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

LILLIAN DIAS CASTILHO SIQUEIRA

**Validação do *MISSCARE-BRASIL* – Instrumento para
avaliar omissão de cuidados de enfermagem**

**RIBEIRÃO PRETO
2016**

LILLIAN DIAS CASTILHO SIQUEIRA

Validação do *MISSCARE-BRASIL* – Instrumento para avaliar
omissão de cuidados de enfermagem

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

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

Orientador: Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri

RIBEIRÃO PRETO

2016

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

Siqueira, Lillian Dias Castilho

Validação do *MISSCARE-BRASIL* – Instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem. Ribeirão Preto, 2016.

216 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri

1. Segurança do paciente . 2. Estudos de Validação . 3.Cuidados de Enfermagem
4.Pesquisa Metodológica em Enfermagem.

SIQUEIRA, Lillian Dias Castilho

Validação do *MISSCARE-BRASIL* – Instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem

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

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

A DEUS, pela sua infinita misericórdia. Toda honra e glória ao seu nome.

Aos meus queridos pais, Osmar Dias Castilho e Rosângela Donadai Castilho, pelo amor e apoio incondicional durante todos os anos da minha vida. Meus exemplos de vida, amor e determinação! Foi graças a Deus e a vocês que cheguei até aqui...Muito obrigada! Amo demais vocês.

As minhas irmãs Éllen Carolina Dias Castilho e Flávia Dias Castilho, pela união, apoio, cumplicidade, amizade e amor infinito. Tudo o que sou também devo a vocês. Tenho muito orgulho em ser irmã de vocês!

Ao meu marido, Pedro Cubas Siqueira Junior, pelo amor, amizade, paciência e compreensão. Também é meu auxílio nos momentos tristes e felizes, obrigada pelo companheirismo!

E a todos os pacientes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela proteção e bênçãos concedidas.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Maria Helena Larcher Caliri, pela amizade, apoio, dedicação e transmissão dos seus conhecimentos com seriedade desde os tempos da graduação. Por estar sempre presente, me guiando pelos melhores caminhos. Modelo de competência e profissionalismo. Obrigada pela confiança!

Ao Prof. Dr. Vanderlei Haas, pela paciência, dedicação, atenção e apoio imenso junto aos conhecimentos estatísticos. Suas exigências e seu rigor fizeram a excelência no meu trabalho.

À Prof^a Dr^a Rosana Aparecida Spadoti Dantas, pelas valiosas contribuições e dedicação como membro da banca examinadora.

À Prof^a Dr^a Beatrice Kalisch, pela permissão da utilização do instrumento MISSCARE para a condução dos estudos no Brasil.

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

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

À querida amiga Patrícia Santos Prudêncio, pelas palavras de incentivo e por sempre, de forma incondicional, estar ao meu lado. Adoro você!

Aos queridos amigos Rodrigo Magri Bernardes, Gisele Taís Roldão e Margareth Yuri Miyazaki, pelo valioso apoio e contribuição durante a coleta de dados.

Aos docentes e servidores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelos ensinamentos durante esta jornada.

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

*“Ninguém pode voltar atrás e fazer um novo começo. Mas qualquer um poder recomeçar e
fazer um novo fim”*

(Chico Xavier)

RESUMO

SIQUEIRA, L. D. C. **Validação do *MISSCARE-BRASIL* – Instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem.** 2016. 216 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Durante o cotidiano do trabalho em serviços de saúde, os profissionais de enfermagem podem sentir-se impossibilitados de realizar todos os cuidados que são necessários aos pacientes e, diante de múltiplas demandas e recursos insuficientes, podem abreviar o cuidado, atrasá-lo ou simplesmente omiti-lo. A omissão de cuidados de enfermagem pode apresentar implicações negativas nos resultados assistenciais aos pacientes. Os objetivos deste estudo metodológico foram investigar aspectos dos cuidados de enfermagem e outras razões para a omissão do cuidado, que não estão incluídas na versão norte-americana do instrumento *MISSCARE*, propor a versão em português brasileiro do instrumento e testar as suas propriedades psicométricas. A pesquisa foi realizada em duas fases. A primeira fase consistiu na avaliação da validade de face e de conteúdo do instrumento em português, cuja validação inicial havia sido feita em estudo anterior em 2012. Os dados foram coletados em fevereiro de 2015, por meio de grupos focais com profissionais de enfermagem: três enfermeiros, um técnico e três auxiliares de enfermagem. Os resultados levaram à construção da versão *MISSCARE-BRASIL*, a partir do acréscimo ao instrumento original, de quatro novos itens na Parte A e 11 novos itens na Parte B. A segunda fase desta pesquisa foi a análise psicométrica do instrumento *MISSCARE-BRASIL*, conduzida com uma amostra aleatória de 330 profissionais da grade populacional de 1618 membros da equipe de enfermagem atuantes em hospital público de ensino. Os dados foram coletados entre abril e maio de 2015. Em relação à caracterização dos participantes, houve predomínio de mulheres, entre 25 e 44 anos, com ensino médio e mais de 10 anos de experiência, trabalhando em turnos de 6 horas e mais de 30 horas semanais. Em relação à função, 39,7% eram auxiliares de enfermagem, 33% técnicos em enfermagem, 20,9% enfermeiros e 6,4% enfermeiros com função administrativa. Quanto às propriedades do instrumento, em relação à validade de constructo convergente, obtiveram-se correlações moderadas entre as variáveis da omissão do cuidado do *MISSCARE* e as variáveis “Satisfação com o cargo/função” e “Satisfação com o trabalho em equipe”. Houve uma correlação fraca entre a variável “Satisfação com a profissão” e as variáveis de omissão, onde o coeficiente de correlação de Spearman variou de 0,22 a 0,24. A análise fatorial confirmatória evidenciou bom ajuste do modelo de medida e manteve a estrutura fatorial inicialmente proposta na versão original do *MISSCARE*. O modelo ampliado do *MISSCARE-BRASIL* também se apresentou ajustado de modo regular à estrutura dimensional proposta na versão original. Quanto à confiabilidade, as versões *MISSCARE* e *MISSCARE-BRASIL* apresentaram valores de alfa de Cronbach maiores que 0,70, considerados aceitáveis para uma boa consistência interna dos itens. Conclui-se que as versões *MISSCARE* e *MISSCARE-BRASIL* são válidas e confiáveis na amostra estudada.

Descritores: Estudos de Validação; Cuidados de Enfermagem; Pesquisa Metodológica em Enfermagem; Segurança do Paciente

ABSTRACT

SIQUEIRA, L. D. C. **Validation of the *MISSCARE-BRASIL* – Instrument to evaluate missed nursing care.** 2016. 216 f. Thesis (Doctorate) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

On nursing services' everyday work nursing professionals may feel somewhat impaired from delivering all the required care to patients and, in face of multiple demands and insufficient resources, may shorten care, delay it or omit it. Missed nursing care can entail negative implications to care results to patients. The objectives of this methodological study were to investigate nursing care aspects and other reasons for missed nursing care that are not included in the North-American version of the *MISSCARE* instrument; propose the instrument version in Brazilian Portuguese; and, test its psychometric properties. The study was developed in two stages. The first comprised the assessment of the instrument's face and content validity in Portuguese, which had been initially validated by a previous study developed in 2012. Data were collected in February 2015, through focus groups with nursing professionals: three nurses, one nursing technician and three nursing aides. Results led to the creation of the *MISSCARE-BRASIL* version, by adding four new items to Part A and 11 new items to Part B of the instrument. The second phase was the psychometric analysis of the *MISSCARE-BRASIL* instrument with a random sample of 330 professionals from the population of 1618 members of the nursing team working in a public teaching hospital. Data were collected from April to May 2015. Regarding the characterization of participants, most were women aged between 25 and 44 years old, with secondary education and more than 10 years of experience, working in 6-hour shifts and over 30 hours a week. In relation to their position, 39.7% were nursing aides; 33% nursing technicians; 20.9% nurses; and, 6.4% nurses performing administrative tasks. In relation to the instrument's properties, regarding validity of the converging construct, there were moderate correlations between the *MISSCARE* care neglect and the variables "Satisfaction with the position/function" and "Satisfaction with teamwork". The correlation between "Satisfaction with the profession" and the variables of missed nursing care were weak, where the Spearman's correlation coefficient ranged from 0.22 to 0.24. Confirmatory factor analysis showed good fit to the measurement model, keeping the factor structure initially proposed by the original version of the *MISSCARE*. The *MISSCARE-BRASIL* expanded model was also regularly fit to the dimensional structure proposed in the original version. Regarding reliability, the *MISSCARE* and the *MISSCARE-BRASIL* versions presented Cronbach's alpha values higher than 0.70, being considered acceptable to good internal consistency of items. In conclusion, the *MISSCARE* and the *MISSCARE-BRASIL* versions are valid and reliable in the sample studied.

Descriptors: Validation Studies; Nursing Care; Nursing Methodology Research; Patient Safety

RESUMEN

SIQUEIRA, L. D. C. **Validación del *MISSCARE-BRASIL* – Instrumento para evaluar omisión de cuidados de enfermería.** 2016. 216 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Durante su trabajo cotidiano en servicios de salud, los profesionales de enfermería pueden sentirse imposibilitados de realizar todos los cuidados que los pacientes necesitan y, ante múltiples demandas y recursos insuficientes, pueden abreviar el cuidado, atrasarlo, o simplemente omitirlo. La omisión de cuidados de enfermería tiene implicaciones negativas en los resultados de atención a los pacientes. Este estudio metodológico apunta a investigar aspectos de los cuidados de enfermería y otras razones para la omisión del cuidado, no incluidas en la versión norteamericana del instrumento *MISSCARE*, proponer una versión en portugués brasileño del instrumento y testear sus propiedades psicométricas. Investigación realizada en dos fases. La primera consistió en la evaluación de la validez de interfaz y de contenido del instrumento en portugués, cuya validación inicial había sido realizada en estudio anterior en 2012. Datos recolectados en febrero de 2015, mediante grupos focales con profesionales de enfermería. Los resultados permitieron la elaboración de la versión *MISSCARE-BRASIL*, a partir del agregado al instrumento original de cuatro nuevos ítems en la Parte A y 11 nuevos ítems en la Parte B. La segunda fase de la investigación fue el análisis psicométrico del instrumento *MISSCARE-BRASIL*, realizada sobre muestra aleatoria de 330 profesionales del plantel poblacional de 1618 miembros de equipo de enfermería actuantes en hospital público de enseñanza. Recolección entre abril y mayo de 2015. Acerca de las características de los participantes, hubo predominio de mujeres, de entre 25 y 44 años, con enseñanza media y más de 10 años de experiencia, trabajando en turnos de 6 horas y más de 30 horas semanales. Respecto de la función, 39,7% eran auxiliares de enfermería, 33% técnicos de enfermería, 20,9% enfermeros y 6,4% enfermeros con funciones administrativas. Respecto a las propiedades del instrumento, en relación a la validez del constructo convergente, se obtuvieron correlaciones moderadas entre las variables de omisión del cuidado del *MISSCARE* y las variables "Satisfacción con el cargo/función" y "Satisfacción con la profesión" y las variables de omisión, donde el coeficiente de correlación de Spearman varió de 0,22 a 0,24. El análisis factorial confirmatorio evidenció satisfactoria precisión del modelo de medida y mantuvo la estructura factorial inicialmente propuesta en la versión original del *MISSCARE*. El modelo ampliado del *MISSCARE-BRASIL* también mostró precisión regular a la estructura dimensional propuesta en la versión original. Respecto de la confiabilidad, las versiones *MISSCARE* y *MISSCARE-BRASIL* expresaron valores de alfa de Cronbach mayores a 0,70, considerados aceptables para una buena consistencia interna de los ítems. Se concluye en que las versiones *MISSCARE* y *MISSCARE-BRASIL* son válidas y confiables en la muestra estudiada.

Descriptores: Estudios de Validación; Atención de Enfermería; Investigación Metodológica en Enfermería; Seguridad del Paciente.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Modificações realizadas a partir dos grupos focais para a segunda versão brasileira do <i>MISSCARE</i> . Ribeirão Preto, SP, 2015.....	60
Quadro 2	Demonstrativo das categorias e subcategorias identificadas a partir das falas dos profissionais de enfermagem. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	61
Quadro 3	Novos itens da parte A - cuidados não realizados e parte B - razões para a não realização dos cuidados de enfermagem. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	75
Quadro 4	Comparação das principais características dos participantes dos estudos norte-americanos para desenvolvimento do instrumento original e deste estudo de validação no Brasil.....	138
Quadro 5	Comparação dos resultados dos estudos norte-americanos e deste estudo de validação no Brasil quanto aos Cuidados de Enfermagem não realizados, parte A do <i>MISSCARE</i> , de acordo com o agrupamento das duas opções de respostas “raramente é realizado” e “nunca é realizado” (“omitido frequentemente e sempre omitido”).....	140
Quadro 6	Principais resultados da análise psicométrica dos estudos norte-americanos para desenvolvimento do instrumento original e deste estudo de validação no Brasil.....	143
Quadro 7	Principais resultados da validação do instrumento <i>MISSCARE</i> em outros países - Turquia, Líbano, Islândia, Itália, Coreia do Sul e Austrália.....	147
Quadro 8	Distribuição dos cuidados de enfermagem identificados como omitidos na Austrália, Islândia, Itália, Coreia do Sul, Líbano e Turquia, em ordem decrescente, segundo frequência de omissão, considerando dados publicados....	151
Quadro 9	Comparação dos resultados dos estudos norte-americanos e deste estudo de validação no Brasil, quanto às razões para a não realização dos Cuidados de Enfermagem, de acordo com o agrupamento das opções de respostas, “razão significativa e razão moderada.....	156

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo o setor de trabalho. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	76
Tabela 2	Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo o nível educacional, a formação educacional mais elevada, o período e o turno de trabalho. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	77
Tabela 3	Distribuição dos participantes da pesquisa, de acordo com a idade e o número de horas trabalhadas por semana no setor. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	78
Tabela 4	Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo o tempo de experiência no cargo/função e na unidade de internação. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	79
Tabela 5	Distribuição dos participantes, considerando o plano de deixar o cargo/função atual e a percepção da adequação de funcionários no setor. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	80
Tabela 6	Distribuição dos participantes, considerando o número de horas extras e os dias de faltas ao trabalho nos últimos três meses. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	81
Tabela 7	Valores médios, mínimos e máximos do número de pacientes cuidados e do número de admissões e altas de pacientes no turno de trabalho (ou no último turno) em que os dados foram coletados. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	81
Tabela 8	Distribuição dos participantes, segundo a satisfação com o cargo/função atual, com a profissão e com o trabalho em equipe na unidade. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	82
Tabela 9	Distribuição das frequências de respostas aos itens da parte A do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> . Ribeirão Preto, SP, 2015.....	84
Tabela 10	Distribuição das frequências de respostas aos itens da parte B do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> . Ribeirão Preto, SP, 2015.....	87
Tabela11	Distribuição das frequências de respostas aos itens da parte A do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> , com substituição dos dados ausentes. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	90

Tabela 12	Distribuição da frequência de respostas sobre a omissão dos cuidados de enfermagem aos 24 itens do instrumento, de acordo com o agrupamento das opções “ocasionalmente não é realizado”, “raramente é realizado” e “nunca é realizado”. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	92
Tabela 13	Distribuição das frequências de respostas aos itens da parte B do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> , com substituição dos dados ausentes. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	94
Tabela 14	Estatística descritiva de cada um dos 28 itens da parte A do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> para a amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	96
Tabela 15	Estatística descritiva de cada um dos 28 itens da parte B do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> para a amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	99
Tabela 16	Estatística descritiva de cada um dos 28 itens da parte A do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> para a amostra estudada, com substituição dos dados ausentes. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	102
Tabela 17	Estatística descritiva de cada um dos 28 itens da parte B do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> para a amostra estudada, com substituição dos dados ausentes. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	103
Tabela 18	Valores do coeficiente alfa de Cronbach para as partes A e B do instrumento <i>MISSCARE</i> original adaptado. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	106
Tabela 19	Valores do coeficiente alfa de Cronbach para as partes A e B do <i>MISSCARE-BRASIL</i> . Ribeirão Preto, SP, 2015.....	106
Tabela 20	Análise da confiabilidade teste-reteste da parte A do <i>MISSCARE-BRASIL</i> , para cada um dos itens, com imputação dos dados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016.....	108
Tabela 21	Análise da confiabilidade teste-reteste da parte B do <i>MISSCARE-BRASIL</i> , para cada um dos itens, com imputação dos dados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016.....	110
Tabela 22	Análise da confiabilidade teste-reteste da parte A do <i>MISSCARE-BRASIL</i> , para cada um dos itens, sem imputação dos dados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016.....	112

Tabela 23	Análise da confiabilidade teste-reteste da parte B do <i>MISSCARE-BRASIL</i> , para cada um dos itens, sem imputação dos dados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016.....	114
Tabela 24	Tabela 24 – Análise da confiabilidade teste-reteste do <i>MISSCARE</i> , considerando os fatores. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016.....	117
Tabela 25	Resultado da análise fatorial confirmatória do <i>MISSCARE</i> , indicando coeficiente de regressão e cargas fatoriais (coeficiente de regressão padronizado). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016.....	120
Tabela 26	Tabela 26 – Estrutura fatorial indicando covariâncias e correlações do <i>MISSCARE</i> . Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016.....	121
Tabela 27	Apresentação dos coeficientes de correlação múltipla ao quadrado (coeficiente de determinação) da solução fatorial do instrumento <i>MISSCARE</i> . Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016.....	122
Tabela 28	Resultado da análise fatorial confirmatória, indicando coeficiente de regressão e cargas fatoriais (coeficiente de regressão padronizado) do <i>MISSCARE-BRASIL</i> . Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016.....	126
Tabela 29	Estrutura fatorial indicando covariâncias e correlações do <i>MISSCARE-BRASIL</i> . Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016.....	128
Tabela 30	Apresentação dos coeficientes de correlação múltipla ao quadrado (coeficiente de determinação) da solução fatorial do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> . Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016.....	129
Tabela 31	Medidas de tendência central (média), variabilidade (desvio-padrão), p (probabilidade de valor extremo sob H_0) e magnitude do efeito (d de Cohen) para a validade de construto do <i>MISSCARE</i> , considerando a satisfação dos profissionais, quanto ao cargo, profissão e trabalho em equipe, plano de deixar o cargo/função e comparação entre os setores. Ribeirão Preto, SP, 2015, 2016.....	132
Tabela 32	Coeficiente de correlação de Spearman entre o nível de satisfação dos profissionais e as variáveis de omissão dos cuidados de enfermagem do instrumento <i>MISSCARE</i> . Ribeirão Preto, SP, 2015, 2016.....	134

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo <i>Missed Nursing Care</i>	26
Figura 2	Representação diagramática da análise fatorial confirmatória do instrumento <i>MISSCARE</i> . Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016.....	119
Figura 3	Representação diagramática da análise fatorial confirmatória do instrumento <i>MISSCARE</i> ampliado. Ribeirão Preto, 2015.....	124

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCP	Cirurgia Cabeça e Pescoço
CFA/AFC	Análise Fatorial Confirmatória
CFI	<i>Comparative Fit Indexes</i> - Índice de Ajuste Comparativo
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DP	Desvio-Padrão
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EFA	Análise Fatorial Exploratória
EUA	Estados Unidos da América
GASTRO	Gastroenterologia
GFI	<i>Goodness of Fit Index</i> – Índice de Ajuste
GF	Grupo Focal
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IBM	Inventário de Burnout de Maslach
IC	Intervalo de Confiança
ICC	<i>Intraclass Correlation Coefficient</i> - Coeficiente de Correlação Intraclasses
IFI	Índice de Ajuste Incremental
IOM	<i>Institute of Medicine</i> - Instituto de Medicina
NAS	<i>Nursing Activities Score</i>
NEC	Neurocirurgia
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i> - Classificação das Intervenções de Enfermagem
NWI-R	<i>Nursing Work Index – Revised</i>
OFT	Oftalmologia
ORL	Otorrinolaringologia
PES-NWI	<i>Practice Environment Scale of the Nursing Index</i>
POP	Procedimento Operacional Padrão
PROCTO	Proctologia
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i> - Raiz Quadrática Média do Erro de Aproximação
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>

SPSS AMOS	<i>Analysis of Moment Structures</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	<i>Tucker-Lewis Indexes</i> - Índice de Tucker-Lewis
TMO	Transplante de Medula Óssea
UCO	Unidade Coronariana
UETDI	Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas
URO	Urologia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	20
1.1	Justificativa e relevância do estudo.....	21
2.	OBJETIVOS.....	30
2.1	Objetivos gerais.....	31
2.2	Objetivos específicos.....	31
3.	REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	32
3.1	Construção e utilização do instrumento <i>MISSCARE</i>	33
3.2	Validação da versão brasileira do instrumento <i>MISSCARE</i> ..	37
3.3	Grupo focal.....	38
3.4	Avaliação das propriedades psicométricas de instrumentos	40
4.	MÉTODO.....	44
4.1	Delineamento do estudo.....	45
4.2	Permissão da autora para a validação e utilização do instrumento.....	45
4.3	Aspectos éticos da pesquisa.....	45
4.4	Primeira fase da pesquisa: desenho, local do estudo e participantes.....	46
4.4.1	Procedimentos de coleta de dados.....	47
4.4.2	Análise dos resultados.....	49
4.5	Segunda fase da pesquisa: desenho, local do estudo e amostra.....	50
4.5.1	Coleta de dados	52
4.5.2	Processamento dos dados e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do <i>MISSCARE</i>	53
4.5.2.1	Validade de construto.....	53
4.5.2.1.1	Dimensionalidade	53
4.5.2.1.2	Validação de grupos conhecidos.....	55
4.5.2.1.3	Validação de constructo convergente.....	56
4.5.3	Análise da confiabilidade.....	56
5.	RESULTADOS.....	58
5.1	Primeira fase da pesquisa: grupo focal.....	59
5.1.1	Primeira categoria.....	62
5.1.1.1	Aspiração de vias aéreas.....	62
5.1.1.2	Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda.....	63
5.1.1.3	Sentar o paciente fora do leito.....	64
5.1.1.4	Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda.....	64
5.1.2	Segunda categoria – Razões para a não realização dos cuidados de enfermagem no contexto do estudo.....	66
5.1.2.1	O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição.....	66

5.1.2.2	Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional.....	67
5.1.2.3	O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego.....	67
5.1.2.4	Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe.....	68
5.1.2.5	Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional).....	69
5.1.2.6	A planta física da unidade/setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes.....	69
5.1.2.7	Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados.....	71
5.1.2.8	O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade.....	71
5.1.2.9	Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional.....	72
5.1.2.10	Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde (o que impede que desempenhem as funções para as quais foram contratados).....	73
5.1.2.11	O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência.....	74
5.2	Segunda fase da pesquisa: análise descritiva e avaliação das propriedades psicométricas do <i>MISSCARE</i> e do <i>MISSCARE-BRASIL</i>	75
5.2.1	Perfil dos participantes do estudo.....	75
5.2.2	Frequências de respostas aos itens do <i>MISSCARE</i>	83
5.2.2.1	Frequências de respostas aos itens do <i>MISSCARE-BRASIL</i> com a substituição dos valores não respondidos pelas médias dos participantes nos respectivos domínios.....	89
5.2.3	Estatística descritiva do <i>MISSCARE-BRASIL</i> na amostra estudada.....	96
5.2.3.1	Estatística descritiva do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> na amostra estudada após a substituição dos valores não respondidos pelas médias dos participantes nos respectivos domínios.....	101
5.3	Análise da confiabilidade do instrumento <i>MISSCARE</i> (versão adaptada original) e <i>MISSCARE-BRASIL</i> (versão ampliada) na amostra estudada.....	105
5.3.1	Consistência interna	105
5.3.2	Teste-reteste.....	107
5.4	Validação do construto.....	118
5.4.1	Validação de construto-dimENSIONAL.....	118
5.4.1.1	Modelo original do <i>MISSCARE</i>	118
5.4.1.2	Modelo ampliado.....	123
5.4.2	Validação de grupos conhecidos.....	130
5.4.3	Validação de construto convergente.....	134

6	DISCUSSÃO.....	136
7.	CONCLUSÃO.....	173
	REFERENCIAS.....	177
	APÊNDICES.....	188
	ANEXOS.....	208

1 INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa e relevância do estudo

O relatório do Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) *To Err is Human*, em 1999, apontou que, aproximadamente, 100 mil pessoas morrem a cada ano em hospitais norte-americanos, em decorrência de eventos adversos preveníveis (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999). A partir daí, assuntos relacionados à segurança do paciente adquiriram enorme relevância.

Eventos adversos são danos ou prejuízos resultantes da assistência em saúde. Representam a principal fonte de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Embora as estimativas da extensão do problema sejam imprecisas, é provável que milhões de pessoas sofram lesões incapacitantes ou mortes diretamente atribuíveis ao cuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Assistência insegura resulta em significativa morbidade e mortalidade de pacientes que podem ser evitáveis, além de causar gastos excessivos com a manutenção dos sistemas de saúde. Estimativas de países desenvolvidos indicam que entre 5 e 10% dos pacientes admitidos em hospitais adquirem uma infecção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Reason (2000) descreve modalidades diferentes e antagônicas sobre a abordagem dos erros relacionados à assistência. A abordagem individual está relacionada aos profissionais diretamente envolvidos na assistência, sendo as falhas justificadas pela sua incapacidade técnica. Segundo o autor, ações inseguras ocorrem a partir do esquecimento, ausência de atenção, desmotivação, descuido, negligência e despreocupação. E, ainda, esse tipo de erro é abordado como questão moral, em que situações inadequadas acontecem com pessoas más.

A segunda abordagem apresentada por Reason (2000) é a sistêmica ou organizacional que tem como premissa básica que seres humanos são falíveis e erros são esperados, mesmo nas melhores organizações. Salienta que erros são vistos como consequências e não como causas, tendo suas origens em fatores sistêmicos, como processos organizacionais. O autor apresenta a ideia de que não se pode modificar a condição humana, mas, sim, as condições nas quais os humanos trabalham.

Para modificar essas condições, Reason (2000) defende a necessidade

do desenvolvimento de barreiras ou defesas no sistema que evitem e minimizem os erros. Porém, destaca que, em decorrência da presença de brechas no sistema, essas barreiras podem ser ultrapassadas, resultando em falhas. Para o autor, idealmente, essas defesas deveriam ser intactas. Utiliza o exemplo do “queijo suíço” para fazer a analogia com a organização. Assim como o queijo apresenta diversos “buracos”, a instituição também tem diversos pontos ou oportunidades para a ocorrência de erros, que o autor denomina falhas ativas e condições latentes.

Ainda, segundo o autor, as falhas ativas são atos inseguros cometidos por pessoas que estão em contato direto com o paciente ou com o sistema, cujas consequências são imediatas. As condições latentes ocorrem dentro do sistema, a partir de decisões tomadas por gestores de alto nível. Provocam erros a partir de condições como pressão pelo tempo, falta de pessoal, sobrecarga de trabalho, equipamentos inadequados, fadiga e inexperiência. E podem criar fraquezas nas defesas através de alarmes e indicadores duvidosos, procedimentos inviáveis e deficiências nos projetos. As condições latentes, como o próprio termo sugere, podem permanecer dormentes no sistema por muitos anos antes que sejam combinadas com falhas ativas, para criar a oportunidade de um acidente (REASON, 2000).

Segundo Reason (2000), quando acontece um evento adverso, a questão importante não é quem o cometeu, mas como e porquê as defesas falharam.

Florence Nightingale já utilizava o conceito *não causar danos* aos pacientes, como um pressuposto para a profissão. Na atualidade, a qualidade do cuidado prestado pelos profissionais da enfermagem está relacionada à dedicação dos profissionais para promover a segurança do paciente, o controle de riscos e eventos adversos, de tal forma que é possível admitir que não há cuidado sem segurança (MALVAREZ; RODRIGUES, 2011).

Nesse contexto, enfermeiros desempenham papel essencial na promoção da segurança do paciente e na prestação de assistência em saúde de qualidade. Há evidências de que os enfermeiros detectam, interceptam e corrigem eventos adversos potenciais, incluindo aqueles que teriam resultado em prejuízos graves aos pacientes ou até mesmo em danos fatais (ROTHSCHILD et al., 2006).

Autores têm investigado fatores individuais e sistêmicos que interferem na qualidade da assistência prestada pelos profissionais da enfermagem. Kalisch (2006) afirma que estudos têm mostrado ligações entre características do pessoal

de enfermagem (competência, educação e experiência) e falhas na assistência, mortalidade de pacientes, taxas de infecção, úlceras por pressão, quedas de pacientes, tempo de internação, complicações após cirurgias e índices de insatisfação do paciente. Outros fatores investigados são: o nível de competência dos enfermeiros, o número de horas de cuidado fornecido por dia, a carga de trabalho, os padrões de comunicação, a complexidade do ambiente e a demanda de cuidados agudos exigidos pelos pacientes. Esses fatores têm sido correlacionados a resultados na assistência aos pacientes, tais como as quedas, erros de medicações, frequência de mudança de decúbito, infecções hospitalares, hemorragia digestiva alta, complicações pulmonares, aumento dos custos hospitalares, mortalidade, além de índices de *turnover* (rotatividade de pessoal), *Burnout* e absenteísmo (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

De acordo com Kalisch e Aebersold (2010), o ambiente de trabalho dos enfermeiros tem sido descrito como rápido e imprevisível, propiciando interrupções e erros na assistência de enfermagem. Ao longo de seus plantões, os enfermeiros estão constantemente movendo-se de uma atividade para outra e gerenciando informações de variadas fontes, muitas vezes trabalhando em duas ou mais tarefas ao mesmo tempo e apresentando altas taxas de descontinuidade na execução de seu trabalho.

Kalisch, Landstrom e Hinshaw (2009) argumentam que, diante de múltiplas demandas e recursos insuficientes, enfermeiros podem se sentir impossibilitados de cumprir todos os cuidados de enfermagem requeridos e, ao estabelecerem prioridades, podem escolher não completar certos cuidados em muitas situações. Nessas circunstâncias, podem abreviar o cuidado, atrasá-lo ou simplesmente omiti-lo.

Para esses autores, cuidados de enfermagem omitidos são erros de omissão e esse é um conceito recentemente estudado em enfermagem. O conceito refere-se a qualquer aspecto do cuidado requerido pelo paciente que é atrasado ou omitido (em parte ou por completo) (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

Achados de uma análise de conceito da omissão dos cuidados de enfermagem sugerem que essa omissão apresenta implicações negativas nos resultados relacionados à assistência aos pacientes e pode ameaçar a segurança dos mesmos (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009). Por exemplo, falhas na mudança de decúbito, no banho ou na deambulação de pacientes acamados podem

causar úlceras por pressão e enfraquecimento dos pacientes; e omissão da higiene oral de pacientes criticamente doentes pode aumentar o risco de pneumonia (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009). Além disso, cuidados de enfermagem omitidos podem contribuir para outras consequências negativas, tais como falhas na detecção da deterioração da condição clínica dos pacientes, quedas e readmissões (BITTNER et al., 2011).

O fenômeno da omissão dos cuidados de enfermagem foi primeiramente relatado por Kalisch (2006) em um estudo qualitativo. O objetivo foi identificar os tipos de cuidados de enfermagem regularmente omitidos em hospitais de cuidados agudos, nos Estados Unidos, e as razões para essa omissão. O estudo utilizou uma abordagem qualitativa e foi conduzido com pessoal de enfermagem de unidades médico-cirúrgicas (107 enfermeiros, 15 técnicos e 51 auxiliares) de dois hospitais norte-americanos. Os dados foram coletados durante 25 grupos focais, cujos participantes foram separados por categoria profissional para melhorar o relato de questões relevantes que poderiam não ser relatadas, devido à presença de outros membros da equipe. As discussões foram conduzidas a partir de entrevistas semiestruturadas, foram gravadas e duraram entre 90 e 120 minutos. Os integrantes da equipe foram questionados quanto à presença de omissões repetidas do cuidado em seu local de trabalho e quanto às explicações para essas omissões. Nove temas relacionados à omissão dos cuidados de enfermagem surgiram a partir da análise dos grupos focais: deambulação, mudança de decúbito, alimentação, ensino do paciente, planejamento da alta hospitalar, apoio emocional, higiene, documentação do balanço hídrico e vigilância. Considerando as razões para a omissão do cuidado, os sete temas que surgiram foram: reduzido número de pessoal, tempo requerido para as intervenções de enfermagem, utilização precária dos recursos do pessoal, pobre trabalho em equipe, delegação ineficaz, hábito e negação.

Após o estudo qualitativo, Kalisch, Lansdtrom e Hinshaw (2009) realizaram uma revisão de literatura e incluíram pesquisas relacionadas à enfermagem e cuidado em saúde, a fim de realizar análise de conceito do fenômeno *missed nursing care*, com base nos termos advindos dos grupos focais e no método de Walker e Avant (2005). A análise de conceito forneceu uma definição da omissão dos cuidados de enfermagem como um erro de omissão e o Modelo *Missed Nursing Care* indicou os antecedentes e as consequências do conceito. Os antecedentes referem-se aos recursos laborais, recursos materiais e comunicação/trabalho em

equipe. Esses, de acordo com os autores, interagem com o processo de enfermagem e são filtrados pelos processos internos dos enfermeiros. As consequências do conceito são os resultados relacionados à assistência aos pacientes e podem apresentar ameaças à segurança dos mesmos (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

O Modelo *Missed Nursing Care*, desenvolvido por Beatrice Kalisch, para uso como modelo conceitual do instrumento (Figura 1), foi baseado no modelo de Donabedian (DONABEDIAN, 1988). Inclui três componentes: estrutura (exemplo: características do hospital, unidade de internação e pessoal de enfermagem), processo (omissão do cuidado de enfermagem) e resultados (assistenciais e pessoal de enfermagem). Em estudos realizados nos Estados Unidos, esse modelo foi utilizado para hipotetizar que variáveis estruturais levam à omissão do cuidado (variável processo), que afeta o pessoal e pacientes (KALISCH; TSCHANNEN; LEE, 2011).

Fonte: Kalisch, Tschannen e Lee (2011)

Figura 1 - Modelo *Missed Nursing Care*.

Poucos estudos têm investigado o processo ou a “caixa-preta” do cuidado de enfermagem, que explicaria a relação entre variáveis estruturais e resultados assistenciais (KALISCH; LEE, 2012). A omissão dos cuidados de enfermagem pode ocorrer ao longo das dimensões reconhecidas do processo de enfermagem, a partir do diagnóstico (por exemplo, identificação do risco para úlcera por pressão), implementação (cuidados com a pele) e avaliação (avaliação da integridade da pele na alta hospitalar) (FRIESE; KALISCH; LEE, 2013).

Diante disso, tornou-se evidente que a omissão dos cuidados de

enfermagem merecia estudos adicionais com base na utilização de uma metodologia quantitativa, a fim de determinar a extensão e natureza específica do problema. Para isso, foi desenvolvido e testado o instrumento *MISSCARE*, desenhado para medir o fenômeno empiricamente (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

O instrumento *MISSCARE* possui duas partes: aspectos dos cuidados de enfermagem que são omitidos (parte A) e razões para a omissão do cuidado (parte B). Na parte A, os participantes são questionados a identificar com que frequência os elementos do cuidado de enfermagem são omitidos por toda a equipe de enfermagem de sua unidade, em uma escala de respostas: “sempre omitido”, “frequentemente omitido”, “ocasionalmente omitido”, “raramente omitido” ou “nunca omitido”. Na parte B, os profissionais são questionados a indicar as razões pelas quais o cuidado de enfermagem é omitido, de acordo com as respostas: “razão significativa”, “razão moderada”, “razão pouco significativa” e “não é uma razão para a omissão”.

De acordo com Bittner et al. (2011), em um ambiente de trabalho fragmentado, interruptivo e guiado por múltiplas tarefas, o potencial para a omissão do cuidado está sempre presente. Isso ocorre devido ao alto nível de descontinuidade na execução do trabalho dos profissionais de enfermagem. A complexidade do cuidado ao paciente, a agitação nas unidades hospitalares (devido ao rápido e intenso processo de admissões e altas) e uma expectativa por parte dos enfermeiros de que os auxiliares e técnicos de enfermagem “cumprirão o seu trabalho”, sem direção ou supervisão, contribuem para a precária delegação das atividades e, portanto, omissões no cuidado. Além disso, muitos enfermeiros e auxiliares iniciam o plantão sem adequada comunicação e transferência de informações.

No Brasil, assim como em outros países do mundo, como os Estados Unidos, Canadá e México, os elementos paradigmáticos de estrutura, processo e resultado, apresentados por Donabedian, são utilizados para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e, portanto, para definir as variáveis que influenciam a segurança do paciente (COMETTO et al., 2011).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 2013, estabeleceu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que objetiva prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados ao cuidado em saúde em serviços de saúde. A Anvisa utiliza o quadro conceitual de Donabedian para explicar

que os eventos adversos são consequências dos processos ou estruturas do cuidado e para que atitudes e ações, com foco na segurança, se tornem realidade na prática. É necessário que o processo crítico responsável pelas falhas seja conhecido antes que cause danos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Estudos no Brasil, relacionados à ocorrência de eventos adversos em hospitais, têm mostrado condições similares de cuidado descritos por Beatrice Kalisch, para propor o conceito da omissão do cuidado.

Por exemplo, um estudo transversal quantitativo foi realizado para identificar eventos adversos envolvendo pacientes idosos, hospitalizados em duas enfermarias de um hospital universitário do Estado de São Paulo. Os dados foram coletados de 100 prontuários de pacientes. Os eventos adversos ocorreram em 26% dos 100 registros estudados. Esses eventos foram: infiltração, obstrução ou flebite em acesso venoso periférico antes de 72 horas da punção (53,8% ou 14/26); úlceras por pressão (30,8% ou 8/26); quedas (7,7% ou 2/26); perda de sonda nasointestinal (7,7%), sinais flogísticos em acesso venoso central (3,8% ou 1/26); lesões relacionadas à contenção (3,8%), hematomas devido à incorreta administração de enoxaparina sódica (3,8%); administração de medicação por via incorreta (3,8%) e hiperemia em inserção de sistemas de drenagem (3,8%). Os autores afirmaram que, de acordo com a literatura, o fator humano é a causa mais frequente de eventos adversos. Além disso, profissionais de saúde que desempenham várias tarefas e possuem muitas responsabilidades no trabalho, devido ao reduzido número de funcionários nas instituições de saúde, possuem grande probabilidade de cometerem um erro na administração medicamentosa. As técnicas inadequadas de lavagem de mãos ou contaminação de equipamentos, devido à manipulação incorreta e ausência de cuidado, podem causar eventos mais complexos (SANTOS; CEOLIM, 2009).

Outro estudo descritivo, baseado na teoria do erro humano, foi realizado em 10 hospitais de Belo Horizonte, MG, com o objetivo de analisar e classificar os erros de enfermagem durante o cuidado na recuperação de pacientes cirúrgicos. Vinte e cinco relatos de falhas foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada com profissionais de enfermagem. Foram indicados quatro grupos de falhas relacionadas a problemas nos níveis sensório-motor, procedimentos, abstração e supervisão, causadas por indefinição de papéis do pessoal, deficiências

em educação continuada, observação não sistemática, espaço e equipamentos inadequados (CHIANCA, 2006).

Cremasco et al. (2009) conduziram estudo prospectivo em três Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital universitário da cidade de São Paulo, para verificar a associação entre a ocorrência de úlceras por pressão em pacientes críticos, os escores da escala de Braden, gravidade dos pacientes e carga de trabalho em enfermagem. Esse estudo revelou elevada incidência de úlceras por pressão (31%), cujo desenvolvimento foi associado à idade avançada, à longa permanência hospitalar e à gravidade do paciente. Adicionalmente, a gravidade do paciente e a carga de trabalho em enfermagem foram preditores das úlceras por pressão.

Importante destacar outra recente investigação retrospectiva que objetivou avaliar a incidência de eventos adversos em hospitais brasileiros. Identificou-se, em três hospitais públicos do Rio de Janeiro, a incidência de 7,6% de eventos adversos, sendo 66,7%, desses, evitáveis. Essa proporção de eventos adversos preveníveis, observados no Brasil, foi maior do que em outros países: Nova Zelândia (61,6%), Austrália (50%), Reino Unido (52%), Dinamarca (40,4%), França (27,6%), Espanha (42,6%) e Canadá (36,9%). Esse contraste entre o Brasil e outros países sugere que os problemas relacionados à segurança do paciente podem ser mais frequentes no Brasil do que em países desenvolvidos. Os autores referem, ainda, que a proporção de erros de omissão no Brasil foi de 35% e os erros, devido à prestação do cuidado (erros de ação), foram de 65%. Observou-se maior frequência de eventos adversos nas enfermarias (48,5%), seguido de centro cirúrgico (34,7%) e unidades de cuidados intensivos (11,9%) (MENDES et al., 2009).

O instrumento *MISSCARE*, construído segundo o modelo *Missed Nursing Care*, pode ser ferramenta útil na investigação da situação de omissão de cuidados de enfermagem nas instituições de saúde do Brasil e, a partir disso, propor soluções para os problemas identificados, juntamente com os membros da equipe envolvidos no cuidado. Para isso, torna-se necessária a validação do instrumento para o contexto nacional.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

O presente estudo teve como objetivos gerais:

- ✓ investigar, junto a membros da equipe de enfermagem, a presença de outros aspectos dos cuidados de enfermagem no Brasil e outras razões para a não prestação do cuidado, que não foram incluídos na versão norte-americana do instrumento *MISSCARE*;
- ✓ analisar as propriedades psicométricas de validade e confiabilidade do instrumento *MISSCARE* – versão para o português brasileiro.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos foram:

- ✓ avaliar a validade de face e conteúdo da versão para o português brasileiro do instrumento *MISSCARE*, por meio de grupos focais com profissionais de enfermagem;
- ✓ avaliar a validade de constructo da versão para o português brasileiro do instrumento *MISSCARE* e da versão ampliada, obtida após os grupos focais (considerando a dimensionalidade, a validação de grupos conhecidos e a validação de constructo convergente);
- ✓ avaliar a confiabilidade teste-reteste, bem como a consistência interna dos itens da versão para o português brasileiro do instrumento *MISSCARE* e da versão ampliada.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.1 Construção e utilização do instrumento *MISSCARE*

Com base nos estudos anteriormente citados, o instrumento para medir a omissão dos cuidados de enfermagem foi desenvolvido por Beatrice Kalisch e colaboradores. Os itens do instrumento foram gerados a partir do estudo qualitativo já citado e entrevistas com o pessoal de enfermagem de quatro cenários norte-americanos, incluindo uma instituição acadêmica de cuidado em saúde, um hospital de veteranos e dois hospitais gerais (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

O instrumento foi testado para validade de conteúdo por três painéis de enfermeiros de diferentes hospitais, para garantir relevância e clareza dos itens. O índice de validade de conteúdo foi de 0,89, valor considerado aceitável. E, ainda, 95 enfermeiros foram entrevistados sobre os elementos do cuidado de enfermagem, a fim de checar se os elementos centrais foram incluídos no instrumento *MISSCARE*, o que foi confirmado. Subsequentemente, um teste com 25 profissionais de enfermagem levou à síntese e clareza das instruções do instrumento original (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

O instrumento proposto possui duas partes que são precedidas pelas características e experiências dos participantes. A parte A é relacionada às ações de enfermagem e a parte B refere-se às razões para a omissão do cuidado (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

A análise psicométrica do instrumento *MISSCARE* incluiu aceitabilidade, validade (conteúdo e construto) e confiabilidade, realizados por meio de dois estudos em quatro hospitais de cuidados agudos. O estudo 1 (n=459) envolveu três hospitais variando em tamanho de 223 a 631 leitos e o estudo 2 (n=639) envolveu um amplo centro médico com 913 leitos (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

Em ambos os estudos 1 e 2, a validade de constructo foi realizada por meio da Análise Fatorial Exploratória (EFA). No estudo 1, quatro fatores emergiram na parte A (23 itens): avaliação (alfa=0,86), intervenções-necessidades individuais (alfa=0,82), intervenções-cuidados básicos (alfa=0,75) e planejamento (alfa=0,64). No entanto, o estudo 2 não sustentou esses fatores relacionados à parte A, pois essa abrange atividades de enfermagem independentes. Além disso, o seguinte item *attending interdisciplinary care conferences* foi excluído do estudo 2, pois poucos

participantes relataram realizar essa ação (KALISCH; WILLIAMS, 2009). EFA foi considerada adequada para examinar a parte B (17 itens) do instrumento, que resultou em três fatores: comunicação ($\alpha=0,86$), recursos materiais ($\alpha=0,71$) e recursos laborais ($\alpha=0,69$) (KALISCH; LANDSTROM; WILLIAMS, 2009). Um item foi excluído por possuir cargas fatoriais menores que 0,35 (*high number of inexperienced staff*) (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

Na parte B, a Análise Fatorial Confirmatória (CFA) gerou um modelo de três fatores (16 itens), incluindo dados de ambos os estudos, 1 e 2, produzindo um Índice de Ajuste Comparativo [CFI]=0,89 (valores próximos de 0,90 sugerem um ajuste estreito, de acordo com Hu e Bentler (1999); Índice de Ajuste Incremental [IFI]=0,90, apontando um bom ajuste comparativo (um valor de 0,93 é considerado adequado); Raiz Quadrática Média do Erro de Aproximação [RMSEA]=0,054 (KALISCH; WILLIAMS, 2009). De acordo com Browne e Cudeck (1993), RMSEA menor que 0,005 sugere um bom ajuste.

Em relação à confiabilidade do instrumento *MISSCARE*, teste-reteste foi realizado no estudo 1 com pessoal de enfermagem ($n=34$) de um dos hospitais. Os dados dessa amostra não foram utilizados para o estudo. Os resultados do teste-reteste com intervalo de duas semanas foi de 0,87 para a parte A e de 0,86 para a parte B, indicando medidas estáveis. A consistência interna da parte B, medida pelo α de Cronbach, foi aceitável para dois dos fatores: comunicação ($\alpha=0,86$) e recursos materiais ($\alpha=0,71$). O fator recursos laborais apresentou $\alpha=0,64$, valor abaixo do recomendado para um novo instrumento. Os Coeficientes de Correlação Intraclasse (ICC1 e ICC2) para a parte B indicaram consistência e homogeneidade pelo uso da ANOVA (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

Para a abordagem de grupos conhecidos para teste de validade, foi hipotetizado que haveria menos omissões em unidades de terapia intensiva em relação às unidades de reabilitação pelo fato de as UTIs possuírem maior número de enfermeiros por pacientes (quando comparadas às unidades de reabilitação). Essa hipótese foi confirmada, pois houve mais omissões do cuidado em unidades de reabilitação (média [Desvio-Padrão]=1,90 [3,9] do que nas UTIs (média [DP]=1,63 [3,3], mostrando evidências de validade de construto (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

Considerando os resultados acima, a parte A do instrumento *MISSCARE* foi composta por 22 itens. Para cada questão, os participantes foram questionados a considerar com que frequência cada elemento era omitido pelo pessoal de

enfermagem de sua unidade, usando a escala “raramente”, “ocasionalmente”, “frequentemente”, “sempre” ou “não se aplica”. A opção “não se aplica”, foi analisada como dado perdido na análise dos dados (KALISCH; LANDSTROM; WILLIAMS, 2009), mas foi incluída no instrumento, pois algumas ações do cuidado não são completadas em situações específicas, como, por exemplo, “alimentar o paciente em plantões noturnos”. A parte B da versão final do instrumento foi composta por 16 itens em que os participantes classificaram as razões para as omissões do cuidado de enfermagem em sua unidade, em uma escala tipo Likert de quatro pontos, variando de “razão significativa” até “não é uma razão para a omissão do cuidado” (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

O instrumento *MISSCARE* foi traduzido para outras línguas e em alguns casos, como das versões turca e islandesa, foram testados quanto à validade e fidedignidade. Na Turquia, o instrumento *MISSCARE* foi traduzido para a língua turca por meio de um processo incluindo elaboração, tradução, avaliações das versões por juízes, pré-teste, revisão e teste-reteste. Esse processo visou garantir que o significado não fosse modificado na tradução. A etapa relacionada à elaboração forneceu uma visão global dos métodos e definições dos termos essenciais. A tradução foi feita por três tradutores bilíngues e a retrotradução, por um tradutor bilíngue. O processo de avaliação por juízes envolveu uma equipe de três especialistas que revisaram ambos os instrumentos, turco e original, de acordo com o significado original de cada item (KALISCH; TERZIOGLU; DUYGULU, 2012). A análise psicométrica da versão turca do instrumento *MISSCARE* envolveu avaliação de aceitabilidade, validade e fidedignidade. Foram participantes o pessoal de enfermagem (n=436) de quatro hospitais de cuidados agudos da Turquia, variando em tamanho de 176 a 850 leitos (KALISCH; TERZIOGLU; DUYGULU, 2012).

A validade do instrumento em sua versão turca foi estabelecida a partir da validade de conteúdo e construto. A validade de conteúdo envolveu a revisão do instrumento traduzido por três painéis de sete a nove enfermeiros que avaliaram a clareza da ferramenta e aplicabilidade dos elementos relacionados à prática do cuidado de enfermagem na Turquia. O índice da validade de conteúdo foi de 0,85, indicando valor aceitável. Além disso, para testar validade de grupos conhecidos, foi conduzida uma comparação entre as respostas de enfermeiros de maternidade e enfermeiros de unidades médico-cirúrgicas. O uso desses dois grupos foi baseado

na opinião dos especialistas de que haveria menos omissão do cuidado em maternidades do que em unidades médico-cirúrgicas, o que foi confirmado quando comparado por meio de ANOVA. Através da análise Bonferroni, houve menos omissão em maternidades (Média=1,13, DP=0,21) do que em unidades médico-cirúrgicas (M=1,46, DP=0,43) e unidades intermediárias (M=1,53, DP=0,53) [F=3,796, p=0,001]. Esses achados somaram credibilidade à validade do instrumento *MISSCARE* (KALISCH; TERZIOGLU; DUYGULU, 2012). Para a parte B da versão turca do *MISSCARE*, composta por 16 itens, a EFA produziu três fatores idênticos ao instrumento original em inglês: recursos laborais, recursos materiais e comunicação que responderam por 64,26% da variância. Medidas Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostra foram de 0,914.

Considerando a fidedignidade do instrumento, o valor do alfa de Cronbach, para a parte A, foi de 0,936, mostrando boa consistência interna desses itens. O alfa de Cronbach para as três subescalas (parte B) – comunicação, recursos materiais, recursos laborais – foram de 0,911, 0,688 e 0,765, respectivamente. O teste-reteste foi conduzido com 48 sujeitos que responderam o instrumento duas vezes em um intervalo de duas semanas. Para a parte A, o coeficiente geral do teste-reteste foi de 0,95 (p<0,001). Para a parte B, esse coeficiente foi de 0,67, com alfa de Cronbach de 0,8. Os resultados obtidos confirmaram os resultados anteriores obtidos nos Estados Unidos (KALISCH; TERZIOGLU; DUYGULU, 2012).

A tradução e análise psicométrica da versão islandesa do instrumento *MISSCARE* foi completada em seis fases: 1. tradução por dois enfermeiros bilíngues provenientes da academia; 2. revisão da tradução por um enfermeiro PhD, também ligado à academia, e um professor de escola elementar com mestrado em saúde pública. A partir da revisão, foram realizadas pequenas alterações no instrumento; 3. retrotradução foi feita por um professor bilíngue que não teve acesso ao instrumento original; 4. revisão da retrotradução; 5. teste-piloto; 6. coleta de dados e teste psicométrico. A análise psicométrica foi realizada a partir de dados do estudo-piloto e de um estudo nacional. A população alvo foi o pessoal de enfermagem de unidades clínicas, cirúrgicas e UTIs de hospitais da Islândia. Dados para o estudo-piloto foram coletados em 2011, e dados para o estudo nacional, em 2012. A taxa de resposta para o estudo-piloto foi de 57% (67/118), e para o estudo nacional foi de 69% (599/864), evidenciando boa aceitabilidade. O teste-reteste para a parte A foi conduzido com 39 participantes e, para a parte B, com 37 participantes. O

coeficiente de correlação de Pearson para a parte A foi de 0,782 ($p < 0,001$) e de 0,530 ($p < 0,05$) para a parte B. O coeficiente alfa de Cronbach geral para a parte B e subescalas variou entre 0,795 e 0,894. Análise fatorial confirmatória para a parte B indicou um bom ajuste do modelo para os três fatores: comunicação, recursos materiais e recursos laborais (BRAGADÓTTIR et al., 2015).

3.2 Validação da versão brasileira do instrumento *MISSCARE*

A adaptação cultural e análise da consistência interna do instrumento *MISSCARE* para uso no Brasil foi iniciada com a dissertação de mestrado, apresentada em 2012 (SIQUEIRA, 2012; SIQUEIRA et al., 2013). A permissão para adaptação do instrumento *MISSCARE* para a língua portuguesa do Brasil foi concedida pela Dr^a Beatrice J. Kalisch, da Universidade de Michigan, EUA, em 2010.

O estudo (SIQUEIRA, 2012) foi realizado de acordo com os métodos propostos por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Ferrer et al. (1996), para adaptação cultural do instrumento, com os seguintes passos: 1. tradução do *MISSCARE* para o português brasileiro por dois tradutores bilíngues; 2. combinação das duas traduções em uma primeira versão consensual do instrumento; 3. um comitê de especialistas composto por cinco enfermeiras (todas com mestrado ou doutorado em enfermagem), com experiência clínica e fluência em inglês, verificou a validade de face e de conteúdo. Estabeleceu-se 80% como nível mínimo de concordância entre os membros do comitê para as duas versões; 4. retrotradução para o inglês, realizada por um tradutor bilíngue e comparação com o instrumento original; 5. avaliação semântica dos itens da versão brasileira do *MISSCARE* e 6. pré-teste do instrumento adaptado, que envolveu 60 membros da equipe de enfermagem (14 enfermeiros, 38 auxiliares de enfermagem e oito técnicos de enfermagem) de um hospital universitário de Ribeirão Preto, SP (SIQUEIRA et al., 2013).

O coeficiente alfa de Cronbach foi utilizado para a análise da fidedignidade (consistência interna) do instrumento adaptado. Coeficientes acima de 0,70 são considerados aceitáveis para níveis de fidedignidade (PORTNEY;

WATKINS, 2009; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

A análise do comitê de especialistas para as equivalências conceitual, idiomática, experiencial e operacional visava a aplicabilidade prática dos termos utilizados na versão brasileira do instrumento *MISSCARE*. A partir das suas sugestões, algumas mudanças foram feitas na redação. Considerando a consistência interna, os valores do alfa de Cronbach para as partes A e B do instrumento foram de 0,964 e 0,924, respectivamente. Em relação aos resultados da parte B, os valores do alfa foram similares aos valores obtidos na versão original. Os seguintes coeficientes foram obtidos: 0,906 para comunicação, 0,797 para recursos materiais e 0,785 para recursos laborais. Portanto, o instrumento apresentou boa consistência interna (SIQUEIRA et al., 2013).

No Brasil, há carência de pesquisas sistemáticas na área de omissão dos cuidados de enfermagem, o que pode ser resultante da falta de instrumentos de medida válidos e fidedignos, adaptados para o contexto brasileiro. Nessa perspectiva, advogou-se, aqui, a necessidade de adaptar e validar um instrumento que pudesse medir a omissão dos cuidados de enfermagem.

Diante das considerações apresentadas, optou-se por avaliar as propriedades psicométricas do instrumento *MISSCARE*. Tal decisão se justifica pela abrangência do uso do instrumento para medir a percepção dos profissionais quanto à omissão e pela abordagem dada por Kalisch e Williams (2009), na construção desse instrumento.

3.3 Grupo focal

De acordo com Grudens-Schuck, Allen e Larson (2004), o grupo focal é um tipo de entrevista grupal. Difere de outros métodos de pesquisa por apresentar: introspecção e não regras; natureza social e não individual; participantes com características homogêneas e não diferentes; flexibilidade na condução da conversação; respeito à intimidade dos participantes e conter palavras em vez de números.

O foco de análise do grupo focal são as opiniões surgidas a partir das diversas influências múltiplas e recíprocas, desenvolvidas no contexto dos grupos

humanos (GONDIM, 2002).

O pesquisador atenta-se não apenas para o conteúdo das discussões dos grupos focais, mas para emoções, ironias, contradições e tensões. Tal fato possibilita apreender ou confirmar não somente os fatos, mas o significado por detrás dos mesmos. A natureza social, “semipública” dessa metodologia, modela os dados e os objetivos por ela propostos. Contudo, a metodologia de grupo focal não é uma técnica confiável para determinação de um autêntico ponto de vista individual. Normas sociais entram em cena. O indivíduo torna-se muitas vezes solidário em vez de honesto. Por isso o ambiente social do grupo focal o torna um cenário inadequado para analisar conhecimento individual de um conteúdo (GRUDENS-SCHUCK; ALLEN; LARSON, 2004).

Compor um grupo com características altamente diferentes poderá diminuir a qualidade dos dados. Indivíduos censurarão suas ideias na presença de pessoas que diferem de suas características em termos de poder, *status*, trabalho, renda, educação ou características pessoais. Para compreender as perspectivas de pessoas diferentes, é necessário compor múltiplos grupos focais relacionados ao mesmo tópico. Embora seja comum conduzir uma única sessão focal, os dados podem não ser confiáveis (GRUDENS-SCHUCK; ALLEN; LARSON, 2004).

O moderador de um grupo focal deve apresentar habilidades específicas e conhecimento substancial do assunto em questão para o manejo adequado do grupo (TRAD, 2009). Um moderador almeja tanto obter recursos naturais de uma conversa quanto uma discussão focada, no decorrer de uma sessão. E pode atingir esse equilíbrio por meio de um adequado guia de entrevista, que auxilia os membros do grupo a relaxar, se abrir, pensar de maneira aprofundada e considerar alternativas. As questões em um guia de entrevista fluem do geral para o específico. A diferença final de uma conversa normal é que sessões de grupo focal são gravadas e transcritas (GRUDENS-SCHUCK; ALLEN; LARSON, 2004). O moderador deve garantir, ainda, que todos os participantes tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e deve mencionar o uso de gravadores, se for o caso. O tempo proposto para cada grupo focal, para um bom emprego da técnica, é de, no mínimo, 90 e, máximo, de 110 minutos (TRAD, 2009).

3.4 Avaliação das propriedades psicométricas de instrumentos

A análise das propriedades psicométricas de instrumentos é um processo fundamental para a garantia de obtenção de dados confiáveis (ALEXANDRE et al., 2013).

De acordo com Keszei, Novak e Streiner (2010), a confiabilidade e a validade não são propriedades fixas de um instrumento, mas refletem, sim, as suas interações com o grupo testado e as condições de sua utilização.

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

A validade de conteúdo está relacionada à adequação do conteúdo de um instrumento em termos de número e extensão de seus itens, faz uso da definição conceitual dos construtos sendo avaliados e consiste na revisão do instrumento, para garantir que esse envolva todas as questões relevantes. Envolve, ainda, a avaliação crítica da estrutura básica do instrumento e uma revisão dos procedimentos utilizados para o desenvolvimento do questionário (FAYERS; MACHIN, 2007).

A validade de face ou aparente reflete uma avaliação subjetiva, verifica se o instrumento aparenta medir o construto de interesse. É um tipo intuitivo de validade, refere-se à compreensão e à aceitação do instrumento pelos próprios pesquisadores e sujeitos. É a forma mais fraca de medição de validade (DEVON et al., 2007; PORTNEY; WATKINS, 2009). É intimamente relacionada à validade de conteúdo. A principal distinção é que na validade de face a preocupação é com a revisão crítica de um instrumento, após ter sido construído, enquanto que a validação de conteúdo consiste em verificar se um processo de desenvolvimento abrangente e minucioso foi rigorosamente seguido e documentado (FAYERS; MACHIN, 2007).

A validade de construto avalia se um instrumento mede o construto que pretende medir. Os itens devem estar relacionados com suas teorias e conceitos (DEVON et al., 2007). A validação de construto estabelece a capacidade de um instrumento em medir um conceito abstrato e fornece evidência sobre os

componentes teóricos do construto (PORTNEY; WATKINS, 2009).

De acordo com Fayers e Machin (2007) construtos e variáveis latentes são conceitos abstratos. Variáveis latentes são representações de construtos e são utilizadas em modelos. Os autores afirmam ainda que o termo fator pode ser utilizado como sinônimo de construto e quando um único fator latente é a base dos dados o construto é descrito como unidimensional.

Na validação de construto a preocupação primária é checar (FAYERS; MACHIN, 2007):

1. dimensionalidade: todos os itens em uma subescala relacionam-se com uma única variável latente, ou há evidências de que mais variáveis latentes são necessárias para explicar a variabilidade observada?
2. homogeneidade: todos os itens em uma subescala parecem estar relacionados forte e igualmente à mesma variável latente?
3. sobreposição entre variáveis latentes: alguns itens de uma subescala correlacionam-se com outras variáveis latentes?

A validação de construto é um processo lento e contínuo de maior aprendizado sobre o construto. A validação de grupos conhecidos é uma das formas mais simples da validação de construto. É baseada no princípio de antecipação de que certos grupos específicos de pacientes podem diferir significativamente de outros e o instrumento deveria ser sensível a essas diferenças (FAYERS; MACHIN, 2007). Utiliza-se esse tipo de validação quando um instrumento pode discriminar entre indivíduos que são conhecidos por apresentarem determinadas características e aqueles indivíduos que não as apresentam. Por meio do método dos grupos conhecidos, é escolhido um critério que pode indicar a presença ou a ausência da característica. É utilizado, ainda o contexto teórico que embasa o construto - para prever quão diferentemente os grupos irão se comportar. Assim, a validade de um instrumento é apoiada se os resultados documentarem essas diferenças conhecidas (PORTNEY; WATKINS, 2009 p.107).

A validação de constructo convergente indica se duas medidas, previamente conhecidas por refletirem o mesmo fenômeno subjacente, produzem resultados similares ou apresentam altas correlações. São identificados dois ou mais instrumentos que medem teoricamente o mesmo construto, e depois são aplicados aos mesmos sujeitos da pesquisa. A partir daí é feita uma análise correlacional.

Altas correlações entre as medidas dos instrumentos sustentam a validade convergente (PORTNEY; WATKINS, 2009). Uma correlação muito alta entre duas escalas provoca o questionamento se ambas estão medindo o mesmo fator e se poderiam ser combinadas, em uma única escala, sem qualquer perda de informação (FAYERS; MACHIN, 2007).

A validade de construto divergente ou discriminante indica que diferentes resultados, ou baixas correlações, são esperadas a partir de medidas em que se acredita previamente avaliar diferentes características (PORTNEY; WATKINS, 2009).

Segundo Pasquali (2013), a técnica da validação convergente-discriminante demonstra a validade de construto de um teste por meio de dois princípios: 1. o teste deve se correlacionar significativamente com outras variáveis com as quais o construto, medido pelo teste, deveria, pela teoria, estar relacionado (validade convergente) e 2. não se relacionar com variáveis com as quais ele teoricamente deveria diferir (validade discriminante). Essa análise evidencia o poder de um instrumento ser capaz de discriminar ou prever um critério externo a ele mesmo, por exemplo, discriminar grupos-critério que difiram especificamente no traço que o teste mede.

A análise fatorial é uma abordagem para a avaliação da validade de construto. Identifica, por meio de procedimentos estatísticos, o nível em que os itens do instrumento são agrupados em torno de uma ou mais dimensões, ou seja, avalia e testa a dimensionalidade da medida (PORTNEY; WATKINS, 2009; FAYERS; MACHIN, 2007). Itens relacionados definem uma parte do construto e são agrupados juntos. Itens não relacionados não definem o construto e deveriam ser retirados do instrumento (DEVON et al., 2007).

A validade de critério refere-se à capacidade de um instrumento em prever um desempenho específico de um sujeito. Esse desempenho seria o critério contra o qual a mensuração obtida pelo instrumento é avaliada (PASQUALI, 2013).

Há dois tipos de validade de critério: validade preditiva e validade concorrente. A diferença entre ambas é essencialmente o período de tempo entre a coleta dos dados pelo instrumento e a coleta da informação sobre o critério. Se os dados forem coletados simultaneamente, a validação será concorrente; se os dados relacionados ao critério forem coletados posteriormente ao teste, a validação será preditiva. Dois pontos são de suma relevância: a determinação de um critério

adequado e a mensuração do critério deve ser independente do teste (PASQUALI, 2013).

A fidedignidade, confiabilidade, ou precisão, refere-se à característica do instrumento de medir sem erro. Isso significa que o mesmo instrumento, ao medir os mesmos sujeitos em períodos distintos, ou instrumentos equivalentes, mensurando os mesmos sujeitos no mesmo período de tempo, gera resultados iguais, ou seja, a correlação entre essas duas medidas deve apresentar valores próximos de 1 (PASQUALI, 2013).

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

A análise da consistência interna dos itens de um instrumento diz respeito à congruência que cada item do referido instrumento possui com o restante dos itens do mesmo (PASQUALI, 2013). O coeficiente estatístico mais utilizado nesse tipo de análise é o alfa de Cronbach, que evidencia o grau de covariância dos itens entre si. Sua fórmula revela que os itens serão homogêneos se apresentarem ausência de variância entre os mesmos, individualmente. Quanto menor a variabilidade de um determinado item em uma amostra de indivíduos, menos erros ele produz (PASQUALI, 2013). Os valores do alfa de Cronbach variam de 0 a 1, sendo considerados aceitáveis entre 0,70 e 0,90 (CUMMINGS; STEWART; HULLEY, 2003).

A equivalência relaciona-se com o grau de concordância entre dois ou mais observadores que utilizam o mesmo instrumento. Quando há alto grau de concordância, salienta-se que os erros de medição foram minimizados (POLIT; BECK, 2011).

4. MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo metodológico, cuja proposta foi validar um instrumento de medida para a identificação da percepção da equipe de enfermagem quanto à não realização dos cuidados de enfermagem e suas razões. Esse tipo de pesquisa refere-se aos estudos sobre a elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de investigação (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa foi desenvolvida a partir da utilização de métodos quantitativos e qualitativos. A coleta de dados foi realizada em duas fases. Os participantes foram os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de dois hospitais de ensino universitário do interior do Estado de São Paulo, Brasil. O número de leitos desses hospitais variava entre 169 e 704.

4.2 Permissão da autora para a validação e utilização do instrumento

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

4.3 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), em 17/12/2014, sob protocolo CAAE: 38506614.0.0000.5393 (ANEXO B).

A pesquisa seguiu as observâncias éticas e legais da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos. Desse modo, os participantes deste estudo foram convidados a dar

o seu consentimento informado por escrito antes da participação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que trata da participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência em qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação das informações obtidas, com relação a todos os participantes da pesquisa (BRASIL, 2013). O anonimato dos sujeitos foi preservado por meio da identificação do questionário com número e do ambiente privativo, para a aplicação do instrumento.

4.4 Primeira fase da pesquisa: desenho, local do estudo e participantes

Na primeira fase do estudo de delineamento qualitativo utilizou-se a técnica do grupo focal, a fim de investigar se havia outros aspectos do cuidado de enfermagem no Brasil que não foram incluídos no instrumento *MISSCARE* original em inglês (ANEXO C) e no instrumento adaptado em 2012 (APÊNDICE A).

O estudo foi realizado com profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) – USP, instituição de referência terciária para pacientes em situação de urgência ou emergência médica. Atualmente, apresenta 169 leitos e as seguintes unidades: Unidade de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica, Unidade de Queimados, Semi-Intensivos, Isolamento, Clínica Cirúrgica e Médica, Neurologia, Neurocirurgia, Ginecologia, Pediatria, Moléstias Infecciosas Infantis, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Ortopedia e Psiquiatria. Esse hospital apresenta, também, em sua porta de entrada, uma Sala de Estabilização Clínica para pacientes graves e uma Sala de Trauma, além de atendimento às urgências não traumáticas de pacientes menos graves, atendimento de ginecologia, ortopedia e urgências pediátricas. Em 23 de setembro de 2014, segundo o Departamento de Recursos Humanos, havia na Unidade de Emergência 137 enfermeiros, 159 técnicos e 453 auxiliares de enfermagem.

4.4.1 Procedimentos de coleta de dados

Os grupos focais foram realizados com profissionais de enfermagem das unidades de clínica médica, neurologia e unidade coronariana do referido hospital. A amostra foi intencional. Foram convidados a participar do estudo enfermeiros, técnicos e auxiliares que tiveram disponibilidade de tempo para participar dos grupos, fora do seu horário de trabalho, e que consentiram voluntariamente em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi utilizado o critério de saturação teórica para limitar o número de grupos focais realizados e o número de participantes da pesquisa.

Os participantes foram separados em dois grupos por categoria profissional, para ampliar o relato de questões importantes que poderiam não ser relatadas com a presença de outros membros da equipe, de acordo com a descrição do estudo qualitativo do instrumento original e recomendações da literatura (KALISCH, 2006; GRUDENS-SCHUCK; ALLEN; LARSON, 2004). Segundo a literatura, o número de participantes nos grupos focais pode variar entre seis e 15 indivíduos (TRAD, 2009). O primeiro grupo focal foi realizado com os três enfermeiros e identificado por Grupo Focal 1 (GF1). O segundo grupo foi realizado com um técnico e três auxiliares de enfermagem, e foi identificado por Grupo Focal 2 (GF2).

Os participantes do GF1 tinham função assistencial e gerencial, dois eram do sexo feminino e um, masculino; idade entre 38 e 44 anos; tempo de experiência na função entre 10 e 16 anos; tempo de experiência na unidade de internação atual entre um e 15 anos; tinham a pós-graduação como nível educacional mais elevado e especialização na área de enfermagem, como formação educacional mais elevada. Os participantes do GF2 foram três auxiliares e uma técnica em enfermagem, todas do sexo feminino, com idade entre 29 e 45 anos, tempo de experiência na função entre cinco e 25 anos; tempo de experiência na unidade de internação atual entre cinco e seis anos e apresentavam o ensino médio como nível educacional mais elevado.

As reuniões dos grupos focais foram realizadas nos dias 10 e 11 de fevereiro de 2015 em uma sala da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Os encontros foram previamente agendados,

considerando horários que viabilizassem a participação do maior número possível de profissionais convidados. A duração das reuniões foi de uma hora e trinta minutos.

Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) que incluiu, entre outros aspectos, a permissão para uso do gravador para registro das falas.

Cada encontro foi dividido em seis momentos: 1) agradecimento ao grupo, enfatizando a importância da equipe para a realização do trabalho; 2) apresentação dos objetivos do encontro e explicação sobre seu funcionamento (duração do encontro, a necessidade de desligar o aparelho celular, permanência na sala, participação e questões éticas); 3) apresentação da realidade do fenômeno da omissão dos cuidados de enfermagem e dos temas para discussão da realidade da prática, ressaltando que os aspectos ou ações não realizadas e as causas dos cuidados omitidos deveriam ser abordados como opinião do grupo para o hospital como um todo (e não como opinião pessoal ou referente a uma unidade de internação específica) e 4) finalização do grupo e agradecimento pela participação. Após o encerramento foi oferecido aos participantes um “vale-pizza”.

A moderadora dos grupos focais foi a própria pesquisadora, cujo papel foi introduzir perguntas sobre o tema em questão e pedir esclarecimentos adicionais. Uma auxiliar de pesquisa fez anotações para apoio às transcrições das falas dos participantes dos grupos. No início das atividades, foi realizada a abertura da sessão com boas-vindas aos participantes e a apresentação das pesquisadoras. Nesse momento, foram fornecidas informações acerca do encontro, com esclarecimento quanto às finalidades da pesquisa, bem como à Técnica do Grupo Focal. Foram anunciados os motivos da gravação em áudio – para retomada fidedigna do conteúdo para análise posterior, cujo interesse é exclusivamente a pesquisa em curso, bem como o destino das fitas e a duração do grupo focal (máximo 1h30min). Destacou-se a necessidade de compromisso de todos os envolvidos quanto à importância do sigilo das informações trazidas no grupo.

No início dos encontros, cada participante recebeu a seção inicial do *MISSCARE*, que precede as partes A e B do instrumento. Essa seção destina-se à coleta de informações quanto às características sociodemográficas e profissionais dos participantes, bem como sua satisfação com o cargo e ocupação, intenção de deixar o cargo atual, número de pacientes cuidados no último plantão trabalhado e avaliação da adequação do pessoal em sua unidade.

Em seguida, houve a apresentação do fenômeno *missed nursing care* pela pesquisadora, a entrega de um instrumento impresso para cada participante e realizada a leitura em voz alta, de cada item. As questões norteadoras foram: *“Segundo a sua experiência de trabalho na Unidade de Emergência, existe algum outro aspecto do cuidado de enfermagem que não é realizado ou é omitido e que não foi incluído no instrumento MISSCARE? Fale um pouco sobre isso e se possível dê exemplos”* e *“Também segundo a sua experiência, existe alguma outra razão ou justificativa para a omissão do cuidado ou a não realização do cuidado ao paciente internado na unidade de emergência que não foi incluída no instrumento MISSCARE? Fale sobre isso”*.

Na sequência, procedeu-se à anotação em lousa dos pontos considerados importantes e o registro foi feito, também, em papel, pela auxiliar de pesquisa. Por último, a pesquisadora retomou os principais conteúdos discutidos no grupo, possibilitando reformulações ou acréscimos pelos participantes.

As discussões dos grupos foram gravadas e transcritas, na íntegra, para serem submetidas à análise de conteúdo. Os resultados do grupo focal contribuíram para a inclusão de novos itens no instrumento e a construção da versão ampliada do *MISSCARE* para o Brasil.

4.4.2 Análise dos resultados

A análise das discussões foi feita pela técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2010), definida como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com a finalidade de obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, os indicadores que permitem deduzir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens (BARDIN, 2010, p.42).

Os conteúdos das falas dos participantes do estudo foram decompostos em “unidades de registro” ou “unidades de análise” e, em seguida, classificadas em categorias.

Conforme Bardin (2010), a análise de conteúdo ocorre por meio de três etapas: pré-análise, exploração dos materiais e tratamento dos resultados.

O primeiro questionamento que instigou as discussões sobre o fenômeno da omissão dos cuidados de enfermagem foi relacionado à percepção dos profissionais de enfermagem, assim como as prováveis causas para a omissão dos cuidados de enfermagem. Para preservar o anonimato dos participantes, as falas provenientes das discussões foram identificadas com códigos previamente determinados pela pesquisadora. Os enfermeiros foram identificados com as letras E1, E2, E3, e os auxiliares/técnico de enfermagem, A1, A2, A3 e T1, respectivamente. A partir das discussões correspondentes, surgiram as unidades de análise e suas respectivas categorias.

4.5 Segunda fase da pesquisa: desenho, local do estudo e amostra

A segunda fase do estudo foi de delineamento quantitativo e refere-se à avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento *MISSCARE*.

O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP)-USP, Unidade *Campus*, Instituição Hospitalar composta por 704 leitos. O HCFMRP é uma autarquia pública estadual, vinculada administrativamente à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e associada à Universidade de São Paulo para fins de ensino, pesquisa e prestação de serviços médico-hospitalares. Integrado ao Sistema Único de Saúde – SUS, caracteriza-se como hospital de grande porte, de alta complexidade, constituindo-se referência terciária para a região nordeste do Estado de São Paulo, composta por cerca de quatro milhões de habitantes.

Para o recrutamento, os participantes foram selecionados empregando-se amostragem aleatória simples da grade populacional definida para este estudo. Como critério de inclusão, a população alvo para a aplicação do instrumento foram os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem vinculados ao hospital selecionado, lotados nas diferentes unidades e que tivessem, no mínimo, um mês de vínculo empregatício no setor. Foram excluídos aqueles que estavam de férias ou licença médica, a partir da lista de profissionais, fornecida pelo Departamento de

Recursos Humanos. Em 23 de setembro de 2014, segundo o Departamento de Recursos Humanos, havia, no referido hospital, 369 enfermeiros, 384 técnicos e 865 auxiliares de enfermagem. Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Na literatura, os autores de estudos psicométricos recomendam que uma pesquisa dessa natureza deva ter 10 respondentes para cada item do instrumento. Contudo, cabe aqui salientar que não há consenso quanto ao tamanho da amostra para a realização da análise fatorial confirmatória. Há algum consenso entre alguns autores de que amostras contendo, no mínimo, 200 participantes são satisfatórias (KLINE, 2010). Assim, considerando a população do hospital sob estudo, bem como o balanceamento amostral adequado, optou-se pela participação de, no mínimo, 300 profissionais de enfermagem para a realização desta pesquisa. Foram ainda adicionados, para esse valor, 20% devido a prováveis perdas como, por exemplo, recusas, férias, afastamentos e licença saúde. A amostra do estudo consistiu de 330 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), portanto, excedeu essas recomendações.

Os participantes atuavam nas seguintes unidades de internação: Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço - OFT/ORL/CCP (12º andar ala B), composta por 38 leitos; Ortopedia (11º andar A e B) composta por 45 leitos; Clínica Cirúrgica (procto/gastro, isolamento) e Clínica Civil (particular e convênios - plástica, vascular e uro) - 10º andar (ala B) e 12º andar (ala A), com 23 leitos; Ginecologia e Obstetrícia (8º andar A e B), composta por 56 leitos; Unidade de Transplante de Fígado (10º andar A), 24 leitos; Clínica Geral e Geriatria (5º andar A), com 22 leitos; Cardiologia e Gastroenterologia (5º andar B), com 26 leitos; Unidade Metabólica (5º andar A), com seis leitos; Oncologia Clínica (5º andar A), com oito leitos; Transplante de Medula Óssea (5º andar B), sete leitos; Moléstias Infecciosas-MI (6º andar A), 20 leitos; Nefrologia, Endócrino e Pneumologia (6º andar B), 26 leitos; Hematologia e Quimioterapia (6º andar B), 11 leitos; Dermatologia e Imunologia (4º andar A), 25 leitos; Neurocirurgia-NEC (4º andar B e 9º andar A), 17 leitos; Unidade de Terapia Imunológica (4º andar A), com quatro leitos; Neurologia (4º andar B), 20 leitos; Clínica Cirúrgica (Urologia, Vascular, Pediatria e Tórax- 9º andar A e B), 43 leitos; Centro de Terapia Intensiva/Unidade Coronariana (2º andar), 14 leitos; Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas-UETDI (2º andar), 18 leitos e Unidade de Transplante Renal (2º andar), com 21 leitos.

4.5.1 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de 27 de abril a 27 de maio de 2015, por meio da aplicação da versão ampliada do instrumento *MISSCARE* em português, para o Brasil. O instrumento é composto por uma seção de informação geral com itens para caracterização sociodemográfica e profissional; pela parte A, com 28 itens relacionados aos cuidados omitidos ou não realizados; e pela parte B, com 28 itens referentes às razões para a não realização dos cuidados de enfermagem (APÊNDICE D). Os contatos com os participantes foram realizados no próprio hospital, em horário sugerido pela Diretora da Divisão de Enfermagem, de forma a não interferir nas atividades laborais do funcionário e na rotina do setor de atuação do profissional. Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, bem como esclarecidos sobre o propósito da mesma, e foram informados sobre seus direitos em recusar a participar do estudo. Após concordarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O *MISSCARE* é autoaplicável e cada participante recebeu um envelope contendo o instrumento e uma carta explicando os procedimentos do estudo e orientando como respondê-lo. Os participantes foram orientados a preencher o instrumento fora do local/horário de trabalho e devolvê-lo (em períodos estabelecidos pela pesquisadora), dentro do próprio envelope que deveria estar fechado. Não havia no instrumento solicitação de informações que permitisse a identificação dos participantes, no entanto, havia um código para que os participantes pudessem ser localizados se fossem selecionados para participar da fase do reteste. A coleta de dados para o reteste foi feita com 86 profissionais em um intervalo de 15 dias, tempo estimado pela pesquisadora para que os participantes não se recordassem das respostas dadas na primeira aplicação do instrumento. Esse intervalo foi o mesmo estabelecido pela autora do instrumento original.

4.5.2 Processamento dos dados e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do *MISSCARE*

Para análise dos dados, as informações coletadas por meio do instrumento foram transferidas para a planilha do Excel, com a dupla digitação para validação. A partir daí, os dados foram exportados para o programa de análise estatística *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Todas as variáveis sofreram análises descritivas de frequências simples e de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão).

Na parte A do *MISSCARE*, os itens podem ser pontuados de um a cinco, sendo que um corresponde a maiores níveis de omissão e cinco, ausência de omissão. Na parte B, os itens podem ser pontuados de um a quatro, sendo que um corresponde à razão significativa e quatro como não sendo razão para a omissão. Para o preenchimento dos valores ausentes e aumento do número total de casos, imputações foram feitas nas partes A e B do instrumento, correspondendo à substituição dos valores não respondidos pelas médias dos sujeitos, a partir das respostas conhecidas de outros itens. Foi realizada, também, a reversão dos códigos das respostas aos itens de ambas as partes A e B do instrumento, sendo (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1), para a parte A, e (1=4) (2=3) (3=2) (4=1), para a parte B, conforme orientação da autora do instrumento original, por *e-mail*. Desse modo, maiores valores corresponderam a maiores níveis de omissão e razões mais importantes para a referida omissão.

4.5.2.1 Validade de construto: Foi verificada por três métodos - dimensionalidade, validade de grupos conhecidos e validação do construto convergente.

4.5.2.1.1 Dimensionalidade

A validade de constructo dimensional da versão brasileira do instrumento *MISSCARE* foi testada via Análise Fatorial Confirmatória (CFA) para a parte B do

instrumento, considerando a publicação da autora da Escala (KALISCH; WILLIAMS, 2009), assim como a versão ampliada desse instrumento obtida com o grupo focal. Os resultados dessa análise foram obtidos com a utilização do aplicativo ou módulo add-on IBM SPSS AMOS (*Analysis of Moment Structures*), versão 16.

Um dos objetivos da CFA é testar a adequação da estrutura dimensional (fatorial) de um modelo de relações entre variáveis latentes, não observadas ou medidas, com um conjunto de itens medidos com um questionário (nesse caso, o instrumento sendo validado), com as variáveis observadas. As análises fatoriais confirmatórias aqui empregadas buