hospitalar como parte da criação de uma cultura de segurança e qualidade pode permitir a identificação detalhada e honesta acerca de falhas e omissões do cuidado de enfermagem. Uma vez reconhecido o problema, torna-se possível determinar suas causas e propor soluções.

Frente ao exposto, o processo de adaptação cultural e validação inicial do instrumento *MISSCARE* para investigar o fenômeno no Brasil é considerado de

grande relevância, razão pela qual este estudo é proposto.

2. OBJETIVOS

- Realizar a tradução e adaptação cultural do instrumento *MISSCARE* para uso no Brasil*;*

- Avaliar a validade de face e de conteúdo da versão adaptada do instrumento *MISSCARE* por meio da análise de um comitê de juízes;

- Avaliar a confiabilidade da versão adaptada do instrumento *MISSCARE* pela análise da consistência interna de seus itens.

3. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.1 O processo de adaptação cultural de instrumentos de medidas

Instrumentos desenvolvidos em países de diferentes culturas e idiomas não são apropriados para serem utilizados em outros locais sem a tradução e adaptação cultural (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). A palavra "cultura" é apresentada em diferentes contextos na literatura, mas refere-se geralmente a características como valores, crenças, atitudes e costumes partilhados por um grupo de pessoas, podendo ser conservados por gerações (IM et al., 2004).

A adaptação cultural de um instrumento analisa tanto a linguagem quanto as questões de adaptação cultural no processo de preparação de um instrumento para sua utilização em outro cenário ou cultura. Esta adaptação pressupõe a utilização de dois componentes: a) tradução do instrumento e sua adaptação; b) validação em relação à compreensibilidade, incluindo validade de face e de conteúdo, replicabilidade e adequação (BEATON et al., 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A qualidade da tradução e validação de instrumentos desempenha papel essencial na garantia de que os resultados obtidos revelem as verdadeiras diferenças ou similaridades entre as culturas envolvidas e não induzam a erros na tradução (MANEESRIWONGUL; DIXON, 2004).

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) após uma revisão de literatura de trabalhos nas áreas da Psicologia e Sociologia e em referenciais metodológicos de instrumentos de medidas de Qualidade de Vida, propuseram diretrizes a serem seguidas abrangendo cinco etapas essenciais descritas a seguir:

1) A ***tradução*** de um instrumento para outra língua deve ser realizada por dois tradutores independentes, qualificados, nativos no idioma no qual será adaptado o instrumento, cientes dos objetivos do estudo e conceitos envolvidos. Isso permite a detecção de erros, interpretações divergentes e itens ambíguos, preservando a integridade do instrumento de medida e o significado de cada item entre as duas línguas.
2) A ***retrotradução*** (*"back-translation")*, ou seja, a tradução do instrumento de volta à língua de origem, o que auxilia a melhorar a qualidade da versão final. Divergências na primeira tradução podem ser amplificadas e reveladas na retrotradução, assim como a falta de adaptação ao contexto de destino cultural.

Deve ser realizada por tradutores independentes, qualificados e nativos do idioma do instrumento em questão, os quais não devem conhecer o propósito da tradução, pois, sem um conhecimento prévio da intenção do instrumento original, estarão livre de vieses, podendo revelar significados ou interpretações inesperadas na versão final.

3) A constituição de um ***comitê de juízes***, para comparar a versão original com a versão traduzida, deverá produzir uma versão final do instrumento com base nas traduções obtidas nas etapas anteriores, a fim de preservar as equivalências entre as versões do instrumento. O comitê deve também avaliar a apresentação do questionário, a escala de respostas para cada questão, além de utilizar técnicas estruturadas para resolver discrepâncias. A participação no comitê deverá ser multidisciplinar, constituída por especialistas nos conceitos a serem explorados, garantindo que a tradução seja completamente compreensível pela modificação ou eliminação de itens irrelevantes, insuficientes e ambíguos, gerando um instrumento seguro, com melhores componentes substitutos à situação de adaptação cultural. Beaton et al. (2000) destacam que a composição mínima do comitê deve incluir pesquisadores de metodologia, profissionais de saúde, profissionais de idiomas e os tradutores envolvidos no processo. Ressaltam ainda que os autores da versão original do instrumento devem estar em contato próximo com o comitê nesta fase.

A equivalência cultural das versões original e final do instrumento deve considerar as equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A equivalência semântica avalia o significado das palavras, ou seja, quando uma palavra não existe na língua alvo, pode-se utilizar uma ou várias palavras comparáveis a fim de preservar o significado dos termos originais. A equivalência idiomática refere-se ao significado das expressões coloquiais, que dificilmente são traduzidas e, portanto, precisam ser substituídas por expressões equivalentes na cultura alvo. Tradutores e retrotradutores necessitam ser familiarizados com os reais significados dos idiomas para obter a equivalência idiomática. A equivalência experiencial avalia itens que descrevem experiências de determinada cultura, podendo apresentar interpretações divergentes devido às diferenças culturais, sendo necessária a identificação de um significado real em uma sentença, servindo ao contexto da cultura alvo. A equivalência conceitual relaciona-

se à validade do conceito explorado e aos eventos vivenciados pelas pessoas da cultura alvo, isto é, dois idiomas podem conter a mesma palavra em seus vocabulários, porém diferentes significados em uma dada situação. Assim os itens podem ser equivalentes no significado semântico, mas não ter equivalência conceitual (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; CHA; KIM; ERLEN, 2007).

Ferrer et al. (1996), em estudo de adaptação cultural de um instrumento de pesquisa na Espanha submeteram a primeira versão traduzida por um indivíduo bilíngue a um comitê de juízes para avaliação da equivalência com a versão original. Os itens inadequados ou ambíguos foram identificados e expressões alternativas foram propostas. Em seguida produziram uma segunda versão do instrumento que foi retrotraduzida para o inglês a fim de ser comparada com a original.

No Brasil, outros autores têm usado esta proposta de alteração nas fases do processo de adaptação cultural feita por Ferrer et al. (1996) referente às etapas de retrotradução e a avaliação pelo Comitê de Juízes afirmando que, dessa forma, a avaliação do comitê permitirá a detecção de erros ou problemas de compreensão antes da versão definitiva do instrumento ser retrotraduzida (ESCHEVARRIA-GUANILO, 2005; FERREIRA, 2006).

A ***Análise Semântica*** de cada um dos itens do instrumento, da instrução e da escala de respostas com a participação da população de destino visando verificar a compreensibilidade de todos os itens, ou seja, saber se todos os itens do instrumento são compreensíveis à população alvo, é apresentada por Pasquali (1998). A inclusão desta etapa ao processo de adaptação cultural de instrumentos para utilização em nosso país tem sido feita por alguns autores (ESCHEVARRIA-GUANILO, 2005; FERREIRA, 2006; FEGADOLLI, 2008).

4) O ***pré-teste*** é a fase final do processo de adaptação cultural de um instrumento. Trata-se de um estudo piloto que auxilia os pesquisadores a identificar problemas potenciais quando a população, as condições do estudo e medidas a serem utilizadas para estudo mais amplo são similares (CHA; KIM; ERLEN, 2007). Nessa etapa, uma amostra da população a ser estudada responde ao questionário para verificar sua compreensão e clareza, o que permite identificar se há erros ou desvios na tradução. Permite também a verificação da validade de face. Beaton et al. (2000) sugerem que entre 30 e 40 pessoas deveriam participar do pré-teste, mas isso depende da população alvo do instrumento.

5) ***Ponderação dos escores ou pontuações***. Considera a adaptação do peso dado

aos escores da versão original do instrumento ao novo contexto cultural. Como a ponderação original pode não se aplicar à nova situação cultural, isso pode ser avaliado, utilizando-se análises do comitê de especialistas ou métodos matemáticos.

3.2 Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento

Após o processo de adaptação cultural, os pesquisadores devem garantir que a nova versão do instrumento apresente as propriedades psicométricas necessárias para a destinada aplicação (BEATON et al., 2000).

3.2.1 Validade

A validade é definida como a habilidade do instrumento em medir os atributos do construto sob estudo. Um instrumento válido reflete verdadeiramente o conceito que deve medir (DEVON et al., 2007).

A validade de face ou aparente reflete uma avaliação subjetiva, verifica se o instrumento aparenta medir o construto de interesse. É um tipo intuitivo de validade, refere-se à compreensão e à aceitação do instrumento pelos próprios pesquisadores e sujeitos (DEVON et al., 2007; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A validade de conteúdo indica se os itens que compõem um instrumento representam adequadamente o universo do conteúdo que define a variável a ser medida. A determinação da validade de conteúdo é um processo subjetivo, baseado em julgamento. Não há um método completamente objetivo para assegurar a representação adequada do conteúdo a ser aferido. As questões são então submetidas a um grupo de especialistas na área do seu conteúdo para análise da adequação dos itens (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; PORTNEY; WATKINS, 2009).

A validade de constructo avalia se um instrumento mede o construto que pretende medir. Os itens devem estar relacionados com suas teorias e conceitos. Por exemplo, um instrumento que pretende medir ansiedade deve conter itens que medem exclusivamente conceitos relacionados à ansiedade (DEVON et al., 2007). É um processo complexo e desafiador, pois envolve estudos e abordagens teóricas.

3.2.2 Confiabilidade

A confiabilidade de um instrumento é a sua capacidade de produzir os mesmos resultados em diferentes ocasiões. Um instrumento é confiável se refletir as medidas verdadeiras do atributo. Quanto menor a variação nas medidas repetidas de um atributo, maior a confiabilidade. Os três principais aspectos da confiabilidade são estabilidade, consistência interna e equivalência. A estabilidade ocorre quando o instrumento produz os mesmos resultados em testes repetidos. A consistência interna significa que todos os itens do instrumento medem o mesmo conceito (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A confiabilidade é usualmente estimada por meio do teste-reteste e da avaliação da consistência interna. O *teste-reteste* avalia a estabilidade a partir da aplicação do instrumento no mesmo grupo de participantes em diferentes períodos. A correlação entre os escores obtidos nas duas ocasiões e a frequência entre questões individuais indicam a estabilidade do instrumento. Não é apropriado para situações em que são esperadas mudanças com o decorrer do tempo, por exemplo, atitudes, humor ou conhecimento seguido de uma intervenção (DEVON et al., 2007).

A consistência interna verifica se os itens refletem ou medem o mesmo conceito (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). O método estatístico mais sofisticado e exato para estimativa da consistência interna é o alfa de Cronbach. É um coeficiente de correlação obtido ao se realizar comparação de cada item do instrumento, simultaneamente um com o outro. Seus valores variam de zero a um. Quanto mais alto o valor, maior a consistência interna da medida. Valores acima de 0,70 são considerados aceitáveis para a confiabilidade (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A equivalência relaciona-se com a coerência ou concordância entre observadores que utilizam o mesmo instrumento. Ocorre quando há um alto grau de concordância por parte dos observadores em relação a um fenômeno observado ou quando formas alternadas de um teste apresentam uma alta correlação (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

3.3 *MISSCARE*: construção, descrição do instrumento e características psicométricas

Conforme já citado, o instrumento *MISSCARE* foi desenvolvido por Kalisch e Williams (2009) para avaliar o fenômeno da omissão ou falta de prestação de cuidados de enfermagem aos pacientes e identificar as razões atribuídas pelos profissionais para a não prestação desses cuidados. Descreve-se o desenvolvimento do instrumento *MISSCARE* em cinco fases:

1) **Condução de estudo qualitativo**, realizado com membros da equipe de enfermagem de dois grandes hospitais nos Estados Unidos, onde foram conduzidos vinte e cinco grupos focais com enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e secretárias das unidades. Neste estudo, foram delineados nove elementos de cuidados básicos de enfermagem que eram regularmente omitidos aos pacientes (deambulação, mudança de decúbito, alimentações, educação do paciente, preparo para a alta, suporte emocional, higiene, documentação de ingestão e eliminação e vigilância) e sete temas relativos às razões que os profissionais apresentaram para a não prestação desses cuidados (poucos funcionários, tempo escasso para a intervenção de enfermagem, insuficiência de recursos, falta de trabalho em equipe, delegação ineficaz, hábito e negação).

2) **Análise de conceito** do fenômeno *missed nursing care*, objetivando o seu delineamento, análise da estrutura e função, além verificar as características e atributos que o fazem único em relação a outros conceitos. Foi utilizado o "método de Walker e Avant", em um processo de oito passos: seleção do conceito, determinação dos objetivos da análise, identificação de todos os possíveis usos do conceito, determinação dos atributos definidores, identificação do caso modelo, identificação de casos contrários, identificação de antecedentes e conseqüências e definição dos referentes empíricos. Definiu-se o conceito de cuidados de enfermagem omitidos como um erro de omissão e o modelo teórico *"Missed Nursing Care"*, explicando os antecedentes relacionados ao modo como o processo de enfermagem é realizado, como percepções internas dos profissionais levam à omissão dos cuidados e resultados na assistência aos

pacientes. Esse modelo é baseado na teoria de estrutura, processo e resultado de Donabedian, que hipotetiza o fato de que as características do hospital, da unidade e do pessoal (variáveis de estrutura) levam à omissão do cuidado de enfermagem (processo), afetando os resultados relacionados ao pessoal (tais como nível de satisfação, *turnover*, intenção de deixar o cargo e absenteísmo) e aos pacientes (por exemplo, úlceras por pressão e quedas). As características do pessoal de enfermagem incluem sexo, idade, educação, experiência, cargo, percepção de adequação da equipe e período de trabalho. As características da unidade estão relacionadas a seu tipo de atendimento: clínico, cirúrgico, reabilitação, cuidados intermediários e intensivos (KALISCH et al., 2011; KALISCH; TSCHANNEN, 2011).

Nesse contexto, os antecedentes para o fenômeno relacionam-se aos recursos laborais, materiais e comunicação/trabalho em equipe, os quais interagem com o processo de enfermagem e são influenciados pelas percepções internas desses profissionais. E, por último, as conseqüências da omissão dos cuidados mostrando ameaças à segurança do paciente (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

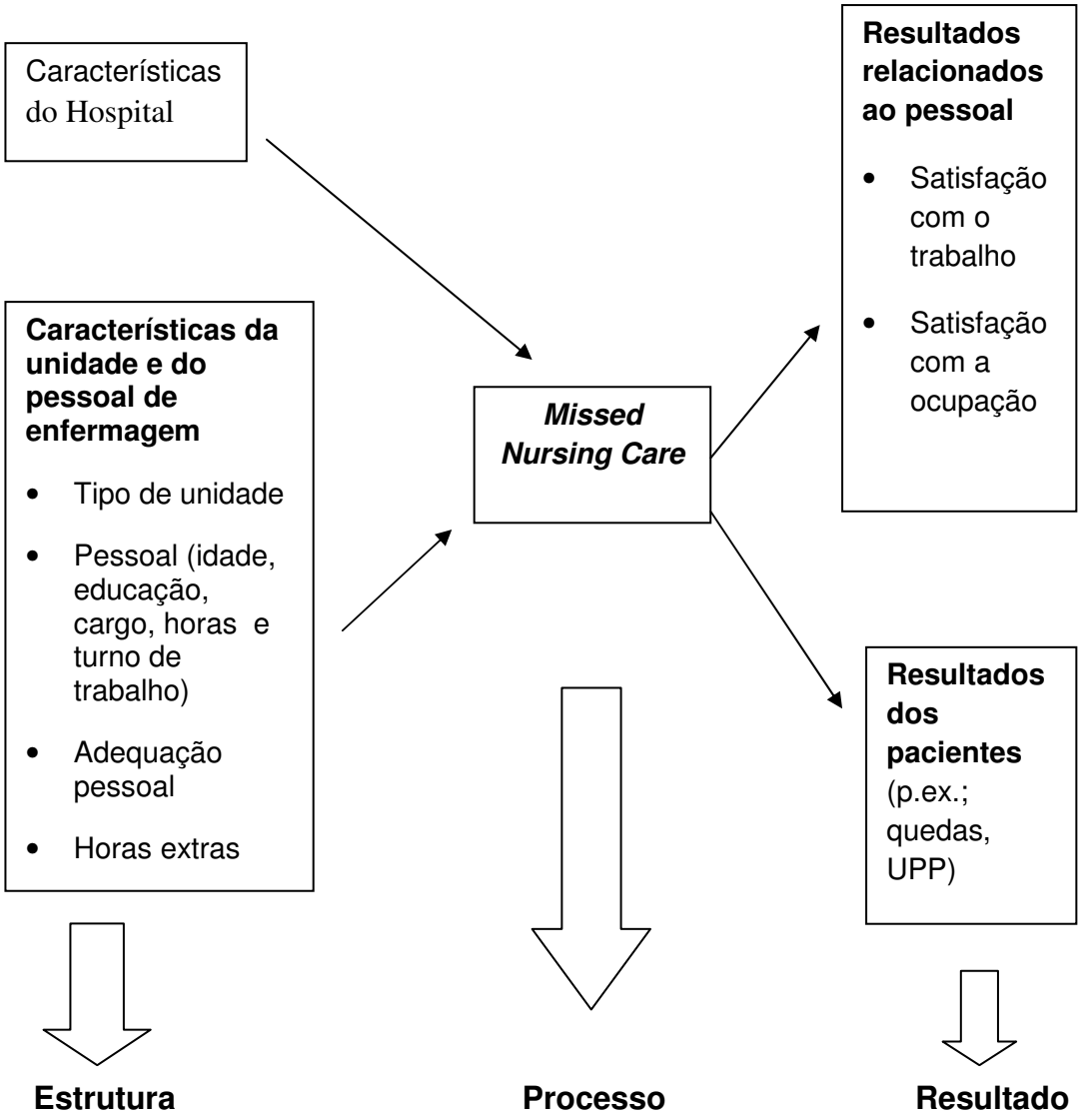

Figura 1 : **Modelo "Missed Nursing Care"**.
Fonte: Kalisch e Tschannen (2011)

3) **Desenvolvimento do instrumento** para mensurar as percepções dos profissionais de enfermagem em relação à omissão dos cuidados. Esta fase contém a geração e o desenvolvimento dos itens, com base no estudo qualitativo, revisão de literatura e entrevistas; a primeira versão do instrumento foi então testada quanto à *validade de conteúdo* por meio de sua revisão e classificação por três painéis de especialistas, com 19 enfermeiros participando em cada um dos três painéis, em três hospitais, separadamente, para garantir que a ferramenta não estivesse baseada nas práticas apenas de uma instituição. A revisão dos itens foi baseada na clareza e na relevância. A análise de validade

de conteúdo mostrou um índice aceitável (0,89). Com base nas sugestões desses painéis de especialistas, foram feitas revisões no instrumento. Noventa e cinco enfermeiros foram também entrevistados e solicitados para avaliar a lista de elementos de cuidados de enfermagem para assegurar que os elementos-chave estivessem incluídos. Um teste piloto, realizado com vinte e cinco profissionais de enfermagem, levou a alterações nas instruções de modo a abreviá-las e/ou esclarecê-las, além de diminuição do número de itens por página (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

4) **Realização de dois estudos**. Com participação de 1098 profissionais de enfermagem, foram feitos para descrever a situação em hospitais norte-americanos e para avaliar a validade e a confiabilidade do instrumento. O estudo 1 (n = 459) foi realizado em três hospitais que possuíam de 223 a 631 leitos. O estudo 2 (n = 639) envolveu um grande centro médico com 913 leitos (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

5) **Teste das propriedades psicométricas** do *MISSCARE*. Utilizando os dados dos dois estudos acima citados, os autores testaram a aceitabilidade, validade, e confiabilidade do instrumento (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

A *aceitabilidade* ou facilidade de uso foi avaliada pela quantidade de participantes que completou a escala sem omitir quaisquer itens. Houve resultados satisfatórios em ambos os estudos. No estudo 1, a porcentagem de respondentes que completou o instrumento sem omitir qualquer item foi de 85%. Para o estudo 2, 92,6% responderam a todos os itens. Para ambos os estudos, a maioria do pessoal de enfermagem foi capaz de completar o questionário em 10 minutos (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

No que se refere à *validade*, os autores não encontraram outras ferramentas que mensurassem o fenômeno da omissão ou falta de prestação de cuidados de enfermagem (*Missed nursing care*) e as razões para a omissão, tornando impossível aplicar o “padrão-ouro” de teste de validade, que significa comparar a ferramenta recém-desenvolvida com uma ferramenta que tenha um recorde já estabelecido de confiabilidade e validade. Portanto, apenas as validades de conteúdo e de constructo foram testadas nesse estudo (KALISCH; WILLIAMS,

2009).

A *validade de constructo* foi testada nos estudos 1 e 2, utilizando-se a Análise Fatorial Exploratória (EFA) visando analisar a dimensionalidade do instrumento. Em uma primeira Análise Fatorial Exploratória, os itens da Parte A foram agrupados em quatro fatores. Esse resultado não foi obtido em uma segunda investigação com outros participantes. Os autores atribuem essa diferença nos resultados ao fato de os itens que compõem a Parte A do *MISSCARE* não estarem, necessariamente, relacionados entre si. Citam, como exemplo, a inexistência de relação entre as omissões para os cuidados de dar banho e deambular o paciente. A validade de constructo, potanto, foi utilizada somente na parte B do instrumento, pela análise fatorial na qual surgiram três componentes para as razões do não fornecimento dos cuidados (comunicação, recursos laborais e recursos materiais) em ambos os estudos. A análise de fator exploratório forneceu evidências sobre as propriedades psicométricas da parte B do instrumento (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

Para a abordagem de grupos distintos, foram conduzidas entrevistas e grupos focais com especialistas para determinar como esses grupos seriam constituídos. Concordaram que enfermeiras de cuidados intensivos provavelmente registrariam menos elementos de cuidados omitidos em comparação com as enfermeiras de unidades de reabilitação. Uma das razões apresentadas para este fato foi o quantitativo de pessoal geralmente maior nas unidades de terapia intensiva. Os resultados evidenciaram diferenças significativas entre as referidas unidades, observando-se mais cuidados omitidos na unidade de reabilitação (média [DP] = 1,90 [3,9]) do que em nas unidades de cuidados intensivos (média [DP] = 1,63 [3,3]; p =.000). Ou seja, uma comparação entre respostas de enfermeiros em unidades de cuidados intensivos foi significativamente diferente das respostas de enfermeiros em reabilitação, conforme havia sido previsto, o que evidenciou a validade discriminante do instrumento (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

Para avaliar a confiabilidade do instrumento foram utilizadas medidas de consistência interna e os coeficientes de teste/reteste. O *teste/reteste* no estudo 1 foi realizado com uma amostra de enfermeiros em uma unidade médico - cirúrgica de um hospital (n = 34) com intervalo de duas semanas. Na parte A do instrumento, 81% das perguntas foram respondidas de maneira idêntica em ambas as ocasiões e na parte B, 82%. O coeficiente teste/reteste (correlação interclasses) da parte A da pesquisa foi de 0,87 e da parte B foi de 0,86, indicando mensurações confiáveis e

estáveis (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

A *consistência interna* foi mensurada pelo alfa de Cronbach para a parte B do instrumento em ambos os estudos, sendo que, para dois dos fatores, foi aceitável (valores α = 0,86 e 0,71). A correlação interclasses para todas as três subescalas da parte B da ferramenta foi estatisticamente significante, indicando consistência nas razões para cuidados omitidos (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

Ao final do processo, o instrumento é dividido em duas partes (ANEXO A). A parte A contém 24 itens referentes aos elementos dos cuidados de enfermagem omitidos e a parte B, com 17 itens referentes às razões para a não prestação dos cuidados. Apresenta três páginas iniciais com questões que abordam as características sócio-demográficas dos participantes, as condições e a satisfação com o trabalho. Para cada questão do instrumento é solicitado que o participante indique a resposta que melhor descreva o seu nível de concordância.

Na versão apresentada para os profissionais responderem ao *MISSCARE*, a escala de respostas varia de sempre omitido (1); freqüentemente omitido (2); ocasionalmente omitido (3); raramente omitido (4) e nunca omitido (5) para a parte A, e razão significante (1); razão moderada (2); razão pouco significante (3) e não é uma razão para omissão do cuidado (4), para a parte B. Para a obtenção do escore final do instrumento, as respostas precisaram ser recodificadas, ou seja, a opção "nunca" passa a valer 1 e "sempre" passa a ter o valor 5, o mesmo ocorrendo na parte B da escala. Dessa forma, maiores valores indicam maior omissão do cuidado na escala total.

Na análise final dos dados, os itens referentes à parte A do instrumento foram tratados de forma dicotômica, considerando que não houve omissão de cuidado para os itens "nunca" e "raramente" da escala Likert e uma resposta positiva para omissão de cuidado para os itens "ocasionalmente", "frequentemente" e "sempre".

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo metodológico, cujo delineamento não abrange todas as etapas do processo de pesquisa, visto que neste tipo de estudo o interesse está na identificação de um constructo intangível para torná-lo tangível por meio de uma ferramenta ou protocolo de investigação. Basicamente, esse tipo de estudo abrange, entre outras etapas, o teste de confiabilidade e validade da ferramenta (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). De corte transversal, propõe – se a adaptar e validar um instrumento relacionado à omissão dos cuidados de enfermagem (*MISSCARE*). De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um determinado ponto do tempo e os fenômenos estudados são obtidos durante esse período.

4.2 Processo de adaptação cultural do MISSCARE

4.2.1 Permissão da autora para a adaptação cultural e uso do instrumento

A autorização para o processo de adaptação cultural e condução de estudos psicométricos do *MISSCARE* foi obtida junto à autora, Beatrice J. Kalisch, da Universidade de Michigan, Estados Unidos (ANEXO B).

4.2.2 Tradução para a língua portuguesa

Nessa etapa, a versão original do instrumento em inglês foi traduzida para a língua portuguesa por duas pessoas, de forma independente, no mês de janeiro de 2011. Ambas apresentam domínio da língua inglesa e portuguesa, sendo uma enfermeira pós-doutorada e com experiência em docência universitária. A outra é formada em Língua Estrangeira, apresenta experiência como tradutora técnica na área da saúde. Ambas conheciam previamente os objetivos do estudo. Em seguida, as duas versões traduzidas foram avaliadas e comparadas em março de 2011 pela pesquisadora e orientadora, obtendo-se a primeira versão consensual em português (APÊNDICE C).

4.2.3 Avaliação por um Comitê de Juízes

A primeira versão consensual em português foi submetida à apreciação de um Comitê de Juízes com cinco membros selecionados, considerando os seguintes critérios: 1) conhecimento do tema em questão; 2) domínio da língua portuguesa e inglesa e 3) conhecimento da metodologia abordada (adaptação de instrumentos para a língua portuguesa). Foi composto por 1) enfermeira e docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2) enfermeira, nível doutorado, especialista em laboratório da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 3) enfermeira, nível mestrado e integrante do grupo de pesquisa: Grupo de Estudos e Pesquisa em Segurança do Paciente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 4) enfermeira, nível mestrado, especialista em laboratório do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 5) enfermeira do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - USP e doutoranda pelo Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Para cada indivíduo foi enviado um convite para participar do Comitê e da reunião, a versão original em inglês, a primeira versão consensual em português, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Os juízes reuniram-se em 15 de agosto de 2011, juntamente com a pesquisadora e sua orientadora, para a avaliação da validade de face e de conteúdo, das equivalências cultural, conceitual, semântica e idiomática entre a primeira versão consensual em português e a versão original do *MISSCARE.*

Na reunião do Comitê, após a leitura do material em inglês e português foram feitas as discussões acerca da pertinência ou não da tradução de cada um dos itens. As equivalências entre as versões do *MISSCARE* foram estabelecidas quando houve a concordância de, pelo menos, 80% dos avaliadores deste grupo, ou seja, no mínimo quatro. As sugestões para mudanças aceitas pelo comitê, de forma consensual, foram documentadas para modificação do instrumento e a obtenção da segunda versão consensual em português (APÊNDICE D).

4.2.4 Retrotradução *(BackTranslation)*

Após a elaboração da segunda versão do instrumento, realizou-se a tradução para a língua original *(back-translation)* por uma tradutora formada nos Estados Unidos da América, com amplo domínio da língua inglesa e portuguesa, a fim de reduzir as chances de erros e interpretações divergentes. Essa tradutora não apresentava conhecimento dos objetivos do estudo e não conhecia a versão original do instrumento.

Esta versão retrotraduzida foi submetida à apreciação da autora principal do instrumento, Beatrice J. Kalisch, em uma reunião por vídeo conferência por meio do Skype, no dia primeiro de outubro de 2011, resultando na terceira versão consensual em português (APÊNDICE E).

4.2.5 Análise Semântica

Etapa realizada em outubro de 2011 para a avaliação da clareza e compreensão da redação dos 41 itens do instrumento e suas respostas. Foram selecionados três profissionais da equipe de enfermagem atuantes na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas – FMRP/USP: um auxiliar de enfermagem, um técnico de enfermagem e um enfermeiro. Foi solicitado a eles que avaliassem o instrumento e, se necessário, fizessem sugestões quanto a mudanças na redação e na apresentação que contribuíssem para melhor entendimento do público alvo da pesquisa. Apenas o profissional enfermeiro fez sugestões relacionadas às informações gerais dos participantes, porém, sem alterar os seus significados.

A partir daí, obteve-se a quarta versão consensual em português (APÊNDICE F), utilizada na fase seguinte, o pré-teste.

4.2.6 Pré-teste

O pré-teste foi realizado mediante a aplicação do instrumento de coleta de dados, em sua quarta versão consensual em português, a 60 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 14 enfermeiros, 38 auxiliares e oito técnicos de enfermagem da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas – FMRP/USP. Os participantes foram selecionados por sorteio a partir da lista de profissionais atuantes na

instituição no período de estudo. Foram convidados a participar, esclarecidos sobre o propósito da pesquisa e, após concordarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). A pesquisadora coletou os dados por meio de contatos individuais realizados no próprio hospital em horário sugerido pela Diretora da Divisão de Enfermagem de forma a não interferir nas atividades laborais do funcionário e na rotina do setor de atuação do profissional. A duração média da aplicação do *MISSCARE* foi de vinte minutos.

4.2.6.1 Local e população do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) – USP, instituição de referência terciária para pacientes em situação de urgências ou emergências médicas. Atualmente conta com 130 leitos de internação, distribuídos nas unidades: Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulta e Pediátrica, Unidade de Queimados, Semi-Intensivos, Isolamento, Clínica Cirúrgica e Médica, Neurologia, Neurocirurgia, Ginecologia, Pediatria, Moléstias Infecciosas Infantis, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Ortopedia e Psiquiatria. Esse hospital apresenta também, em sua porta de entrada, uma Sala de Estabilização Clínica para pacientes graves e uma Sala de Trauma, além de atendimento às urgências não traumáticas de pacientes menos graves, atendimento de ginecologia, ortopedia e urgências pediátricas. Em 25 de fevereiro de 2011, segundo o Departamento de Recursos Humanos, havia na Unidade de Emergência 75 enfermeiros, 60 técnicos e 325 auxiliares de enfermagem.

4.2.6.2 Coleta dos dados

Os dados foram coletados de forma individual, auto-aplicável, pela autora do estudo, no período de 21 a 28 de outubro de 2011. Os profissionais receberam uma cópia da versão final do instrumento *MISSCARE* em português, cujo preenchimento foi realizado durante o horário de trabalho.

4.3 Procedimentos éticos

O estudo foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) (ANEXO C). Tal procedimento visou atender aos dispositivos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998) os quais regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Na abordagem dos participantes, foram apresentados os objetivos da pesquisa por escrito e verbalmente. Com a concordância deles, houve a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) para assinatura dos envolvidos. Foi assegurada ao participante a privacidade durante o preenchimento do questionário, a sua não identificação e o direito de desistir da participação da pesquisa a qualquer momento.

4.4 Análise dos dados

Para análise, os participantes foram classificados segundo as informações gerais contidas no *MISSCARE*, abrangendo a unidade ou setor de trabalho, nível educacional e formação educacional mais elevada, sexo, idade, cargo ou função no trabalho, número de horas trabalhadas por semana, período de trabalho, tempo de experiência, turno de trabalho, quantidade de horas extras e faltas, planejamento em deixar o cargo, quantidade de pacientes cuidados, número de admissões e altas realizadas e satisfação no trabalho.

As informações coletadas foram submetidas à codificação apropriada a partir da criação de um banco de dados. Foi utilizado o processo de validação dos dados por dupla digitação em planilhas do aplicativo Microsoft Excel. Os cálculos das análises estatísticas foram realizados com o auxílio do Programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 18.0 para cálculo das análises descritivas, de variabilidade (desvio padrão, mínimo e máximo) e de tendência central (média e mediana). As variáveis nominais (qualitativas) foram apresentadas com seus valores relativos e absolutos.

Para o preenchimento dos valores ausentes e aumento do número total de

casos, imputações foram feitas nas partes A e B do instrumento, correspondendo à substituição dos valores não respondidos pelas médias dos sujeitos, a partir das respostas conhecidas de outros itens. Foi realizada também a reversão dos códigos das respostas aos itens de ambas as partes A e B do instrumento, sendo (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1), conforme orientação da autora do instrumento original, por e-mail.

Com base na proposta de reposição ou substituição dos valores não respondidos pela média das respostas dos sujeitos aos itens, foram calculados novos resultados para os itens do *MISSCARE*. Utilizou-se o critério de Cohen e Cohen (1983), que estabelece a eliminação dos sujeitos que não responderam 20% ou mais dos itens do instrumento. Seguindo esse critério, foi necessária a eliminação de três sujeitos.

A consistência interna dos itens do instrumento foi obtida pela estatística alfa de Cronbach.

4.5 Análise das propriedades de medida

4.5.1 Análise da validade

Foram testadas as validades de face e de conteúdo, ambas verificadas pelo consenso obtido pela equipe de especialistas. O nível de concordância estabelecida para os cinco juízes foi de 80%.

4.5.2 Análise da confiabilidade

A análise da confiabilidade do instrumento adaptado pela consistência interna foi realizada pelo cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach, que reflete o grau de covariância dos itens entre si. Esta estatística avalia os itens da escala para determinar se medem o mesmo constructo ou se estão redundantes, sugerindo que poderiam ser descartados para melhorar a homogeneidade do instrumento (PORTNEY; WATKINS, 2009).

5. RESULTADOS

5.1 Adaptação cultural do MISSCARE

5.1.1 Equivalência semântica e idiomática, conceitual e cultural pelo Comitê de Juízes

A equivalência entre as versões do instrumento *MISSCARE* foi estabelecida mediante a concordância de, pelo menos, 80% dos avaliadores do comitê. As sugestões feitas são apresentadas no Quadro 1. Destaca-se que apenas são apresentados os itens do instrumento que foram modificados pelos membros do comitê.

Informações gerais do instrumento *MISSCARE* - primeira versão consensual (ANEXO C)	**Modificações sugeridas**
1. Nome da unidade onde você trabalha	Nome da unidade/setor onde você trabalha
2. Passo a maior parte do meu tempo de trabalho nesta unidade: _____ sim _____ não	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) _____ Bacharelado 4) _____ Pós-Graduação	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) _____Bacharelado fora da área de enfermagem 5) _____ Mestrado ou doutorado em Enfermagem 6)_____ Mestrado ou doutorado em outra área fora da enfermagem	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
6. Faixa etária: 1) _____ Abaixo de 25 anos 2) _____ 25 a 34 anos 3) _____ 35 a 44 anos 4) _____ 45 a 54 anos 5) _____ 55 a 64 anos 6) _____ 65 anos ou mais	Idade (em anos completos): _____

continua...

7. Título/Função no trabalho: 1) _____ Enfermeiro 2) _____ Técnico de enfermagem 3) _____ Auxiliar de enfermagem 4) _____ Enfermeiro chefe da Unidade	Título/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 (marque somente uma opção) 1) _____ menos que 30 horas por semana 2) _____ 30 horas ou mais por semana	Número de horas geralmente trabalhadas por semana na unidade/setor (marque somente uma opção) 1)_____ até 30 horas por semana 2)_____ mais do que 30 horas por semana
9. Horário de trabalho (marque a alternativa que melhor descreve seu horário de trabalho) 1) _____ Diurno (turno de 8 ou 12 horas) 2) _____Vespertino (turno de 8 ou 12 horas) 3) _____ Noturno (turno de 8 ou 12 horas) 4) _____ Rodízio entre diurno, vespertino e noturno	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 sua função:	Tempo de experiência em seu cargo/ função:
12. Em qual turno você trabalha com maior freqüência? 1)_____ 8 horas 2)_____ 10 horas 3)_____ 12 horas 4)_____ rodízio entre 8 e 12 horas 5)_____ Outro [Favor especificar	Em qual turno você trabalha com maior freqüência? 1)_____ 6 horas 2)_____ 8 horas 3)_____ 12 horas 4)_____ rodízio entre 6, 8 ou 12 horas 5)_____ Outro [Favor especifique
14. Nos últimos 3 meses, quantos dias ou turnos você faltou ao trabalho devido à doença, acidente, necessidade extra de descanso etc (excluindo os dias de folga aprovados)? 1) _____ Nenhum 2) _____ 1 dia ou turno 3) _____ 2-3 dias ou turnos 4) _____ 4-6 dias ou turnos 5)_____ Mais que 6 dias ou turnos	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)? 1)_____ Nenhum 2)_____ 1 dia ou turno 3)_____ 2-3 dias ou turnos 4)_____ 4-6 dias ou turnos 5)_____ Mais que 6 dias ou turnos
18. O quanto você está satisfeito em sua posição atual?	O quanto você está satisfeito em seu cargo/função atual?
19. Independente de seu trabalho atual, o quanto você está satisfeito em ser um enfermeiro, técnico, auxiliar de enfermagem ou secretária (o) da unidade?	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 nível do trabalho em equipe desta unidade?	O quanto você está satisfeito com o desempenho do trabalho em equipe desta unidade?
Muito satisfeito Satisfeito Neutro Insatisfeito Muito insatisfeito	Muito satisfeito Satisfeito Nem satisfeito e nem insatisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito
Itens da parte A do instrumento *MISSCARE* (ANEXO C)	**Modificações sugeridas**
9A) Ensino do paciente sobre a doença, testes e estudos de diagnóstico	Ensino do paciente sobre a doença, exames clínico-laboratoriais e exames diagnósticos
12A) Higiene oral	Higiene bucal
13A) Lavagem das mãos	Higienização das mãos
17A) Reavaliação focalizada de acordo com a condição do paciente	Reavaliação focada de acordo com a condição do paciente

continua...

20A) Solicitações para medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos	Solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos
21A) Avaliação da efetividade das medicações	Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados
22A) Participação em discussão interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer
Itens da parte B do instrumento *MISSCARE* (ANEXO C)	**Modificações sugeridas**
4B) Número inadequado de pessoal para a assistência ou secretaria (ex. número inadequado de auxiliares, técnicos ou secretárias etc.)	Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)
6B) Medicações não são disponíveis quando necessárias	Medicamentos não estavam disponíveis quando necessários
9B) Materiais/Equipamentos não estão disponíveis quando necessário	Materiais/Equipamentos não estavam disponíveis quando necessário
10B) Materiais/Equipamentos não funcionam adequadamente quando necessário	Materiais/Equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário
15B) Auxiliares de enfermagem não comunicaram que a assistência não foi realizada	Membros da equipe de enfermagem não comunicaram que a assistência não foi realizada
16B) Profissional está fora da unidade ou não está disponível	O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível

conclusão.

Quadro 1 – Modificações sugeridas pelo comitê de juízes para a segunda versão consensual em português do *MISSCARE*. Ribeirão Preto – SP, 2011.

Nos itens 1e 2 foi acrescentada a palavra ”*setor*”. Em relação ao item 3, a palavra “*bacharelado*” foi substituída por “*ensino superior*”.

No item 4, além da modificação de “*bacharelado*” por “*ensino superior*”, foram acrescentados os termos “*especialização na área de enfermagem*” e “ *especialização fora da área de enfermagem*”. No item 6, substituiu-se “*faixa etária*” por “*idade (em anos completos)*”, retirando-se os intervalos das idades.

No que diz respeito ao item 7, houve mudanças na ordem da redação e acréscimo de novas palavras, como “*Escriturário/Secretário/Auxiliar administrativo da unidade/setor*”, “*Enfermeiro com função administrativa (chefe de unidade/setor, coordenador, gerente)*”. No item 9, trocou-se a palavra “*horário*” por “*período*” e foi excluída a expressão “*turno de 8 ou 12 horas”.*

No item 12 foi trocada a opção de resposta “*10 horas*” por “*6 horas*”. O item 14 sofreu modificações com a exclusão das palavras *“necessidade extra de descanso etc (excluindo os dias de folga aprovados)”,* resultando em “*motivos particulares (excluindo os dias previstos de folga na escala)”.*

Em relação às opções de resposta de satisfação com o trabalho, foi substituído o termo "*neutro*" por "*nem satisfeito e nem insatisfeito*". No item 20, modificou-se a palavra *"nível"* por *"desempenho"*.

Quanto aos itens referentes aos elementos dos cuidados de enfermagem omitidos, foram realizadas modificações no item 9 com a retirada dos termos "*testes e estudos de diagnóstico*" e incluído "*exames clínico-laboratoriais e exames diagnósticos*".

Na parte B do instrumento, que questiona as razões que influenciaram a omissão do cuidado, houve mudanças somente no item 15, com a substituição de "*auxiliares de enfermagem*" por "*membros da equipe de enfermagem*".

A segunda versão consensual em português foi o produto final dessa etapa (APÊNDICE D).

5.1.2 Avaliação da versão retrotraduzida

A partir da comparação entre as versões original e retrotraduzida, a autora Beatrice J. Kalisch sugeriu a modificação do termo do item 15 (parte B do instrumento): **Membros da equipe de enfermagem** por **O auxiliar de enfermagem**, conforme apresentado no instrumento original.

5.1.3 Análise Semântica

Realizada pela aplicação do instrumento *MISSCARE* em uma amostra de três profissionais da equipe de enfermagem do referido hospital. Apenas o enfermeiro apresentou sugestões quanto à melhor compreensibilidade das informações gerais, relatando a necessidade de deixar em aberto questões como o número de horas geralmente trabalhadas por semana na unidade/setor (8), tempo de experiência em seu cargo/função (10), experiência na unidade/setor de internação (11), quantidade de horas extras trabalhadas nos últimos três meses (13) e faltas ao trabalho (14). O restante dos profissionais envolvidos na etapa, o auxiliar e o técnico de enfermagem, após breve leitura do instrumento, não indicaram quaisquer sugestões, referindo que o instrumento apresenta questões de fácil entendimento, sem necessidade de alterações.

5.1.4 Pré-teste

Nessa etapa foram detectadas algumas dificuldades dos participantes, quanto à compreensibilidade do instrumento, não evidenciadas nas etapas anteriores.

No que se refere aos itens das informações gerais, apenas um participante relatou não compreender a questão 16 no que se refere às porcentagens apresentadas.

Na Parte A do instrumento, alguns participantes, principalmente os auxiliares de enfermagem, relataram o não entendimento do significado dos termos *omitido* e *omissão*. Houve necessidade, por parte da pesquisadora, de explicar-lhes o significado. O item 13 (*higienização das mãos*) foi questionado quanto ao sujeito dessa ação, ou seja, alguns profissionais questionaram se essa atividade seria praticada por profissionais ou pacientes. No item 21 (*avaliação da efetividade dos medicamentos administrados)* a palavra *efetividade* não foi compreendida por alguns respondentes.

5.2 Caracterização demográfica da amostra estudada segundo as informações contidas no *MISSCARE*

Quarenta e dois participantes (70%) responderam ao instrumento *MISSCARE* sem omitir quaisquer itens.

Dentre os 60 participantes da pesquisa, 45 (75%) eram do sexo feminino. Quanto à função no trabalho, 38 (63,3%) eram auxiliares de enfermagem, 14 (23,3%) enfermeiros e 8 (13,3%) técnicos de enfermagem. Sete indivíduos eram enfermeiros, porém, dois atuavam como técnicos de enfermagem e cinco como auxiliares de enfermagem.

Observou-se que 91,7% dos profissionais passavam a maior parte do tempo do trabalho no setor.

A caracterização dos participantes da pesquisa de acordo com o setor de trabalho, nível e formação educacional mais elevada, bem como período e turno de trabalho encontra-se descrita na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o setor de trabalho, o nível educacional, a formação educacional mais elevada, o período e o turno de trabalho. Ribeirão Preto – SP, 2011.

Variáveis	f	%
Setor de trabalho		
Sala de Urgência	14	23,3
Neurologia	12	20,0
CTI adulto	10	16,7
Clínica Médica	10	16,7
Clínica cirúrgica	7	11,7
Unidade de Queimados	4	6,7
Unidade coronariana	3	5,0
Total	**60**	**100,0**
Nível educacional		
Ensino Médio	36	60,0
Ensino Superior	15	25,0
Pós-Graduação	8	13,3
Ensino fundamental	1	1,7
Total	**60**	**100,0**
Formação mais elevada		
Técnico em Enfermagem	22	36,7
Auxiliar de enfermagem	15	25,0
Enfermeiro	10	16,7
Especialização na área de Enfermagem	8	13,3
Mestrado ou doutorado em enfermagem	2	3,3
Ensino superior fora da área de enfermagem	2	3,3
Especialização fora da área de enfermagem	1	1,7
Total	**60**	**100,0**
Período de trabalho		
Diurno (manhã e/ou tarde)	26	43,3
Noturno	24	40,0
Rodízio entre diurno, vespertino e noturno	10	16,7
Total	**60**	**100,0**
Turno de trabalho		
6 horas	19	31,7
12 horas	33	55,0
Rodízio entre 6,8 ou 12 horas	8	13,3
Total	**60**	**100,0**

Analisando a Tabela 1, em relação ao setor de trabalho, constata-se o predomínio de profissionais da Sala de Urgência (23,3%), seguidos da Neurologia (20%). Quanto ao nível educacional, destaca-se o ensino médio (60%). Pode-se observar que 50% dos profissionais com curso superior também fizeram pós-graduação, seja “strictu sensu” ou “latu sensu”.

Em relação à formação educacional mais elevada dos sujeitos, seguindo também a categorização do instrumento, observa-se maior frequência de sujeitos na categoria de técnico em enfermagem (36,7%).

Considerando o período e o turno de trabalho, observa-se que poucos faziam rodízio de horário (16,7% e 13,3%, respectivamente). A maioria dos profissionais trabalhava em turnos de 12 horas.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes da pesquisa de acordo com a idade e o número de horas trabalhadas por semana no setor. Ribeirão Preto – SP, 2011.

Variáveis	f	%	Mediana	Média (DP)	Mínimo	Máximo
Idade			39,0	40,4 (9,7)	25	67
25 a 34 anos	21	35,0				
35 a 44 anos	17	28,3				
45 a 54 anos	16	26,7				
55 a 64 anos	4	6,7				
Acima de 65 anos	1	1,7				
Não respondeu	1	1,7				
Total	60	100,0				
Horas/semana			30,0	40,5 (16,4)	30	120
Até 30hs/sem	29	48,3				
Mais do que 30hs/sem	28	46,7				
Não respondeu	3	5,0				
Total	**60**	**100,0**				

Identificou-se que os profissionais tinham, em média, 40,4 anos. O tempo médio de trabalho semanal foi 40,5 horas, com semelhança na frequência do número de profissionais que trabalharam até 30 horas/semana e mais do que 30 horas/semana.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o tempo de experiência no cargo/função e no setor de internação. Ribeirão Preto – SP, 2011.

Variáveis	f	%	Mediana	Média (DP)	Mínimo	Máximo
Tempo de experiência no cargo (meses)			146,5	161,8 (108,3)	2	444
Até 6	1	1,7				
Mais que 6 e até 24	3	5,0				
Mais que 24 e até 60	9	15,0				
Mais que 60 e até 120	10	16,7				
Mais que 120	37	61,7				
Total	60	100,0				
Tempo de experiência no setor (meses)			108,0	121,2 (104,9)	4	444
Até 6	2	3,3				
Mais que 6 e até 24	7	11,7				
Mais que 24 e até 60	16	26,7				
Mais que 60 e até 120	10	16,7				
Mais que 120	24	40,0				
Não respondeu	1	1,7				
Total	**60**	**100,0**				

Identificou-se que a maioria dos profissionais (61,7%) apresentou tempo de experiência no cargo/função de mais de 10 anos, sendo que 40% dos profissionais também atuavam no mesmo local havia mais de 10 anos.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos participantes de acordo com o número de horas extras trabalhadas nos últimos três meses, dias de faltas ao trabalho devido à doença, acidente ou motivos particulares nos últimos três meses, plano de deixar o cargo ou função e a frequência com que sentem o número de funcionários adequado no setor.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes considerando o número de horas extras, os dias de faltas ao trabalho, o plano de deixar o cargo/função atual e a percepção da adequação de funcionários no setor. Ribeirão Preto – SP, 2011.

Variáveis	f	%	Mediana	Média (DP)	Mínimo	Máximo
Horas extras			**36,0**	**94,2 (116,2)**	**0**	**510**
Nenhuma	12	20,0				
Entre 1 e 12 horas	8	13,3				
Mais que 12 horas	35	58,3				
Não respondeu	5	8,3				
Total	60	100,0				
Faltas ao trabalho			**0,0**	**1,4 (4,5)**	**0**	**30**
Nenhuma	40	66,7				
1 dia	9	15,0				
2 – 3 dias	5	8,3				
4 – 6 dias	1	1,7				
Mais que 6 dias	4	6,7				
Não respondeu	1	1,7				
Total	60	100,0				
Plano de deixar o cargo/ função						
Não tem plano para este ano	50	83,3				
Planeja deixar nos próximos 6 meses	4	4,7				
Planeja deixar no próximo ano	4	6,7				
Não respondeu	2	3,3				
Total	60	100,0				
Adequação do número de funcionários						
100% do tempo	2	3,3				
75% do tempo	19	31,7				
50% do tempo	18	30,0				
25% do tempo	9	15,0				
0% do tempo	11	18,3				
Não respondeu	1	1,7				
Total	**60**	**100,0**				

Verificou-se um predomínio de profissionais (58,3%) trabalhando mais que 12 horas extras nos últimos três meses, com média de 94,2 horas, o que equivale a 31,4 horas extras no mês. Quarenta profissionais (66,7%) não faltaram ao trabalho nos últimos três meses.

Mais de 80% dos funcionários não tinham planos de deixar o cargo ou função atual no próximo ano.

Quanto ao número de funcionários no seu local de trabalho, 19 (31,7%) profissionais consideravam que era o adequado em 75% do tempo. Entretanto, 11 (18,3%) consideravam que o número nunca era adequado (0% do tempo).

Na Tabela 5 são apresentados os valores médios, mínimos e máximos do número de pacientes assistidos pelos profissionais participantes do estudo, assim como o número de admissões e altas realizadas no turno ou no último turno trabalhado.

Tabela 5 – Valores médios, mínimos e máximos do número de pacientes atendidos e do número de admissões e altas de pacientes realizadas pelos profissionais no turno de trabalho em que os dados foram coletados. Ribeirão Preto - SP, 2011.

Variáveis	Média (DP)	Mediana	Mínimo	Máximo
Pacientes atendidos	8,83 (7,49)	6,0	1	38
Admissões*	1,73 (2,55)	0,5	0	12
Altas**	1,09 (1,69)	1,0	0	10

* item respondido por 56 participantes ** item respondido por 58 participantes

Tabela 6 – Distribuição dos participantes segundo a satisfação com o cargo/função atual, com a profissão e com o trabalho em equipe na unidade. Ribeirão Preto – SP, 2011.

Variáveis	f (%)	Intervalo	Mediana	Média (DP)
Satisfação com o cargo		**1-5**	**4,0**	**3,7 (0,9)**
Muito satisfeito	8 (13,3)			
Satisfeito	33 (55,0)			
Nem satisfeito e nem insatisfeito	12 (20,0)			
Insatisfeito	5 (8,3)			
Muito insatisfeito	2 (3,3)			
Satisfação com a profissão		**1-5**	**4,0**	**3,9 (0,9)**
Muito satisfeito	16 (26,7)			
Satisfeito	28 (46,7)			
Nem satisfeito e nem insatisfeito	11 (18,3)			
Insatisfeito	4 (6,7)			
Muito insatisfeito	1 (1,7)			
Satisfação com o trabalho em equipe		**1-5**	**3,0**	**3,2 (1,0)**
Muito satisfeito	3 (5,0)			
Satisfeito	26 (43,3)			
Nem satisfeito e nem insatisfeito	17 (28,3)			
Insatisfeito	10 (16,7)			
Muito insatisfeito	4 (6,7)			

Observou-se que, em geral, os participantes apresentaram maiores médias nas variáveis satisfação com a profissão (3,9) e com o cargo (3,7) quando comparadas com o trabalho em equipe (3,2).

Quando analisados segundo a distribuição das respostas nas cinco categorias, constatou-se que a maioria dos participantes estava satisfeita e muito satisfeita, tanto com o seu cargo/função atual (68,3%), como com a profissão (73,4%). Em contraposição, considerando o trabalho em equipe, somente 29 (48,3%) participantes estavam entre muito satisfeitos e satisfeitos e 14 (23,4%) tinham algum grau de insatisfação.

5.3 Frequências de respostas aos itens do MISSCARE

A tabela 7 mostra a distribuição das respostas dos 60 participantes (incluindo aqueles três que foram excluídos por terem deixado de responder a 20% ou mais dos itens) aos itens da parte A do instrumento *MISSCARE*, considerando a frequência com que cada elemento do cuidado foi omitido (sempre, frequentemente, ocasionalmente, raramente e nunca).

Tabela 7 – Distribuição das frequências de respostas aos itens da parte A do instrumento *MISSCARE*. Ribeirão Preto-SP, 2011.

ITEM	OMISSÃO											
	Sempre		Frequentemente		Ocasionalmente		Raramente		Nunca		Não resposta	Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1) Deambulação três vezes por dia	6	(11,1)	8	(14,8)	9	(16,7)	14	(25,9)	17	(31,5)	6	60
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	2	(3,3)	13	(21,7)	23	(38,3)	11	(18,3)	11	(18,3)	0	60
3) Alimentar o paciente enquanto a refeição ainda está quente	3	(5,0)	5	(8,3)	9	(15,0)	22	(36,7)	21	(35,0)	0	60
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	3	(5,0)	4	(6,7)	4	(6,7)	19	(31,7)	30	(50,0)	0	60
5) Administrar os medicamento dentro de 30' do horário prescrito	4	(6,7)	5	(8,3)	8	(13,3)	20	(33,3)	23	(38,3)	0	60
6) Avaliação dos sinais vitais	3	(5,0)	2	(3,3)	7	(11,7)	9	(15,0)	39	(65,0)	0	60
7) Controle do balanço hídrico	7	(11,7)	2	(3,3)	4	(6,7)	17	(28,3)	30	(50,0)	0	60
8) Documentação completa dados	4	(6,8)	4	(6,8)	10	(16,9)	16	(27,1)	25	(42,4)	1	60
9) Ensino ao paciente	5	(9,4)	4	(7,5)	12	(22,6)	16	(30,2)	16	(30,2)	7	60
10) Apoio emocional	2	(3,4)	8	(13,8)	9	(15,5)	16	(27,6)	23	(39,7)	2	60
11) Banho/higiene	3	(5,2)	4	(6,9)	3	(5,2)	10	(17,2)	38	(65,5)	2	60
12) Higiene bucal	3	(5,2)	2	(3,4)	7	(12,1)	15	(25,9)	31	(53,4)	2	60
13) Higienização das mãos	3	(5,2)	4	(6,9)	4	(6,9)	9	(15,5)	38	(65,5)	2	60
14) Planejamento e ensino do paciente para alta	2	(3,6)	6	(10,9)	6	(10,9)	15	(27,3)	26	(47,3)	5	60
15) Controle da glicemia capilar	5	(8,6)	2	(3,4)	2	(3,4)	9	(15,5)	40	(69,0)	2	60
16) Avaliação do paciente a cada turno	4	(6,9)	4	(6,9)	5	(8,6)	19	(32,8)	26	(44,8)	2	60
17) Reavaliação focada de acordo com a condição do paciente	2	(3,5)	6	(10,5)	6	(10,5)	22	(38,6)	21	(36,8)	3	60
18) Cuidados com punção venosa	3	(5,2)	3	(5,2)	4	(6,9)	15	(25,9)	33	(56,9)	2	60
19) Atendimento à chamada do paciente é feita dentro de 5'	5	(9,1)	6	(10,9)	10	(18,2)	16	(29,1)	18	(32,7)	5	60

continua...

ITEM	OMISSÃO											
	Sempre		Frequentemente		Ocasionalmente		Raramente		Nunca		Não resposta	Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
20) Solicitações medicamentos s/n são atendidas em 15'	3	(5,1)	7	(11,9)	5	(8,5)	21	(35,6)	23	(39,0)	1	60
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	3	(5,2)	6	(10,3)	6	(10,3)	12	(20,7)	31	(53,4)	2	60
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar	8	(14,0)	11	(19,3)	10	(17,5)	15	(26,3)	13	(22,8)	3	60
23) Assistência às necessidades higiênicas dentro de 5'da solicitação	3	(5,1)	10	(16,9)	18	(30,5)	14	(23,7)	14	(23,7)	1	60
24) Cuidados com pele/feridas	3	(5,1)	3	(5,1)	8	(13,6)	15	(25,4)	30	(50,8)	1	60

conclusão.

Dezoito dos 24 itens não foram respondidos por todos os participantes, sendo que sete não responderam ao item 9, seis não responderam ao item 1, cinco não responderam aos itens 14 e 19.

No momento da coleta de dados, alguns profissionais argumentaram que certos itens do instrumento não se aplicavam à situação dos pacientes críticos internados em seus setores de trabalho e assim não responderam.

O item 1 *(deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito)* foi relatado como ação impraticável por pacientes acamados e incapazes de deambular. Também referiram, sobre os itens 9 (*ensino ao paciente sobre a doença, exames clinico-laboratoriais e exames diagnósticos)* e 14 (*planejamento e ensino do paciente para alta hospitalar)* que, pela condição clínica dos pacientes internados, realiza-se apenas o ensino à família. O mesmo ocorre com o item 19 (*atendimento à chamada do paciente é feita dentro de cinco minutos)*, atividade não realizada por pacientes cujo comprometimento clínico impossibilita a busca pelos profissionais.

Quanto aos itens 3 (*alimentar o paciente enquanto a refeição ainda está quente)* e 4 (*oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos)*, apesar de todos terem sido respondidos, os participantes relataram que não se aplicam às unidades em que ocorre apenas administração de dietas por sondas e nutrição parenteral total.

O elemento do cuidado referente ao item 2 *(mudar o decúbito do paciente a cada duas horas)* apresentou maior frequência de respostas "sempre, frequentemente e ocasionalmente" (63,3%), seguido do item 23 *(assistência às necessidades higiênicas dentro de 5 minutos da solicitação)* (52,5%), item 22 *(Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer)*(50,8%) e o item 1 *(Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito)* (42,6%).

Identificou-se que três elementos do cuidado obtiveram maior frequência de respostas "raramente e nunca". Isso ocorreu com os itens 15 *(controle da glicemia capilar (glicosimetria/dextro) conforme prescrito)* (84,5%), item 11 *(banho/higiene do paciente/cuidados com a pele)* (82,7%) e item 18 *(Cuidados com punção venosa periférica e central e avaliações de acordo com as normas da instituição)* (82,7%).

A Tabela 8 apresenta a distribuição das frequências de respostas aos itens da Parte B do instrumento *MISSCARE*, referentes às razões para a omissão dos elementos do cuidado de enfermagem.

Tabela 8 – Distribuição das frequências de respostas dos participantes aos itens da parte B do instrumento *MISSCARE*. Ribeirão Preto-SP, 2011.

ITEM/RAZÃO	Significante		Moderada		Pouco Significante		Não razão		Não resposta	Total
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
1) Número inadequado de pessoal	34	(58,6)	8	(13,8)	9	(15,5)	7	(12,1)	2	60
2) Situações de urgência dos pacientes	16	(27,1)	14	(23,7)	5	(8,5)	24	(40,7)	1	60
3) Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes da unidade	18	(30,5)	14	(23,7)	9	(15,3)	18	(30,5)	1	60
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas	23	(39,0)	16	(27,1)	12	(20,3)	8	(13,6)	1	60
5) Distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada	15	(25,4)	15	(25,0)	20	(33,9)	9	(15,3)	1	60
6) Medicamentos não estavam disponíveis quando necessários	15	(25,4)	13	(22,0)	19	(32,2)	12	(20,3)	1	60
7) Passagem de plantão inadequada	8	(13,6)	12	(20,3)	20	(33,9)	19	(32,2)	1	60
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência necessária	6	(10,3)	14	(24,1)	15	(25,9)	23	(39,7)	2	60
9) Materiais/Equipamentos não estavam disponíveis quando necessário	15	(25,4)	10	(16,9)	19	(32,2)	15	(25,4)	1	60
10) Materiais / Equipamentos não funcionaram adequada-mente	17	(28,8)	11	(18,6)	21	(35,6)	10	(16,9)	1	60
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si	15	(25,9)	20	(34,5)	12	(20,7)	11	(19,0)	2	60
12) Tensão ou problemas de comunicação com outros departamentos	8	(13,8)	11	(19,0)	19	(32,8)	20	(34,5)	2	60
13) Tensão ou problemas de comunicação dentro da equipe de enfermagem	10	(17,2)	14	(24,1)	16	(27,6)	18	(31,0)	2	60
14) Tensão ou problemas de comunicação com a equipe médica	10	(17,5)	11	(19,3)	16	(28,1)	20	(35,1)	3	60
15) O auxiliar de enfermagem não comunicou a assistência não realizada	10	(17,2)	16	(27,6)	13	(22,4)	19	(32,8)	2	60
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade	10	(17,2)	17	(29,3)	14	(24,1)	17	(29,3)	2	60
17) Grande quantidade de admissões e altas	14	(24,1)	14	(24,1)	18	(31,0)	12	(20,7)	2	60

Identificou-se que o *número inadequado de pessoal* (item 1) foi a razão mais citada pelos profissionais para a omissão dos cuidados de enfermagem, com 72,4% das respostas abrangendo "razão significante" e razão moderada". Destaca-se também o item 4 *(número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas)* (66,1%), o item 11 *(os membros da equipe não se ajudam entre si)* (60,4%) e o item 3 (*aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes da unidade)* (54,2%).

Nota-se que os itens mais citados, como "razão pouco significante" e "não é uma razão para omissão do cuidado" foram o item 12 *(tensão ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio)* (67,3%), item 7 *(passagem de plantão inadequada do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes)* (66,1%) e item 8 *(outros profissionais da equipe não forneceram a assistência necessária (Ex. fisioterapeuta não faz deambulação do paciente)* (65,6%).

5.3.1 Frequências de respostas aos itens do *MISSCARE* com a substituição dos valores não respondidos pelas médias dos sujeitos nos respectivos domínios

Nas Tabelas 9 e 10 estão apresentadas as novas frequências das respostas aos itens das partes A e B do instrumento *MISSCARE*, após a exclusão de três sujeitos e reposição dos dados, ou seja, referentes aos 57 participantes que preencheram mais de 80% dos itens.

Tabela 9 – Distribuição das frequências de respostas aos itens da parte A do instrumento *MISSCARE*, com reposição dos dados. Ribeirão Preto – SP, 2011.

ITEM	OMISSÃO Sempre n (%)	Frequentemente n (%)	Ocasionalmente n (%)	Raramente n (%)	Nunca n (%)	N
1) Deambulação três vezes por dia	4 (7,0)	8 (14,0)	10 (17,5)	19 (33,3)	16 (28,1)	57
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	2 (3,5)	11 (19,3)	23 (40,4)	11 (19,3)	10 (17,5)	57
3) Alimentar o paciente enquanto a refeição ainda está quente	2 (3,5)	5 (8,8)	9 (15,8)	21 (36,8)	20 (35,1)	57
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	2 (3,5)	4 (7,0)	4 (7,0)	18 (31,6)	29 (50,9)	57
5) Administrar os medicamento dentro de 30' do horário prescrito	3 (5,3)	5 (8,8)	8 (14,0)	19 (33,3)	22 (38,6)	57
6) Avaliação dos sinais vitais	2 (3,5)	2 (3,5)	7 (12,3)	9 (15,8)	37 (64,9)	57
7) Controle do balanço hídrico	6 (10,5)	2 (3,5)	4 (7,0)	16 (28,1)	29 (50,9)	57
8) Documentação completa dados	3 (5,3)	4 (7,0)	10 (17,5)	16 (28,1)	24 (42,1)	57
9) Ensino ao paciente	4 (7,0)	4 (7,0)	12 (21,1)	21 (36,8)	16 (28,1)	57
10) Apoio emocional	1 (1,8)	8 (14,0)	9 (15,8)	16 (28,1)	23 (40,4)	57
11) Banho/higiene	2 (3,5)	4 (7,0)	3 (5,3)	10 (17,5)	38 (66,7)	57
12) Higiene bucal	2 (3,5)	2 (3,5)	7 (12,3)	15 (26,3)	31 (54,4)	57
13) Higienização das mãos	2 (3,5)	4 (7,0)	4 (7,0)	9 (15,8)	38 (66,7)	57
14) Planejamento e ensino do paciente para alta	1 (1,8)	6 (10,5)	6 (10,5)	18 (31,6)	26 (45,6)	57
15) Controle da glicemia capilar	4 (7,0)	2 (3,5)	2 (3,5)	9 (15,8)	40 (70,2)	57
16) Avaliação do paciente a cada turno	3 (5,3)	4 (7,0)	5 (8,8)	19 (33,3)	26 (45,6)	57
17) Reavaliação focada de acordo com a condição do paciente	1 (1,8)	6 (10,5)	6 (10,5)	23 (40,4)	21 (36,8)	57
18) Cuidados com punção venosa	2 (3,5)	3 (5,3)	4 (7,0)	15 (26,3)	33 (57,9)	57

continua...

ITEM	OMISSÃO Sempre n (%)	Frequentemente n (%)	Ocasionalmente n (%)	Raramente n (%)	Nunca n (%)	N
19) Atendimento à chamada do paciente é feita dentro de 5'	4 (7,0)	6 (10,5)	10 (17,5)	19 (33,3)	18 (31,6)	57
20) Solicitações medicamentos s/n são atendidas em 15'	2 (3,5)	7 (12,3)	5 (8,8)	20 (35,1)	23 (40,4)	57
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	2 (3,5)	6 (10,5)	6 (10,5)	11 (19,3)	32 (56,1)	57
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar	6 (10,5)	11 (19,3)	10 (17,5)	16 (28,1)	14 (24,6)	57
23) Assistência às necessidades higiênicas dentro de 5'da solicitação	2 (3,5)	9 (15,8)	18 (31,6)	14 (24,6)	14 (24,6)	57
24) Cuidados com pele/feridas	2 (3,5)	3 (5,3)	8 (14,0)	14 (24,6)	30 (52,6)	57

conclusão.

Comparando-se os dados apresentados nas Tabelas 7 e 9, observa-se que os elementos do cuidado mais omitidos permaneceram os mesmos após a reposição dos dados.

Tabela 10 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da parte B do instrumento *MISSCARE*, com reposição dos dados. Ribeirão Preto – SP, 2011.

ITEM/RAZÃO	Significante n (%)	Moderada n (%)	Pouco Significante n (%)	Não é razão n (%)	N
1) Número inadequado de pessoal	32 (56,1)	8 (14,0)	11 (19,3)	6 (10,5)	57
2) Situações de urgência dos pacientes	16 (28,1)	14 (24,6)	5 (8,8)	22 (38,6)	57
3) Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes da unidade	18 (31,6)	14 (24,6)	9 (15,8)	16 (28,1)	57
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas	22 (38,6)	16 (28,1)	12 (21,1)	7(12,3)	57
5) Distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada	14 (24,6)	15 (26,3)	20 (35,1)	8 (14,0)	57
6) Medicamentos não estavam disponíveis quando necessários	15 (26,3)	12 (21,1)	19 (33,3)	11 (19,3)	57
7) Passagem de plantão inadequada	8 (14,0)	11 (19,3)	19 (33,3)	19 (33,3)	57
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência necessária	7 (12,3)	14 (24,6)	14 (24,6)	22 (38,6)	57
9) Materiais/Equipamentos não estavam disponíveis quando necessário	14 (24,6)	10 (17,5)	19 (33,3)	14 (24,6)	57
10) Materiais/Equipamentos não funcionaram adequadamente	16 (28,1)	11 (19,3)	21 (36,8)	9 (15,8)	57
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si	14 (24,6)	19 (33,3)	12 (21,1)	12 (21,1)	57
12) Tensão ou problemas de comunicação com outros departamentos	9 (15,8)	10 (17,5)	18 (31,6)	20 (35,1)	57
13) Tensão ou problemas de comunicação dentro da equipe de enfermagem	10 (17,5)	13 (22,8)	16 (28,1)	18 (31,6)	57
14) Tensão ou problemas de comunicação com a equipe médica	11 (19,3)	10 (17,5)	16 (28,1)	20 (35,1)	57
15) O auxiliar de enfermagem não comunicou a assistência não realizada	10 (17,5)	14 (24,6)	14 (24,6)	19 (33,3)	57
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade	10 (17,5)	15 (26,3)	15 (26,3)	17 (29,8)	57
17) Grande quantidade de admissões e altas	14 (24,6)	13 (22,8)	18 (31,6)	12 (21,1)	57

Comparando-se os resultados das Tabelas 8 e 10, confirmou-se o fato de que as maiores médias relacionaram-se à maior importância das razões apresentadas no instrumento para a omissão dos cuidados de enfermagem.

Tabela 11 – Distribuição da frequência de respostas sobre a omissão dos cuidados de enfermagem aos 24 itens do instrumento, de acordo com o agrupamento das opções ocasionalmente, frequentemente e sempre. Ribeirão Preto – SP, 2011.

Itens da Parte A do *MISSCARE*	**Omissão do cuidado de enfermagem f (%)**
1) Deambulação três vezes por dia	22 (38,6)
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	36 (63,2)
3) Alimentar o paciente enquanto a refeição ainda está quente	16 (28,1)
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	10 (17,5)
5) Administrar os medicamento dentro de 30' do horário prescrito	16 (28,1)
6) Avaliação dos sinais vitais	11 (19,3)
7) Controle do balanço hídrico	12 (21,1)
8) Documentação completa dados	17 (29,8)
9) Ensino ao paciente	20 (35,1)
10) Apoio emocional	18 (31,6)
11) Banho/higiene	9 (15,8)
12) Higiene bucal	11 (19,3)
13) Higienização das mãos	10 (17,5)
14) Planejamento e ensino do paciente para alta	13 (22,8)
15) Controle da glicemia capilar	8 (14,0)
16) Avaliação do paciente a cada turno	12 (21,1)
17) Reavaliação focada de acordo com a condição do paciente	13 (22,8)
18) Cuidados com punção venosa	9 (15,8)
19)Atendimento à chamada do paciente é feita dentro de 5'	20 (35,1)
20) Solicitações medicamentos s/n são atendidas em 15'	14 (24,6)
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	14 (24,6)
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar	27 (47,4)
23) Assistência às necessidades higiênicas dentro de 5'da solicitação	29 (50,9)
24) Cuidados com pele/feridas	13 (22,8)

A Tabela 11 contém as porcentagens da omissão dos cuidados de enfermagem para os itens da parte A do *MISSCARE*. *Mudar o decúbito do paciente* foi o elemento do cuidado mais omitido e *controle da glicemia capilar*, o menos omitido. Confirma-se, portanto, que as maiores médias significaram maior omissão dos cuidados de enfermagem.

5.4 Estatística descritiva do instrumento *MISSCARE* na amostra estudada após a substituição dos valores não respondidos pelas médias dos sujeitos nos respectivos domínios

A análise dos resultados descritivos foi realizada por meio da soma das respostas dos profissionais aos 24 itens da parte A do *MISSCARE* (intervalo possível de 24-120), aos 17 itens da parte B (intervalo possível de 17-68) e pela média das respostas a esses itens (intervalo possível de 1 a 5 e 1 a 4, respectivamente), após a inversão dos itens com valores contrários ou reversos.

Conforme o método do trabalho, aos itens que não obtiveram respostas foram atribuídos valores iguais às médias das respostas dos sujeitos aos demais itens do instrumento.

A Tabela 12 apresenta a estatística descritiva da resposta dos participantes aos 24 itens da parte A do instrumento *MISSCARE*. Contempla as medidas de tendência central e dispersão dos referidos itens após a reposição ou substituição desses valores. Os resultados foram avaliados, considerando-se que valores maiores correspondem à maior omissão dos cuidados de enfermagem.

Tabela 12 – Estatística descritiva do *MISSCARE*, intervalo obtido, mediana, media, DP dos escores de cada um dos 24 itens da parte A do instrumento entre os 57 participantes. Ribeirão Preto – SP, 2011.

MISSCARE	Intervalo obtido	Mediana	Média	DP
Total dos 24 itens	24-110	43,0	48,4	20,2
Média dos 24 itens	1- 4,6	1,8	2,0	0,8
ITENS				
1) Deambulação três vezes por dia	1-5	2,0	2,4	1,2
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	1-5	3,0	2,7	1,1
3) Alimentar o paciente enquanto a refeição ainda está quente	1-5	2,0	2,1	1,1
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	1-5	1,0	1,8	1,1
5) Administrar os medicamento dentro de 30' do horário prescrito	1-5	2,0	2,1	1,2
6) Avaliação dos sinais vitais	1-5	1,0	1,6	1,1
7) Controle do balanço hídrico	1-5	1,0	1,9	1,3
8) Documentação completa dados	1-5	2,0	2,0	1,2
9) Ensino ao paciente	1-5	2,0	2,3	1,2
10) Apoio emocional	1-5	2,0	2,1	1,1
11) Banho/higiene	1-5	1,0	1,6	1,1
12) Higiene bucal	1-5	1,0	1,7	1,0
13) Higienização das mãos	1-5	1,0	1,6	1,1
14) Planejamento e ensino do paciente para alta	1-5	2,0	1,9	1,1
15) Controle da glicemia capilar	1-5	1,0	1,6	1,2
16) Avaliação do paciente a cada turno	1-5	2,0	1,9	1,1
17) Reavaliação focada de acordo com a condição do paciente	1-5	2,0	2,0	1,0
18) Cuidados com punção venosa	1-5	1,0	1,7	1,0
19) Atendimento à chamada do paciente é feita dentro de 5'	1-5	2,0	2,3	1,2
20) Solicitações medicamentos s/n são atendidas em 15'	1-5	2,0	2,0	1,1
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	1-5	1,0	1,8	1,2
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar	1-5	2,0	2,6	1,3
23) Assistência às necessidades higiênicas dentro de 5'da solicitação	1-5	3,0	2,5	1,1
24) Cuidados com pele/feridas	1-5	1,0	1,8	1,1

Para os resultados totais dos escores obtidos para a parte A do instrumento *MISSCARE*, os participantes apresentaram uma média de 48,4, com desvio-padrão 20,2. É importante lembrar que quanto maior o valor total dos escores da escala, maior a omissão dos cuidados de enfermagem, em um intervalo possível de 24 a 120.

Observa-se que houve pequena variação nas médias dos escores para todos os itens, variando entre 1,6 e 2,7 (desvio-padrão = 1,0-1,3).

Os elementos do cuidado que obtiveram as maiores médias e, portanto, mais omitidos, foram item 2 (*mudar o decúbito do paciente a cada duas horas)* (2,7); item 22 (*participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer)* (2,6); item 23 (*assistência às necessidades higiênicas dentro de 5 minutos da solicitação)* (2,5) e item 1 (*deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito)* (2,4).

Em relação aos elementos do cuidado menos omitidos, que apresentaram médias menores, destacam-se o item 6 *(avaliação dos sinais vitais)* (1,6), item 11 *(banho/higiene)* (1,6), item 13 *(higienização das mãos)* (1,6), item 15 *(controle da glicemia capilar)* (1,6), item 12 *(higiene bucal)* (1,7) e item 18 *(cuidados com punção venosa)* (1,7).

Na Tabela 13 são apresentados os resultados descritivos para os itens da parte B do instrumento. Os resultados foram avaliados considerando que valores maiores correspondem à maior importância das razões apresentadas no instrumento pelas quais o cuidado é omitido pelos profissionais da equipe de enfermagem.

Tabela 13 - Estatística descritiva do *MISSCARE*, intervalo obtido, mediana, média, DP dos escores de cada um dos 17 itens da parte B do instrumento entre os 57 participantes. Ribeirão Preto – SP, 2011.

MISSCARE	Intervalo obtido	Mediana	Média	DP
Total dos 17 itens	17-68	43,0	41,8	12,5
Média dos 17 itens	1-4	2,5	2,4	0,7
ITENS				
1) Número inadequado de pessoal	1-4	4,0	3,1	1,1
2) Situações de urgência dos pacientes	1-4	3,0	2,4	1,3
3) Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes da unidade	1-4	3,0	2,6	1,2
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas	1-4	3,0	2,9	1,0
5) Distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada	1-4	3,0	2,6	1,0
6) Medicamentos não estavam disponíveis quando necessários	1-4	2,0	2,5	1,1
7) Passagem de plantão inadequada	1-4	2,0	2,1	1,0
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência necessária	1-4	2,0	2,1	1,1
9) Materiais/Equipamentos não estavam disponíveis quando necessário	1-4	2,0	2,4	1,1
10) Materiais/Equipamentos não funcionaram adequadamente	1-4	2,0	2,6	1,1
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si	1-4	3,0	2,6	1,1
12) Tensão ou problemas de comunicação com outros departamentos	1-4	2,0	2,1	1,1
13) Tensão ou problemas de comunicação dentro da equipe de enfermagem	1-4	2,0	2,3	1,1
14) Tensão ou problemas de comunicação com a equipe médica	1-4	2,0	2,2	1,1
15) O auxiliar de enfermagem não comunicou a assistência não realizada	1-4	2,0	2,3	1,1
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade	1-4	2,0	2,3	1,1
17) Grande quantidade de admissões e altas	1-4	2,0	2,5	1,1

Para os resultados totais dos escores obtidos para a parte B do instrumento, obteve-se a média de 41,8 com desvio-padrão 12,5. Observa-se que houve pequena variação nas médias dos escores para todos os itens, variando entre 2,1 e 3,1 (desvio-padrão = 1,0-1,3) e mediana de 2,0 a 4,0.

Identificou-se que a maior média foi encontrada no item 1 (*número inadequado de pessoal*), com valor 3,1. Em seguida destacam-se o item 4 *(número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas)* (2,9); item 3 *(aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes da unidade)* (2,6); item 5 *(distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada)* (2,6); item 10

(materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente) (2,6) e item 11 *(os membros da equipe não se ajudam entre si)* (2,6), sendo as razões mais citadas para a omissão dos cuidados de enfermagem.

Verifica-se, por outro lado, que as seguintes razões obtiveram as menores médias: *passagem de plantão inadequada* (item 7); *outros profissionais da equipe não forneceram a assistência necessária* (item 8); *tensão ou problemas de comunicação com outros departamentos* (item 12) e *tensão ou problemas de comunicação com a equipe médica* (item 14).

5.5 Análise da confiabilidade do *MISSCARE* na amostra estudada

Na Tabela 14, apresentam-se os resultados obtidos relacionados ao valor do alfa de Cronbach do *MISSCARE* para as partes A e B, respectivamente com 24 e 17 itens.

O fator 1 (comunicação) é composto pelo agrupamento dos itens: Distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada (5); Passagem de plantão inadequada do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes (7); Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência necessária (8); Os membros da equipe não se ajudam entre si (11); Tensão ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio (12); Tensão ou problemas de comunicação dentro da equipe de enfermagem (13); Tensão ou problemas de comunicação com a equipe médica (14); O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada (15); O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível (16).

Itens relacionados aos recursos materiais: Medicamentos não estavam disponíveis quando necessários (6); Materiais/Equipamentos não estavam disponíveis quando necessário (9); Materiais/Equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário (10).

Recursos laborais: Número inadequado de pessoal (1); Situações de urgência dos pacientes (Ex. a piora da condição de um paciente) (2); Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes da unidade (3); Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número

inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros) (4); Grande quantidade de admissões e altas (17).

Tabela 14 - Valores do coeficiente α de Cronbach para as partes A e B do *MISSCARE*. Ribeirão Preto – SP, 2011.

MISSCARE	**alfa de Cronbach**	**Número de itens**
PARTE A	0, 964	24
PARTE B	0, 924	17
Fator 1 – Comunicação	0, 906	09
Fator 2 – Recursos Materiais	0,797	3
Fator 3 – Recursos Laborais	0,785	5

Conclui-se que as partes A e B do instrumento apresentaram uma boa consistência interna, com valores acima de 0,70, considerados aceitáveis para a confiabilidade.

6. DISCUSSÃO

Partindo da afirmação de Kalisch, Landstrom e Hinshaw (2009), de que a omissão de cuidados é um fenômeno universal e generalizável em múltiplas situações clínicas e de que o fenômeno precisa ser estudado dentro de um contexto teórico e em diversos contextos culturais, optou-se neste estudo pela adaptação cultural e validação inicial do instrumento *MISSCARE* para o Brasil.

Pesquisas com enfoque na segurança do paciente, nos elementos dos cuidados básicos de enfermagem e na assistência em serviços de saúde têm sido realizadas no país por vários autores, porém relacionadas à mensuração dos resultados da assistência ou em indicadores, como erros na administração de medicamentos, ocorrência de eventos adversos como úlcera por pressão, taxas de quedas e outros (MIASSO; CASSIANI, 2005; NASCIMENTO et al., 2008; ROTTA, 2004; SILVA; CASSIANI, 2004). Os métodos utilizados nesses estudos não permitem, todavia, a identificação da omissão de elementos do cuidado assim como as razões apresentadas pelos profissionais visando ao enfrentamento do problema, o que será possível com o uso do instrumento *MISSCARE* na versão brasileira quando sua validação iniciada neste estudo estiver completa. A coleta e a análise dos dados relativos à omissão de cuidados em unidades de internação hospitalar, como parte da criação de uma cultura institucional de segurança e qualidade, pode permitir a identificação detalhada e honesta acerca das falhas e omissões do cuidado de enfermagem e, uma vez reconhecido o problema, torna-se possível determinar suas causas e propor soluções.

A intenção com este estudo é contribuir para uma assistência de qualidade, em que os riscos oriundos de erros humanos sejam reduzidos. Por isso resolveu-se adaptar para o Brasil o instrumento *MISSCARE*, que avalia a percepção da equipe de enfermagem quanto à omissão dos cuidados de enfermagem e às razões para a não prestação desses cuidados. O instrumento original mostrou propriedades psicométricas adequadas em sua avaliação. Entretanto, há poucas publicações referentes ao uso do referido instrumento, sendo essas relacionadas ao seu desenvolvimento e à preliminar validação das suas propriedades psicométricas.

Há apenas dois estudos que investigaram conceitos similares ao *Missed Nursing Care*. Segundo Kalisch, Tschannen e Lee (2011), Sochalski (2004) verificou a relação entre o pessoal de enfermagem e a qualidade do cuidado, mostrando que a qualidade foi significativamente relacionada às taxas de cuidados de enfermagem não finalizados. Já Schubert et al. (2008) encontraram que, embora o pessoal de

enfermagem tenha relatado baixos níveis de não realização da assistência, esses foram preditores de seis resultados: satisfação dos pacientes, erros de enfermagem relacionados às medicações, quedas, infecções nosocomiais, úlcera por pressão e outros incidentes críticos envolvendo pacientes.

O processo adotado para a adaptação cultural e validação inicial do instrumento *MISSCARE* para o Brasil seguiu as recomendações preconizadas pela literatura nacional e internacional. A equivalência semântica e idiomática, conceitual e cultural foi estabelecida por comitê de cinco juízes e foi obtida mediante a concordância dos avaliadores em pelo menos 80%. A versão retro-traduzida foi aprovada pela autora principal do instrumento, Dra. Beatrice J. Kalisch.

No pré-teste do instrumento, realizado com 60 profissionais da equipe de enfermagem da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas – FMRP/USP, evidenciou-se uma boa aceitação pela equipe, visto que 70 % responderam a 100% dos itens.

Considerando-se as características sócio-demográficas dos profissionais, identificou-se maior número de indivíduos do sexo feminino, na categoria auxiliar de enfermagem, com ensino médio, idade média de 40,4 anos e trabalhando em turnos de 12 horas. Pesquisadores afirmam que os horários do pessoal de enfermagem são problema para todos os gerentes e que, na presença de déficit de recursos humanos, os líderes utilizam várias combinações de horários para preencher suas necessidades de pessoal, embora devam ter cautela devido às implicações desses arranjos no trabalho da equipe assim como na segurança do paciente e qualidade do cuidado (KALISCH; BEGENY; ANDERSON, 2008).

Estudos evidenciam que, quando a mesma equipe trabalha junto com maior freqüência, existe redução de custos, melhora na satisfação de profissionais e pacientes e na comunicação entre os membros da equipe e na qualidade do cuidado. Kalisch, Begeny e Anderson (2008) avaliaram os efeitos dos horários do pessoal de enfermagem de um hospital norte-americano. De acordo com esses autores, a atuação dos profissionais nos mesmos horários ou plantões (8 ou 12 horas), favoreceu a redução nos múltiplos *handoffs* e *n*o número de diferentes indivíduos na unidade. Quase todos os profissionais sentiram melhorias no trabalho em equipe e na continuidade do cuidado. Os pesquisadores afirmam a importância da estabilidade da equipe, tanto no desempenho clínico, quanto no relacionamento interpessoal.

Por *handoff* (ou *handover)* entende-se a comunicação relacionada ao processo de transferência de informações sobre os pacientes entre os profissionais de saúde de um turno para outro ou na transferência entre unidades de internação ou de uma instituição para outra e mesmo entre profissionais, pacientes e/ou familiares. O objetivo é garantir continuidade e segurança do cuidado. A transferência de informação essencial e da responsabilidade do cuidado do paciente é um componente integral da comunicação do cuidado em saúde e as quebras na comunicação influenciam a continuidade do cuidado, adequação do tratamento e o potencial de danos ao paciente (FRIESEN; WHITE; BYERS, 2008; WHO, 2007).

No presente estudo, os participantes trabalhavam, em média, 40,5 horas por semana. Não houve diferenças significativas entre o número de profissionais que realizavam até 30 horas/semana e acima desse valor. A maioria apresentou tempo de experiência acima de 10 anos, tanto no cargo/função quanto no setor de atuação. Interessante considerar os resultados de dois estudos da autora do instrumento *MISSCARE*, em que o pessoal de enfermagem, com menos anos de experiência, reportou menor omissão dos cuidados de enfermagem e maiores índices de trabalho em equipe (KALISCH et al., 2011; KALISCH; LEE, 2010).

Os profissionais realizaram, em média, 31,4 horas extras por mês. Elevada proporção dos participantes não faltou ao trabalho nos últimos três meses anteriores à coleta de dados, nem possuía planos de deixar o cargo ou função atual no próximo ano. Poucos consideraram suficiente o número de funcionários em seus setores.

O estudo de Kalisch et al. (2011) identificou que membros da equipe de enfermagem com maior número de faltas ao trabalho relataram maior omissão dos cuidados, sugerindo que estes indivíduos podem não ter fortes conexões ou responsabilidades com a unidade de enfermagem e os objetivos do cuidado.

Em outro estudo feito pelos mesmos autores (KALISCH; TSCHANNEN; LEE, 2011), conduzido com o objetivo de examinar a relação entre as características do pessoal de enfermagem e a omissão dos cuidados de enfermagem, em hospitais norte-americanos de cuidados agudos, identificou-se que quanto maior o índice de absenteísmo, maiores os níveis de omissão do cuidado.

No Brasil, pesquisa identificou que os profissionais de nível fundamental e médio afastam-se mais do trabalho do que os profissionais de nível superior e também encontrou um maior número de atestados médicos para os auxiliares de

enfermagem. Segundo os autores, esses resultados podem ser explicados pelas más condições de trabalho, pela natureza das atividades realizadas por esses profissionais que são muitas vezes repetitivas e monótonas, com desgaste físico e emocional (COSTA, VIEIRA; SENA, 2009).

Considerando a satisfação do profissional, a maioria dos participantes apresentou-se satisfeita com o cargo e com a profissão, fato que não ocorreu com o desempenho do trabalho em equipe. Esses resultados despertam a atenção uma vez que, de acordo com a literatura, níveis mais elevados de trabalho em equipe e percepções de adequação da equipe, levam à maior satisfação com o cargo/função atual e também com a profissão (KALISCH; LEE; ROCHMAN, 2010).

Kalisch e Lee (2010) examinaram o efeito do trabalho em equipe na omissão dos cuidados de enfermagem. Comprovaram que o nível do trabalho em equipe na enfermagem, em unidades de internação hospitalares para cuidados agudos, traz impactos para o processo do cuidado. Quanto maior o desempenho do trabalho em equipe da unidade, menor omissão foi relatada. Segundo os autores, isso ocorre porque os membros acreditam que a equipe é mais importante do que o profissional isoladamente, ou seja, o trabalho não pertence apenas ao profissional designado para o paciente.

Segundo Kalisch, Lee e Rochman (2010), a satisfação com o trabalho é fortemente associada à rotatividade e à intenção de deixar o cargo por parte do pessoal de enfermagem. Se não há satisfação, maior a probabilidade de os profissionais deixarem o cargo e apresentarem menores níveis de produtividade, o que justifica a importância da compreensão dos fatores que determinam a satisfação do pessoal. Segundo esses autores, as pesquisas referem relacionamentos colaborativos como preditores importantes de satisfação no trabalho para todos os profissionais de saúde. Destaca-se que estas afirmações são feitas com base em estudos realizados no contexto norte-americano, podendo não ser verdadeiras para o contexto nacional em que o emprego público tem a característica de estabilidade e o profissional, mesmo insatisfeito, pode permanecer no cargo.

Pesquisa de Aiken et al. (2002) identificou o impacto dos níveis de pessoal de enfermagem nos resultados assistenciais em 168 hospitais de cuidados agudos dos Estados Unidos. Revelou que elevada exaustão emocional e maior insatisfação no trabalho foram fortemente associadas às taxas enfermeiro/paciente. Afirmam que o aumento de um paciente por enfermeiro aumenta em 7% a mortalidade de

pacientes cirúrgicos, aumenta em 23% as chances de os profissionais apresentarem *burnout* e, em 15%, a probabilidade de insatisfação no trabalho. Outro achado importante é que, embora 43% dos enfermeiros que relataram exaustão emocional e insatisfação no trabalho tenham tido a intenção de deixar o cargo dentro de 12 meses, 11% dos enfermeiros que não apresentaram *burnout* e permaneciam satisfeitos em seu trabalho possuíam a intenção de sair.

Em outro estudo, Kalisch e Tschannen (2011) verificaram a relação entre omissão do cuidado de enfermagem e satisfação. Notaram que quanto maior a percepção de omissão, mais elevada era a insatisfação com o trabalho. O pessoal de enfermagem que relatou reduzida omissão obteve maior satisfação com seu trabalho e ocupação. Enfatizaram também que enfermeiros são completamente cientes da omissão do cuidado e quando há efeitos negativos, sua satisfação diminui.

Neste estudo, a média de pacientes cuidados foi de 8,83. Quanto às admissões e altas observaram-se valores pequenos, provavelmente pela não realização dessas atividades por técnicos e auxiliares em diversos setores, e somente por enfermeiros, segundo os relatos feitos pelos participantes na coleta de dados. A grande diferença entre o número mínimo e máximo de pacientes cuidados pelos profissionais ocorreu provavelmente pela heterogeneidade dos setores de internação e de cuidados críticos.

Dentre os 24 itens da parte A do instrumento *MISSCARE*, que representam os cuidados que são omitidos, aqueles que obtiveram as maiores médias e, portanto, foram os mais omitidos, são relacionados às ações para prevenção de úlcera por pressão como mudança de decúbito, atendimento às necessidades de higiene logo após a solicitação e deambulação. Por outro lado, a avaliação dos sinais vitais, banho/higiene, higienização das mãos, controle da glicemia capilar, higiene bucal e cuidados com punção venosa foram os elementos menos omitidos.

Kalisch et al. (2011) obtiveram resultados semelhantes nos Estados Unidos e afirmaram que, diante da perspectiva clínica, esses cuidados menos omitidos são obviamente percebidos pelos outros profissionais quando não realizados e são rotineiramente monitorados pelas gerências de enfermagem. Ao contrário, deambulação de pacientes não é geralmente registrada na documentação de enfermagem. Há menos chance de outros membros da equipe perceberem a

omissão deste cuidado. Juntamente com a mudança de decúbito, esses cuidados consomem tempo e podem exigir auxílio de outros profissionais, que podem não estar disponíveis. É possível que estes elementos do cuidado não sejam vistos como importantes pelo pessoal de enfermagem, apesar de sua forte relação com os resultados assistenciais.

Em relação aos 17 itens da parte B do instrumento, referentes às razões pelas quais o cuidado é omitido pelos profissionais da equipe de enfermagem, as maiores médias foram obtidas nos itens relacionados aos recursos humanos como o número inadequado de pessoal, aumento do número e gravidade dos pacientes e desequilíbrio na distribuição do número de pacientes por profissional. Esses resultados também coincidem com o estudo norte-americano já citado (KALISCH et al., 2011).

Concordamos com Higa e Trevisan (2005) que, no Brasil, o cenário de saúde apresenta vários aspectos a serem superados e que as organizações hospitalares vêm apresentando instabilidade política, econômica e tecnológica, o que compromete a qualidade dos serviços prestados.

Estudo realizado por Teixeira (2007), em uma unidade de clínica médica de um hospital no interior do Estado de São Paulo, verificou 74 erros de medicação, sendo que os erros de dose, erros de horário e medicações não autorizadas foram os mais frequentes. Desses, 4,1% foram omissões relacionadas à dificuldade de acesso à rede venosa do paciente, à modificação dos horários prescritos e à não administração de determinados fármacos. A maioria dos erros ocorreu no período diurno. A autora ainda afirma que lapsos e falta de atenção são alguns elementos relacionados às falhas decorrentes de omissões.

Chianca (2006) analisou as falhas cometidas pela equipe de enfermagem durante a assistência a pacientes em pós-operatório imediato, em 10 hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. Encontrou que atividades importantes deixaram de ser realizadas, como cuidados com drenos e cateteres durante o transporte dos pacientes, colocação do paciente em local seguro, observância de não fazer comentários inconvenientes durante o cuidado. Houve falta de vigilância do paciente e do ambiente por parte dos membros da equipe de enfermagem, falhas na manutenção e testes de equipamentos, o paciente era abandonado mesmo sob efeito de anestésicos, falta de conhecimento acerca da atuação em situações de instabilidade hemodinâmica e emergências, extubação acidental e quedas durante

transportes. A pesquisa ainda relata situações gravíssimas de omissão, em que o paciente apresentou edema de glote e não havia laringoscópio na sala; secreção orotraqueal que não foi aspirada no momento adequado. A ausência de habilidade e atenção foi determinante nesses erros ocorridos durante a assistência de enfermagem.

Estudo desenvolvido em um hospital público do estado do Amazonas analisou os eventos adversos relacionados a medicamentos e verificou que o erro de omissão ocorreu em 8,5% dos casos identificados e foram relacionados à indisponibilidade dos fármacos e à não administração intencional do medicamento (LUIZ NETO, 2010).

Torres, Andrade e Santos (2005) avaliaram o desempenho dos profissionais de enfermagem quanto à execução de acesso venoso periférico em um hospital geral de grande porte do interior do Estado de São Paulo. Identificaram mediana de acerto de 78%, sendo as atividades com desempenho inadequado a lavagem das mãos antes e após o procedimento, a falta de orientação ao paciente acerca do procedimento, as mãos não enluvadas no instante do procedimento e o uso de torniquete.

Pesquisa de Coli, Anjos e Pereira (2010) verificou a postura dos enfermeiros diante de erros originados de procedimentos de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva adulto de um hospital privado da cidade de São Paulo. Percebeu-se nos relatos tanto o reconhecimento da importância de se comunicar o erro, como sua omissão. Os profissionais também demonstraram que o erro é abafado, especialmente com o envolvimento de maior número de indivíduos. Omitem o erro ao saberem que não haverá consequências imediatas ao paciente.

Para Freitas, Oguisso e Merighi (2006), diante da ocorrência de erros envolvendo profissionais de enfermagem, a ênfase é dada à punição, em detrimento da análise e do estudo das causas desses eventos. Portanto, os profissionais têm medo de comunicar os erros e são perdidas as chances de aprendizagem com as próprias falhas. Assim, torna-se necessária uma mudança no enfoque dos estudos, buscando a obtenção de uma visão sistêmica para o problema e a interrelação da estrutura com o processo e os resultados da assistência.

Bento (2007), ao analisar o efeito da alocação de pessoal e da carga de trabalho de enfermagem nos resultados assistenciais de duas unidades de terapia intensiva de um hospital privado no município de São Paulo, identificou que os

eventos adversos ocorreram mesmo com a presença de um quantitativo de pessoal real maior do que o recomendado. Porém, permanenceu a dúvida se a menor proporção de pacientes que sofreram eventos adversos, em uma das unidades, não seria decorrente da disponibilidade maior de horas de enfermagem diante das requeridas pelos pacientes.

Por isso destaca-se o estudo mais recente conduzido por Gonçalves (2011). A pesquisadora também analisou a alocação da equipe de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos em quatro unidades de terapia intensiva de um hospital universitário do município de São Paulo. Seus resultados evidenciaram que a alocação inadequada da equipe de enfermagem está associada com a ocorrência de eventos adversos. Concluiu que quanto maior a diferença entre o número de horas de enfermagem disponíveis e as horas de cuidado requeridas pelos pacientes, menor foi a frequência de eventos adversos e incidentes.

Segundo Magalhães, Riboldi e Agnol (2009), apesar de a enfermagem visar a integralidade das ações assistenciais, a elevada demanda de atividades e de pacientes dificulta a interação do profissional com pacientes e familiares. Devido a questões orçamentárias, lideranças de enfermagem encontram resistências para a adequação do número de pessoal às necessidades institucionais.

Gonçalves (2011) destaca que é de fundamental relevância modificar as condições de trabalho, com o envolvimento das lideranças de enfermagem na identificação de soluções e de novos modelos de gestão, a fim de garantir o planejamento consistente e sistemático das necessidades de cuidado para uma assistência segura aos pacientes.

Gelbcke et al. (2009), ao refletirem sobre a liderança da enfermagem em ambientes de cuidados críticos, relatam a importância da responsabilização no cuidado ao paciente no que concerne à integralidade do cuidado. Destacam o estabelecimento de mudanças no cotidiano dos serviços de saúde e a necessidade de tomada de decisões rápidas e seguras, de modo que cada membro da equipe de enfermagem atue com eficiência e competência nas atividades assistenciais. Segundo os autores, a liderança da enfermagem deve atuar no planejamento do cuidado, nas situações de conflito ético e advogar em favor do paciente pela monitorização de indicadores de qualidade na unidade e supervisão da assistência.

Kalisch, Mclaughlin e Dabney (2012), em pesquisa realizada nos Estados Unidos com a proposta de verificar a extensão da percepção dos pacientes acerca

dos cuidados de enfermagem omitidos, identificaram que há uma ampla área do cuidado que pode ser reportável pelos pacientes, quando esses têm adequada capacidade mental e percepção do ambiente. Destacam que o conhecimento dos pacientes pode clarear variáveis adicionais que interferem na assistência de enfermagem e que, ao considerar as omissões, é importante reconhecer a necessidade do empoderamento dos indivíduos no controle de sua própria saúde. Afirmam que esta é uma filosofia do cuidado em saúde que parte do pressuposto de que resultados ótimos das intervenções são alcançados quando os pacientes tornam-se participantes ativos do seu cuidado e que corrobora o fato de que pacientes são capazes de modificar seus comportamentos, a situação social e as organizações ao seu redor.

Com relação à confiabilidade do instrumento *MISSCARE*, na versão em português, esta foi verificada pela consistência interna de seus itens, obtida pelo alfa de Cronbach. Os resultados obtidos para as partes A e B foram adequados, com valores acima de 0,70. Para os três fatores da parte B do instrumento, os valores dos alfas foram semelhantes aos valores obtidos pela versão original, sendo que o fator comunicação apresentou o maior valor, seguido de recursos materiais e recursos laborais.

É importante enfatizar que a confiabilidade e a validade não são propriedades fixas de uma escala. Em vez disso, é uma função do instrumento, do grupo no qual está sendo utilizado e das circunstâncias. É incorreto discorrer sobre a confiabilidade de uma escala, pois uma escala que é confiável em um conjunto de circunstâncias pode não ser confiável em outras condições diferentes. Deve-se abordar a confiabilidade de uma escala aplicada em uma população específica para uma determinada proposta (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

Este estudo apresentou resultados da validação de face e conteúdo do instrumento *MISSCARE* na versão em português e da avaliação inicial de suas propriedades psicométricas. Futuramente, o instrumento será submetido a novos estudos para a avaliação de propriedades psicométricas adicionais a fim de viabilizar a sua utilização no contexto brasileiro.

O uso do instrumento em organizações hospitalares poderá fornecer informações críticas sobre o que realmente está acontecendo (ou não) na ponta da entrega do cuidado de enfermagem e fornecer meios de melhorar a assistência, por meio de informações para guiar as mudanças necessárias. Segundo a autora

principal do instrumento original, a parte B, em especial, possui o potencial de identificar barreiras ou áreas problemáticas que necessitam correção (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

Acredita-se que a disponibilidade dessa ferramenta também permitirá aos pesquisadores o estudo do impacto da omissão dos cuidados de enfermagem nos resultados assistenciais, tais como as quedas, UPP e infecção hospitalar, assim como as variáveis organizacionais, exemplificadas pelos índices de absenteísmo, *turnover* e trabalho em equipe. O instrumento poderá auxiliar a obtenção de novos conhecimentos na área de segurança do paciente e ações visando às práticas não punitivas que encorajem a notificação dos erros de omissão e a análise consistente de suas causas, com vistas à melhoria da assistência, aos prejuízos causados aos pacientes e à satisfação profissional.

7. CONCLUSÃO

Os processos de adaptação cultural e validação inicial da versão em português do *MISSCARE* foram conduzidos neste estudo de acordo com a literatura científica. Apresentou os resultados da validade de face e conteúdo e avaliação inicial de suas propriedades psicométricas. Novos estudos serão realizados posteriormente para a avaliação de propriedades psicométricas adicionais a fim de viabilizar a sua utilização no Brasil.

O pré-teste do instrumento realizado com 60 profissionais, evidenciou uma boa aceitação pelos participantes, visto que 70% responderam a todos os itens. Concluímos que a versão adaptada do instrumento *MISSCARE* manteve as equivalências cultural, conceitual, semântica e idiomática, confirmando a validade de face e de conteúdo de acordo com a avaliação do comitê de juízes. Mostrou um valor adequado de alfa de Cronbach, indicando sua confiabilidade pela consistência interna de seus itens na amostra estudada.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática da segurança do paciente, com especial enfoque nos erros de omissão na enfermagem, vem recebendo atenção crescente nas últimas décadas e, diante disso, a validação de instrumentos de medida requer estudos adicionais, não podendo se limitar apenas a um trabalho inicial. A utilização do *MISSCARE* em uma amostra maior, composta de participantes de diferentes instituições hospitalares e em diferentes regiões do país, poderá trazer informações significativas e uma melhor representatividade da realidade brasileira, em relação ao fenômeno da omissão dos cuidados de enfermagem.

Devem ser assinaladas algumas limitações deste estudo, como o número reduzido de participantes, insuficiente para satisfazer algumas pressuposições estatísticas teóricas exigidas nas análises, o que requer a verificação dos resultados psicométricos em uma maior amostra de profissionais. A adaptação e a validação de um instrumento confirmam-se em um processo de múltiplas etapas, necessitando de resultados satisfatórios para a sua disponibilização e aplicação de forma confiável.

Acredita-se que a disponibilidade desta ferramenta é passo fundamental para a garantia da segurança dos pacientes internados, a partir da obtenção de novos conhecimentos e ações que encorajem a notificação dos erros de omissão e a análise contínua de suas causas, visando à melhor qualidade assistencial, à satisfação profissional e à redução dos prejuízos causados aos pacientes.

REFERÊNCIAS[*]

[*] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

AIKEN, L. H.; CLARKE, S. P.; SLOANE, D. M.; SOCHALSKI, J.; SILBER, J. H. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 288, n. 16, p. 1987-1993, 2002.

BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, Philadelphia, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BENTO, S. C. T. **Efeitos da alocação de recursos humanos e de carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidade de terapia intensiva.** 2007. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa nacional das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 1, de 13 de junho de 1988. Normas de pesquisa em saúde: aspectos éticos da pesquisa em seres humanos. Brasília, DF, 1998.

CALIRI, M. H. L. **A utilização da pesquisa na prática clínica de enfermagem. Limites e possibilidades.** 2002. 143 f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CASSIANI, S. H. B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 1, p. 95-99, 2005.

CHA, E. S.; KIM, K. H.; ERLEN, J. A. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 58, n. 4, p. 386-395, 2007.

CHIANCA, T. C. M. Falhas de enfermagem no pós-operatório imediato de pacientes cirúrgicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 879-886, 2006.

COHEN, J.; COHEN, P. **Applied multiple regression/correlation for the behavioral sciences.** 2nd ed. Hillsdale: N.J., 1983.

COLI, R. C. P.; ANJOS, M. F.; PEREIRA, L. L. Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensive frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 324-330, 2010.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira**

de Enfermagem, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009.

COSTA, R. A.; SHIMIZU, H. E. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 654-662, 2005.

COSTA, R. A.; SHIMIZU, H. E. Estudo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros em um hospital-escola. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 418-426, 2006.

DEVON, H. A.; BLOCK, M. E.; MOYLE-WRIGHT, P.; ERNST, D. M.; HAYDEN, S. J.; LAZZARA, D. J.; SAVOY, S. M.; KOSTAS-POLSTON, E. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 39, n. 2, p. 155-164, 2007.

ESCHEVARRIA-GUANILO, M. E. "**Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS":** adaptação transcultural e validação preliminar. 2005. 161 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FEGADOLLI, C. **Adaptação transcultural e validação do instrumento DISABKIDS – 37 para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas:** fase I. 2008. 162 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

FERREIRA, E. **Adaptação cultural da "Burn Specific Health Scale – Revised" (BSHS – R):** versão para brasileiros que sofreram queimaduras. 2006. 131 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FERRER, M.; ALONSO, J.; PRIETO, L.; PLAZA, V.; MONSÓ, E.; MARRADES, R. Validity and reliability of the St George´s Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **European Respiratory Journal**, Copenhagen, v. 9, p. 1160-1166, 1996.

FREITAS, G. F.; OGUISSO, T.; MERIGHI, M. A. B. Ocorrências éticas de enfermagem: cotidiano de enfermeiros gerentes e membros da comissão de ética de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 497-502, 2006.

FRIESEN, M. A.; WHITE, S. V.; BYERS, J. F. Handoffs: implications for nurses. In: HUGHES, R. G. **Patient safety and quality:** an evidence-based handbook for nurses. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/qual/nurseshdbk/>. Acesso em: 15 mai. 2012.

GELBCKE, F. L.; SOUZA, L. A.; SASSO, G. M. D.; NASCIMENTO, E.; BULB, M. B. C. Liderança ambientes de cuidados críticos: reflexes e desafios à enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 136-139, 2009.

GONÇALVES, L. A. **Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes.** 2011. 163 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. E. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 46, n. 12, p. 1412-1432, 1993.

HIGA, E. F. R.; TREVIZAN, M. A. Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 59-64, 2005.

IM, E. O.; PAGE, R.; LIN, L. C.; TSAI, H. M.; CHENG, C. Y. Rigor in cross-cultural nursing research. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 41, p. 891-899, 2004.

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

KALISCH, B. J. Missed nursing care: view from the hospital bed. **Reflections of Nursing Leadership**, Indianapolis, v. 36, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.reflectionsonnursingleadership.org/pages/home.aspx>. Acesso em: 20 mai. 2010.

KALISCH, B. J.; AEBERSOLD, M. Interruptions and multitasking in nursing care. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Oakbrook Terrace, v. 36, n. 3, p. 126-132, 2010.

KALISCH, B. J.; BEGENY, S.; ANDERSON, C. The effect of consistent nursing shifts on teamwork and continuity of care. **Journal of Nursing Administration,** Wakefield, v. 38, n. 3, p. 132-137, 2008.

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

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

KALISCH, B. J.; LEE, K. H. The impact of teamwork on missed nursing care. **Nursing Outlook**, St. Louis, v. 58, n. 5, p. 233-241, 2010.

KALISCH, B. J.; LEE, H.; ROCHMAN, M. Nursing staff teamwork and job satisfaction. **Journal of Nursing Management,** Oxford, v. 18, p. 938-947, 2010.

KALISCH, B. J.; McLAUGHLIN, M.; DABNEY, B. W. Patient perceptions of missed nursing care. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety,** Oakbrook Terrace, v. 38, n. 4, p. 161-167, 2012.

KALISCH, B. J.; TSCHANNEN, D. Does missed nursing care predict job satisfaction? **Journal of Healthcare Management**, Chicago, v. 56, n. 2, p. 117-133, 2011.

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

KALISCH, B. J.; TSCHANNEN, D.; LEE, K. H. Do staffing levels predict missed nursing care? **International Journal for Quality in Health Care,** Oxford, v. 23, n. 3, p. 302-308, 2011.

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

KESZEI, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research,** Oxford, v. 68, p. 319-323, 2010.

LIU, Y.; KALISCH, B. J.; ZHANG, L.; XU, J. Perception of safety culture by nurses in hospitals in China. **Journal of Nursing Care Quality**, Frederick, v. 24, n. 1, p. 63-68, 2009.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem, métodos, avaliação, crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUIZ NETO, M. **Incidentes críticos relacionados aos eventos adversos a medicamentos em uma unidade de clínica médica de um hospital publico do Estado do Amazonas.** 2010. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

MAGALHÃES, A. M. M.; RIBOLDI, C. O.; AGNOL, C. M. D. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 608-612, 2009.

MANEESRIWONGUL, W.; DIXON, J. K. Instrument translation process: a methods review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 48, n. 2, p. 175-186, 2004.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 136-144, 2005.

NASCIMENTO, C. C. P.; TOFFOLETTO, M. C.; GONÇALVES, L. A.; FREITAS, W. G.; PADILHA, K. G. Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 746-751, 2008.

PADULA, C. A.; HUGHES, C.; BAUMHOVER, L. Impact of a nurse-driven mobility protocol on functional decline in hospitalized older adults. **Journal of Nursing Care Quality**, Frederick, v. 24, n. 4, p. 325-331, 2009.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POMPEO, D. A.; PINTO, M. H.; CESARINO, C. B.; ARAUJO, R. R. D. F.; POLETTI, N. A. A. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 345-350, 2007.

PORTNEY, L. G.; WATKINS, M. P. **Foundations of clinical research – Applications to practice.** 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall, 2009.

ROTTA, C. S. G. **Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial.** 2004. 142 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SCHUBERT, M.; GLASS, T. R.; CLARKE, S. P.; AIKEN, L. H.; SCHAFFERT-WITVLIET, B.; SLOANE, D. M.; DE GEEST, S. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the intenational hospital outcomes study. **International Journal For Quality in Health Care,** Oxford, v. 20, n. 4, p. 227-237, 2008.

SILVA, A. E. B. C.; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: uma visão sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na medicação. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 279-285, 2004. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em: 12 fev. 2011.

SOCHALSKI, J. Is more better? The relationship between nurse staffing and the

quality of nursing care in hospitals. **Medical Care,** Philadelphia, v. 42, p. 67-73, 2004. Supplement 2.

TEIXEIRA, T. C. A. **Análise de causa raiz dos erros de medicação em uma unidade de internação de um hospital universitário.** 2007. 172 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

TORRES, M. M.; ANDRADE, D.; SANTOS, C. B. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 299-304, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions**. Geneva, 2007. v. 1: solution 3.

APÊNDICES

APÊNDICE A (Comitê de Juizes) - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Lillian Dias Castilho Siqueira, enfermeira e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (EERP-USP), venho por meio deste convidá-lo(a) a participar do Comitê de Juízes da pesquisa intitulada: "Adaptação cultural e validação para uso no Brasil do instrumento *MISSCARE*: contribuição para o mapeamento de riscos para a segurança do paciente hospitalizado*",* cujo objetivo é adaptar para o idioma português um instrumento que mensura o fenômeno da omissão ou falta de prestação dos cuidados de enfermagem.

Ao concordar em participar do Comitê de Juízes, você receberá a Versão Original do Instrumento em Inglês e uma Versão em Português para que faça a validação da aparência e conteúdo em uma reunião de consenso entre os juízes eu e minha orientadora na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em local e horário a ser agendado, com tempo previsto de quatro horas.

Caso você concorde em participar assine esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma cópia do documento pertence a você. Ao assinar esse termo, você estará ciente de que:

- Sua participação na pesquisa será como juiz e a finalidade será validar o conteúdo e aparência desse instrumento, em reunião de consenso.
- Esta pesquisa não oferece riscos ou desconfortos e seu sigilo e privacidade serão mantidos.
- Estará livre para recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo.
- Não haverá nenhum custo e nem remuneração pela sua participação.
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não.

Agradeço sua atenção e coloco-me à sua disposição para quaisquer esclarecimentos, pessoalmente, por e-mail ldcsiqueira@usp.br ou pelos telefones (16) 3602-4764; (14) 3221-3060.

Atenciosamente,

Lillian Dias Castilho Siqueira

Eu, _____, aceito participar no Comitê de Juízes como juiz e estou ciente de que as informações serão tratadas sigilosamente, e caso não queira mais participar da pesquisa, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Ribeirão Preto, _____, de _____de 2011

_____

Assinatura do participante (juiz)

_____ _____

Profa. Dra Maria Helena Larcher Caliri
Docente da EERP – USP
Av: Bandeirantes, 3900 – RP
Tel: (0xx16) 3602- 4764

Lillian Dias Castilho Siqueira
Mestranda – EERP - USP
Joaquim Nabuco, 450 – Marília/SP
Tel (0xx14)3221-3060

APÊNDICE B – Participante - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Lillian Dias Castilho Siqueira, enfermeira e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (EERP-USP), venho por meio deste convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada: "Adaptação cultural e validação para uso no Brasil do instrumento *MISSCARE*: contribuição para o mapeamento de riscos para a segurança do paciente hospitalizado*",* cujo objetivo é traduzir e adaptar para o idioma português um instrumento que mensura o fenômeno da omissão ou falta de prestação dos cuidados de enfermagem.

Ao concordar em participar eu lhe entregarei um instrumento no formato de questionário para ser preenchido e devolvido em data e local a ser combinado, no Hospital das Clinicas, Unidade de Emergência.

Caso você concorde em participar, assine o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias e uma cópia do documento ficará com você. Ao assinar esse termo, você estará ciente de que:

- A pesquisa não oferece riscos ou desconfortos e o sigilo e privacidade serão mantidos.
- Estará livre para recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo.
- Não haverá nenhum custo e nem remuneração pela sua participação.
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não.

Agradeço sua atenção e coloco-me a sua disposição para quaisquer esclarecimentos, pessoalmente, por e-mail ldcsiqueira@usp.br ou pelos telefones (16) 3602-4764; (14) 3221-3060.

Atenciosamente,

Lillian Dias Castilho Siqueira

Eu, _____, aceito participar da pesquisa e estou ciente de que as informações serão tratadas sigilosamente, e caso não queira mais participar, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Ribeirão Preto, _____, de _____de 2011

_____

Assinatura do participante

_____ _____

Profa. Dra Maria Helena Larcher Caliri
Docente – EERP/USP
Av: Bandeirantes, 3900 - RP
Tel: (0xx16) 3602- 4764

Lillian Dias Castilho Siqueira
Mestranda- EERP/USP
Joaquim Nabuco, 450 – Marília/SP
Tel (0xx14)3221-3060

APÊNDICE C - (Primeira versão consensual em português)

Informação geral

1. Nome da unidade onde você trabalha _____

2. Passo a maior parte do meu tempo de trabalho nesta unidade: ___sim __ não

3. Nível educacional mais elevado:
   1)_____ Ensino fundamental
   2)_____ Ensino médio
   3)_____ Bacharelado
   4)_____ Pós-Graduação

4. Qual é a sua formação educacional mais elevada:
   1)_____ Auxiliar de enfermagem
   2)_____ Técnico em enfermagem
   3)_____ Enfermeiro
   4)_____Bacharelado fora da área de enfermagem
   5)_____Mestrado ou doutorado em enfermagem
   6)_____Mestrado ou doutorado em outra área fora da enfermagem

5. Sexo: Feminino_____ Masculino _____

6. Faixa etária:
   1) _____ abaixo de 25 anos
   2) _____ 25 a 34 anos
   3) _____ 35 a 44 anos
   4) _____ 45 a 54 anos
   5) _____ 55 a 64 anos
   6) _____ 65 anos ou mais

7. Título/Função no trabalho:
   1)_____ Enfermeiro
   2)_____ Técnico de enfermagem
   3)_____ Auxiliar de enfermagem
   4)_____ Enfermeiro chefe da Unidade

8. Número de horas geralmente trabalhadas por semana (marque <u>somente</u> uma opção)
   1)_____ menos que 30 horas por semana
   2)_____ 30 horas ou mais por semana

9. Horário de trabalho (marque a alternativa que <u>melhor</u> descreve seu horário de trabalho)
   1)_____ Diurno (turno de 8 ou 12 horas)
   2)_____Vespertino (turno de 8 ou 12 horas)
   3)_____ Noturno (turno de 8 ou 12 horas)
   4)_____ Rodízio entre diurno, vespertino e noturno

10. Tempo de experiência em sua função:
   1)_____ Até 6 meses
   2)_____ Mais que 6 meses e até 2 anos
   3)_____ Mais que 2 e até 5 anos
   4)_____ Mais que 5 e até 10 anos
   5)_____ Mais que 10 anos

11. Experiência na unidade de internação de paciente onde você trabalha atualmente:
   1)_____ Até 6 meses
   2)_____ Mais que 6 meses e até 2 anos
   3)_____ Mais que 2 e até 5 anos
   4)_____ Mais que 5 e até 10 anos

5)_____ Mais que 10 anos

12. Em qual turno você trabalha com maior freqüência?
1)_____ 8 horas
2)_____ 10 horas
3)_____ 12 horas
4)_____ Rodízio entre 8 e 12 horas
5)_____ Outro [Favor especificar

13. Nos últimos 3 meses, quantas horas extras você trabalhou?
1)_____ Nenhuma
2)_____ Entre 1 e 12 horas
3)_____ Mais que 12 horas

14. Nos últimos 3 meses, quantos dias ou turnos você faltou ao trabalho devido à doença, acidente, necessidade extra de descanso etc (excluindo os dias de folga aprovados)?
1)_____ Nenhum
2)_____ 1 dia ou turno
3)_____ 2-3 dias ou turnos
4)_____ 4-6 dias ou turnos
5)_____ Mais que 6 dias ou turnos

15. Você planeja deixar sua função atual?
1)_____ nos próximos 6 meses
2)_____ no próximo ano
3)_____ não tenho planos para este ano

16. Com que freqüência você sente que o número de funcionários da sua unidade é adequado?
1)_____ 100% do tempo
2)_____ 75% do tempo
3)_____ 50% do tempo
4)_____ 25% do tempo
5)_____ 0% do tempo

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

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

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

Por favor, marque uma resposta para cada questão

	Muito satisfeito	**Satisfeito**	**Neutro**	**Insatisfeito**	**Muito insatisfeito**
18. O quanto você está satisfeito em sua posição atual?					
19.Independente de seu trabalho atual, o quanto você está satisfeito em ser um enfermeiro, técnico, auxiliar de enfermagem ou secretária(o) da unidade?					
20. O quanto você está satisfeito com o nível do trabalho em equipe desta unidade?					

Parte A – Omissão de cuidado de enfermagem

Os membros da equipe de enfermagem freqüentemente têm múltiplas demandas em seu trabalho, o que requer a reorganização de prioridades, não realizando todos os cuidados necessários aos pacientes. Considerando o seu conhecimento, com qual freqüência os seguintes elementos dos cuidados de enfermagem são omitidos pelos membros da equipe de enfermagem (incluindo você) na sua unidade? Marque somente uma alternativa para cada item.

	Sempre omitido	**Frequentemente omitido**	**Ocasionalmente omitido**	**Raramente omitido**	**Nunca omitido**
1) Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito					
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas					
3) Alimentar o paciente enquanto a refeição ainda está quente					
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 – entrada e saída					
8) Documentação completa de todos os dados necessários					
9) Ensino ao paciente sobre a doença, testes e estudos de diagnóstico					
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família					
11) Banho/higiene do paciente/ cuidados com a pele					
12) Higiene oral					
13) Lavagem das mãos					
14) Planejamento e ensino do paciente para alta hospitalar					

15) Controle da glicemia capilar (glicosimetria/dextro) conforme prescrito					
16) Avaliação do paciente a cada turno					
17)Reavaliação focalizada de acordo com a condição do paciente					
18) Cuidados com punção venosa periférica e central e avaliações de acordo com as normas da instituição					
19) Atendimento à chamada do paciente é feita dentro de cinco minutos.					
20) Solicitações para medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos					
21) Avaliação da efetividade das medicações					
22) Participação em discussão interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer					
23) Assistência às necessidades higiênicas dentro de 5 minutos da solicitação					
24) Cuidados com pele/feridas					

Parte B - Razões para a Omissão dos Cuidados de Enfermagem

Pensando sobre as omissões do cuidado de enfermagem por toda equipe de enfermagem de sua unidade (como você indicou na Parte 1 desta pesquisa), indique as RAZÕES pelas quais o cuidado de enfermagem é omitido na sua unidade. *Marque somente uma alternativa para cada item.*

	RAZÃO Significante	**RAZÃO Moderada**	**RAZÃO Pouco Significante**	**Não é uma RAZÃO para omissão do cuidado**
1) Número inadequado de pessoal				
2) Situações de urgência dos pacientes (Ex. a piora da condição de um paciente)				
3) Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes da unidade				
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou secretaria (ex. número inadequado de auxiliares, técnicos ou secretárias etc.)				
5) Distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada				
6) Medicações não são disponíveis quando necessárias				
7) Passagem de plantão inadequada do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes				
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência necessária (Ex. fisioterapeuta não faz deambulação do paciente)				
9) Materiais/Equipa-mentos não estão disponíveis quando necessário				
10) Materiais/Equipa-mentos não funcionam adequadamente quando necessário				
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si				
12) Tensão ou problemas de				

comunicação com outros departamentos de apoio				
13)Tensão ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM				
14) Tensão ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA				
15) Auxiliares de enfermagem não comunicaram que a assistência não foi realizada				
16) Profissional está fora da unidade ou não está disponível				
17) Grande quantidade de admissões e altas				

APÊNDICE D - (Segunda versão consensual em português)

Informação geral

1. Nome da unidade/setor onde você trabalha _____

2. Passo a maior parte do meu tempo de trabalho nesta unidade/setor: ___sim __ não

3. Nível educacional mais elevado:
   1)_____ Ensino fundamental
   2)_____ Ensino médio
   3)_____ Ensino Superior
   4)_____ Pós-Graduação

4. Qual é a sua formação educacional mais elevada:
   1)_____ Auxiliar de enfermagem
   2)_____ Técnico em enfermagem
   3)_____ Enfermeiro
   4)_____Ensino superior fora da área de enfermagem
   5)_____Especialização na área de Enfermagem
   6)_____Especialização fora da área de Enfermagem
   7)_____ Mestrado ou doutorado em Enfermagem
   8)_____ Mestrado ou doutorado fora da área de enfermagem

5. Sexo: Feminino_____ Masculino _____

6. Idade (em anos completos): _____

7. Cargo/Função no trabalho:
   1)_____ Escriturário/Secretário/Auxiliar administrativo da unidade/setor
   2)_____ Auxiliar de enfermagem
   3)_____ Técnico em enfermagem
   4)_____Enfermeiro
   5)_____ Enfermeiro com função administrativa (chefe de unidade/setor, coordenador, gerente)
   6)_____Outro (por favor, especifique): _____

8. Número de horas geralmente trabalhadas por semana na unidade/setor (marque <u>somente</u> uma opção)
   1)_____ até 30 horas por semana
   2)_____ mais do que 30 horas por semana

9. Período de trabalho (marque a alternativa que <u>melhor</u> 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:
   1)_____ Até 6 meses
   2)_____ Mais que 6 meses e até 2 anos
   3)_____ Mais que 2 e até 5 anos
   4)_____ Mais que 5 e até 10 anos
   5)_____ Mais que 10 anos

11. Experiência na unidade/setor de internação de paciente onde você trabalha atualmente:
   1)_____ Até 6 meses
   2)_____ Mais que 6 meses e até 2 anos
   3)_____ Mais que 2 e até 5 anos
   4)_____ Mais que 5 e até 10 anos
   5)_____ Mais que 10 anos

12. Em qual turno você trabalha com maior freqüência?
    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?
    1)_____ Nenhuma
    2)_____ Entre 1 e 12 horas
    3)_____ Mais que 12 horas

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)?
    1)_____ Nenhum
    2)_____ 1 dia ou turno
    3)_____ 2-3 dias ou turnos
    4)_____ 4-6 dias ou turnos
    5)_____ Mais que 6 dias ou turnos

15. Você planeja deixar seu cargo/função atual?
    1)_____ nos próximos 6 meses
    2)_____ no próximo ano
    3)_____ não tenho planos para este ano

16. Com que freqüência você sente que o número de funcionários na sua unidade/setor é adequado?
    1)_____ 100% do tempo
    2)_____ 75% do tempo
    3)_____ 50% do tempo
    4)_____ 25% do tempo
    5)_____ 0% do tempo

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

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

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

Por favor, marque uma resposta para cada questão

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

Parte A – Omissão de cuidado de enfermagem

Os membros da equipe de enfermagem freqüentemente têm múltiplas demandas em seu trabalho, o que requer a reorganização de prioridades, não realizando todos os cuidados necessários aos pacientes. Considerando o seu conhecimento, com qual freqüência os seguintes elementos dos cuidados de enfermagem são omitidos pelos membros da equipe de enfermagem (incluindo você) na sua unidade? Marque somente uma alternativa para cada item.

	Sempre omitido	**Freqüentemente omitido**	**Ocasionalmente omitido**	**Raramente omitido**	**Nunca Omitido**
1) Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito					
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas					
3) Alimentar o paciente enquanto a refeição ainda está quente					
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 – entrada e saída					
8) Documentação completa de todos os dados necessários					
9) Ensino ao paciente sobre a doença, exames clínico-laboratoriais e exames diagnósticos					
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família					
11) Banho/higiene do paciente/cuidados com a pele					
12) Higiene bucal					
13) Higienização das mãos					
14) Planejamento e ensino do paciente para alta hospitalar					

15) Controle da glicemia capilar (glicosimetria/dextro) conforme prescrito					
16) Avaliação do paciente a cada turno					
17)Reavaliação focada de acordo com a condição do paciente					
18) Cuidados com punção venosa periférica e central e avaliações de acordo com as normas da instituição					
19) Atendimento à chamada do paciente é feita dentro de cinco minutos.					
20) 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) Assistência às necessidades higiênicas dentro de 5 minutos da solicitação					
24) Cuidados com pele/feridas					

Parte B - Razões para a Omissão dos Cuidados de Enfermagem

Pensando sobre as omissões do cuidado de enfermagem por toda equipe de enfermagem de sua unidade (como você indicou na Parte 1 desta pesquisa), indique as RAZÕES pelas quais o cuidado de enfermagem é omitido na sua unidade. *Marque somente uma alternativa para cada item.*

	RAZÃO Significante	**RAZÃO Moderada**	**RAZÃO Pouco Significante**	**Não é uma RAZÃO para omissão do cuidado**
1) Número inadequado de pessoal				
2) Situações de urgência dos pacientes (Ex. a piora da condição de um paciente)				
3) Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes da unidade				
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)				
5) Distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada				
6) Medicamentos não estavam disponíveis quando necessários				
7) Passagem de plantão inadequada do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes				
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência necessária (Ex. fisioterapeuta não faz deambulação do paciente)				
9) Materiais/Equipa-mentos não estavam disponíveis quando necessário				
10) Materiais/Equipa-mentos não funcionaram adequada-mente quando necessário				
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si				
12) Tensão ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio				
13)Tensão ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM				
14) Tensão ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA				
15) Membros da equipe de enfermagem não				

comunicaram que a assistência não foi realizada				
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível				
17) Grande quantidade de admissões e altas				

APÊNDICE E - (Terceira versão consensual em português)

Informação geral

1. Nome da unidade/setor onde você trabalha _____

2. Passo a maior parte do meu tempo de trabalho nesta unidade/setor: ___sim __ não

3. Nível educacional mais elevado:
   1)_____ Ensino fundamental
   2)_____ Ensino médio
   3)_____ Ensino Superior
   4)_____ Pós-Graduação

4. Qual é a sua formação educacional mais elevada:
   1)_____ Auxiliar de enfermagem
   2)_____ Técnico em enfermagem
   3)_____ Enfermeiro
   4)_____Ensino superior fora da área de enfermagem
   5)_____Especialização na área de Enfermagem
   6)_____Especialização fora da área de Enfermagem
   7)_____ Mestrado ou doutorado em Enfermagem
   8)_____ Mestrado ou doutorado fora da área de enfermagem

5. Sexo: Feminino_____ Masculino _____

6. Idade (em anos completos): _____

7. Cargo/Função no trabalho:
   1)_____ Escriturário/Secretário/Auxiliar administrativo da unidade/setor
   2)_____ Auxiliar de enfermagem
   3)_____ Técnico em enfermagem
   4)_____Enfermeiro
   5)_____ Enfermeiro com função administrativa (chefe de unidade/setor, coordenador, gerente)
   6)_____Outro (por favor, especifique): _____

8. Número de horas geralmente trabalhadas por semana na unidade/setor (marque <u>somente</u> uma opção)
   1)_____ até 30 horas por semana
   2)_____ mais do que 30 horas por semana

9. Período de trabalho (marque a alternativa que <u>melhor</u> 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:
   1)_____ Até 6 meses
   2)_____ Mais que 6 meses e até 2 anos
   3)_____ Mais que 2 e até 5 anos
   4)_____ Mais que 5 e até 10 anos
   5)_____ Mais que 10 anos

11. Experiência na unidade/setor de internação de paciente onde você trabalha atualmente:
   1)_____ Até 6 meses
   2)_____ Mais que 6 meses e até 2 anos
   3)_____ Mais que 2 e até 5 anos
   4)_____ Mais que 5 e até 10 anos
   5)_____ Mais que 10 anos

12. Em qual turno você trabalha com maior freqüência?
    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?
    1)_____ Nenhuma
    2)_____ Entre 1 e 12 horas
    3)_____ Mais que 12 horas

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)?
    1)_____ Nenhum
    2)_____ 1 dia ou turno
    3)_____ 2-3 dias ou turnos
    4)_____ 4-6 dias ou turnos
    5)_____ Mais que 6 dias ou turnos

15. Você planeja deixar seu cargo/função atual?
    1)_____ nos próximos 6 meses
    2)_____ no próximo ano
    3)_____ não tenho planos para este ano

16. Com que freqüência você sente que o número de funcionários na sua unidade/setor é adequado?
    1)_____ 100% do tempo
    2)_____ 75% do tempo
    3)_____ 50% do tempo
    4)_____ 25% do tempo
    5)_____ 0% do tempo

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

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

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

Por favor, marque uma resposta para cada questão

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

Parte A – Omissão de cuidado de enfermagem

Os membros da equipe de enfermagem freqüentemente têm múltiplas demandas em seu trabalho, o que requer a reorganização de prioridades, não realizando todos os cuidados necessários aos pacientes. Considerando o seu conhecimento, com qual freqüência os seguintes elementos dos cuidados de enfermagem são omitidos pelos membros da equipe de enfermagem (incluindo você) na sua unidade? Marque somente uma alternativa para cada item.

	Sempre omitido	**Freqüentemente omitido**	**Ocasionalmente omitido**	**Raramente omitido**	**Nunca Omitido**
1) Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito					
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas					
3) Alimentar o paciente enquanto a refeição ainda está quente					
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 – entrada e saída					
8) Documentação completa de todos os dados necessários					
9) Ensino ao paciente sobre a doença, exames clínico-laboratoriais e exames diagnósticos					
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família					
11) Banho/higiene do paciente/cuidados com a pele					
12) Higiene bucal					
13) Higienização das mãos					
14) Planejamento e ensino do paciente para alta hospitalar					
15) Controle da glicemia capilar (glicosimetria/dextro) conforme prescrito					

16) Avaliação do paciente a cada turno					
17)Reavaliação focada de acordo com a condição do paciente					
18) Cuidados com punção venosa periférica e central e avaliações de acordo com as normas da instituição					
19) Atendimento à chamada do paciente é feita dentro de cinco minutos.					
20) Solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos					
21) Avaliação da efetividade dos medica-mentos administrados					
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer					
23) Assistência às necessidades higiênicas dentro de 5 minutos da solicitação					
24) Cuidados com pele/feridas					

Parte B - Razões para a Omissão dos Cuidados de Enfermagem

Pensando sobre as omissões do cuidado de enfermagem por toda equipe de enfermagem de sua unidade (como você indicou na Parte 1 desta pesquisa), indique as RAZÕES pelas quais o cuidado de enfermagem é omitido na sua unidade. *Marque somente uma alternativa para cada item.*

	RAZÃO Significante	**RAZÃO Moderada**	**RAZÃO Pouco Significante**	**Não é uma RAZÃO para omissão do cuidado**
1) Número inadequado de pessoal				
2) Situações de urgência dos pacientes (Ex. a piora da condição de um paciente)				
3) Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes da unidade				
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)				
5) Distribuição de pacientes por profissio-nal não é equilibrada				
6) Medicamentos não estavam disponíveis quando necessários				
7) Passagem de plantão inadequada do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes				
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência necessária (Ex. fisioterapeuta não faz deambulação do paciente)				
9) Materiais/Equipa-mentos não estavam disponíveis quando necessário				
10) Materiais/Equipa-mentos não funcionaram adequadamente quando necessário				
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si				
12) Tensão ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio				
13)Tensão ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM				
14) Tensão ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA				

15) O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada				
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível				
17) Grande quantidade de admissões e altas				

APÊNDICE F - (Quarta versão consensual em português)

Informação geral

1. Nome da unidade/setor onde você trabalha _____

2. Passo a maior parte do meu tempo de trabalho nesta unidade/setor: ___sim __ não

3. Nível educacional mais elevado:
   1)_____ Ensino fundamental
   2)_____ Ensino médio
   3)_____ Ensino Superior
   4)_____ Pós-Graduação

4. Qual é a sua formação educacional mais elevada:
   1)_____ Auxiliar de enfermagem
   2)_____ Técnico em enfermagem
   3)_____ Enfermeiro
   4)_____Ensino superior fora da área de enfermagem
   5)_____Especialização na área de Enfermagem
   6)_____Especialização fora da área de Enfermagem
   7)_____ Mestrado ou doutorado em Enfermagem
   8)_____ Mestrado ou doutorado fora da área de enfermagem

5. Sexo: Feminino_____ Masculino _____

6. Idade (em anos completos): _____

7. Cargo/Função no trabalho:
   1)_____ Escriturário/Secretário/Auxiliar administrativo da unidade/setor
   2)_____ Auxiliar de enfermagem
   3)_____ Técnico em enfermagem
   4)_____Enfermeiro
   5)_____ Enfermeiro com função administrativa (chefe de unidade/setor, coordenador, gerente)
   6)_____Outro (por favor, especifique): _____

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

9. Período de trabalho (marque a alternativa que <u>melhor</u> 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. Experiência na unidade/setor de internação de paciente onde você trabalha atualmente: _____anos _____meses

12. Em qual turno você trabalha com maior freqüência?
   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 tenho planos para este ano

16. Com que freqüência você sente que o número de funcionários na sua unidade/setor é adequado?
    1)_____ 100% do tempo
    2)_____ 75% do tempo
    3)_____ 50% do tempo
    4)_____ 25% do tempo
    5)_____ 0% do tempo

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

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

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

Por favor, marque uma resposta para cada questão

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

Parte A – Omissão de cuidado de enfermagem

Os membros da equipe de enfermagem freqüentemente têm múltiplas demandas em seu trabalho, o que requer a reorganização de prioridades, não realizando todos os cuidados necessários aos pacientes. Considerando o seu conhecimento, com qual freqüência os seguintes elementos dos cuidados de enfermagem são omitidos pelos membros da equipe de enfermagem (incluindo você) na sua unidade? Marque somente uma alternativa para cada item.

	Sempre omitido	**Freqüentemente omitido**	**Ocasionalmente omitido**	**Raramente omitido**	**Nunca Omitido**
1) Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito					
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas					
3) Alimentar o paciente enquanto a refeição ainda está quente					
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 – entrada e saída					
8) Documentação completa de todos os dados necessários					
9) Ensino ao paciente sobre a doença, exames clínico-laboratoriais e exames diagnósticos					
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família					
11) Banho/higiene do paciente/cuidados com a pele					
12) Higiene bucal					
13) Higienização das mãos					
14) Planejamento e ensino do paciente para alta hospitalar					
15) Controle da glicemia capilar (glicosimetria/dextro) conforme prescrito					
16) Avaliação do paciente a cada turno					
17)Reavaliação focada					

de acordo com a condição do paciente					
18) Cuidados com punção venosa periférica e central e avaliações de acordo com as normas da instituição					
19) Atendimento à chamada do paciente é feita dentro de cinco minutos.					
20) 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) Assistência às necessidades higiênicas dentro de 5 minutos da solicitação					
24) Cuidados com pele/feridas					

Parte B - Razões para a Omissão dos Cuidados de Enfermagem

Pensando sobre as omissões do cuidado de enfermagem por toda equipe de enfermagem de sua unidade (como você indicou na Parte 1 desta pesquisa), indique as RAZÕES pelas quais o cuidado de enfermagem é omitido na sua unidade. *Marque somente uma alternativa para cada item.*

	RAZÃO Significante	**RAZÃO Moderada**	**RAZÃO Pouco Significante**	**Não é uma RAZÃO para omissão do cuidado**
1) Número inadequado de pessoal				
2) Situações de urgência dos pacientes (Ex. a piora da condição de um paciente)				
3) Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes da unidade				
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)				
5) Distribuição de pacientes por profissio-nal não é equilibrada				
6) Medicamentos não estavam disponíveis quando necessários				
7) Passagem de plantão inadequada do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes				
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência necessária (Ex. fisioterapeuta não faz deambulação do paciente)				
9) Materiais/Equipa-mentos não estavam disponíveis quando necessário				
10) Materiais/Equipa-mentos não funcionaram adequadamente quando necessário				
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si				
12) Tensão ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio				
13)Tensão ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM				
14) Tensão ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA				

15) O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada				
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível				
17) Grande quantidade de admissões e altas				

ANEXOS

ANEXO A - (Instrumento Original) GENERAL INFORMATION

1. **Name of the unit** you work on: _____

2. I spend **the majority of my working time** on this unit**:** _____ yes _____ no

3. **Highest education level:**
   1) _____ Grade school
   2) _____ High School Graduate (or GED)
   3) _____ Associate degree graduate
   4) _____ Bachelor's degree graduate
   5) _____ Graduate degree

4. **If you are a nurse, what is the highest degree:**
   1) _____ LPN Diploma
   2) _____ RN Diploma
   3) _____ Associate's degree in nursing (ADN)
   4) _____ Bachelor's degree in nursing (BSN)
   5) _____ Bachelor's degree **outside** of nursing
   6) _____ Master's degree (MSN) or higher in nursing
   7) _____ Master's degree or higher **outside** of nursing

5. **Gender:** _____ Female _____ Male

6. **Age:**
   7) _____ Under 25 years old (<25)
   8) _____ 25 to 34 years old (25-34)
   9) _____ 35 to 44 years old (35-44)
   10) _____ 45 to 54 years old (45-54)
   11) _____ 55 to 64 years old (55-64)
   12) _____ Over 65 years old (65+)

7. **Job Title/Role:**
   1) _____ Staff Nurse (RN)
   2) _____ Staff Nurse (LPN)
   3) _____ Nursing Assistant (e.g., nurse aides/tech)
   4) _____ Nurse manager, assistant manager (e.g. administrators on the unit)
   _____ **Unit Clerk/Secretary**
   5) _____ Other [Please specify: _____]

8. Number of **hours usually worked per week** (check <u>only</u> one)
   1) _____ less than 30 hours per week
   2) _____ 30 hours or more per week

9. **Work hours** (check the one that is <u>most</u> descriptive of the hours you work)
   1) _____ Days (8 or 12 hour shift)
   2) _____ Evenings (8 or12 hour shift)
   3) _____ Nights (8 or 12 hour shift)
   4) _____ Rotates between days, nights or evenings

10. **Experience in your role:**
   1) _____ Up to 6 months
   2) _____ Greater than 6 months to 2 years
   3) _____ Greater than 2 years to 5 years
   4) _____ Greater than 5 year to 10 years
   5) _____ Greater than 10 years

11. **Experience** on your **current patient care unit:**
    1) _____ Up to 6 months
    2) _____ Greater than 6 months to 2 years
    3) _____ Greater than 2 years to 5 years
    4) _____ Greater than 5 year to 10 years
    5) _____ Greater than 10 years

12. Which **shift** do you most often work?
    1) _____ 8 hour shift
    2) _____ 10 hour shift
    3) _____ 12 hour shift
    4) _____ 8 hour and 12 hour rotating shift
    5) _____ Other [Please specify: _____]

13. In the past 3 month, how many hours of **overtime** did you work?
    1) _____ None
    2) _____ 1-12 hours
    3) _____ More than 12 hours

14. In the past 3 months, how many days or shifts did you **miss work** due to illness, injury, extra rest etc. (exclusive of approved days off)?
    1) _____ None
    2) _____ 1 day or shift
    3) _____ 2-3 days or shifts
    4) _____ 4-6 days or shifts
    5) _____ over 6 days or shifts

15. Do you plan to **leave your current position?**
    1) _____ in the next 6 months
    2) _____ in the next year
    3) _____ no plans within the year

16. How often do you feel **the unit staffing is adequate?**
    1) _____ 100% of the time
    2) _____ 75% of the time
    3) _____ 50% of the time
    4) _____ 25% of the time
    5) _____ 0% of the time

17. **On the current or last shift** you worked, how many **patients** did you care for?

    17-a. how many **patient-admissions** did you have (i.e. includes transfers into the unit)?

    _____

    17-b. how many **patient-discharges** did you have (i.e. includes transfers out of the unit)?

    _____

Please check one response for each question.

	Very Satisfied	Satisfied	Neutral	Dissatisfied	Very dissatisfied
18. **How satisfied** are you in your **current position**?					
19. Independent of your current job, **how satisfied** are you with **being a nurse or a nurse assistant or a unit clerk/secretary?**					
20. **How satisfied** are you with **the level of teamwork on this unit?**					

SURVEY 1: Section A — Missed Nursing Care

Nurses frequently encounter multiple demands on their time, requiring them to reset priorities, and not accomplish all the care needed by their patients. To the best of your knowledge, how frequently **are the following elements of** nursing care MISSED by the nursing staff (including you) on your unit? *Check only one box for each item.*

	Always missed	**Frequently** missed	**Occasionally** missed	**Rarely** missed	**Never** missed
1) Ambulation three times per day or as ordered					
2) Turning patient every 2 hours					
3) Feeding patient when the food is still warm					
4) Setting up meals for patient who feeds themselves					
5) Medications administered within 30 minutes before or after scheduled time					
6) Vital signs assessed as ordered					
7) Monitoring intake/output					

8) Full documentation of all necessary data					
9) Patient teaching about illness, tests, and diagnostic studies					
10) Emotional support to patient and/or family					
11) Patient bathing/skin care					
12) Mouth care					
13) Hand washing					
14) Patient discharge planning and teaching					
15) Bedside glucose monitoring as ordered					
16) Patient assessments performed each shift					
17) Focused reassessments according to patient condition					
18) IV/central line site care and assessments according to hospital policy					
19) Response to call light is initiated within 5 minutes					
20) PRN medication requests acted on within 15 minutes					
21) Assess effectiveness of medications					
22) Attend interdisciplinary care conferences whenever held					
23) Assist with toileting needs within 5 minutes of request					
24) Skin/Wound care					

SURVEY 1: Section B—Reasons for Missed Nursing Care

Thinking about the missed nursing care on your unit by all of the staff (as you indicated on Part 1 of this survey), indicate the **REASONS nursing care is MISSED** on your unit. ***Check only one box for each item.***

	Significant reason	**Moderate** reason	**Minor** reason	NOT a reason for missed care
1) Inadequate number of staff				
2) Urgent patient situations (e.g. a patient's condition worsening)				
3) Unexpected rise in patient volume and/or acuity on the unit				
4) Inadequate number of assistive and/or clerical personnel (e.g. nursing assistants, techs, unit secretaries etc.)				
5) Unbalanced patient assignments				
6) Medications were not available when needed				
7) Inadequate hand-off from previous shift or sending unit				
8) Other departments did not provide the care needed (e.g. physical therapy did not ambulate)				
9) Supplies/ equipment not available when needed				
10) Supplies/ equipment not functioning properly when needed				
11) Lack of back up support from team members				
12) Tension or communication breakdowns with other ANCILLARY/SUPPORT DEPARTMENTS				
13) Tension or communication breakdowns within the NURSING TEAM				
14) Tension or communication breakdowns with the MEDICAL STAFF				
15) Nursing assistant did not communicate that care was not provided				
16) Caregiver off unit or unavailable				
17) Heavy admission and discharge activity				

ANEXO B - (Permissão para a adaptação e validação do instrumento MISSCARE)

University of Michigan
SCHOOL OF NURSING

NURSING BUSINESS AND HEALTH SYSTEMS
Suite 4170
400 North Ingalls SPC 5482
Ann Arbor, Michigan 48109-5482
Tel: 734.764.8152 Fax 734.647.2416

June 18, 2010

Maria Helena Caliri, RN, PhD
Associate Professor of Nursing
Ribeirao Preto College of Nursing
University of Sao Paulo, Brazil

Dear Dr. Caliri:

I write to give you permission to translate to Portuguese and conduct psychometric studies on two survey tools that I have authored:

1. MISSCARE Survey
2. Nursing Teamwork Survey (NTS)

I am delighted in your interest in this and look forward to partnering with you in conducting the study and publishing the results.

Sincerely,

Beatrice J. Kalisch, PhD, RN, FAAN
Director/Professor
Nursing Business and Health Systems

ANEXO C – Comitê de Ética

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

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602 3382 - 55 16 3602 3381 - Fax. 55 16 3602 0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 198/2011

Ribeirão Preto, 15 de junho de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 139ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de junho de 2011.

Protocolo: nº 1318/2011

Projeto: Adaptação cultural e validação para uso no Brasil do instrumento MISSCARE: contribuição para o mapeamento de riscos para a segurança do paciente hospitalizado.

Pesquisadores: Maria Helena Larcher Caliri
Lillian Dias Castilho Siqueira

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Maria Helena Larcher Caliri
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP