**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

RENATA PEREIRA LIMA SILVA

**Ambiente de prática profissional, carga de trabalho e omissão de cuidados de
enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva**

RIBEIRÃO PRETO

2018

RENATA PEREIRA LIMA SILVA

Ambiente de prática profissional, carga de trabalho e omissão de cuidados de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva

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

Linha de pesquisa: Gestão e gerenciamento
de serviços de saúde e enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Ana Maria Laus

RIBEIRÃO PRETO

2018

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Silva, Renata Pereira Lima

Ambiente de prática profissional, carga de trabalho e omissão de cuidados de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva. Ribeirão Preto, 2018.
100p.: il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Maria Laus

1. Ambiente de instituições de saúde.
2. Carga de trabalho.
3. *Downsizing* Organizacional.
4. Cuidados de enfermagem.
5. Segurança do paciente

SILVA, Renata Pereira Lima. Ambiente de prática profissional, carga de trabalho e omissão de cuidados de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva

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

Aprovado em: .../...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, Natalia e Richard pelo incentivo e apoio em todas as minhas escolhas e decisões e por nunca terem medido esforços para que eu pudesse chegar até aqui.

As minhas irmãs, Tatiana, Marisa e Luciana pela união, cumplicidade e afeto. E pela certeza que teremos sempre umas às outras em todos os momentos de nossas vidas.

Ao Diego, que esteve ao meu lado e sem medir esforços, fez de tudo para que eu pudesse seguir em frente em busca de meu sonho.

A todos os profissionais da saúde, que como eu, lutam por uma assistência segura e com qualidade.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela benção concedida em realizar este sonho.

A Prof^ª. Dra. Ana Maria Laus, pelo exemplo de competência, pela oportunidade e pela compreensão das dificuldades encontradas durante minha trajetória. Obrigada por todos esses anos, desde a graduação, em que a senhora compartilhou seus conhecimentos comigo, sempre me ouvindo e me guiando para que eu pudesse seguir o melhor caminho.

As colegas do grupo de pesquisa Mayra, Thamiris e Aline, pelo apoio incondicional que me deram e pelas palavras de apoio. Sou grata a vocês por terem dividido comigo um pouco do conhecimento que adquiriram na pós-graduação.

Aos enfermeiros que participaram da pesquisa, pela disponibilidade com a qual me receberam e responderam aos questionários, e por terem contribuído com o desenvolvimento deste estudo.

As diretorias dos hospitais de estudo, em especial às diretorias de enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva que viabilizaram a participação dos enfermeiros e pela disponibilidade das informações necessárias para a realização deste trabalho.

A Prof^ª. Dra. Miyeko Hayashida, pelo imenso apoio na análise dos dados e a Prof^ª. Dra. Maria Helena Larcher Caliri por contribuir com seu conhecimento no desenvolvimento do estudo.

As Prof^ª. Dra. Renata Cristina Gasparino e Lilian Dias Castilho Siqueira por terem permitido a utilização dos instrumentos e contribuído com seus conhecimentos.

A Viviane Neves, pelo exemplo de liderança e pela confiança em meu trabalho.

As minhas colegas Bárbara, Gabriela e Lívia, pela inspiração, admiração mútua e por estarem ao meu lado durante estes anos, compartilhando dos sentimentos enfrentados na luta diária em busca da qualidade no cuidado.

A minha amiga Fabiana Machado, que sonhou comigo desde o cursinho, que chegaríamos onde quiséssemos. Ela que está sempre disposta a me ajudar, e que compreende, melhor do que ninguém que distância não significa nada. Que o que vale é o sentimento, a consideração e o valor que temos uma a outra. Obrigada por todas as vezes que me acolheu e me ajudou.

Sou eternamente grata a você.

Aos meus amigos Maira e Leonardo, que me confortaram no momento em que mais precisei em minha vida. O que vocês fizeram por mim, jamais esquecerei.

A todos aqueles, que de alguma forma sentiram, mas entenderam minha ausência.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação pessoal e profissional e para realização deste estudo, minha eterna gratidão.

Ao Diego, pelos apoio incondicional, paciência e carinho com que sempre me tratou. Obrigada por ter entrado em minha vida e me mostrado que juntos podemos ir mais longe.

RESUMO

SILVA, R. P. L. **Ambiente de prática profissional, carga de trabalho e omissão de cuidados de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva.** 2018. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Para garantir a segurança dos pacientes e os resultados de qualidade da assistência faz-se necessário investir na melhoria da prática assistencial de enfermagem, uma vez que essa pode ser influenciada diretamente pela gestão organizacional. Um ambiente de trabalho favorável deve levar em consideração vários fatores, entre os quais, a complexidade dos pacientes, carga de trabalho e composição qualitativa dos profissionais de enfermagem. A identificação de fatores individuais e sistêmicos em ambientes de cuidados, particularmente naqueles de alta complexidade, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), podem beneficiar a prática profissional do enfermeiro e de sua equipe, bem como subsidiar a implantação de ações que contribuam para o alcance de padrões de qualidade nos indicadores relacionados à assistência ao paciente. O objetivo desse estudo foi caracterizar os ambientes de prática profissional, a carga de trabalho e a omissão de cuidados de enfermagem segundo a percepção dos enfermeiros. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, realizado em três UTI's de grande porte de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. A população foi constituída pelos enfermeiros lotados nessas unidades, envolvidos na assistência direta ao paciente, com tempo de experiência profissional na instituição superior a três meses e presentes na unidade no período de realização do estudo entre dezembro de 2017 a março de 2018. A coleta de dados foi feita por meio da aplicação dos instrumentos autoaplicáveis de caracterização pessoal e profissional, do *PRACTICE ENVIRONMENT SCALE (PES)* – versão brasileira e do *MISSCARE-BRASIL*. Utilizou-se estatística descritiva para análise e tratamento dos dados e os testes de Wilcoxon e exato de Fischer para testar associação entre variáveis. Participaram do estudo 29 enfermeiros, sendo a maioria do sexo feminino, com média de 35,5 anos de idade, 8,6 anos na função e 4,5 anos de experiência em terapia intensiva. A carga horária semanal desses profissionais foi em média de 34,4 horas, tendo trabalhado ainda 36,4 horas extras, em média, nos últimos 3 meses. A carga de trabalho medida pelo NAS variou de 64,76 a 89,98 pontos e tempo de assistência requerida pelos pacientes foi de 15,5 a 21,5 horas. Em relação ao ambiente de trabalho, as UTI's 1 e 3 foram consideradas ambientes mistos e a UTI 2, ambiente favorável à prática profissional, com melhores pontuações nas subescalas “Relações colegiais entre médicos e enfermeiros” nas UTI's 1 e 3 e “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” na UTI 2. No tocante a omissão de cuidados de enfermagem segundo a percepção dos enfermeiros participantes, aquele mais relatado nas três unidades foi “Deambulação três vezes ao dia ou conforme prescrito”, sendo que o motivo “Número inadequado de pessoal” predominou nas UTI's 1 e 3. As maiores razões para a não realização de cuidados estiveram relacionadas aos recursos de “Gerenciamento e liderança” na UTI 1 e “Recursos Laborais” nas UTI 2 e 3. Os resultados relativos aos testes de associação evidenciaram que apenas a relação de pacientes atendidos por turno se mostrou estatisticamente significativa ao ambiente de trabalho. Entretanto, os enfermeiros do ambiente favorável não relataram intenção de deixar o cargo, estando mais satisfeitos com o trabalho em equipe e em ser enfermeiro da sua unidade. O estudo possibilitou identificar elementos do ambiente de trabalho em terapia intensiva favoráveis à prática profissional e os pontos de enfrentamento passíveis de mudanças que demandam uma análise criteriosa por parte dos gestores de enfermagem, a fim de garantir o desenvolvimento de uma assistência com qualidade e segurança.

Palavras-chaves: Ambiente de instituições de saúde. Carga de trabalho. *Downsizing* Organizacional. Cuidados de enfermagem. Segurança do paciente

ABSTRACT

SILVA, R.P.L. **Professional practice environment, workload and omission of nursing care in Intensive Care Units.** 2018. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

In order to ensure patient safety and quality of care results, it is necessary to invest on improvements in nursing care practice, which can be directly influenced by management. To achieve a favorable work environment a few factor should be taken into account, such as patient complexity, workload, and qualitative and quantitative composition of nursing professionals. The identification of individual and systemic factors in care environments, particularly in those with high complexity, such as Intensive Care Units (ICU's), can benefit the professional practice of the nurses and their staff, as well as subsidize the implementation of actions that contribute to the achievement of quality standards in the indicators related to patient care. The objective of this study was to characterize the professional practice environments, the workload, and the omission of nursing care according to the nurses' perception. This is a cross-sectional descriptive study performed in three large ICU's of a city in the interior of the State of São Paulo, Brazil. The population was composed of nurses filled in these units, involved in direct patient care, with professional experience in the institution over three months, and present at the unit during the study period between December 2017 to March 2018. The data collection was done through the application of the personal and professional self-applying tools of PRACTICE ENVIRONMENT SCALE (PES) - Brazilian version and MISSCARE-BRASIL. Descriptive statistics were used for data analysis and treatment, and the Wilcoxon and Fischer exact tests were used to test association between variables. Twenty-nine nurses participated in the study, the majority being female, with a mean 35.5 years of age, 8.6 years in function, and 4.5 years of experience in intensive care. The weekly workload of these professionals averaged 34.4 hours, and they also have worked an extra 36.4 hours on average in the last 3 months. The workload measured by the NAS ranged from 64.76 to 89.98 points, and the care time assistance required by the patients was 15.5 to 21.5 hours. Regarding the work environment, ICU's 1 and 3 were considered as mixed environments, and ICU 2 as a favorable environment for professional practice, with better scores in the subscales "Collegial relations between doctors and nurses" in ICUs 1 and 3 and "Ability, leadership and support of coordinators / supervisors to the nurses / nursing team" in the ICU 2. Regarding the omission of nursing care according to the perception of the nurses, the one most reported in the three units was "Ambulation three times a day or as prescribed", with the reason "Inadequate number of personnel" predominant in ICU's 1 and 3. The major reasons for not performing care were related to the "Management and leadership" resources in ICU 1 and "Labor Resources" in the ICU's 2 and 3. The results related to the association tests showed that only the "ratio of patients seen per shift" was statistically significant to the work environment. However, the nurses of the favorable environment did not report intention to leave the position, being more satisfied with teamwork and being a nurse in their unit. The study made it possible to identify elements of the work environment in intensive care favorable to professional practice and the points of confrontation that can be changed, which require a careful analysis by the nursing managers, in order to ensure the development of patient safety and quality of assistance.

Keywords: Health Facility Environment. Workload. Personnel Downsizing. Nursing care. Patient safety

RESUMEN

SILVA, R.P.L. Ambiente de práctica profesional, carga de trabajo y omisión de cuidados de enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos. 2018.100 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Con el fin de garantizar la seguridad de los pacientes y de los resultados de calidad de la asistencia, se hace necesario invertir en la mejoría de la práctica asistencial de enfermería que se puede influenciar directamente por la gestión organizacional. Un ambiente de trabajo favorable debe considerar diversos factores, entre los cuales, la complejidad de los pacientes, la carga horaria de trabajo y la composición cualitativa y cuantitativa de los profesionales de enfermería. La identificación de factores individuales y sistémicos en los ambientes de cuidados, en particular en aquellos de elevada complejidad, como en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), pueden beneficiar la práctica profesional del enfermero y de su equipo, además de subsidiar la implementación de acciones que contribuyan para el alcance de los padrones de calidad en los indicadores relacionados a la asistencia al paciente. El objetivo de este estudio fue caracterizar los ambientes de práctica profesional, la carga de trabajo y la omisión de cuidados de enfermería según la percepción de los enfermeros. Este es un estudio descriptivo, de corte transversal, realizado en tres UCI's de gran porte de una ciudad del Estado de San Pablo. La población fue constituida por los enfermeros asignados en estas unidades, involucrados en la asistencia directa al paciente, con tiempo de experiencia profesional en la institución superior a tres meses y presentes en la unidad en el período de realización del estudio entre diciembre de 2017 a marzo de 2018. La recolección de datos se hizo a través de la aplicación de los instrumentos auto aplicables de caracterización personal y profesional, del PRACTICE ENVIRONMENT SCALE y (PES) - versión brasileña y del MISSCARE-BRASIL. Se utilizó estadística descriptiva para análisis y tratamiento de los datos y las pruebas de Wilcoxon y Fisher para probar asociación entre las variables. En el estudio participaron 29 enfermeros, la mayoría del género femenino, con media de 35 años de edad, 8,6 años en la función y 4,5 años de experiencia en terapia intensiva. La carga horaria semanal de estos profesionales fue un promedio de 34,4 horas, con 36,4 horas extras, en promedio, en los últimos 3 meses. La carga de trabajo mensurada por el NAS varió de 64,76 a 89,98 pontos y tiempo de asistencia requerida por los pacientes fue de 15,5 a 21,5 horas. Con relación al ambiente de trabajo, las UCI's 1 y 3 fueron consideradas como ambientes mixtos, y la UCI 2 como ambiente favorable a la práctica profesional, con mejores puntuaciones en las subescalas "Relaciones colegiales entre médicos y enfermeros" en las UCI's 1 y 3, y "Habilidad, liderazgo y apoyo de los jefes/ supervisores de enfermería a los enfermeros/ equipo de enfermería" en la UCI 2. En relación a la omisión de cuidados de enfermería según la percepción de los enfermeros involucrados en el estudio, lo que se más relató en las tres unidades fue "Deambulacion tres veces al día o de acuerdo a lo prescripto", con el motivo "Número inadecuado de personal" como predominante en las UCIs 1 y 3. Las principales razones para la no realización de cuidados se relacionaron a los recursos de "Gestión y liderazgo" en la UCI 1 y "Recursos Laborales" en las UCI's 3 y 3. Los resultados relativos a las pruebas de asociación evidenciaron que solo la relación de pacientes atendidos por turno se presentó estadísticamente significativa al ambiente de trabajo. Sin embargo, los enfermeros del ambiente favorable no relataron intención de dejar el cargo, se presentaron más satisfechos con el trabajo en equipo y con la posición de enfermero de su unidad. Con el estudio fue posible la identificación de elementos en el ambiente de trabajo en terapia intensiva favorables a la práctica profesional y los puntos de enfrentamiento pasibles de cambios, los cuales necesitan un análisis criterioso por los gestores de enfermería, a fin de garantizar el desarrollo de una asistencia con calidad y seguridad.

Palabras clave: Ambiente de Instituciones de Salud. Carga de trabajo. Reducción de Personal. Atención de Enfermería. Seguridad del paciente

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos participantes segundo sexo, formação educacional mais elevada, período e turno de trabalho em cada unidade. Ribeirão Preto – SP, 2018.....	33
Tabela 2	Perfil dos enfermeiros segundo médias e desvios-padrão de idade, tempo de experiência na função e no setor, número de horas trabalhadas por semana no setor e número de horas extras trabalhadas nos últimos 3 meses por unidade. Ribeirão Preto - SP, 2018.	35
Tabela 3	Percentual de adequação do número de funcionários por unidade, segundo percepção dos enfermeiros. Ribeirão Preto – SP, 2018.	37
Tabela 4	Quantidade de pacientes atendidos, número de admissões e altas, segundo relato dos enfermeiros por unidade. Ribeirão Preto – SP, 2018.	37
Tabela 5	Percentual dos enfermeiros que planejam ou não deixar o cargo/função atual no próximo ano, por unidade. Ribeirão Preto - SP, 2018.....	38
Tabela 6	Percentual dos participantes segundo a satisfação com o cargo/função atual, com a profissão e com o trabalho em equipe na unidade. Ribeirão Preto - SP, 2018.....	39
Tabela 7	Valores médios da carga de trabalho de enfermagem em pontos do <i>Nursing Activities Score</i> (NAS) e em horas por unidade. Ribeirão Preto - SP, 2018.	40
Tabela 8	Distribuição das frequências de respostas de cada item do instrumento PES - Versão Brasileira da UTI 1 ($n=10$). Ribeirão Preto - SP, 2018.	42
Tabela 9	Distribuição das frequências de respostas de cada item do instrumento PES - Versão Brasileira da UTI 2 ($n=5$). Ribeirão Preto - SP, 2018.	45
Tabela 10	Distribuição das frequências de respostas de cada item do instrumento PES - Versão Brasileira da UTI 3 ($n=14$). Ribeirão Preto - SP, 2018.	48
Tabela 11	Análise descritiva das subescalas do PES- Versão Brasileira por unidades. Ribeirão Preto - SP, 2018.	50
Tabela 12	Distribuição das frequências de respostas de cada item da parte A do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> da UTI 1 ($n=10$). Ribeirão Preto - SP, 2018.	53
Tabela 13	Distribuição das frequências de respostas de cada item da parte A do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> da UTI 2 ($n=5$). Ribeirão Preto - SP, 2018.	55
Tabela 14	Distribuição das frequências de respostas de cada item da parte A do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> da UTI 3 ($n=14$). Ribeirão Preto - SP, 2018.	57
Tabela 15	Distribuição da frequência de respostas sobre a omissão de cuidados de enfermagem aos 28 itens da parte A do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> de acordo com o agrupamento das opções "ocasionalmente não é realizado", "raramente é realizado" e "nunca é realizado". Ribeirão Preto, SP, 2018.....	60

Tabela 16	Distribuição das frequências de respostas de cada item da parte B do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> da UTI 1 ($n=10$). Ribeirão Preto - SP, 2018.	64
Tabela 17	Distribuição das frequências de respostas de cada item da parte B do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> da UTI 2 ($n=5$). Ribeirão Preto - SP, 2018.	66
Tabela 18	Distribuição das frequências de respostas de cada item da parte B do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> da UTI 3 ($n=14$). Ribeirão Preto - SP, 2018.	68
Tabela 19	Distribuição da frequência de respostas sobre os motivos para a omissão de cuidados de enfermagem aos 28 itens da parte B do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> de acordo com o agrupamento das opções "razão significativa" e "razão moderada" nas três unidades estudadas. Ribeirão Preto, SP, 2018.	71
Tabela 20	Análise descritiva das subescalas da Parte B do <i>MISSCARE-BRASIL</i> por unidades. Ribeirão Preto - SP, 2018.	74
Tabela 21	Associação entre ambiente de trabalho, tempo de experiência na função (meses), tempo de experiência no setor (meses) e número de pacientes atendidos por turno. Ribeirão Preto - SP, 2018.	74
Tabela 22	Associação entre ambiente de trabalho e plano de deixar o cargo/função no próximo ano. Ribeirão Preto - SP, 2018.	75
Tabela 23	Associação entre ambiente de trabalho e satisfação com o cargo/função atual, satisfação em ser enfermeiro da sua unidade e satisfação com o desempenho do trabalho em equipe da sua unidade. Ribeirão Preto - SP, 2018.	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ICN	<i>International Council of Nursing</i>
NAS	<i>Nursing Activities Score</i>
NQF	<i>National Quality Forum</i>
NWI	<i>Nursing Work Index</i>
NWI-R	<i>Nursing Work Index – Revised</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEI	<i>Practice Environment Index</i>
PES	<i>Practice Enviroment Scale</i>
PES-NWI	<i>Practice Environment Scale of the Nursing Work Index</i>
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Justificativa.....	24
2 OBJETIVOS	25
2.1 Geral	25
2.2 Específicos.....	25
3 MÉTODO	26
3.1 Tipo de estudo	26
3.2 Local de estudo.....	26
3.3 População	26
3.4 Procedimentos de coleta de dados	27
3.4.1 Instrumentos e medidas	27
3.4.1.1 <i>Practice Environment Scale</i> (PES).....	27
3.4.1.2 <i>MISSCARE-BRASIL</i>	29
3.4.1.2.1 Caracterização pessoal e profissional	29
3.4.1.2.2 O Instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i>	29
3.4.1.3 <i>Nursing Activities Score</i> (NAS).....	30
3.5 Análise e tratamento de dados	31
4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
6 CONCLUSÕES.....	77
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
8 REFERÊNCIAS	81
9 ANEXOS	88
ANEXO A – <i>Practice Environment Scale</i> – versão brasileira.....	88
ANEXO B – <i>MISSCARE-BRASIL</i>	90
ANEXO C – Autorização de Uso do Instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i>	97
ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	98
ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	100

1 INTRODUÇÃO

O crescente tamanho populacional de muitas nações e o reconhecimento de que a expectativa de vida aumenta, em conjunto com o aumento das doenças crônico-degenerativas, aliadas ao envelhecimento populacional e as mudanças no perfil epidemiológico, trazem como consequência o aumento da utilização dos serviços de saúde. Evidencia-se um aumento da exigência dos usuários dos serviços, com a necessidade de incrementação de novos recursos tecnológicos, otimização dos processos de trabalho, aumento da produtividade, redução de custos e a melhoria da qualidade (RHODES; MORENO, 2012).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade nos cuidados de saúde contempla um elevado grau de excelência profissional, com efetividade e eficiência na utilização de recursos, com mínimos riscos e com resultados que favoreçam os usuários, os serviços e a comunidade, possíveis de serem realizados com a estruturação dos serviços de saúde, a disponibilização de recursos financeiros e capacitação de recursos humanos (WHO, 2006).

Impulsionadas pelas novas demandas, reestruturações nos ambientes de trabalho são realizadas e podem gerar impactos tanto na qualidade assistencial como na segurança dos pacientes, uma vez que para tal, exigências de capacitação profissional, dimensionamento de pessoal e de recursos se fazem presentes e devem ocorrer segundo um adequado planejamento.

O conceito de práticas seguras emerge como resultado dessas mudanças que se operam no setor. Segundo documento do *International Council of Nursing (ICN)*, os cuidados de enfermagem são essenciais quando se referem à prestação dos cuidados em saúde, e as variáveis necessárias para a prestação destes cuidados estão diretamente relacionadas à garantia da segurança do cuidado prestado, como: dimensionamento de pessoal de enfermagem, carga de trabalho, ambiente de trabalho, complexidade dos pacientes, nível de qualificação dos profissionais de enfermagem, eficiência e eficácia relacionada aos custos e aos resultados clínicos dos pacientes e sua relação com indicadores clínicos (ICN, 2006).

Ainda em relação a esse tema, outro documento dessa mesma entidade aponta que, para garantir a segurança dos pacientes, é necessário que se invista na melhoria da prática de enfermagem, uma vez que os resultados alcançados pelas instituições de saúde são influenciados diretamente pela gestão organizacional. O ambiente de trabalho interfere na qualidade e na segurança do cuidado fornecido ao paciente, e está relacionado com a tecnologia empregada, instalações e serviços de apoio disponíveis e influenciados pelo quali-quantitativo

de profissionais, pela proporção de enfermagem/pacientes e pelas condições de trabalho (ICN, 2007).

Garantir a segurança do paciente e os resultados de qualidade da assistência de enfermagem é um desafio significativo para os enfermeiros gestores. Para intervir de forma a aumentar a segurança e a qualidade do atendimento prestado, os líderes de enfermagem devem entender onde estão as oportunidades de melhoria e quais barreiras impedem a prestação de cuidados (KALISH; WILIAMS, 2009).

Um modelo de prática profissional se constitui num sistema que apoia o enfermeiro no controle do cuidado oferecido e sobre o ambiente em que ele é desenvolvido (KELLY; MCHUGH; AIKEN; 2011).

A presença de determinadas características do ambiente de trabalho que favorecem a prática dos enfermeiros têm sido estudadas por promoverem o desenvolvimento dos profissionais e o ponto de partida foi o reconhecimento de que alguns hospitais apresentavam facilidade em atrair e reter mais profissionais da equipe de enfermagem. Estes hospitais foram chamados de hospitais magnéticos, cuja a presença de características como uma filosofia de um cuidado focado na qualidade, colaboração interdisciplinar, responsabilidade com autoridade profissional, promoção da liderança de enfermagem, desenvolvimento de relações colaborativas entre os profissionais da saúde e apoio ao desenvolvimento profissional do enfermeiro, proporcionavam o exercício de uma prática segura e com alta qualidade na prestação de cuidados, com resultados que favorecem os pacientes, a equipe de enfermagem e a instituição (PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013).

Um ambiente de trabalho favorável beneficia a prática profissional do enfermeiro e de sua equipe, que apresentam menores índices de rotatividade e absenteísmo e maior satisfação profissional e desta forma, contribui para que possam desenvolver suas atividades com melhores resultados para o paciente, tais como maior satisfação com os cuidados recebidos e consequentemente para a instituição, além da redução nas taxas de mortalidade e diminuição de eventos adversos decorrentes da assistência como erro de medicação, quedas e de infecção hospitalar (MARCELINO et al., 2014).

Aiken et al. (2008) afirmaram que os enfermeiros relatam experiências de trabalho mais positivas e melhor percepção da qualidade do cuidado quando os ambientes de trabalho eram considerados favoráveis à prática profissional, com recursos humanos e materiais disponíveis suficientes.

Van Bogaert et al. (2009) afirmam que a presença destas características organizacionais também resulta em maior satisfação profissional, menor intenção de deixar o emprego e menores níveis de *burnout*, fornecendo uma base para cuidados de alta qualidade.

Gasparino (2008) enfatiza, ao descrever sobre os atributos organizacionais que caracterizam um ambiente que fornece suporte para o desenvolvimento da prática profissional do enfermeiro, que esses profissionais devem possuir relações positivas com os médicos para que a comunicação precoce de alterações no estado de saúde dos pacientes possa ser realizada a tempo de serem resolvidas. E ainda, ter autoridade e autonomia para tomar decisões que lhes competem e com controle sobre os recursos destinados ao cuidado do paciente, o que acarreta maior satisfação profissional e contribui para melhores resultados para o paciente, profissional e instituição.

Entretanto, diretamente ligada aos padrões de qualidade que se pretende obter nas instituições, identifica-se não somente a adequação qualitativa e quantitativa de profissionais, mas também investimento em sua capacitação, bem como o oferecimento de condições de trabalho que sejam capazes de atender às necessidades e expectativas do paciente. E uma das maiores dificuldades relatadas para atender às mudanças nas instituições de saúde está relacionada ao quadro de profissionais, tanto pela deficiência numérica quanto pela composição qualitativa de formação. (SOARES et al., 2011).

Documentos do *International Council of Nursing* apontam para uma crise global na saúde, caracterizada por carência de enfermeiros, em decorrência de vários e complexos fatores, dentre os quais estão ambientes de trabalho com baixo clima organizacional e considerados insalubres. A falta de investimentos, associado à precariedade de políticas de recursos humanos, condiciona a exposição a carga de trabalho excessiva, riscos ocupacionais, remuneração insuficiente e qualidade de vida desfavorável, resultando na deterioração das condições de trabalho em muitos países, com impacto negativo na produtividade e no desempenho dos serviços de saúde, no recrutamento e na retenção de profissionais e em última análise, nos resultados dos pacientes (ICN, 2007).

Uma estratégia fundamental da gestão em saúde é a provisão adequada da equipe de enfermagem que pode exercer influência nos indicadores de qualidade dos serviços e da assistência prestada aos pacientes. A assistência de enfermagem fundamentada em conhecimento, competência e habilidades somente ocorrerá se existirem recursos humanos em termos qualitativos e quantitativos compatíveis à sua execução (LAUS, 2014).

Sem o adequado dimensionamento da equipe de enfermagem, o excesso da carga de trabalho pode impactar de maneira expressiva na ocorrência de eventos adversos, além de gerar

condições psicológicas deletérias, como estado de tristeza, *burnout*, depressão e insatisfação no trabalho (AIKEN et al., 2003).

Pode-se afirmar que a identificação da carga de trabalho existente nas instituições de saúde representa a etapa inicial para uma adequada previsão do quantitativo de pessoal de enfermagem (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2010).

Vários estudos evidenciaram que, a cada paciente adicionado à carga de trabalho da enfermagem, foi associado um aumento de 23% do estresse emocional e *burnout*, e de 15% na chance de insatisfação com o trabalho, além do relato de que um em cada cinco enfermeiros hospitalares pretendem deixar seus empregos atuais dentro de um ano. Sobre os resultados dos pacientes, mostram que o risco de mortalidade e de falha na recuperação ante as complicações ocorridas foi maior nos hospitais onde a relação enfermagem-paciente era mais desfavorável, com um aumento de 7% da mortalidade de pacientes cirúrgicos. Condições de trabalho mais favoráveis para enfermagem têm sido apontadas como fator determinante da qualidade do cuidado e dos resultados dos pacientes, além de maior satisfação no trabalho, sendo a falta de profissionais considerada uma das maiores ameaças à segurança do paciente e à qualidade assistencial (AIKEN et al., 2002; AIKEN et al., 2003; PENOYER, 2010; MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013).

Partindo-se da premissa de que cuidados de enfermagem são fundamentais quando se aborda a prestação dos cuidados em saúde, é necessário considerar que em ambientes de alta complexidade assistencial, a preocupação se amplia de modo a garantir um ambiente seguro.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) concentram recursos humanos e tecnológicos altamente especializados, geralmente não disponíveis em outras áreas do hospital, proporcionando assistência complexa, sofisticada e onerosa para o sistema de saúde. Também envolve a utilização de tecnologia avançada que possibilita investigações diagnósticas e terapêuticas complexas, tornando viável a manutenção e recuperação de pacientes com diversos tipos de doenças e instabilidades agudas delas decorrentes e que necessitam de intervenções prontas e condutas profissionais que garantam uma assistência adequada (QUEIJO, 2002).

Nestas unidades, torna-se primordial considerar a necessidade de recursos compatíveis às demandas de cuidados dos pacientes graves com foco na prevenção de eventos adversos. Os profissionais que ali atuam ficam expostos a situações limítrofes, requerendo atenção ininterrupta e tomada de decisões imediatas, e nesse contexto, as características organizacionais bem como as condições de trabalho, entre elas a adequação do quadro de pessoal podem comprometer qualidade do cuidado e a saúde dos trabalhadores (GONÇALVES et al., 2012).

Entretanto, Araújo (2015) descreveu um estudo europeu que identificou nas unidades de terapia intensiva de diversos países, a equipe de saúde sendo composta em aproximadamente 90% por profissionais de enfermagem.

Miranda (2003) aponta que os custos com a equipe de enfermagem representam de longe o maior investimento no orçamento das UTI's, significando perto de 50% do custo das unidades. Frente às situações de restrição orçamentária das instituições de saúde, verifica-se que as medidas de limitação quantitativa/qualitativa dessa equipe têm sido realizadas.

Soma-se a isso, estudo de Rhodes e Moreno (2012) que relatam a existência de um problema global entre a oferta e demanda de profissionais especializados em terapia intensiva, o que se torna uma questão relevante diante da responsabilidade e da capacidade das instituições de saúde em fornecer um cuidado intensivo adequado.

Um estudo norte-americano mostrou que 14% da verba destinada aos serviços de saúde no país foi aplicada nas UTI e o custo da mão-de-obra especializada de enfermagem é uma das principais fontes de consumo de recursos nos ambientes, daí a necessidade de realizar o adequado dimensionamento de pessoal (SOUZA, 2008).

Portanto, a avaliação da assistência nessa unidade, bem como dos recursos disponíveis e o ambiente de trabalho, tem sua relevância por se tornar essencial conciliar elevados padrões de assistência, alto custo operacional e satisfação profissional do pessoal de enfermagem envolvido. A avaliação sistemática da carga de trabalho em UTI passou a se constituir em uma necessidade, possibilitando entre outros elementos, na avaliação do custo/benefício e desempenho da UTI, com seus resultados assistenciais.

Segundo a *Canadian Nurses Association* (2003), a mensuração da carga de trabalho da enfermagem é considerada uma variável importante no processo de dimensionamento desta equipe, sendo considerado um método que fornece o tempo que a enfermagem leva para exercer suas diversas atividades.

Especialmente nas UTI's, sugere-se aplicar uma metodologia de cálculo que considere a carga de trabalho dos pacientes internados na unidade, bem como a disponibilidade do tempo de trabalho da enfermagem (GAIDZINSKI; FUGULIN, 2008).

Garcia (2012) afirma que uma medida objetiva para avaliação e monitorização do quantitativo e qualitativo dos profissionais de enfermagem nas instituições é a mensuração do tempo médio de assistência de enfermagem, segundo o tipo de cuidado, uma vez que possibilita avaliar as condições de recursos humanos existentes ante a qualidade e a segurança da assistência de enfermagem oferecida.

Em um estudo, autores demonstraram que 26,7% de todas as infecções relacionadas a assistência à saúde poderiam ser evitadas nas UTI's se o quadro de pessoal de enfermagem fosse mantido adequado (HUGONNET; CEHEVROLET; PITTET, 2007).

Bray et al. (2010) afirmam que o desafio dos enfermeiros e gestores de UTI é continuar a desenvolver evidências científicas que demonstrem que uma proporção maior de enfermeiros produz impacto positivo sobre os resultados da assistência prestada aos pacientes críticos.

Entretanto, a maioria das instituições de saúde tem argumentado que dificuldades econômicas têm se constituído numa barreira importante para a tão desejada adequação de um quadro de enfermeiros compatível com a demanda, imprimindo às instituições a responsabilidade por capacitar seus enfermeiros e garantir um ambiente de trabalho favorável de prática profissional.

Consequências nesse contexto de cuidados de enfermagem, identificadas por meio de evidências científicas, referem-se a omissão de cuidados, que têm sido relacionadas à carência de recursos humanos e materiais, bem como associada ao ambiente de trabalho e a carga de trabalho, entre outros. Mudanças no ambiente onde a enfermagem realiza seu trabalho devem ser consideradas um importante mecanismo para alcance de melhores resultados.

AMBIENTE DE PRÁTICA PROFISSIONAL

Para sensibilizar as instituições em relação a esse tema, uma análise tem sido implementada e tem ganhado destaque no que se refere ao estudo do ambiente no qual a prática profissional ocorre e suas implicações para um cuidado de enfermagem qualificado e seguro (REBELO; GASPARINO, 2011).

O ambiente da prática começou a ser estudado nos Estados Unidos, no início da década de 1970, para compreender a falta de profissionais de enfermagem no mercado de trabalho (LAKE, 2007).

Ambientes que favorecem a prática do enfermeiro tem sido alvo de interesse de pesquisadores e estudiosos desde o reconhecimento de que alguns hospitais apresentavam mais êxito em atrair e reter profissionais, com consequente oferta de um cuidado mais qualificado. Esses hospitais foram denominados “hospitais magnéticos”. (PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013).

Para tal, alguns instrumentos foram desenvolvidos e disponibilizados pela literatura científica, que visam avaliar, empiricamente, a presença de determinadas características do ambiente que favorecem a prática profissional do enfermeiro. O objetivo é entender como a

estrutura, a cultura e a organização dos hospitais afetam os resultados com os pacientes e da equipe de enfermagem.

Merecem destaque, o *Nursing Work Index* (NWI) (KRAMER; HAFNER, 1989), e o *Nursing Work Index – Revised* (NWI-R) (AIKEN; PATRICIAN, 2000). A partir desses instrumentos, outras duas escalas foram construídas, o *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) (LAKE, 2002), utilizado para diferenciar hospitais magnéticos e não magnéticos e o *Practice Environment Index* (PEI), adaptado para a realidade canadense (ESTABROOKS et al., 2002)

Lake (2002), a partir da revisão do NWI, criou o *Practice Environment Scale* (PES). Tal instrumento foi traduzido, adaptado e validado para a cultura brasileira por Gasparino (2015), sendo considerado satisfatório por apresentar confiabilidade e validade aceitáveis em todas suas subescalas (ANEXO A).

O PES tem sido utilizado para descrever e comparar ambientes de prática em diferentes cenários mundiais, caracterizando o ambiente de hospitais magnéticos ou não-magnéticos em favoráveis, mistos ou desfavoráveis e permitem avaliar os efeitos do ambiente de prática nos resultados com os pacientes (LAKE, 2007).

O PES foi selecionado pelo *National Quality Forum* (NQF), uma entidade norte-americana responsável por endossar medidas consideradas padrão-ouro para a assistência médica nos Estados Unidos, como uma medida do desempenho da assistência de enfermagem, por reconhecer os efeitos do ambiente da prática nos resultados com pacientes e profissionais. A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* desenvolveu especificações a serem implementadas pelas instituições acreditadas e adota critérios com base nas medidas apresentadas pelo NQF, o que torna essencial a aplicação do PES nas instituições que almejam acreditação internacional (LAKE, 2007).

Além da influência que o ambiente de trabalho exerce sobre os resultados de saúde, autores têm investigado fatores individuais relacionados a capacidade técnica dos profissionais e sistêmicos relacionados as condições de trabalho, que interferem na qualidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem, apontando ligações entre características do pessoal como competência, educação e experiência e a carga de trabalho como fatores relacionados as falhas na assistência, mortalidade dos pacientes, taxas de infecção relacionadas à assistência à saúde, dentre outros eventos adversos relacionados ao paciente, incluindo a insatisfação com o cuidado prestado. (SIQUEIRA, 2016).

Estudos internacionais têm descrito o quanto o ambiente de trabalho da enfermagem, a complexidade do paciente, a carga de trabalho e o quali-quantitativo de enfermagem podem

afetar nos resultados dos pacientes e citam muitos fatores contextuais ligados a qualidade da assistência, como satisfação com o trabalho e *burnout*, rotatividade de pacientes e de pessoal, recursos físicos, longas jornadas de trabalho, o incremento de novas tecnologias e conhecimentos e necessidade de tomada de decisão imediata em um ambiente difícil e frequentemente redesenhado como impactantes nos erros relacionados a assistência (AIKEN et al., 2002; AIKEN et al., 2003; HUGONNET; CEHEVROLET; PITTET, 2007; LAKE, 2007; KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009; SHULDHAM et al., 2009; KOY et al., 2017; PATRICIAN et al., 2017 e VAN BOGAERT et al., 2017)

Nessa direção, Kalisch, Landstrom e Hinshaw (2009) apontam que em meio a múltiplas demandas e recursos inadequados, e em um ambiente de trabalho rápido e imprevisível, os enfermeiros podem sentir impossibilidade de cumprir todos os cuidados de enfermagem requeridos e, ao estabelecerem prioridades, podem escolher não completar todos os cuidados em muitas situações, o que significaria abreviar, atrasar ou omitir o cuidado, com implicações importantes para os resultados assistenciais e a segurança dos pacientes.

Uma análise do ambiente de cuidados deve considerar também os antecedentes da não prestação dos mesmos, muitas vezes externos a governabilidade dos enfermeiros, implicando em decidir sobre aqueles cuidados possíveis de serem ministrados, que incluem recursos laborais (que envolvem a qualidade e quantidade da equipe de enfermagem); recursos materiais (medicamentos, suprimentos e equipamentos) e relacionamento e comunicação (fatores de impacto nas habilidades dos enfermeiros) (SIQUEIRA, 2016).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NÃO REALIZADOS

Considerando o impacto de diferentes fatores nos resultados clínicos dos pacientes, torna-se necessário entender como os enfermeiros devem lidar com todos esses fatores em seu ambiente de trabalho e ainda tomar decisões sobre como eles farão o melhor para prestar cuidados aos seus pacientes. Em meio a várias exigências e recursos inadequados, que escolhas as enfermeiras fazem para fornecer o melhor atendimento possível? (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

O fenômeno da omissão ou falta de prestação de cuidados de enfermagem (*Missed nursing care*) foi identificado por Kalisch (2006) em um estudo qualitativo sobre cuidados de enfermagem não atendidos que teve por objetivo identificar quais elementos dos cuidados de enfermagem eram perdidos e quais os motivos que levaram a equipe de enfermagem a não completar o cuidado. No estudo, foram levantados nove elementos de cuidados de enfermagem regularmente omissos:

deambulação, mudança de decúbito, alimentação, educação do paciente, preparo para alta, apoio emocional, higiene, documentação de ingestão/eliminação e vigilância. Em relação aos motivos justificados pelos profissionais quanto a não prestação destes cuidados estavam: poucos funcionários, falta de tempo para 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. Esses achados podem trazer sérias consequências, como resultados inadequados para a assistência ao paciente, tendo também impacto negativo na qualidade e nos custos institucionais.

Com base nos resultados encontrados, para avaliação desse fenômeno de omissão dos cuidados de enfermagem – *Missed Nursing Care* - Kalisch e Williams (2009) desenvolveram um instrumento que permite mensurar e identificar as condições em que os cuidados não são fornecidos aos pacientes. Tal instrumento possibilita identificar atos de omissão que podem ser potencialmente sérios e causar impactos na ocorrência de resultados negativos para o paciente hospitalizado e deve ser abertamente reconhecido como um fator universal que coloca em risco a segurança dos pacientes. O modelo *Missed Nursing Care* foi baseado em um modelo conceitual que inclui três componentes: estrutura (características do hospital, unidade de internação e pessoal de enfermagem), processo (omissão de cuidados de enfermagem) e resultados (assistenciais, ou seja, relacionados ao resultados dos paciente e relacionados a pessoal de enfermagem, satisfação com o trabalho e com a ocupação).

Tal instrumento foi traduzido e adaptado para língua portuguesa por Siqueira (2012) e em 2016 essa mesma autora validou e complementou o estudo investigando aspectos dos cuidados de enfermagem e outras razões para a omissão do cuidado, não incluídas na versão norte-americana do instrumento MISSCARE, propondo uma versão em português brasileiro do instrumento e testando suas propriedades psicométricas. Os resultados levaram à construção do MISSCARE-BRASIL (ANEXO B) e ambas as versões apresentaram validade e confiabilidades satisfatórias. Dessa forma o instrumento foi considerado válido e confiável para uso na realidade brasileira (SIQUEIRA, 2016).

Esse instrumento permite mensurar a omissão de cuidados de enfermagem a partir da percepção dos profissionais e as razões atribuídas aos mesmos para a omissão de cuidados de enfermagem para que uma vez reconhecido o problema, seja possível determinar suas causas e propor soluções.

Nessa direção, Hessels e colaboradores (2015) desenvolveram análise secundária de dados transversais de uma pesquisa com mais de 7000 enfermeiros de 70 hospitais norte-americanos para pacientes de cuidados agudos, a respeito do local de trabalho e processo de cuidados. O objetivo

era analisar a relação entre o ambiente da prática de enfermagem e os cuidados de enfermagem omitidos. Os resultados evidenciaram que o quantitativo inadequado de profissionais e de recursos foram os fatores que mais fortemente se associaram aos eventos de omissão de cuidados de enfermagem, sendo esses descritos como sendo vigilância, cuidados com higiene, plano de cuidados complementares, comunicação e educação ao paciente.

Torna-se oportuno considerar que os profissionais de enfermagem desempenham múltiplas tarefas, o que torna essa equipe essencial no tocante a articulação de toda a assistência à saúde, particularmente no cuidado a pacientes de maior complexidade assistencial como aqueles internados nas unidades críticas. É possível se identificar no ambiente dessas unidades, o desgaste físico e emocional dos profissionais em relação a carga de trabalho ali existente, o que traz implicações importantes quanto ao planejamento criterioso do quadro qualitativo de pessoal.

CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM

A avaliação contínua da carga de trabalho desses profissionais tem se tornado aspecto essencial do trabalho dos gestores e gerentes de enfermagem, que ao utilizarem conhecimentos e instrumentos específicos, podem desenvolver um melhor planejamento, alocação, distribuição e controle dos profissionais sob sua responsabilidade.

Um dos instrumentos recomendados pela literatura e bastante utilizado no cenário brasileiro para mensuração da carga de trabalho de enfermagem em UTI é o *Nursing Activities Score* (NAS), desenvolvido por Miranda e colaboradores em 2003 e adaptado e validado para a aplicação na realidade brasileira por Queijo (2002) e que tem demonstrado índices satisfatórios de confiabilidade e validade.

O NAS possibilita identificar o tempo de assistência de enfermagem fornecido aos pacientes internados em UTI de forma precisa, subsidiando, desta forma, o cálculo e a distribuição diária dos profissionais de enfermagem nestas unidades. O instrumento contém 7 categorias de intervenções terapêuticas subdivididos em 23 itens que abrangem atividades básicas da assistência, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas, baseado no tempo gasto nas atividades de enfermagem, independente da severidade da doença do paciente. Cada item possui uma pontuação e o escore atribuído a cada paciente resulta do somatório dos pontos. Esse escore representa por quanto tempo o paciente necessitou de um profissional de enfermagem nas últimas 24 horas. Trata-se de um instrumento que inclui, além de atividades de cuidado direto, atividades de suporte aos

familiares, desenvolvimento de atividades administrativas e gerenciais e contempla 80% das atividades de enfermagem. O NAS expressa em porcentagem, o tempo gasto pela equipe de enfermagem na assistência ao paciente em estado crítico, nas 24 horas e sua pontuação máxima pode chegar a 176,8% o que pode significar, por exemplo, que mais de um profissional de enfermagem foi necessário para o cuidado do paciente em um determinado dia ou período. Dessa forma, um escore de 100% indica a necessidade de um profissional de enfermagem por plantão, para assistir o paciente (QUEIJO; PADILHA, 2009).

O NAS foi desenvolvido como preditor da carga de trabalho de enfermagem, independentemente da gravidade; porém, na prática, verifica-se que pacientes mais graves requerem número maior de horas de enfermagem. Sua relevância se traduz no fato de ser um instrumento que inclui, além de atividades de cuidado direto, atividades de suporte aos familiares, desenvolvimento de atividades administrativas e gerenciais.

1.1 Justificativa

Diante da realidade que as Unidades de Terapia Intensivas enfrentam de fornecer uma assistência com os mais altos padrões de qualidade, livre de danos e riscos para os pacientes e com racionalidade de custos, uma avaliação contínua organizacional, gerencial e operacional, incluindo de recursos humanos, para a execução de melhores práticas assistenciais de enfermagem e educação permanente da equipe, focando na excelência do cuidado e na segurança do paciente é premente.

Ainda são escassos no Brasil, pesquisas nessa área, que avaliaram o ambiente de prática profissional, carga de trabalho e omissão de cuidados de enfermagem. Acredita-se que o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre o tema fornecerá subsídios para a construção de novas evidências que permitam compreender e identificar estratégias de melhorias que favoreçam a atuação da equipe de enfermagem, com maior grau de satisfação com o trabalho e possibilitando maior retenção dessa equipe nessas unidades. E ainda permita compreender melhor o fenômeno da omissão de cuidados, uma abordagem ainda recente na realidade brasileira, mas que pode indicar soluções de resolutividade para o mesmo, com impacto na qualidade do cuidado oferecido aos pacientes

Neste contexto, é que se realizou a presente pesquisa, considerando as peculiaridades encontradas em unidades críticas, de modo a fornecer elementos para uma negociação mais efetiva e eficiente por parte dos enfermeiros em relação a gestão de recursos humanos na área de cuidados intensivos, com foco nos profissionais, clientes e instituições.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Caracterizar os ambientes de prática profissional, a carga de trabalho das Unidades de Terapia Intensiva e a omissão de cuidados de enfermagem segundo a percepção dos enfermeiros

2.2 Específicos

- Identificar o ambiente de trabalho das UTI's
- Identificar a carga de trabalho das UTI's
- Identificar a omissão de cuidados de enfermagem do ponto de vista dos enfermeiros
- Testar a associação entre ambiente de trabalho e as variáveis tempo de experiência na função, na unidade e número de pacientes atendidos no turno de trabalho dos enfermeiros;
- Testar a associação entre ambiente de trabalho e as variáveis intenção de deixar o emprego e satisfação com o cargo, com a profissão e com o desempenho do trabalho em equipe.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, de corte transversal. O método quantitativo visa uma coleta sistemática de informações numéricas, resultante de mensuração formal que utiliza procedimentos estatísticos para a análise. É utilizado para descrever, testar relações e determinar causas. O caráter descritivo busca analisar um fenômeno de interesse, procurando descrevê-lo, classificá-lo e interpretá-lo, observando os aspectos de uma situação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2 Local de estudo

Esta investigação foi realizada em Unidades de Terapia Intensiva de três hospitais da cidade de Ribeirão Preto/SP. A UTI 1 pertence a uma instituição pública de grande porte e possui 09 leitos, para o atendimento exclusivo de pacientes adultos, de diferentes especialidades médicas, submetidos a tratamento clínico e cirúrgico. A UTI 2, pertence a uma instituição privada, de grande porte e alta complexidade que atende pacientes conveniados e particulares, possui 19 leitos voltados ao atendimento de pacientes de diferentes especialidades médicas. A UTI 3 destina-se ao atendimento exclusivo de pacientes adultos, de diferentes especialidades médicas, submetidos a tratamento clínico e cirúrgico de uma instituição pública de grande porte, com características ao atendimento de urgência e emergência e possui 16 leitos.

3.3 População

A população foi constituída por 33 enfermeiros das unidades investigadas, envolvidos na assistência direta ao paciente, com tempo de experiência igual ou superior a três meses e que não estavam em período de férias ou licença no período da coleta de dados e aceitarem participar dessa pesquisa. Constituiu-se critério de exclusão o profissional estar ocupando cargo/função administrativa da unidade (enfermeiros chefes ou encarregados).

3.4 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período entre dezembro de 2017 a março de 2018. O momento da aplicação dos instrumentos de coleta foi definido conforme disponibilidade do participante e orientação da gerência da unidade. A coleta de dados foi realizada no local de trabalho dos participantes, utilizando-se questionários autoaplicáveis entregues aos mesmos durante o horário de trabalho, nos três turnos (manhã, tarde e noite). A abordagem foi realizada pela pesquisadora de forma individual e em local reservado. Havendo concordância na participação, os enfermeiros receberam um envelope com os instrumentos de caracterização pessoal e profissional, o PES – versão brasileira e o MISSCARE-BRASIL. A pesquisadora permaneceu no local para sanar eventuais dúvidas e aguardar o preenchimento dos instrumentos.

Nas UTI's participantes da pesquisa, os valores do NAS são registrados diariamente pelos enfermeiros assistenciais responsáveis por sua aplicação, em um banco de dados, dos quais foram extraídas as informações para esse estudo.

Destaca-se que a pesquisadora atua como enfermeira assistencial em terapia intensiva, porém não nas unidades selecionadas nesse estudo. Reconhece-se que as enfermeiras do serviço são as que têm melhores condições de avaliar as necessidades de cuidado de seus clientes, de acordo com o seu planejamento e com a qualidade almejada (WOLFF et al, 2007)

3.4.1 Instrumentos e medidas

3.4.1.1 *Practice Environment Scale (PES)*

O *Practice Environment Scale (PES)*, adaptado e validado para a cultura brasileira em 2015, tem como objetivo avaliar o ambiente da prática profissional de enfermagem por meio de 24 itens distribuídos em cinco subescalas:

- A participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares (itens 5,13,17,19,22);
- Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado (itens 4,14,15,18,21,23,24);
- Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem (itens 3,6,9,11,16);
- Adequação da equipe e de recursos (itens 1,7,8,10);

- Relações colegiais entre enfermeiros e médicos (itens 2, 12 e 20) (GASPARINO, 2015).

A subescala “a participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” demonstra o papel e o valor do enfermeiro no amplo contexto hospitalar. A segunda, “fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado” enfatiza uma filosofia de enfermagem voltada para altos padrões de qualidade do cuidado. A terceira, “habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” foca o papel do gerente de enfermagem na instituição, englobando qualidades-chaves que um enfermeiro neste cargo deve ter. A quarta subescala, “adequação da equipe e de recursos”, descreve a necessidade de uma equipe adequada (dimensionamento e habilidade) e suporte de recursos para se prover um cuidado com qualidade e a última subescala, “relações colegiais entre enfermeiros e médicos”, caracteriza as relações de trabalho positivas entre enfermeiros e médicos (GASPARINO, 2015).

A escala de medida utilizada é a do tipo Likert que varia entre um e quatro pontos e o participante é solicitado a responder se concorda ou não com a afirmativa “esse fator está presente no meu trabalho diário” com as opções: discordo totalmente (um ponto), discordo (dois pontos), concordo (três pontos) e concordo totalmente (quatro pontos), ou seja, quanto maior a pontuação, maior a presença de atributos favoráveis à prática profissional do enfermeiro naquele ambiente de trabalho (GASPARINO, 2015).

Os escores para as subescalas são obtidos pela média dos escores das respostas dos sujeitos para cada subescala, que pode variar entre um e quatro pontos. Pontuações com valores abaixo de 2,5 representam discordância de que os itens da subescalas estão presentes no ambiente de prática atual. Pontuações de 2,5 podem ser interpretadas como ponto neutro e acima deste ponto, considera-se o ambiente como favorável à prática profissional e representam concordância de que os itens de subescalas estão presentes no ambiente de prática atual (GASPARINO, 2015).

Instituições com pontuações acima de 2,5 em nenhuma ou em uma subescala, podem ser consideradas como locais com ambientes desfavoráveis à prática profissional da enfermagem. Hospitais com pontuações acima de 2,5 em duas ou três subescalas podem ser considerados como detentores de ambientes mistos e instituições com pontuações acima de 2,5 em quatro ou cinco subescalas, podem ser consideradas com ambientes favoráveis à prática profissional da enfermagem (GASPARINO, 2015).

3.4.1.2 *MISSCARE-BRASIL*

3.4.1.2.1 Caracterização pessoal e profissional

Este instrumento precedeu o instrumento *MISSCARE-BRASIL* e contém dados sócios - demográficos (idade, sexo, nível de formação) e ocupacionais (período e turno de trabalho, tempo na função e no setor, carga horária) e experiências dos participantes.

3.4.1.2.2 O Instrumento *MISSCARE-BRASIL*

O instrumento *MISSCARE-BRASIL*, tem como objetivo avaliar o fenômeno da omissão ou não realização de cuidados de enfermagem aos pacientes e identificar as razões atribuídas pelos profissionais a não prestação desses cuidados (SIQUEIRA, 2016).

O instrumento é autoaplicável, e tem 56 itens, divididos em duas partes. Na parte A (28 itens), os participantes são questionados a identificar com que frequência os profissionais de enfermagem de sua unidade, deixam de realizar os cuidados de enfermagem, com as respostas apresentadas em uma escala do tipo Likert: “nunca é realizado”, “raramente é realizado”, “ocasionalmente não é realizado”, “realizado frequentemente” ou “é sempre realizado”. Na parte B (28 itens), os profissionais são questionados a indicar as razões pelas quais o cuidado de enfermagem não é realizado, com a opção de alternativas “razão significativa”, “razão moderada”, “razão pouco significativa”, e “não é uma razão para a omissão” (SIQUEIRA, 2016).

Na parte A do *MISSCARE-BRASIL*, os itens podem ser pontuados de um a cinco, sendo que um corresponde a maiores níveis de omissão e cinco, ausência de omissão. Na parte B, os itens podem ser pontuados de um a quatro, sendo que um corresponde a “razão significativa” e quatro como “não sendo uma razão para a omissão”. Para a obtenção do escore final do instrumento, as respostas precisam 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 e razões mais importantes para a referida omissão na escala total (SIQUEIRA, 2016).

A parte B do *MISSCARE-BRASIL* pode ser analisada segundo as subescalas com um modelo penta fatorial dividido em:

- Comunicação (itens 11,5,16,15,13,8,14,7,12,24);
- Recursos Materiais (itens 10,6,9,23);

- Recursos Laborais (itens 1,4,3,2,17,19,27,28);
- Estilo de gerenciamento/liderança institucional (itens 21,22,26) e
- Dimensão Ética (itens 18, 20 e 25) (SIQUEIRA, 2016).

3.4.1.3 *Nursing Activities Score (NAS)*

O NAS possibilita identificar o tempo de assistência de enfermagem requerido pelos pacientes internados em UTI de forma precisa, subsidiando, dessa forma, o cálculo e a distribuição diária dos profissionais de enfermagem nestas unidades.

Nas UTI's participantes da pesquisa, os valores do NAS são registrados diariamente pelos enfermeiros assistenciais responsáveis por sua aplicação, em um banco de dados, dos quais foram extraídas as informações para esse estudo.

Foram utilizados os valores informados do NAS dos pacientes internados, no período de uma semana, em um período próximo ao que ocorreu a entrega dos questionários para os enfermeiros e o cálculo do NAS correspondeu à média dos dados obtidos durante este período de acordo com o número de pacientes informados e assim obteve-se a média NAS diária do período. Em seguida, para o cálculo da carga de trabalho, utilizou-se a equação de Gaidzinski e Fugulin (2008) e assim foi possível obter o tempo de cuidado requerido pelos pacientes.

$$\bar{h} = \frac{\overline{NAS}}{100} \cdot 24$$

$$\overline{NAS} = \frac{\sum_{i=1}^T NAS(i)}{T} \quad : \quad = \text{valor médio do NAS de uma amostra de } T \text{ pacientes;}$$

$$\sum_{i=1}^T NAS(i) \quad : \quad = \text{somatório do NAS de cada paciente } i, \text{ desde } i=1 \text{ até } i=T$$

T = quantidade de pacientes amostrada no período

24/100 = relação correspondente a 24 horas por 100 pontos NAS.

3.5 Análise e tratamento de dados

A inserção dos dados para composição do banco de dados foi realizada no programa Microsoft Office Excel/2007. No processo de digitação, foi realizada a validação via dupla digitação. Dessa forma, todos os dados obtidos com os instrumentos da pesquisa foram digitados e redigitados. A análise descritiva das variáveis selecionadas foi feita por meio do programa *SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 24.0.

Para testar as associações entre ambientes de trabalho e as variáveis quantitativas (tempo de experiência na função (meses), tempo de experiência no setor (meses) e número de pacientes atendidos no turno de trabalho) foi utilizado o teste de Wilcoxon.

Para testar a associação do ambiente de trabalho com as variáveis qualitativas (planeja deixar o cargo no próximo ano, satisfação com o cargo/função atual, satisfação em ser enfermeiro da sua unidade e satisfação com o desempenho do trabalho em equipe de sua unidade) foi utilizado o teste exato de Fisher.

Para ambas análises foi considerado o nível de significância $P \text{ valor} < 0,05$.

4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi encaminhado inicialmente à Diretoria Médica e de Enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva das três instituições investigadas e mediante permissão para o seu desenvolvimento foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sendo aprovado com Protocolo CAAE 78601417.3.0000.5393.

Aos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e suas identidades foram mantidas em sigilo, resguardando o anonimato.

O projeto de pesquisa foi realizado de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 466/12 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa.

O sexo feminino foi predominante, o que corrobora com os achados da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (FIOCRUZ/COFEN, 2013), mais recente levantamento profissional realizado no país, que traz o perfil de formação profissional das categorias, na qual se identificou que 86,2% dos enfermeiros são do sexo feminino e com os achados dos estudos nacionais e internacionais que demonstram uma composição semelhante da equipe de enfermagem, com predomínio feminino (AIKEN et al, 2002; DALL'ORA et al, 2015; GASPARINO, 2015; SIQUEIRA, 2016; LIMA 2018).

Com relação a formação educacional mais elevada, torna-se essencial o recrutamento de pessoal qualificado, pois as unidades de terapia intensiva concentram recursos humanos e tecnológicos altamente especializados que proporcionam assistência considerada como das mais complexas, sofisticadas e onerosas do sistema de atendimento à saúde (QUEIJO, 2002).

Na UTI 1, observa-se que a 40% dos enfermeiros possui mestrado ou doutorado em enfermagem, sendo que na UTI 3, esse percentual foi de 28,6%. Já na UTI 2, o nível educacional mais elevado encontrado foi o de especialização na área de enfermagem (40%). Segundo Aiken (2003), há grande evidência de que a força de trabalho de enfermeiros hospitalares mais instruídos está associada à menor mortalidade de pacientes, tendo o estudo mostrado que um aumento de 10% no número de enfermeiros com grau de bacharel diminuiu em 5% as chances de probabilidade de morte dentro de 30 dias de internação e nas chances de falha no resgate (morte em pacientes cirúrgicos com complicações).

Importante considerar que o elevado nível de escolaridade verificado entre os enfermeiros de duas unidades pode ser explicado pela finalidade dos hospitais nas quais a pesquisa foi realizada, que se constituem em instituições voltadas para o ensino e pesquisa.

Quanto ao turno de trabalho, na UTI 1 a maioria dos profissionais trabalha em rodízio de turnos, entre diurno, vespertino e noturno (70%), sendo que 40% dos enfermeiros fazem turno de 6 horas de trabalho. Na UTI 2, 60% trabalha em no período diurno (manhã ou tarde) e 40% dos enfermeiros fazem turno de 6 horas de trabalho. Na UTI 3, 50% dos enfermeiros trabalha em rodízio entre diurno, vespertino e noturno e o rodízio entre 6, 8 ou 12 horas corresponde ao turno com o qual 35,7% dos enfermeiros que participaram da pesquisa referiram trabalhar.

Tabela 2 - Perfil dos enfermeiros segundo médias e desvios-padrão de idade, tempo de experiência na função e no setor, número de horas trabalhadas por semana no setor e número de horas extras trabalhadas nos últimos 3 meses por unidade. Ribeirão Preto - SP, 2018.

Variáveis	UTI's		UTI 1		UTI 2		UTI 3	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade	35,5	8,3	33,5	7,6	34,6	3,2	37,2	9,9
Tempo de experiência na função (meses)	103,4	86,8	97,3	98,0	97,2	67,9	110,1	89,9
Tempo de experiência no setor (meses)	54,4	62,7	42,1	46,8	28,4	8,9	72,6	78,7
Horas trabalhadas/semana	34,4	4,5	34,3	5,3	38,7	4,6	33,5	3,6
Horas extras trabalhadas últimos 3 meses	36,4	45,4	29,2	32,2	14,4	13,5	49,4	57,1

Quanto a idade, observa-se que a UTI 3 apresenta os enfermeiros com maior média de idade (37,2 anos) e com maior média do tempo de experiência na função (110,1 meses) e maior tempo de experiência no setor (72,6 meses).

A pesquisa FIOCRUZ/COFEN (2013) identificou as faixas etárias de maior concentração de enfermeiros no Brasil sendo 22, 7% dos enfermeiros estão entre os 26-30 anos; 22,3% entre os 31-35 anos e 14,5% possuem entre 36-40 anos.

Profissionais mais experientes podem contribuir positivamente na assistência ao paciente, uma vez que com o passar do tempo, puderam adquirir e desenvolver habilidades e competências profissionais necessárias para atuação em UTI. Considerando os aspectos de segurança do paciente, particularmente em unidades altamente especializadas, um dos desafios para garantir a qualidade e segurança no atendimento aos pacientes é proporcionar a capacitação dos profissionais para que possam atuar com competência, responsabilidade e estar bem instruídos na prestação de cuidados (CALDANA et al., 2015).

O tempo de trabalho nas UTI's 1 e 2 é inferior a 5 anos, o que representa um dado importante no contexto de estabilidade da equipe de enfermeiros. Existe uma preocupação mundial com a permanência no emprego dos profissionais da enfermagem e vários estudos tem trazido a questão da intenção de deixar o emprego e/ou a profissão, caracterizando uma grande movimentação entre esses trabalhadores. A rotatividade do quadro de enfermeiros representa um grande problema a ser enfrentado e traz implicações diretas na dinâmica de trabalho, nos custos da instituição, impactando diretamente na qualidade da assistência.

Com relação a quantidade de horas trabalhadas na semana, verificou-se jornadas médias de trabalho semanais semelhantes, nas UTI's 1 e 3, respectivamente 34,3 e 33,5 horas semanais, sendo em ambas, o contrato de trabalho de uma carga horária semanal de 30 horas. Na UTI 2,

a quantidade de horas trabalhadas referidas pelos enfermeiros foi em média de 38,7 horas, sendo o contrato de trabalho misto, podendo ser de 36 a 40 horas semanais.

Identificamos também nas UTI's 1 e 3, uma média de horas extras trabalhadas nos últimos três meses significativas, que podem ser equiparadas às cargas horárias semanais, de ambas as UTI's, sendo na UTI 1, uma média de 29,2 horas extras trabalhadas e na UTI 2 uma média de 49,4 horas trabalhadas nos últimos três meses, o que corresponde a mais do que a jornada de uma semana. Cargas horárias semanais maiores do que o contrato de trabalho podem ser reflexo de um déficit no quadro de pessoal da instituição.

Na área da saúde, muitas vezes em decorrência de condições das trabalho, jornadas extensas e/ou irregulares podem ser verificadas no cotidiano dos profissionais, o que pode afetar negativamente a capacidade para o trabalho, com danos advindos de extensas cargas horárias, questões que merecem um olhar cauteloso por parte dos gerentes de enfermagem.

Para Van Bogaert et al. (2014), a sobrecarga de trabalho e a jornada em regime de plantões são fatores de risco que podem influenciar na segurança do paciente.

De acordo com Dall'Ora et al. (2015) enfermeiros que trabalham em turnos maiores ou iguais a 12 horas, eram mais propensos a apresentar *burnout*, baixa realização pessoal, insatisfação no trabalho e com a inflexibilidade no horário e maior intenção em deixar o emprego por insatisfação do que os que trabalham períodos menores ou iguais a oito horas, e como consequências podem apresentar riscos à segurança dos pacientes, relacionados a erros, eventos adversos, diminuição da qualidade do atendimento, redução do bem estar e da perda econômica pelo absenteísmo e maiores taxas de rotatividade.

Com relação ao número de dias de faltas ao trabalho, devido à doença, acidente ou motivos particulares, relatadas pelos enfermeiros no período de três meses relatados pelos enfermeiros, identificamos um total de 9 ausências, sendo duas na UTI 1, uma na UTI 2 e 6 ausências na UTI 3.

Tabela 3 - Percentual de adequação do número de funcionários segundo percepção dos enfermeiros. Ribeirão Preto – SP, 2018.

	UTI's		UTI 1		UTI 2		UTI 3	
	(n=29)		(n=10)		(n=5)		(n=14)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Adequação do número de funcionários								
100% do tempo	3	10,3	0	0,0	2	40,0	1	7,1
75% do tempo	9	31,0	4	40,0	2	40,0	3	21,4
50% do tempo	12	41,4	6	60,0	0	0,0	6	42,9
25% do tempo	3	10,3	0	0,0	1	20,0	2	14,3
0% do tempo	1	3,4	0	0,0	0	0,0	1	7,1
Não respondeu	1	3,4	0	0,0	0	0,0	1	7,1

A Tabela 3 demonstra que na UTI 1, 60% e na UTI 3, 43% dos enfermeiros percebem que em 50% do tempo a quantidade de funcionários é adequada, enquanto na UTI 2, a maioria (80%) considera adequada em mais de 75% do tempo.

É importante ressaltar que o dimensionamento do pessoal de enfermagem das UTI's adulto deve ser garantido segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 26 da AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA), que dispõe sobre o quantitativo mínimo de pessoal de enfermagem necessário para funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva (ANVISA, 2012).

Na Tabela 4 estão apresentados os valores mínimos e máximo e mediana do número de pacientes atendidos pelos profissionais participantes do estudo, assim como o número de admissões e altas realizadas no turno de trabalho em cada unidade pesquisada segundo relato dos enfermeiros.

Tabela 4 - Quantidade de pacientes atendidos, número de admissões e altas, segundo relato dos enfermeiros por unidade. Ribeirão Preto – SP, 2018.

	UTI 1			UTI 2			UTI 3		
	Media na	Míni mo	Máxi mo	Media na	Míni mo	Máxi mo	Media na	Míni mo	Máxi mo
Pacientes atendidos	5	4	9	9	6	14	6	5	10
Admissões	1	0	2	1	1	3	1	0	2
Altas	1	0	2	1	0	2	0	0	1

Podemos observar que a UTI 2 foi a que apresentou maior número máximo de pacientes atendidos por enfermeiros por turno de trabalho. Isso ultrapassa o número de pacientes

permitidos pela RDC nº 26 da ANVISA, que cita, a necessidade de enfermeiros de “*no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno.*” (ANVISA, 2012).

Trata-se de um dado importante pois vários estudos tem mostrado que um aumento de 0,1% na razão paciente/enfermeiro levou a um crescimento de 28% na taxa de eventos adversos em hospitais americanos (WEISSMAN et al., 2007), e que cada paciente adicional por enfermeiro aumentou em 7% a probabilidade de morte dentro dos 30 dias de admissão e aumento de 7% nas chances de falha no resgate (morte de pacientes cirúrgicos com complicações) (AIKEN, 2002).

No Brasil, um estudo realizado em unidades de terapia intensiva constatou que 78% dos incidentes dos pacientes estavam relacionados à esfera da enfermagem e foram atribuídas à sobrecarga de trabalho, aumentando o número de dias de internação e o risco de óbito dos pacientes estudados (NOVARETTI et al., 2014).

Desta forma, é de fundamental importância que os gerentes de enfermagem atuem no processo de gestão de pessoas no âmbito hospitalar, se capacitando para a elaboração de dimensionamento de profissionais para as unidades compatíveis com as demandas assistenciais, de modo a evitar sobrecarga de trabalho e proporcionando maior satisfação, consequentemente ampliando a segurança do paciente e retenção da equipe.

Tabela 5 - Percentual dos enfermeiros que planejam ou não deixar o cargo/função atual no próximo ano, por unidade. Ribeirão Preto - SP, 2018.

	UTI's (n=29)		UTI 1 (n=10)		UTI 2 (n=5)		UTI 3 (n=14)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Plano de deixar o cargo/função								
Planeja deixar no próximo ano	7	24,1	2	20,0	0	0,0	5	35,7
Não tem plano para esse ano	22	75,9	8	80,0	5	100,0	9	64,3

Nota-se nessa tabela que a maioria dos enfermeiros não tem planos de deixar o cargo nesse ano, embora quando questionados sobre tal propósito para o próximo ano, merece destaque a UTI 3 em que 35,7% dos enfermeiros responderam afirmativamente a essa questão.

Ainda com relação aos achados de Dall’Ora et al. (2015), as descobertas mostram que as chances de deixar o emprego devido à insatisfação no trabalho aumentaram em 31% aos enfermeiros que trabalham 12 h ou mais em comparação com enfermeiros que trabalham 8 h ou menos.

Tal tema tem sido objeto de investigações em vários países da Europa e América do Norte, diante do cenário de escassez de profissionais de enfermagem e dificuldades de retenção

dos mesmos, decorrentes dentre outros, de ambientes de trabalho inadequados e baixo clima organizacional. Tais estudos apontam como consequências, a restrição nas inovações e na reforma dos sistemas de saúde, contribuindo para uma escalada nos custos em saúde. (LAUS, 2014).

No tocante a satisfação dos profissionais nas unidades de trabalho pesquisadas, os dados estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Percentual dos participantes segundo a satisfação com o cargo/função atual, com a profissão e com o trabalho em equipe na unidade. Ribeirão Preto - SP, 2018.

	UTI's (n=29)		UTI 1 (n=10)		UTI 2 (n=5)		UTI 3 (n=14)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Satisfação com o cargo								
Muito Satisfeito	3	10,3	1	10,0	2	40,0	0	0,0
Satisfeito	13	44,8	5	50,0	2	40,0	6	42,9
Nem satisfeito nem insatisfeito	11	37,9	4	40,0	1	20,0	6	42,9
Insatisfeito	1	3,4	0	0,0	0	0,0	1	7,1
Muito insatisfeito	1	3,4	0	0,0	0	0,0	1	7,1
Satisfação com a profissão								
Muito Satisfeito	4	13,8	2	20,0	1	20,0	1	7,1
Satisfeito	14	48,3	6	60,0	3	60,0	5	35,7
Nem satisfeito nem insatisfeito	9	31,0	1	10,0	1	20,0	7	50,0
Insatisfeito	2	6,9	1	10,0	0	0,0	1	7,1
Muito insatisfeito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Satisfação com o trabalho em equipe								
Muito Satisfeito	1	3,4	0	0,0	1	20,0	0	0,0
Satisfeito	12	41,4	4	40,0	2	40,0	6	42,9
Nem satisfeito nem insatisfeito	11	37,9	4	40,0	1	20,0	6	42,9
Insatisfeito	5	17,2	2	20,0	1	20,0	2	14,3
Muito insatisfeito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Chama a atenção o fato de que dos 29 enfermeiros participantes, 16 (55,1%) se consideram satisfeitos ou muito satisfeitos com o cargo atual, embora se deva registrar que 11 (37,9%) manifestaram neutralidade sobre esse item.

Em relação a satisfação com a profissão, também se observa uma grande concentração dos profissionais nos itens satisfeito e muito satisfeito (62,1%). Na UTI 3, 50% dos enfermeiros se declaram nem satisfeitos, nem insatisfeitos profissionalmente.

No tocante ao trabalho em equipe, os percentuais maiores estão concentrados nos itens satisfeitos (41,4%) e nem satisfeitos ou insatisfeitos (37,9%).

Um estudo apontou que condições laborais inapropriadas e inadequadas e relações no trabalho se associam à insatisfação de profissionais de enfermagem que atuam em unidades críticas, sobressaindo àquelas relacionadas ao tamanho da equipe. Quanto às relações de trabalho evidenciou-se insatisfação com a distribuição das tarefas, estímulo profissional, valorização laboral e motivação (WISNIEWSKI et al., 2015).

A satisfação no trabalho também está relacionada ao quantitativo de pacientes, sendo que cada paciente adicional por enfermeiro foi associado a um aumento de 23% nas chances de *burnout* e de 15% nas chances de insatisfação no trabalho, num estudo no qual 41,5% dos enfermeiros relataram estar insatisfeitos com seu trabalho atual. Portanto, a carga de trabalho de enfermagem tem gerado condições psicológicas deletérias como estado de tristeza e depressão nos enfermeiros (AIKEN, 2002).

Ainda sobre este tema, Duffield et al. (2009), destaca o papel da liderança do gerente das unidades na retenção de pessoal, garantindo um ambiente de trabalho positivo e influenciando nas taxas de satisfação dos enfermeiros, reiterando a importância de garantir um quantitativo adequado, apoio suficiente as equipes de saúde, diminuição da carga de trabalho e capacitando as lideranças locais a responder as preocupações da equipe e apoiando melhores relacionamentos entre médicos e enfermeiros, aumentando a satisfação no trabalho, a satisfação com a enfermagem e a retenção de pessoas e para tal, sugere que os hospitais invistam na formação e nomeação de gerentes de enfermagem qualificados.

Nessa direção e sequencialmente, buscamos conhecer o perfil dos pacientes internados nas três unidades pesquisadas e o quantitativo de horas de cuidados requeridas pelos mesmos, com objetivo de conhecer uma variável de interesse nesse estudo que se referia a carga de trabalho existente nas unidades de terapia intensiva, enquanto um elemento significativo para o contexto de trabalho dos profissionais investigados. Os dados estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 - Valores médios da carga de trabalho de enfermagem em pontos do Nursing Activities Score (NAS) e em horas por unidade. Ribeirão Preto - SP, 2018.

	UTI 1	UTI 2	UTI 3
NAS (pontos)	89,85	67,13	64,76
Carga de trabalho (horas)	21,5	16,1	15,5

Os maiores valores do NAS foram identificados na UTI 1, revelando um conjunto de pacientes com alta demanda de cuidados, expressa pelo tempo de assistência nas 24 horas de internação. Transformando-se os escores do NAS em horas de cuidado, verifica-se que na UTI 1 haveria necessidade de um funcionário por paciente, segundo esses valores.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 543/2017 que estabelece parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais de enfermagem nos serviços de saúde, recomenda que as horas de assistência nas 24 horas para pacientes em cuidados intensivos devam ser 18 horas de enfermagem por paciente e ainda se deverá observar a distribuição percentual do total de profissionais para essa categoria de cuidados, sendo que 52% dessas horas de enfermagem deverão ser ministradas por enfermeiros (COFEN, 2017). Nessa direção, verifica-se que a UTI ultrapassa os valores recomendados, embora as UTI's 2 e 3 fiquem abaixo do quantitativo de horas estabelecidas por essa Resolução.

A variação do NAS depende do perfil de internação do paciente e da instituição. Estudos nacionais que também utilizaram o NAS no contexto de Terapia Intensiva encontraram médias que variaram de 57,5% a 69,6% (GONCALVES et al., 2012; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2012; NOVARETTI, et al. 2014;), valores que se aproximam daqueles identificados nas UTI's 2 e 3 do presente estudo.

Deve-se entender que o número de horas de assistência de enfermagem recomendados pelos órgãos competentes não pode ser avaliado isoladamente, devendo ser considerados o perfil da UTI e as características clínicas dos pacientes. As recomendações do número de horas de enfermagem devem servir de base para propor adequações no quando de pessoal das unidades.

Sequencialmente, para atender aos objetivos do presente estudo realizou-se então a aplicação do instrumento PES – versão brasileira para avaliar o ambiente de prática profissional cujos resultados estão apresentados nas Tabelas 8,9 e 10, segundo unidade investigada.

Tabela 8 - Distribuição das frequências de respostas de cada item do instrumento PES - Versão Brasileira da UTI 1 (n=10). Ribeirão Preto - SP, 2018.

Item	Discordo Totalmente		Discordo Parcialmente		Concordo Parcialmente		Concordo Totalmente		Ausentes		Média	DP
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
1 Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes.	1	10,0	1	10,0	7	70,0	1	10,0	0	0,0	2,80	0,79
2 Equipe médica e de enfermagem possuem boas relações de trabalho.	0	0,0	0	0,0	7	70,0	1	10,0	2	20,0	3,13	0,35
3 Uma equipe de gerente/coordenador/supervisor, da unidade, que dá suporte à enfermagem.	1	10,0	3	30,0	3	30,0	3	30,0	0	0,0	2,80	1,03
4 Desenvolvimento ativo da equipe ou programas de educação continuada para a enfermagem.	1	10,0	3	30,0	4	40,0	1	10,0	1	10,0	2,56	0,88
5 Oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional.	1	10,0	7	70,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	2,10	0,57
6 Os gerentes/coordenadores/supervisores, da unidade, utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não como críticas.	4	40,0	2	20,0	3	30,0	1	10,0	0	0,0	2,10	1,10
7 Tempo e oportunidade suficientes para discutir com outros enfermeiros os problemas relacionados aos cuidados do paciente.	3	30,0	3	30,0	4	40,0	0	0,0	0	0,0	2,10	0,88
8 Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade.	0	0,0	9	90,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	2,10	0,32
9 O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder.	1	10,0	3	30,0	4	40,0	2	20,0	0	0,0	2,70	0,95
10 Equipe de enfermagem suficiente para realizar o trabalho.	1	10,0	6	60,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	2,20	0,63
11 Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito.	1	10,0	4	40,0	5	50,0	0	0,0	0	0,0	2,40	0,70
12 A enfermagem e os médicos trabalham bem em equipe.	0	0,0	2	20,0	8	80,0	0	0,0	0	0,0	2,80	0,42

13	Oportunidades de aperfeiçoamento.	0	0,0	4	40,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	2,60	0,52
14	Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente.	0	0,0	6	60,0	4	40,0	0	0,0	0	0,0	2,40	0,52
15	Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes.	0	0,0	4	40,0	4	40,0	2	20,0	0	0,0	2,80	0,79
16	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico.	0	0,0	3	30,0	4	40,0	3	30,0	0	0,0	3,00	0,82
17	A administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores.	1	10,0	7	70,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	2,10	0,57
18	Programa ativo de garantia da qualidade.	0	0,0	6	60,0	2	20,0	0	0,0	2	20,0	2,25	0,46
19	Os enfermeiros são envolvidos na direção interna do hospital (como por exemplo, nos comitês de normas e de práticas clínicas).	0	0,0	6	60,0	4	40,0	0	0,0	0	0,0	2,40	0,52
20	Colaboração (prática conjunta) entre as equipes médica e de enfermagem.	0	0,0	3	30,0	6	60,0	0	0,0	1	10,0	2,67	0,50
21	Programa de acompanhamento/tutoria dos profissionais de enfermagem recém-contratados.	0	0,0	8	80,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	2,20	0,42
22	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, consulta a equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia.	2	20,0	4	40,0	3	30,0	1	10,0	0	0,0	2,30	0,95
23	Planos de cuidado de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes.	0	0,0	2	20,0	4	40,0	4	40,0	0	0,0	3,20	0,79
24	A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (isto é: um mesmo profissional de enfermagem cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos).	5	50,0	4	40,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1,60	0,70

Podemos observar na Tabela 8 que o item “Planos de cuidado de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes” foi o que apresentou a maior média de respostas na UTI 1 (3,2), podendo ser considerado o item mais presente na percepção dos enfermeiros favorável a prestação de cuidados neste ambiente de trabalho.

A Resolução COFEN 358/2009, estabelece que a Sistematização da Assistência de Enfermagem deve ser realizada de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Desta forma, nota-se que nesta unidade, a mesma parece estar bem implementada e faz parte do Processo de Enfermagem, que deve ser realizado diariamente pelos enfermeiros para garantia da continuidade do cuidado prestado ao paciente. É através do plano de cuidados de enfermagem que o enfermeiro determina os resultados que espera alcançar, as ações ou intervenções de enfermagem que deverão ser realizadas face as respostas esperadas do paciente, família ou coletividade (COFEN, 2009).

O item “A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (isto é: um mesmo profissional de enfermagem cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos)” foi o que recebeu a menor média de resposta (1,6), podendo ser considerado o item menos presente no ambiente de trabalho atual, fato este que pode ser explicado pela dinâmica dos serviços que utilizam de escala diária de revezamento de pacientes.

Tabela 9 - Distribuição das frequências de respostas de cada item do instrumento PES - Versão Brasileira da UTI 2 ($n=5$). Ribeirão Preto - SP, 2018.

Item	Discordo Totalmente		Discordo Parcialmente		Concordo Parcialmente		Concordo Totalmente		Ausentes		Média	DP
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
1 Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes.	0	0,0	1	20,0	3	60,0	1	20,0	0	0,0	3,00	0,71
2 Equipe médica e de enfermagem possuem boas relações de trabalho.	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	2,80	0,45
3 Uma equipe de gerente/coordenador/supervisor, da unidade, que dá suporte à enfermagem.	0	0,0	0	0,0	2	40,0	3	60,0	0	0,0	3,60	0,55
4 Desenvolvimento ativo da equipe ou programas de educação continuada para a enfermagem.	0	0,0	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	3,20	0,45
5 Oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional.	0	0,0	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0	0,0	3,40	0,55
6 Os gerentes/coordenadores/supervisores, da unidade, utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não como críticas.	0	0,0	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	3,20	0,45
7 Tempo e oportunidade suficientes para discutir com outros enfermeiros os problemas relacionados aos cuidados do paciente.	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	2,20	0,45
8 Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade.	0	0,0	3	60,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	2,60	0,89
9 O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder.	0	0,0	0	0,0	2	40,0	3	60,0	0	0,0	3,60	0,55
10 Equipe de enfermagem suficiente para realizar o trabalho.	0	0,0	3	60,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	2,60	0,89
11 Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito.	0	0,0	2	40,0	2	40,0	1	20,0	0	0,0	2,80	0,84

12	A enfermagem e os médicos trabalham bem em equipe.	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	2,80	0,45
13	Oportunidades de aperfeiçoamento.	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	2,80	0,45
14	Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente.	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	3,00	0,00
15	Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes.	0	0,0	1	20,0	3	60,0	1	20,0	0	0,0	3,00	0,71
16	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico.	0	0,0	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0	0,0	3,40	0,55
17	A administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores.	0	0,0	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	3,20	0,45
18	Programa ativo de garantia da qualidade.	0	0,0	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	3,20	0,45
19	Os enfermeiros são envolvidos na direção interna do hospital (como por exemplo, nos comitês de normas e de práticas clínicas).	0	0,0	1	20,0	3	60,0	1	20,0	0	0,0	3,00	0,71
20	Colaboração (prática conjunta) entre as equipes médica e de enfermagem.	0	0,0	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	3,20	0,45
21	Programa de acompanhamento/tutoria dos profissionais de enfermagem recém-contratados.	0	0,0	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	3,20	0,45
22	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, consulta a equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia.	0	0,0	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	3,20	0,45
23	Planos de cuidado de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes.	0	0,0	3	60,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	2,60	0,89
24	A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (isto é: um mesmo profissional de enfermagem cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos).	1	20,0	1	20,0	2	40,0	1	20,0	0	0,0	2,60	1,14

Na Tabela 9, observamos que os itens “Uma equipe de gerente/coordenador/supervisor, da unidade, que dá suporte à enfermagem” e “O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder” foram os que apresentaram maiores médias de respostas favoráveis ao ambiente de prática dos enfermeiros da UTI 2 (3,6).

Para KEEGAL (2013), a gestão eficaz garante elevados padrões de cuidado, boa comunicação e bom trabalho em equipe, garantindo um melhor desempenho e maior produtividade na prestação de uma assistência à saúde com qualidade. Um líder de equipe deve ser capaz de identificar e gerenciar com êxito seus funcionários e motivá-los a fim de estabelecer melhores padrões dentro das competências esperadas.

Além disso, a boa liderança está ligada à maior satisfação no trabalho e menor intenção de rotatividade na equipe de enfermagem (DUFFIELD et al., 2009).

Nesta perspectiva, nota-se que a instituição apresenta, sob o ponto de vista dos enfermeiros, um esforço para exercer uma gestão eficaz e seu sucesso depende dos enfermeiros em focar seus esforços para que os objetivos da empresa sejam convergentes com seus individuais na busca de uma prática assistencial com qualidade.

O item “Tempo e oportunidade suficientes para discutir com outros enfermeiros os problemas relacionados aos cuidados do paciente” foi o que apresentou menor média de respostas (2,20) nesta unidade, podendo ser considerado o item menos presente no ambiente de trabalho atual.

O processo de comunicação permeia todas as atividades desenvolvidas nas organizações e nas instituições de saúde, influenciando diretamente no planejamento e execução das atividades da equipe de enfermagem, na tomada de decisões relacionadas ao cuidado do paciente e relativas a aspectos administrativos da unidade, refletindo diretamente no planejamento da assistência de enfermagem. Para que isso aconteça, faz-se necessário a adoção de um fluxo adequado de comunicação através de canais bem estruturados e que facilitem o processo (NEVES; SANNA, 2012).

O resultado encontrado nesta instituição pode ser explicado por diversos motivos a serem discutidos na unidade, como pouco tempo disponível para passagem de plantão e a maneira como é feita, sobrecarga de trabalho ou mesmo falta de um espaço oportuno para que os enfermeiros possam discutir os assuntos pertinentes ao dia-a-dia, cabendo aos gestores analisar a importância da troca de informações entre os pares para a garantia da continuidade do cuidado prestado aos pacientes da instituição.

Tabela 10 - Distribuição das frequências de respostas de cada item do instrumento PES - Versão Brasileira da UTI 3 (n=14). Ribeirão Preto - SP, 2018.

Item	Discordo Totalmente		Discordo Parcialmente		Concordo Parcialmente		Concordo Totalmente		Ausentes		Média	DP
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
1 Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes.	2	14,3	5	35,7	6	42,9	0	0,0	1	7,1	2,31	0,75
2 Equipe médica e de enfermagem possuem boas relações de trabalho.	0	0,0	0	0,0	12	85,7	2	14,3	0	0,0	3,14	0,36
3 Uma equipe de gerente/coordenador/supervisor, da unidade, que dá suporte à enfermagem.	0	0,0	2	14,3	8	57,1	4	28,6	0	0,0	3,14	0,66
4 Desenvolvimento ativo da equipe ou programas de educação continuada para a enfermagem.	0	0,0	6	42,9	5	35,7	3	21,4	0	0,0	2,79	0,80
5 Oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional.	3	21,4	3	21,4	7	50,0	1	7,1	0	0,0	2,43	0,94
6 Os gerentes/coordenadores/supervisores, da unidade, utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não como críticas.	3	21,4	5	35,7	4	28,6	2	14,3	0	0,0	2,36	1,01
7 Tempo e oportunidade suficientes para discutir com outros enfermeiros os problemas relacionados aos cuidados do paciente.	1	7,1	10	71,4	2	14,3	1	7,1	0	0,0	2,21	0,70
8 Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade.	0	0,0	7	50,0	6	42,9	1	7,1	0	0,0	2,57	0,65
9 O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder.	2	14,3	3	21,4	7	50,0	2	14,3	0	0,0	2,64	0,93
10 Equipe de enfermagem suficiente para realizar o trabalho.	0	0,0	7	50,0	6	42,9	1	7,1	0	0,0	2,57	0,65
11 Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito.	2	14,3	5	35,7	4	28,6	3	21,4	0	0,0	2,57	1,02
12 A enfermagem e os médicos trabalham bem em equipe.	0	0,0	1	7,1	12	85,7	1	7,1	0	0,0	3,00	0,39
13 Oportunidades de aperfeiçoamento.	3	21,4	3	21,4	6	42,9	2	14,3	0	0,0	2,50	1,02

14	Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente.	1	7,1	6	42,9	6	42,9	1	7,1	0	0,0	2,50	0,76
15	Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes.	1	7,1	3	21,4	7	50,0	3	21,4	0	0,0	2,86	0,86
16	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico.	2	14,3	3	21,4	6	42,9	3	21,4	0	0,0	2,71	0,99
17	A administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores.	4	28,6	6	42,9	3	21,4	1	7,1	0	0,0	2,07	0,92
18	Programa ativo de garantia da qualidade.	0	0,0	5	35,7	6	42,9	3	21,4	0	0,0	2,86	0,77
19	Os enfermeiros são envolvidos na direção interna do hospital (como por exemplo, nos comitês de normas e de práticas clínicas).	3	21,4	1	7,1	8	57,1	2	14,3	0	0,0	2,64	1,01
20	Colaboração (prática conjunta) entre as equipes médica e de enfermagem.	1	7,1	3	21,4	8	57,1	2	14,3	0	0,0	2,79	0,80
21	Programa de acompanhamento/tutoria dos profissionais de enfermagem recém-contratados.	2	14,3	0	0,0	7	50,0	5	35,7	0	0,0	3,07	1,00
22	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, consulta a equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia.	2	14,3	3	21,4	6	42,9	3	21,4	0	0,0	2,71	0,99
23	Planos de cuidado de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes.	1	7,1	1	7,1	4	28,6	7	50,0	1	7,1	3,31	0,95
24	A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (isto é: um mesmo profissional de enfermagem cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos).	2	14,3	4	28,6	6	42,9	2	14,3	0	0,0	2,57	0,94

Podemos notar na Tabela 10, que o item “Planos de cuidado de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes”, foi o que apresentou maior média nas respostas obtidas nos itens da subescalas da UTI 3 (3,31), semelhante ao que ocorre na UTI 1, por se tratar de instituição com mesmo vínculo contratual e mesmo padrão de administração, geridos pela mesma autarquia.

Já o item “A administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores” foi o que obteve menor média de respostas (2,07), o que indica uma preocupação para a instituição no que tange a administração dos seus servidores e aos canais de atendimento aos seus colaboradores para que tenham espaços oportunos de discussão de assuntos pertinentes.

No tocante a análise descritiva e comparativa feita para as subescalas do PES- versão brasileira, os resultados estão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11 - Análise descritiva das subescalas do PES- Versão Brasileira por unidades. Ribeirão Preto - SP, 2018.

	Número de itens	UTI 1		UTI 2		UTI 3	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares	5	2,3	0,3	3,1	0,3	2,5	0,9
Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado	7	2,4	0,4	3,0	0,4	2,8	0,6
Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem	5	2,6	0,8	3,3	0,4	2,7	0,8
Adequação da equipe e de recursos	4	2,3	0,4	2,6	0,4	2,5	0,5
Relações colegiais entre enfermeiros e médicos	3	2,8	0,4	2,9	0,1	3,0	0,4
Total de itens	24						

Nota-se que a UTI 1 foi considerada um ambiente misto de trabalho, na qual os enfermeiros pontuaram como favorável as subescalas “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” (2,6) e “Relações colegiais entre enfermeiros e médicos” (2,8) e pontuaram como desfavorável as subescalas “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” (2,3), “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado” (2,4) e “Adequação da equipe e de recursos” (2,3).

A UTI 2 foi avaliada como um ambiente de trabalho favorável à prática profissional da enfermagem, com pontuação acima de 2,5 em todas as subescalas, podendo ser considerado o melhor ambiente de prática.

A UTI 3, também considerada um ambiente misto, apresentou pontuação neutra (2,5) nas subescalas “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares” e “Adequação da equipe e de recursos” e favorável nas subescalas “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado” (2,8), “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” (2,7) e “Relações colegiais entre enfermeiros e médicos” (3,0).

De acordo com Lake (2002), as duas primeiras subescalas do PES refletem o ambiente de todo o hospital e as três restantes referem-se a aspectos mais específicos da unidade de trabalho.

Com relação a subescala “Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares”, é desejável um envolvimento ativo dos enfermeiros na política e na tomada de decisão dos hospitais, utilizando-se da participação e envolvimento em comissões hospitalares e comitês internos e oportunidade de progresso, valorizando o papel do enfermeiro no contexto hospitalar.

Para a subescala “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado”, espera-se que os hospitais garantam suporte aos enfermeiros para que possam realizar os processos de cuidado com segurança e garantia de qualidade, para atender a crescente demanda de necessidade e expectativa dos cidadãos. O desenvolvimento ativo da equipe e programas de educação continuada para os enfermeiros deve responder aos avanços tecnológicos contínuos que a profissão tem vivenciado, garantindo a continuidade do cuidado, com planos de cuidados focados em modelos assistenciais de cuidados de enfermagem.

A terceira subescala, “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem” enfoca o papel crítico do enfermeiro gerente e ilustra as formas pelos quais os administradores e gerentes podem apoiar os enfermeiros e suas equipes, seja na mediação de conflitos com médicos, na ocasião de erros cometidos pelos enfermeiros e sua equipe e a forma como são dadas as tratativas, ou no elogio e reconhecimento por um trabalho bem feito.

A quarta subescala, “Adequação da equipe e de recursos” descreve a necessidade de pessoal adequado e de recursos de apoio para prestar assistência de qualidade ao paciente, com duas características marcantes para que a assistência possa ser fornecida ao paciente com

qualidade, relacionadas ao tempo com que os enfermeiros podem passar com seus pacientes e à disponibilidade de discutir problemas do cuidado com outros enfermeiros.

A quinta e menor subescala, caracteriza as relações de trabalho positivas entre médicos e enfermeiros, na perspectiva de um trabalho mais coletivo e integrado, particularmente em unidades de cuidados críticos.

Gasparino (2015) conclui que todas as subescalas do PES são importantes para se alcançar um melhor ambiente de trabalho para os enfermeiros mas as que mais se destacam são as subescalas habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem, fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado e participação dos enfermeiros nas discussões dos assuntos hospitalares. Daí a importância das instituições se voltarem para a adoção de estratégias para melhoria do ambiente pautadas na capacitação das lideranças, na implantação efetiva de programas de educação continuada, de garantia da qualidade, acompanhamento diário dos pacientes e envolvimento dos enfermeiros nas resoluções dos problemas diários e comissões internas da instituição.

As Tabelas 12, 13 e 14, trazem a distribuição das frequências de respostas de cada item da parte A do instrumento MISSCARE-BRASIL das UTI's pesquisadas.

Tabela 12 - Distribuição das frequências de respostas de cada item da parte A do instrumento *MISSCARE-BRASIL* da UTI 1 (n=10). Ribeirão Preto - SP, 2018.

	Nunca realizado		Raramente realizado		Ocasionalmente não realizado		Realizado frequentemente		Sempre realizado		Não informado	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1) Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito	4	40,0	5	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1,0	10,0
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	0	0,0	0	0,0	3	30,0	5	50,0	2	20,0	0,0	0,0
3) Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	0	0,0	0	0,0	1	10,0	3	30,0	6	60,0	0,0	0,0
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	0	0,0	1	10,0	1	10,0	3	30,0	5	50,0	0,0	0,0
5) Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito	0	0,0	0	0,0	1	10,0	4	40,0	5	50,0	0,0	0,0
6) Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0	8	80,0	0,0	0,0
7) Controle do balanço hídrico - entradas e saídas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	50,0	5	50,0	0,0	0,0
8) Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	0	0,0	0	0,0	2	20,0	6	60,0	2	20,0	0,0	0,0
9) Orientações ao pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	0	0,0	0	0,0	2	20,0	5	50,0	3	30,0	0,0	0,0
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família	0	0,0	1	10,0	4	40,0	5	50,0	0	0,0	0,0	0,0
11) Banho/higiene do paciente/medidas para a prevenção de lesões de pele	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	30,0	7	70,0	0,0	0,0
12) Higiene bucal	0	0,0	0	0,0	2	20,0	4	40,0	4	40,0	0,0	0,0
13) Higienização das suas mãos	0	0,0	0	0,0	1	10,0	6	60,0	3	30,0	0,0	0,0
14) Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	4	40,0	3	30,0	2	20,0	1	10,0	0	0,0	0,0	0,0
15) Monitorar a glicemia capilar (Glicosimetria/dextro) conforme prescrito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	50,0	5	50,0	0,0	0,0
16) Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando suas necessidades de cuidado	0	0,0	0	0,0	2	20,0	5	50,0	3	30,0	0,0	0,0

17) Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	0	0,0	1	10,0	1	10,0	6	60,0	2	20,0	0,0	0,0
18) Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	0	0,0	0	0,0	1	10,0	6	60,0	3	30,0	0,0	0,0
19) O atendimento à chamada do paciente é feito dentro de cinco minutos	0	0,0	1	10,0	4	40,0	4	40,0	1	10,0	0,0	0,0
20) As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos	0	0,0	2	20,0	4	40,0	4	40,0	0	0,0	0,0	0,0
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	0	0,0	0	0,0	5	50,0	5	50,0	0	0,0	0,0	0,0
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	1	10,0	4	40,0	3	30,0	2	20,0	0	0,0	0,0	0,0
23) Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	0	0,0	0	0,0	4	40,0	4	40,0	2	20,0	0,0	0,0
24) Cuidados com leões de pele/feridas	0	0,0	0	0,0	1	10,0	4	40,0	5	50,0	0,0	0,0
25) Aspiração de vias aéreas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	30,0	7	70,0	0,0	0,0
26) Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	1	10,0	0	0,0	1	10,0	3	30,0	5	50,0	0,0	0,0
27) Sentar o paciente fora do leito	1	10,0	3	30,0	1	10,0	4	40,0	1	10,0	0,0	0,0
28) Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	0	0,0	0	0,0	3	30,0	5	50,0	2	20,0	0,0	0,0

Tabela 13 - Distribuição das frequências de respostas de cada item da parte A do instrumento *MISSCARE-BRASIL* da UTI 2 (n=5). Ribeirão Preto - SP, 2018.

	Nunca realizado		Raramente realizado		Ocasionalmente não realizado		Realizado frequentemente		Sempre realizado		Não informado	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1) Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito	1	20,0	3	60,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	0	0,0	0	0,0	2	40,0	3	60,0	0	0,0	0,0	0,0
3) Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	0	0,0	0	0,0	1	20,0	3	60,0	1	20,0	0,0	0,0
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	0	0,0	0	0,0	1	20,0	2	40,0	2	40,0	0,0	0,0
5) Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito	0	0,0	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0,0	0,0
6) Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0	3	60,0	0,0	0,0
7) Controle do balanço hídrico - entradas e saídas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0,0	0,0
8) Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0,0	0,0
9) Orientações ao pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	0	0,0	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0,0	0,0
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família	0	0,0	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0,0	0,0
11) Banho/higiene do paciente/medidas para a prevenção de lesões de pele	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0	3	60,0	0,0	0,0
12) Higiene bucal	0	0,0	1	20,0	0	0,0	1	20,0	3	60,0	0,0	0,0
13) Higienização das suas mãos	0	0,0	0	0,0	1	20,0	2	40,0	2	40,0	0,0	0,0
14) Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	0	0,0	0	0,0	2	40,0	2	40,0	1	20,0	0,0	0,0
15) Monitorar a glicemia capilar (Glicosimetria/dextro) conforme prescrito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0,0	0,0
16) Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando suas necessidades de cuidado	0	0,0	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0,0	0,0

17) Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0,0	0,0
18) Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	0	0,0	1	20,0	1	20,0	2	40,0	1	20,0	0,0	0,0
19) O atendimento à chamada do paciente é feito dentro de cinco minutos	0	0,0	1	20,0	0	0,0	2	40,0	2	40,0	0,0	0,0
20) As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos	0	0,0	2	40,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0,0	0,0
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	1	20,0	0	0,0	1	20,0	2	40,0	1	20,0	0,0	0,0
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0,0	0,0
23) Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	1	20,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	1	20,0	0,0	0,0
24) Cuidados com leões de pele/feridas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0	3	60,0	0,0	0,0
25) Aspiração de vias aéreas	0	0,0	0	0,0	2	40,0	1	20,0	2	40,0	0,0	0,0
26) Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0,0	0,0
27) Sentar o paciente fora do leito	0	0,0	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0,0	0,0
28) Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	0	0,0	1	20,0	1	20,0	2	40,0	1	20,0	0,0	0,0

Tabela 14 - Distribuição das frequências de respostas de cada item da parte A do instrumento *MISSCARE-BRASIL* da UTI 3 (n=14). Ribeirão Preto - SP, 2018.

	Nunca realizado		Raramente realizado		Ocasionalmente não realizado		Realizado frequentemente		Sempre realizado		Não informado	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1) Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito	4	28,6	7	50,0	1	7,1	1	7,1	1	7,1	0,0	0,0
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	0	0,0	0	0,0	4	28,6	6	42,9	4	28,6	0,0	0,0
3) Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	0	0,0	0	0,0	1	7,1	7	50,0	6	42,9	0,0	0,0
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	0	0,0	0	0,0	2	14,3	6	42,9	6	42,9	0,0	0,0
5) Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito	0	0,0	1	7,1	6	42,9	3	21,4	4	28,6	0,0	0,0
6) Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	0	0,0	0	0,0	1	7,1	3	21,4	10	71,4	0,0	0,0
7) Controle do balanço hídrico - entradas e saídas	0	0,0	0	0,0	1	7,1	2	14,3	11	78,6	0,0	0,0
8) Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	0	0,0	0	0,0	4	28,6	6	42,9	4	28,6	0,0	0,0
9) Orientações ao pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	1	7,1	2	14,3	1	7,1	7	50,0	3	21,4	0,0	0,0
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família	1	7,1	0	0,0	3	21,4	8	57,1	2	14,3	0,0	0,0
11) Banho/higiene do paciente/medidas para a prevenção de lesões de pele	0	0,0	0	0,0	1	7,1	3	21,4	10	71,4	0,0	0,0
12) Higiene bucal	0	0,0	0	0,0	1	7,1	10	71,4	3	21,4	0,0	0,0
13) Higienização das suas mãos	0	0,0	0	0,0	2	14,3	6	42,9	6	42,9	0,0	0,0
14) Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	7	50,0	1	7,1	0	0,0	4	28,6	2	14,3	0,0	0,0
15) Monitorar a glicemia capilar (Glicosimetria/dextro) conforme prescrito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1	13	92,9	0,0	0,0

16) Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando suas necessidades de cuidado	0	0,0	1	7,1	3	21,4	3	21,4	7	50,0	0,0	0,0
17) Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	0	0,0	1	7,1	3	21,4	2	14,3	8	57,1	0,0	0,0
18) Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	0	0,0	0	0,0	2	14,3	7	50,0	5	35,7	0,0	0,0
19) O atendimento à chamada do paciente é feito dentro de cinco minutos	0	0,0	0	0,0	2	14,3	7	50,0	5	35,7	0,0	0,0
20) As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos	0	0,0	2	14,3	1	7,1	6	42,9	5	35,7	0,0	0,0
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	0	0,0	1	7,1	1	7,1	4	28,6	8	57,1	0,0	0,0
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	2	14,3	1	7,1	3	21,4	5	35,7	2	14,3	1,0	7,1
23) Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	0	0,0	1	7,1	3	21,4	6	42,9	4	28,6	0,0	0,0
24) Cuidados com leões de pele/feridas	0	0,0	0	0,0	1	7,1	3	21,4	10	71,4	0,0	0,0
25) Aspiração de vias aéreas	0	0,0	0	0,0	1	7,1	5	35,7	8	57,1	0,0	0,0
26) Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	0	0,0	0	0,0	1	7,1	5	35,7	8	57,1	0,0	0,0
27) Sentar o paciente fora do leito	0	0,0	0	0,0	5	35,7	7	50,0	2	14,3	0,0	0,0
28) Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	0	0,0	0	0,0	1	7,1	6	42,9	7	50,0	0,0	0,0

Entre os cuidados “nunca realizados” pela enfermagem, na UTI 1, o mais frequente foi a “Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito” (40,0%), e “Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar” (40,0%).

Na UTI 2, os itens “nunca realizados” mais frequentes foram “Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito” (20,0%), “Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados” (20,0%) e “Higienizar o paciente prontamente a cada eliminação” (20%).

Na UTI 3, os itens “nunca realizados” mais frequentes foram “Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar” (70,0%) e “Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito” (28,6%).

Em relação aos cuidados “sempre realizados”, os mais frequentes na UTI 1 foram: “Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito” (80%), e “Aspiração de vias aéreas” (70,0%) e “Banho/higiene do paciente/medidas para a prevenção de lesões de pele” (70,0%).

Na UTI 2, os cuidados “sempre realizados” foram: “Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito” (60,0%), “Banho/higiene do paciente/medidas para a prevenção de lesões de pele” (60,0%), “Higiene bucal” (60,0%) e “Cuidados com lesões de pele/feridas” (60%).

Na UTI 3, em relação aos cuidados “sempre realizados”, os mais frequentes foram: “Monitorar a glicemia capilar (Glicosimetria/dextro) conforme prescrito” (92,9%), “Controle do balanço hídrico - entradas e saídas” (78,6%) e “Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito” e “Cuidados com lesões de pele/feridas” (71,4%).

Sequencialmente, conforme os dados apresentados na Tabela 15, foi realizado o cálculo da prevalência de omissão do cuidado, para o qual se utilizou o agrupamento das respostas às alternativas “ocasionalmente não é realizado”, “raramente é realizado” e “nunca é realizado”. Ressalta-se que os “não informados”, ou seja, itens que não foram respondidos pelos participantes não foram incluídos na prevalência para garantir que os cuidados que pudessem ter sido considerados como “não aplicáveis” pelos participantes não refletissem nos resultados dos cuidados perdidos. Escores médios mais altos indicam maior frequência de assistência de enfermagem perdida na unidade de cuidado ao paciente, e sendo assim, ficou calculado o percentual de enfermeiros que relataram que o atendimento foi perdido.

Tabela 15 - Distribuição da frequência de respostas sobre a omissão de cuidados de enfermagem aos 28 itens da parte A do instrumento *MISSCARE-BRASIL* de acordo com o agrupamento das opções "ocasionalmente não é realizado", "raramente é realizado" e "nunca é realizado". Ribeirão Preto, SP, 2018.

Item	UTI's			UTI 1			UTI 2			UTI 3		
	n	f	%	n	f	%	n	f	%	n	f	%
1) Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito	28	26	93%	9	9	100,0%	5	5	100,0%	14	12	85,7%
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	29	9	31%	10	3	30,0%	5	2	40,0%	14	4	28,6%
3) Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	29	3	10%	10	1	10,0%	5	1	20,0%	14	1	7,1%
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	29	5	17%	10	2	20,0%	5	1	20,0%	14	2	14,3%
5) Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito	29	9	31%	10	1	10,0%	5	1	20,0%	14	7	50,0%
6) Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	29	1	3%	10	0	0,0%	5	0	0,0%	14	1	7,1%
7) Controle do balanço hídrico - entradas e saídas	29	1	3%	10	0	0,0%	5	0	0,0%	14	1	7,1%
8) Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	29	6	21%	10	2	20,0%	5	0	0,0%	14	4	28,6%
9) Orientações ao pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	29	7	24%	10	2	20,0%	5	1	20,0%	14	4	28,6%
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família	29	10	34%	10	5	50,0%	5	1	20,0%	14	4	28,6%
11) Banho/higiene do paciente/medidas para a prevenção de lesões de pele	29	1	3%	10	0	0,0%	5	0	0,0%	14	1	7,1%
12) Higiene bucal	29	4	14%	10	2	20,0%	5	1	20,0%	14	1	7,1%
13) Higienização das suas mãos	29	4	14%	10	1	10,0%	5	1	20,0%	14	2	14,3%
14) Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	29	19	66%	10	9	90,0%	5	2	40,0%	14	8	57,1%
15) Monitorar a glicemia capilar (Glicosimetria/dextro) conforme prescrito	29	0	0%	10	0	0,0%	5	0	0,0%	14	0	0,0%
16) Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando suas necessidades de cuidado	29	7	24%	10	2	20,0%	5	1	20,0%	14	4	28,6%
17) Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	29	6	21%	10	2	20,0%	5	0	0,0%	14	4	28,6%
18) Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	29	5	17%	10	1	10,0%	5	2	40,0%	14	2	14,3%

19) O atendimento à chamada do paciente é feito dentro de cinco minutos	29	8	28%	10	5	50,0%	5	1	20,0%	14	2	14,3%
20) As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos	29	11	38%	10	6	60,0%	5	2	40,0%	14	3	21,4%
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	29	9	31%	10	5	50,0%	5	2	40,0%	14	2	14,3%
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	28	14	50%	10	8	80,0%	5	0	0,0%	13	6	46,2%
23) Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	29	9	31%	10	4	40,0%	5	1	20,0%	14	4	28,6%
24) Cuidados com leões de pele/feridas	29	2	7%	10	1	10,0%	5	0	0,0%	14	1	7,1%
25) Aspiração de vias aéreas	29	3	10%	10	0	0,0%	5	2	40,0%	14	1	7,1%
26) Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	29	3	10%	10	2	20,0%	5	0	0,0%	14	1	7,1%
27) Sentar o paciente fora do leito	29	11	38%	10	5	50,0%	5	1	20,0%	14	5	35,7%
28) Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	29	6	21%	10	3	30,0%	5	2	40,0%	14	1	7,1%

Destaca-se que o item “Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito” apresentou a maior prevalência de omissão nas três unidades, tendo sido relatado como cuidado não realizado por 26 enfermeiros e o item “Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar”, relatado por 19 enfermeiros.

Observa-se na UTI 1, que o item “Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer” também apresentou prevalência significativa de omissão e na UTI 3 o item “Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito” pode ser considerado como não realizado por 50% dos enfermeiros.

Nos EUA, um estudo realizado por KALISCH e WILLIAMS (2009) em três hospitais do estado de Michigan, utilizando o MISSCARE, os três cuidados mais omitidos foram: “Deambulação três vezes ao dia ou conforme prescrito” (84%), “Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados” (83%) e “Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas” (82%).

Os achados nacionais de cuidados de enfermagem mais perdidos encontrados por Siqueira (2016) foram “Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito” com 64% de omissão, seguido do item “Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer” (52,1%) e “Apoio emocional ao paciente e/ou família (34,8%).

Outro estudo semelhante desenvolvido por Lima (2018) em unidades de internação de um hospital de Goiás, identificou que os cuidados com maior prevalência de omissão nas UTI’s Médica e Cirúrgica foram “Deambulação três vezes ao dia ou conforme prescrito” (96,4 e 96,6 respectivamente), “Sentar o paciente fora do leito” (93,1 e 72,4% respectivamente), “Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer” (75,9 e 62,1% respectivamente) e “Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar” (48,3 e 658,6% respectivamente).

O fenômeno da deambulação, foi o elemento do cuidado de enfermagem mais omitido nas três unidades estudadas neste e nos demais estudos citados. A falha no processo de deambulação do paciente pode ser associada a episódios de delirium do paciente, pneumonia, aumento do tempo de internação, dor e desconforto físico (KALISCH; LANDSTROM; WILLIAMS, 2009), mas foi relatado como “ação impraticável por pacientes acamados e incapazes de deambular” em um estudo conduzido no Brasil para tradução do instrumento MISSCARE (SIQUEIRA, 2012).

É importante observar que os cuidados omitidos mais frequentemente nas UTI's devem ser plausíveis de avaliação as condições clínicas e complexidade dos pacientes internados nestas unidades.

As Tabelas 16, 17 e 18, trazem a distribuição das frequências de respostas de cada item da parte B do instrumento MISSCARE-BRASIL das UTI's um, dois e três, respectivamente.

Tabela 16 - Distribuição das frequências de respostas de cada item da parte B do instrumento *MISSCARE-BRASIL* da UTI 1 (n=10). Ribeirão Preto - SP, 2018.

ITEM	Razão Significante		Razão moderada		Razão pouco significante		Não é uma razão		Não informado	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1) Número inadequado de pessoal	2	20,0	6	60,0	2	20,0	0	0,0	0,0	0,0
2) Situações de urgência dos pacientes (ex. a piora de condição de um paciente)	3	30,0	4	40,0	0	0,0	3	30,0	0,0	0,0
3) Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes na unidade	4	40,0	4	40,0	0	0,0	2	20,0	0,0	0,0
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)	3	30,0	4	40,0	2	20,0	1	10,0	0,0	0,0
5) A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada	2	20,0	3	30,0	3	30,0	2	20,0	0,0	0,0
6) Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário	3	30,0	2	20,0	5	50,0	0	0,0	0,0	0,0
7) A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada	1	10,0	2	20,0	3	30,0	4	40,0	0,0	0,0
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que necessária (ex. fisioterapeuta não auxiliou na deambulação do paciente)	1	10,0	4	40,0	5	50,0	0	0,0	0,0	0,0
9) Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário	1	10,0	5	50,0	3	30,0	1	10,0	0,0	0,0
10) Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário	1	10,0	4	40,0	3	30,0	2	20,0	0,0	0,0
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si	1	10,0	3	30,0	5	50,0	1	10,0	0,0	0,0
12) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio	0	0,0	3	30,0	5	50,0	2	20,0	0,0	0,0
13) Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM	1	10,0	3	30,0	5	50,0	1	10,0	0,0	0,0
14) Tensão/conflitos ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA	1	10,0	1	10,0	7	70,0	1	10,0	0,0	0,0

15) O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada	2	20,0	6	60,0	2	20,0	0	0,0	0,0	0,0
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível	2	20,0	4	40,0	4	40,0	0	0,0	0,0	0,0
17) Grande quantidade de admissões e altas	3	30,0	2	20,0	4	40,0	1	10,0	0,0	0,0
18) O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição	4	40,0	2	20,0	4	40,0	0	0,0	0,0	0,0
19) Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional	2	20,0	3	30,0	4	40,0	1	10,0	0,0	0,0
20) O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido a estabilidade no emprego	4	40,0	4	40,0	1	10,0	1	10,0	0,0	0,0
21) Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe	1	10,0	6	60,0	3	30,0	0	0,0	0,0	0,0
22) Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional)	2	20,0	4	40,0	3	30,0	1	10,0	0,0	0,0
23) A planta física da unidade/setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes	3	30,0	3	30,0	2	20,0	2	20,0	0,0	0,0
24) Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados	0	0,0	4	40,0	3	30,0	3	30,0	0,0	0,0
25) O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)	1	10,0	4	40,0	5	50,0	0	0,0	0,0	0,0
26) Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional)	6	60,0	2	20,0	1	10,0	1	10,0	0,0	0,0
27) Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde (o que impede que desempenhem as funções para as quais foram contratados)	1	10,0	4	40,0	4	40,0	1	10,0	0,0	0,0
28) O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência	3	30,0	3	30,0	2	20,0	2	20,0	0,0	0,0

Tabela 17 - Distribuição das frequências de respostas de cada item da parte B do instrumento *MISSCARE-BRASIL* da UTI 2 ($n=5$). Ribeirão Preto - SP, 2018.

ITEM	Razão Significante		Razão moderada		Razão pouco significante		Não é uma razão		Não informado	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1) Número inadequado de pessoal	0	0,0	2	40,0	2	40,0	1	20,0	0,0	0,0
2) Situações de urgência dos pacientes (ex. a piora de condição de um paciente)	1	20,0	2	40,0	1	20,0	1	20,0	0,0	0,0
3) Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes na unidade	1	20,0	2	40,0	2	40,0	0	0,0	0,0	0,0
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)	1	20,0	1	20,0	2	40,0	1	20,0	0,0	0,0
5) A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada	0	0,0	2	40,0	2	40,0	1	20,0	0,0	0,0
6) Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário	0	0,0	3	60,0	1	20,0	1	20,0	0,0	0,0
7) A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada	0	0,0	3	60,0	1	20,0	1	20,0	0,0	0,0
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que necessária (ex. fisioterapeuta não auxiliou na deambulação do paciente)	0	0,0	1	20,0	3	60,0	1	20,0	0,0	0,0
9) Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário	0	0,0	1	20,0	3	60,0	1	20,0	0,0	0,0
10) Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário	0	0,0	2	40,0	1	20,0	2	40,0	0,0	0,0
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0,0	0,0
12) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio	0	0,0	2	40,0	3	60,0	0	0,0	0,0	0,0
13) Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM	0	0,0	2	40,0	2	40,0	1	20,0	0,0	0,0
14) Tensão/conflitos ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0,0	0,0

15) O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada	0	0,0	1	20,0	3	60,0	1	20,0	0,0	0,0
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível	0	0,0	1	20,0	2	40,0	2	40,0	0,0	0,0
17) Grande quantidade de admissões e altas	1	20,0	2	40,0	1	20,0	1	20,0	0,0	0,0
18) O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição	0	0,0	1	20,0	3	60,0	1	20,0	0,0	0,0
19) Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional	1	20,0	0	0,0	3	60,0	1	20,0	0,0	0,0
20) O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido a estabilidade no emprego	1	20,0	2	40,0	1	20,0	1	20,0	0,0	0,0
21) Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe	0	0,0	2	40,0	2	40,0	1	20,0	0,0	0,0
22) Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional)	1	20,0	2	40,0	0	0,0	2	40,0	0,0	0,0
23) A planta física da unidade/setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes	1	20,0	3	60,0	0	0,0	1	20,0	0,0	0,0
24) Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados	0	0,0	2	40,0	2	40,0	1	20,0	0,0	0,0
25) O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)	0	0,0	3	60,0	1	20,0	1	20,0	0,0	0,0
26) Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional)	1	20,0	1	20,0	1	20,0	2	40,0	0,0	0,0
27) Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde (o que impede que desempenhem as funções para as quais foram contratados)	0	0,0	2	40,0	1	20,0	2	40,0	0,0	0,0
28) O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência	1	20,0	3	60,0	0	0,0	1	20,0	0,0	0,0

Tabela 18 - Distribuição das frequências de respostas de cada item da parte B do instrumento *MISSCARE-BRASIL* da UTI 3 (n=14). Ribeirão Preto - SP, 2018.

ITEM	Razão Significante		Razão moderada		Razão pouco significante		Não é uma razão		Não informado	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1) Número inadequado de pessoal	6	42,9	6	42,9	0	0,0	2	14,3	0,0	0,0
2) Situações de urgência dos pacientes (ex. a piora de condição de um paciente)	10	71,4	2	14,3	1	7,1	1	7,1	0,0	0,0
3) Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes na unidade	6	42,9	4	28,6	1	7,1	3	21,4	0,0	0,0
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)	7	50,0	5	35,7	1	7,1	1	7,1	0,0	0,0
5) A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada	2	14,3	4	28,6	3	21,4	5	35,7	0,0	0,0
6) Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário	4	28,6	3	21,4	4	28,6	2	14,3	1,0	7,1
7) A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada	3	21,4	5	35,7	3	21,4	3	21,4	0,0	0,0
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que necessário (ex. fisioterapeuta não auxiliou na deambulação do paciente)	1	7,1	5	35,7	6	42,9	1	7,1	1,0	7,1
9) Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário	1	7,1	6	42,9	5	35,7	1	7,1	1,0	7,1
10) Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário	1	7,1	8	57,1	4	28,6	0	0,0	1,0	7,1
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si	3	21,4	5	35,7	3	21,4	3	21,4	0,0	0,0
12) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio	5	35,7	3	21,4	2	14,3	4	28,6	0,0	0,0
13) Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM	3	21,4	5	35,7	2	14,3	4	28,6	0,0	0,0
14) Tensão/conflitos ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA	2	14,3	5	35,7	3	21,4	4	28,6	0,0	0,0

15) O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada	6	42,9	2	14,3	2	14,3	3	21,4	1,0	7,1
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível	1	7,1	4	28,6	4	28,6	5	35,7	0,0	0,0
17) Grande quantidade de admissões e altas	6	42,9	2	14,3	3	21,4	3	21,4	0,0	0,0
18) O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição	2	14,3	5	35,7	1	7,1	5	35,7	1,0	7,1
19) Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional	2	14,3	0	0,0	7	50,0	4	28,6	1,0	7,1
20) O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido a estabilidade no emprego	6	42,9	4	28,6	1	7,1	2	14,3	1,0	7,1
21) Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe	3	21,4	5	35,7	4	28,6	1	7,1	1,0	7,1
22) Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional)	3	21,4	4	28,6	4	28,6	2	14,3	1,0	7,1
23) A planta física da unidade/setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes	0	0,0	7	50,0	4	28,6	3	21,4	0,0	0,0
24) Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados	3	21,4	4	28,6	1	7,1	5	35,7	1,0	7,1
25) O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)	5	35,7	4	28,6	3	21,4	1	7,1	1,0	7,1
26) Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional)	8	57,1	2	14,3	1	7,1	3	21,4	0,0	0,0
27) Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde (o que impede que desempenhem as funções para as quais foram contratados)	5	35,7	5	35,7	4	28,6	0	0,0	0,0	0,0
28) O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para a realização da assistência	6	42,9	3	21,4	4	28,6	1	7,1	0,0	0,0

Com relação as razões para omissão de cuidados, na UTI 1, observa-se que o item “Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou valorização do profissional)” foi o que apresentou maior porcentagem de frequência de respostas como sendo uma “razão significativa” para a não realização dos cuidados de enfermagem (60%), seguido dos itens “Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes na unidade”, “O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição” e “O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido a estabilidade no emprego” com 40% da frequência de respostas como sendo uma “razão significativa” para a não realização de cuidados de enfermagem.

Na UTI 2, entre as razões elencadas, não houve um item que apresentasse diferença significativa nas frequências de respostas de “razão significativa” para a omissão de cuidados.

Na UTI 3, os itens “Situações de urgência dos pacientes (ex. a piora de condição de um paciente)” e “Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional)” foram os que apresentaram maior frequência de respostas de “razão significativa” para a omissão de cuidados, com 71,4% e 57,1% respectivamente das respostas.

Para o cálculo da prevalência dos motivos de não realização dos cuidados de enfermagem, utilizou-se o agrupamento das respostas às alternativas “razão significativa” e “razão moderada”. Ressalta-se que os “Não informados”, ou seja, itens que não foram respondidos pelos participantes não foram incluídos na prevalência para garantir que os motivos que pudessem ter sido considerados como “não aplicáveis” pelos participantes não refletissem nos resultados. Escores médios mais altos indicam maior razão para a não realização de cuidados de enfermagem.

Tabela 19- Distribuição da frequência de respostas sobre os motivos para a omissão de cuidados de enfermagem aos 28 itens da parte B do instrumento *MISSCARE-BRASIL* de acordo com o agrupamento das opções "razão significativa" e "razão moderada" nas três unidades estudadas. Ribeirão Preto, SP, 2018

Item	UTI's			UTI 1			UTI 2			UTI 3		
	n	f	%	n	f	%	n	f	%	n	f	%
1) Número inadequado de pessoal	29	22	75,9%	10	8	80,0%	5	2	40,0%	14	12	85,7%
2) Situações de urgência dos pacientes (ex. a piora de condição de um paciente)	29	22	75,9%	10	7	70,0%	5	3	60,0%	14	12	85,7%
3) Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes na unidade	29	21	72,4%	10	8	80,0%	5	3	60,0%	14	10	71,4%
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)	29	21	72,4%	10	7	70,0%	5	2	40,0%	14	12	85,7%
5) A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada	29	13	44,8%	10	5	50,0%	5	2	40,0%	14	6	42,9%
6) Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário	27	15	55,6%	10	5	50,0%	5	3	60,0%	12	7	58,3%
7) A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada	29	14	48,3%	10	3	30,0%	5	3	60,0%	14	8	57,1%
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que necessária (ex. fisioterapeuta não auxiliou na deambulação do paciente)	27	12	44,4%	10	5	50,0%	5	1	20,0%	12	6	50,0%
9) Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário	27	14	51,9%	10	6	60,0%	5	1	20,0%	12	7	58,3%
10) Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário	27	16	59,3%	10	5	50,0%	5	2	40,0%	12	9	75,0%
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si	29	13	44,8%	10	4	40,0%	5	1	20,0%	14	8	57,1%
12) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio	29	13	44,8%	10	3	30,0%	5	2	40,0%	14	8	57,1%
13) Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM	29	14	48,3%	10	4	40,0%	5	2	40,0%	14	8	57,1%
14) Tensão/conflitos ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA	29	10	34,5%	10	2	20,0%	5	1	20,0%	14	7	50,0%
15) O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada	27	17	63,0%	10	8	80,0%	5	1	20,0%	12	8	66,7%
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível	29	12	41,4%	10	6	60,0%	5	1	20,0%	14	5	35,7%
17) Grande quantidade de admissões e altas	29	16	55,2%	10	5	50,0%	5	3	60,0%	14	8	57,1%

18) O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição	27	14	51,9%	10	6	60,0%	5	1	20,0%	12	7	58,3%
19) Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional	27	8	29,6%	10	5	50,0%	5	1	20,0%	12	2	16,7%
20) O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido a estabilidade no emprego	27	21	77,8%	10	8	80,0%	5	3	60,0%	12	10	83,3%
21) Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe	27	17	63,0%	10	7	70,0%	5	2	40,0%	12	8	66,7%
22) Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional)	27	16	59,3%	10	6	60,0%	5	3	60,0%	12	7	58,3%
23) A planta física da unidade/setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes	29	17	58,6%	10	6	60,0%	5	4	80,0%	14	7	50,0%
24) Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados	27	13	48,1%	10	4	40,0%	5	2	40,0%	12	7	58,3%
25) O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)	27	17	63,0%	10	5	50,0%	5	3	60,0%	12	9	75,0%
26) Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional)	29	20	69,0%	10	8	80,0%	5	2	40,0%	14	10	71,4%
27) Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde (o que impede que desempenhem as funções para as quais foram contratados)	29	17	58,6%	10	5	50,0%	5	2	40,0%	14	10	71,4%
28) O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência	29	19	65,5%	10	6	60,0%	5	4	80,0%	14	9	64,3%

Podemos observar que o “Número inadequado de pessoal” foi relatado como motivo para a não realização dos cuidados de enfermagem por 22 enfermeiros (75,9%), assim como o item “Situações de urgência dos pacientes (ex. a piora de condição de um paciente)”. Os itens “Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes na unidade” e “Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)” também apresentaram porcentagens expressivas nas três unidades, evidenciando a possibilidade de haver sobrecarga de trabalho nas unidades na percepção dos enfermeiros.

Para Siqueira (2016), o “Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade” foi a razão mais citadas pelos profissionais para a omissão dos cuidados de enfermagem (79,4%), seguido de “Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)” (77,2%) e “Número inadequado de pessoal” (75,2%).

Em estudo semelhante realizado em um hospital de Goiás em UTI Cirúrgica, o “Número inadequado de pessoal” foi o principal motivo encontrado para a não realização dos cuidados (82,8%) e o terceiro principal motivo encontrado para a não realização dos cuidados de enfermagem em UTI Médica (79,3%) (LIMA, 2018).

Para Smith et. al. (2017), enfermeiros que relataram quadro de pessoal e recursos mais adequados relataram menor assistência perdida, associando-se a evidência de que para que os cuidados necessários sejam realizados alguns recursos materiais e equipamentos, além de recursos humanos devem estar disponíveis.

De acordo com Pompeo et al. (2007), a dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde e a ausência de planejamento da assistência são fatores que contribuem para as deficiências na implementação do plano de cuidado dos mesmos, podendo ser um fator preditivo para a omissão de cuidados.

A distribuição das categorias relacionadas às razões para a omissão dos cuidados de enfermagem está apresentada na Tabela 20.

Tabela 20 - Análise descritiva das subescalas da Parte B do *MISSCARE-BRASIL* por unidades. Ribeirão Preto - SP, 2018.

			UTI 1		UTI 2		UTI 3	
		Número de itens	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Fator 1	Comunicação	10	2,41	0,54	2,16	0,53	2,45	0,70
Fator 2	Recursos Materiais	4	2,65	0,65	2,32	0,79	2,56	0,53
Fator 3	Recursos Laborais	8	2,77	0,72	2,46	0,81	2,99	0,51
Fator 4	Gerenciamento/liderança	3	2,92	0,60	2,26	1,04	2,83	0,71
Fator 5	Dimensão ética	3	2,91	0,77	2,34	0,52	2,82	0,76
Total de itens		28						

As razões mais frequentes para a omissão dos cuidados de enfermagem na UTI 1 estão relacionadas a fatores de gerenciamento e liderança (2,92), na UTI 2 e 3 estão relacionadas a fatores de Recursos Laborais (2,46 e 2,99).

Kalisch e Xie (2014) destacaram a importância de níveis adequados de pessoal de enfermagem para garantir que os cuidados de enfermagem necessários sejam fornecidos aos pacientes, confirmando que quanto maior o nível de pessoal e o desenvolvimento de trabalho em equipe, menor a ocorrência de cuidados perdidos.

Considerando dados obtidos nesse estudo e buscando elucidar alguns questionamentos que se referiam a associação de algumas variáveis estabelecidas na investigação, buscou-se responder aos objetivos específicos, cujos resultados estão apresentados nas Tabelas 21, 22 e 23 a seguir.

Tabela 21 - Associação entre ambiente de trabalho, tempo de experiência na função (meses), tempo de experiência no setor (meses) e número de pacientes atendidos por turno. Ribeirão Preto - SP, 2018.

	Ambiente Misto			Ambiente Favorável			P valor
	Mediana	Min	Max	Mediana	Min	Max	
Tempo de experiência na função (meses)	72	5	324	96	30	204	0,84
Tempo de experiência no setor (meses)	35,5	3	281	28	18	42	0,37
Número de pacientes atendidos por turno	5	4	10	9	6	14	0,0033

O tempo de experiência na função em meses, foi maior no ambiente favorável comparado ao ambiente misto, porém não houve diferença estatística.

O tempo de experiência no setor em meses, foi maior no ambiente misto quando comparado ao ambiente favorável, mas também sem diferença estatística.

Com relação ao número de pacientes atendidos por turno nas unidades, referidos pelos enfermeiros, observou-se que no ambiente favorável, o número de pacientes atendidos foi maior do que no ambiente misto, com diferença significativa entre os ambientes.

Tabela 22 - Associação entre ambiente de trabalho e plano de deixar o cargo/função no próximo ano. Ribeirão Preto - SP, 2018.

	Ambiente Misto		Ambiente Favorável		P valor
	Sim	Não	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Plano de deixar o cargo/função no próximo ano	7 (29,2)	17 (70,8)	0	5 (100)	0,22

Nota-se que no ambiente favorável à prática, nenhum profissional deseja deixar o emprego no próximo ano, enquanto que no ambiente misto, 29,2% dos profissionais gostariam de deixá-los, porém sem diferença significativa.

No que se refere à intenção de deixar o emprego, novamente os resultados deste estudo corroboraram os já encontrados por outros pesquisadores que afirmaram que melhores ambientes favorecem a retenção e a permanência dos enfermeiros nas instituições (REBELO; GASPARINO, 2011; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013; KUTNEY-LEE et al., 2013; VAN DEN HEED, et al, 2013)

Tabela 23 - Associação entre ambiente de trabalho e satisfação com o cargo/função atual, satisfação em ser enfermeiro da sua unidade e satisfação com o desempenho do trabalho em equipe da sua unidade. Ribeirão Preto - SP, 2018.

	Ambiente Misto			Ambiente Favorável			P valor
	Sim	Não	Indiferente	Sim	Não	Indiferente	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Satisfeito com o cargo/função atual	12 (50)	2 (8,3)	10 (41,7)	4 (80)	0	1 (20)	0,29
Satisfeito em ser enfermeiro da sua unidade	14 (58,4)	2 (8,3)	8 (33,3)	4 (80)	0	1 (20)	1
Satisfeito com o desempenho do trabalho em equipe de sua unidade	10 (41,7)	4 (16,6)	10 (41,7)	3 (60)	1 (20)	1 (20)	0,27

Verifica-se que no ambiente favorável, os enfermeiros estão mais satisfeitos com o cargo, mais satisfeitos em ser enfermeiros da sua unidade e mais satisfeitos com o desempenho do trabalho em equipe da sua unidade, mas também sem diferença significativa entre os ambientes.

6 CONCLUSÕES

A análise dos dados em uma amostra de 29 enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva permitiu:

- Caracterizar o perfil destes profissionais sendo a maioria do sexo feminino (86,2%), com média de 35,5 anos de idade;
- Em relação ao tempo de trabalho, tinham em média 8,6 anos na função e 4,5 anos de experiência em terapia intensiva;
- No que tange a carga de trabalho semanal dos profissionais, os enfermeiros referiram trabalhar em média 34,4 horas e terem trabalhado uma média de 36,4 horas extras nos últimos 3 meses anteriores ao período da pesquisa;
- O número de ausências não programadas por doença, acidente ou motivos particulares nos últimos 3 meses relatadas pelos enfermeiros variou de 1 a 6 dias;
- Com relação ao turno de trabalho, 34,5% dos enfermeiros fazem regime de plantão de 6 horas e 51,7% deles fazem rodízio de turno entre diurno, vespertino e noturno;
- A carga de trabalho medida pelo NAS unidades variou de 64,76 a 89,98 pontos o que representou uma variação de tempo de cuidado requerido por paciente de 15,5 a 21,5 horas;
- Na identificação do ambiente de trabalho nas UTI's segundo o PES, as UTI's 1 e 3 foram consideradas ambientes mistos e a UTI 2, foi considerada ambiente de trabalho favorável;
- A característica mais favorável do ambiente de trabalho das UTI's 1 e 3 foi "Planos de cuidado de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes" e da UTI 2 foram "Uma equipe de gerente/coordenador/supervisor, da unidade, que dá suporte à enfermagem" e "O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder";
- No tocante as subescalas do PES, que aglutinam as características do ambiente de trabalho, a melhor pontuação nas UTI's 1 e 3 foi obtida na subescala "Relações colegiais entre enfermeiros e médicos", na UTI 2 na subescala "Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem";
- Quanto a omissão de cuidados de enfermagem identificadas por meio do MISSCARE BRASIL, verificou-se que a "Deambulação três vezes ao dia ou conforme prescrito" foi o cuidado relatado como de maior omissão nas três unidades;
- Com relação aos motivos para a não realização de cuidados relatados na PARTE B do MISSCARE BRASIL que merecem destaque são: "Número inadequado de pessoal" nas UTI 1 e 3 e "A planta física da unidade/setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes" e "O profissional tem mais

de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência” na UTI 2;

- As maiores razões para a não realização de cuidados após a análise categórica dos itens em subescalas do MISSCARE BRASIL foram relacionados aos recursos de “Gerenciamento e liderança” na UTI 1 e “Recursos Laborais” nas UTI 2 e 3;

- Os testes de associação entre o ambiente de trabalho e diferentes variáveis demonstraram neste estudo que apenas a relação do número de pacientes atendidos por turno se mostrou associada estatisticamente ao ambiente de trabalho. Entretanto, os enfermeiros do ambiente favorável não relataram intenção de deixar o cargo/função no próximo ano, estão mais satisfeitos com o cargo, com o trabalho em equipe e em ser enfermeiro da sua unidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação das práticas tem ganhado relevância por possibilitar a modificação de uma dada situação de saúde e embora seja um componente indispensável do processo de planejamento ainda é pouco utilizada na tomada de decisão.

O principal objetivo da avaliação da qualidade é exercer vigilância contínua sendo que Donabedian (1966) propõe avaliação de três dimensões: estrutura, processo e resultado. O estudo da estrutura, avalia as características das instalações das instituições e o perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência. Já a avaliação de processo descreve as atividades do serviço de atenção médica, compara os procedimentos empregados com os estabelecidos por normas e pode ser realizado por observação direta da prática ou baseada nos registros médicos. A avaliação do resultado descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como o resultado da interação com os serviços de saúde.

Os instrumentos utilizados neste estudo, nos possibilitaram identificar os elementos do ambiente de trabalho de terapia intensiva favoráveis à prática profissional presentes na instituição que devem ser mantidos e cultivados pelos gestores a fim de garantir o desenvolvimento da prática assistencial com qualidade e segurança. Um bom ambiente de trabalho constitui um fator determinante para uma elevada qualidade assistencial relacionando-se a melhores resultados do trabalho dos enfermeiros. Possibilita ainda a identificação de pontos de enfrentamento passíveis de mudança como parte de um plano de trabalho que visa garantir um planejamento consistente e sistemático condizentes com a realidade institucional.

Os dados, tanto do ambiente de trabalho, quanto da omissão de cuidados de enfermagem, e também os relativos a satisfação profissional, quando coletados sistematicamente, poderão ser utilizados pelos gestores como indicadores de qualidade e desempenho institucional e possíveis de serem comparados internamente e com outras instituições semelhantes, trazendo subsídios para tomada de decisão relacionadas aos investimentos em recursos materiais, humanos e estruturais, evidenciando compromisso com a melhoria contínua das práticas assistenciais.

A experiência de utilização da ferramenta PES possibilita classificar o ambiente de trabalho em favorável, misto e desfavorável. A parte B do MISCARE elenca em termos de frequência, os motivos que podem estar relacionados às razões aos quais os cuidados foram omitidos. A utilização de duas ferramentas que tem na sua essência elementos de composição similares para retratar a estrutura de ambientes de cuidado nos leva ao questionamento da necessidade da aplicação das duas ferramentas concomitantes na prática diária.

A característica da coleta de dados feita por meio do auto relato é a principal limitação do presente estudo, uma vez que a percepção individual pode estar relacionada a fatores pessoais, experiências prévias, compreensão dos instrumentos e até mesmo do desconforto em expor sua opinião.

Esta pesquisa pretende contribuir para desencadear discussões articuladas e aprofundadas sobre estas unidades críticas visando sua melhoria contínua com o objetivo de promover seu aperfeiçoamento assistencial e gerencial considerando tratar-se de unidades de referência no cenário de saúde nacional.

8 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução nº 26, de 11 de maio de 2012**. Brasília: ANVISA, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html>. Acesso em: 15 ago. 2018.

AIKEN, L. H. et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. **JAMA**, Chicago, v. 288, n. 16, p. 1987-93, Oct. 2002.

_____. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. **JAMA**, Chicago, v. 290, n. 12, p. 1617-23, Sep. 2003.

_____. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. **The Journal of nursing administration**, Hagerstown, v. 38, n. 5, p. 223-9, May 2008.

_____.; PATRICIAN, P. A. Measuring organizational traits of hospitals: the revise nursing work index. **Nursing research**, Hagerstown, v. 49, n. 3, p. 146-53, May-Jun. 2000.

ARAÚJO, T.R. **Impacto financeiro do quadro de profissionais de enfermagem requerido em Unidade de Terapia Intensiva**. 2015. 126 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.

BRAY, K. et al. Standards for nurse staffing in critical care units determined by: The British Association of Critical Care Nurses, The Critical Care Networks National Nurse Leads, Royal College of Nursing Critical Care and In-flight Forum. **Nursing in critical care**, London, v. 15, n. 3, p. 109-111, May-Jun. 2010.

CALDANA, G. et al. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 906-11, jul-set. 2015.

CANADIAN NURSES ASSOCIATION. Measuring nurse's workload. **Nursing Now: Issues and Trends in Canadian Nursing**, Ottawa, n. 15, Mar. 2003. Disponível em: <http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/nn_nursesworkloadmarch2003_e.pdf?la=en>. Acesso em: 10 ago. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358-2009**: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. **Resolução nº 543/2017**: atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília: COFEN, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html>. Acesso em: 08 ago. 2018.

DALL'ORA, C. et al. Association of 12h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a crosssectional study of 12 European countries. **BMJ Open**, London, v. 5, n. 9, 2015.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care - 1966. **The Milbank quarterly**, New York, v. 44, n. 3, p. 166-206, 1966.

DUFFIELD, C. et al. Staff satisfaction and retention and the role of the Nursing Unit Manager. **Collegian: journal of the Royal College of Nursing, Australia**, Chatswood, v. 16, n. 1, p. 11-7, 2009.

ESTABROOKS, et al. Measuring the hospital practice environment: A Canadian context. **Research in Nursing & Health**, v. 25, n. 4, p. 256-268, 2002.

FIOCRUZ/COFEN. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. Brasília: FIOCRUZ/COFEN, 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco1/bl_ident-socio-economica-enfermeiros.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. et al. (Coords.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. cap. 10, p. 121-135.

GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F. M. T. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. In: LEITE, M. M. J. (Org.). **Programa de atualização em enfermagem: saúde do adulto (PROENF) – Ciclo 3 – Módulo 3**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2008. p. 65-96.

GARCIA, P. C.; FUGULIN, F. M. T. Tempo de assistência de Enfermagem em unidade de terapia intensiva adulto e indicadores de qualidade assistencial: análise correlacional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p. 651-658, jul.-ago. 2012.

GASPARINO, R. C. **Tradução e adaptação para a cultura brasileira do "Nursing Work Index - Revised"**. 2008. 166 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, 2008.

_____. **Adaptação cultural e validação do Practice Environment Scale para a cultura brasileira**. 2015. 150 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

GONÇALVES, L. A. et al. Nursing allocation and adverse events/incidents in Intensive Care Units. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. spe., p.71-77, out. 2012.

HESSELS, A. J. et al. The impact of the Nursing Practice Environment on Missed Nursing Care. **Clinical nursing studies**, Torrance, v. 3, n. 4, p. 60-65, Dec. 2015.

HUGONNET, S.; CEHEVROLET, J. C.; PITTET, D. The effect of workload on infection risk in critically ill patients. **Critical care medicine**, Philadelphia, v. 35, n. 1, p. 76-81, Jan. 2007.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Dotações seguras salvam vidas**. Genebra: INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2006.

_____. **Ambientes favoráveis à prática**. Genebra: INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2007.

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

_____.; WILLIAMS, R. A. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. **The journal of nursing administration**, Hagerstown, v. 39, n. 5, p. 211-219, May 2009.

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

_____.; LANDSTROM, G. J.; WILLIAMS, R. A. Missed nursing care: errors of omission. **Nursing Outlook**, New York, v. 71, n. 1, p. 3-9, Jan./Feb. 2009.

_____.; XIE, B. Errors of Omission: Missed Nursing Care. **Western journal of nursing research**, Beverly Hills, v. 36, n. 7, p. 875-890, Aug. 2014.

KEEGAL, T. Poor performance: managing the first informal stages. **Primary Health Care**, London, v. 23, n. 4, p. 31-38, May 2013.

KELLY, L. A.; MCHUGH, M. D.; AIKEN, L. H. Nurse outcomes in magnet® and non-magnet hospitals. **The Journal of nursing administration**, Hagerstown, v. 41, n. 10, p. 428-433, Oct. 2011.

KOY, V. et al. Relationship between nursing care quality, nurse staffing, nurse job satisfaction, nurse practice environment, and burnout: literature review. **International journal of research**

in **medical sciences**, Gujarat, v. 3, n. 8, p. 1825-1831, Jan. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20150288>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

KRAMER, M.; HAFNER, L. P. Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. **Nursing research**, New York, v. 38, n. 3, p. 172-7, May-Jun. 1989.

KUTNEY-LEE, A. et al. Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: an analysis of panel data. **International journal of nursing studies**, Oxford, v. 50, n. 2, p. 195-201, Feb. 2013.

LAKE, E. T. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. **Research in nursing & health**, New York, v. 25, n. 3, p. 176-88, Jun. 2002.

_____. The nursing practice environment. **Medical care research and review : MCRR**, Thousand Oaks, v. 64, n. 2, p. 104S-22S, Apr. 2007.

LAUS, A. M. **Aplicação do método “Indicadores de carga de trabalho na determinação de necessidades de pessoal de enfermagem” no Brasil**. 2014. 148 p. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

LIMA, J. C. **Omissão do cuidado em um hospital de ensino**. 2018. 137 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018.

MAGALHÃES, A. M. M.; DALL’AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente- estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe., p. 146-154, jan.-fev. 2013.

MARCELINO, C. F. et al. Validação do Nursing Work Index-Revised entre auxiliares e técnicos de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 305-310, ago. 2014.

MIRANDA, D. R. et al. Nursing activities score. **Critical care medicine**, New York, v. 31, n. 2, p. 374–382, Feb. 2003.

NEVES, A. L. D., SANNA, M. C. Transformações dos modelos de processo comunicativo empregados de 1974 a 2011 na passagem de plantão em enfermagem no Brasil. **História da Enfermagem: Revista Eletrônica – HERE**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 56-74, 2012.

NOVARETTI, M. C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67,

n. 5, p. 692-699, out. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>>. Acesso em 16 ago. 2018.

PANUNTO, M. R; GUIRARDELLO, E. B. Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n.1, p. 96-101, set. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000100017>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

_____. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n, 3, 08 telas, maio-jun. 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0765.pdf>. Acesso em: 5 maio 2017.

PATRICIAN, P. A. et al. Twenty years of staffing, practice environment, and outcomes research in military nursing. **Nursing outlook**, St. Louis, v. 65, n. 5S, p. S120–S129, Sep.-Oct. 2017.

PENOYER, D. A. Nurse staffing and patient outcomes in critical care: a concise review. **Critical care medicine**, Philadelphia, v. 38, n. 7, p. 1521-1528, Jul. 2010.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

POMPEO, D. A. et al. 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, set. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000300017>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

QUEIJO, A. F. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho em enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (NAS)**. 2002. 82 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

_____.; PADILHA, K. G. Nursing activities score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. esp., p.1009-14, dez. 2009.

REBELO, A. F; GASPARINO, R. C. Características do ambiente que favorecem a prática profissional do enfermeiro. **Revista Saúde**, Guarulhos, v. 5, n. 4, p. 27-31, 2011.

RHODES, A.; MORENO, R. P. Prestação de terapia intensiva: um problema global. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 322-325, out.-dez. 2012.

SHULDHAM, C. et al. The relationship between nurse staffing and patient outcomes: a case study. **International journal of nursing studies**, Oxford, v. 46, n. 7, p. 986–992, Jul. 2009.

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 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

_____. **Validação do MISSCARE-BRASIL - instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem**. 2016. 216 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

SMITH, J. G. et al. Association of the Nurse Work Environment, Collective Efficacy, and Missed Care. **Western journal of nursing research**, Beverly Hills v. 40, n. 6, p. 779–798, Oct. 2017.

SOARES, A. V. N. et al. Tempo de assistência de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **O Mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 344-349, 2011.

SOUSA, C. R. et al. Preditores da demanda de trabalho de enfermagem para idosos internados em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 218-223.abr. 2008.

VAN BOGAERT, P. et al. Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. **Journal of advanced nursing**, Oxford, v. 65, n. 10, p. 2175-85, Oct. 2009.

_____. et al. Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events - a cross-sectional survey. **International journal of nursing studies**, Oxford, v. 51, n. 8, p. 1123–1134, Aug. 2014.

_____. et al. Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. **BMC Nursing**, London, v. 16, n. 1, Jan. 2017.

VAN DEN HEEDE, K. et al. Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: a mixed method study. **International journal of nursing studies**, Oxford, v. 50, n. 2, p. 185-94, Feb. 2013.

WEISSMAN, J. S. et al. Hospital workload and adverse events. **Medical care**, Hagerstown, v. 45, n. 5, p. 448–455, May 2007.

WISNIEWSKI, D. et al. The professional satisfaction of the nursing team vs. Work conditions and relations: a relational study. **Texto & contexto -Enfermagem**, Florianópolis, v. 24,n. 3,p. 850-858, set. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720150000110014>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

WOLFF, L. D. G. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na unidade semi-intensiva de um hospital universitário de Curitiba. *Cogitare Enfermagem*. Curitiba, v.12, n. 2, p. 171-182, abr/jun. 29007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality of care: a process for making strategic choices in health systems**. Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

9 ANEXOS

ANEXO A – Practice Environment Scale – versão brasileira

PRACTICE ENVIRONMENT SCALE - Versão Brasileira

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

		Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes.	1	2	3	4
2	Equipe médica e de enfermagem possuem boas relações de trabalho.	1	2	3	4
3	Uma equipe de gerente/coordenador/supervisor, da unidade, que dá suporte à enfermagem.	1	2	3	4
4	Desenvolvimento ativo da equipe ou programas de educação continuada para a enfermagem.	1	2	3	4
5	Oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional.	1	2	3	4
6	Os gerentes/coordenadores/supervisores, da unidade, utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não como críticas.	1	2	3	4
7	Tempo e oportunidade suficientes para discutir com outros enfermeiros os problemas relacionados aos cuidados do paciente.	1	2	3	4
8	Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade.	1	2	3	4
9	O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder.	1	2	3	4
10	Equipe de enfermagem suficiente para realizar o trabalho.	1	2	3	4
11	Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito.	1	2	3	4
12	A enfermagem e os médicos trabalham bem em equipe.	1	2	3	4
13	Oportunidades de aperfeiçoamento.	1	2	3	4
14	Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente.	1	2	3	4
15	Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes.	1	2	3	4

16	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico.	1	2	3	4
17	A administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores.	1	2	3	4
18	Programa ativo de garantia da qualidade.	1	2	3	4
19	Os enfermeiros são envolvidos na direção interna do hospital (como por exemplo, nos comitês de normas e de práticas clínicas).	1	2	3	4
20	Colaboração (prática conjunta) entre as equipes médica e de enfermagem.	1	2	3	4
21	Programa de acompanhamento/tutoria dos profissionais de enfermagem recém-contratados.	1	2	3	4
22	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, consulta a equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia.	1	2	3	4
23	Planos de cuidado de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes.	1	2	3	4
24	A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (isto é: um mesmo profissional de enfermagem cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos).	1	2	3	4

ANEXO B – MISSCARE-BRASIL

Prezado (a) participante,

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

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. ____ Enfermeiro
 2. ____ Ensino superior fora da área de enfermagem
 3. ____ Especialização na área de enfermagem
 4. ____ Especialização fora da área de enfermagem
 5. ____ Mestrado ou doutorado em enfermagem
 6. ____ Mestrado ou doutorado fora da área de enfermagem
5. Sexo: ____ Feminino ____ Masculino
6. Idade (em anos completos): _____ anos
7. Cargo/função no trabalho:
 1. ____ Enfermeiro
 2. ____ Enfermeiro com função administrativa (chefe de unidade/setor, coordenador, gerente)
 3. ____ Outro (por favor, especifique): _____
8. Número de horas geralmente trabalhadas por semana na unidade/setor: _____
9. Período de trabalho (marque a alternativa que melhor descreve seu período de trabalho)
 1. ____ Diurno (manhã e/ou tarde)
 2. ____ Vespertino
 3. ____ Noturno
 4. ____ Rodízio entre diurno, vespertino e noturno
10. Tempo de experiência em seu cargo/função: ____ anos e ____ meses
11. Tempo de experiência na unidade/setor de internação de paciente onde você trabalha atualmente: ____ anos e ____ meses.
12. Em qual turno você trabalha com maior frequência?
 1. ____ 6 horas

2. ____ 8 horas
 3. ____ 12 horas
 4. ____ Rodízio entre 6, 8 ou 12 horas
 5. ____ Outro (por favor, especifique): _____
13. Nos últimos 3 meses, quantas horas extras você trabalhou? _____
14. Nos últimos 3 meses, quantos dias ou turnos você faltou ao trabalho devido à doença, acidente ou motivos particulares (excluindo os dias previstos de folga na escala)? _____
15. Você planeja deixar seu cargo/função atual?
 1. ____ nos próximos 6 meses
 2. ____ no próximo ano
16. Com que frequência você sente que o número de funcionários na sua unidade/setor é adequado?
 1. ____ 100% do tempo
 2. ____ 75% do tempo
 3. ____ 50% do tempo
 4. ____ 25% do tempo
 5. ____ 0% do tempo
17. No seu turno de hoje, ou no último em que você trabalhou, de quantos pacientes você cuidou? _____
 1. Quantas admissões de pacientes você realizou (incluindo transferências para a sua unidade)? _____
 2. 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 enfermeiro da sua unidade?					
20. O quanto você está satisfeito com o desempenho do trabalho em equipe desta unidade?					

Parte A – Cuidados de enfermagem não realizados

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

Considerando o seu conhecimento, com qual frequência os seguintes elementos dos cuidados de enfermagem não são realizados pelos membros da enfermagem (incluindo você) na unidade onde você trabalha?

Marque somente uma alternativa para cada item.

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

	Nunca é realizado	Raramente é realizado	Ocasionalmente não é realizado	Realizado frequentemente	É sempre realizado
11) Banho/higiene do paciente/medidas para a prevenção de lesões de pele					
12) Higiene bucal					
13) Higienização das suas mãos					
14) Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar					
15) Monitorar a glicemia capilar (Glicosimetria/dextro) conforme prescrito					
16) Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando suas necessidades de cuidado					
17) Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente					
18) Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição					
19) O atendimento à chamada do paciente é feito dentro de cinco minutos					
20) As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos					
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados					
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer					
23) Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação					
24) Cuidados com leões de pele/feridas					
25) Aspiração de vias aéreas					
26) Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda					

	Nunca é realizado	Raramente é realizado	Ocasionalmente não é realizado	Realizado frequentemente	É sempre realizado
27) Sentar o paciente fora do leito					
28) Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda					

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

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

Marque somente uma alternativa para cada item.

	Razão Significante	Razão Moderada	Razão Pouco Significante	Não é uma razão
1) Número inadequado de pessoal				
2) Situações de urgência dos pacientes (ex. a piora de condição de um paciente)				
3) Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes na unidade				
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)				
5) A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada				
6) Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário				
7) A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada				

	Razão Significante	Razão Moderada	Razão Pouco Significante	Não é uma razão
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que necessária (ex. fisioterapeuta não auxiliou na deambulação do paciente)				
9) Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário				
10) Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário				
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si				
12) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio				
13) Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM				
14) Tensão/conflitos ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA				
15) O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada				
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível				
17) Grande quantidade de admissões e altas				
18) O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição				
19) Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional				
20) O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido a estabilidade no emprego				
21) Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe				
22) Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional)				
23) A planta física da unidade/setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes				
24) Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados				

	Razão Significante	Razão Moderada	Razão Pouco Significante	Não é uma razão
25) O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)				
26) Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional)				
27) Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde (o que impede que desempenhem as funções para as quais foram contratados)				
28) O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência				

Obrigada por participar!

ANEXO C – Autorização de Uso do Instrumento *MISSCARE-BRASIL*

Re: MISSCARE Brasil

Quarta-feira, 1 de Novembro de 2017 13:20 ● ☆

De: "Lillian Dias Castilho Siqueira" <ldcsiqueira@usp.br>

Para: "Renata Pereira Lima Silva" <renata_plimas@yahoo.com.br>

Mensagem bruta Visualização para impressão

Olá Renata, boa tarde!

Você tem a permissão sim para utilização do instrumento MISSCARE-BRASIL em seus estudos junto à EERP/USP!

Estou à disposição para o que precisar,

abraço

Lillian

2017-11-01 12:34 GMT-03:00 Renata Pereira Lima Silva <renata_plimas@yahoo.com.br>:

Lillian, boa tarde

Conforme contato prévio sobre a utilização do MISSCARE BRASIL em meu projeto de pesquisa intitulado "Ambiente de prática profissional, carga de trabalho e omissão de cuidados de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva" sob supervisão da professora Dra. Ana Maria Laus, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, aproveito para solicitar a você permissão de uso da escala.

Att,

Renata Pereira Lima Silva
Mestranda do Programa de Enfermagem Fundamental
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
Tel [\(16\) 99178 3825](tel:(16)991783825)

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, de uma pesquisa chamada: **“Ambiente de prática profissional, carga de trabalho e omissão de cuidados de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva”**. O objetivo desta pesquisa é analisar o ambiente de prática profissional e a relação com carga de trabalho e omissão de cuidados de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva. Caso o Senhor (a) concorde em participar deste estudo, para atingir o objetivo proposto, será necessário responder a dois questionários chamados “Practice Environment Scale – Versão Brasileira” que tem como objetivo avaliar o ambiente da prática profissional de enfermagem e o “Misscare-Brasil” que tem como objetivo avaliar o fenômeno da omissão ou não realização de cuidados de enfermagem aos pacientes e identificar as razões atribuídas pelos profissionais a não prestação desses cuidados. O instrumento Misscare é precedido por uma ficha de caracterização sociodemográfica e de experiências dos participantes, que também será utilizado na pesquisa. Para a avaliação da carga de trabalho, a pesquisadora utilizará os dados coletados do NAS (Nursing Activities Score), coletados diariamente na instituição. As informações obtidas com a pesquisa permitirão oferecer evidências para subsidiar mudanças que resultem em maior satisfação e retenção da equipe de enfermagem no trabalho e em melhoria na qualidade do cuidado, com foco nos profissionais, clientes e instituições. Os riscos esperados da sua participação nesta pesquisa são mínimos e são relacionados às percepções de cada indivíduo. Os benefícios da sua participação na pesquisa estarão relacionados às mudanças que os resultados podem trazer em benefício da instituição pesquisada. Caso haja qualquer tipo de desconforto durante as observações a pesquisadora estará à disposição. Não haverá nenhuma despesa ou gratificação relacionada à sua participação. O sr.(a) poderá retirar seu consentimento ou desistir desta participação em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e nem prejuízo ao cuidado fornecido. A identidade dos participantes será mantida em sigilo (segredo). Declaramos, ainda, que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, publicados em revistas e apresentados em eventos com a finalidade única de contribuir para os conhecimentos científicos sem qualquer ganho pessoal e econômico da pesquisadora. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que ambas as vias serão assinadas pelo pesquisador responsável e pelo

participante. Uma via será arquivada pelo pesquisador e a outra via será fornecida a você. Se o (a) senhor (a) se sentir prejudicado por ter participado da pesquisa, poderá buscar indenização de acordo com a lei vigente no Brasil. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP-EERP/USP) que tem a finalidade de proteger os participantes. Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP - EERP/USP –localizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sala 38, telefone: 16 3315 9197, e-mail: cep@eerp.usp.br. Horário funcionamento: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato a qualquer momento com a pesquisadora abaixo assinado.

Eu, _____, RG nº _____ declaro que, após ter sido esclarecido suficientemente pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em participar, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Renata Pereira Lima Silva
Pesquisadora

Ana Maria Laus
Orientadora

ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Centro Colaborador da OPAS/OMS 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 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 285/2017, de 07/12/2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado “ad referendum”** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 05 de dezembro de 2017.

Protocolo CAAE: 78601417.3.0000.5393

Projeto: Ambiente de prática profissional, carga de trabalho e omissão de cuidados de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva

Pesquisadores: Ana Maria Laus

Em atendimento à Resolução 466/12, 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,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Ana Maria Laus

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP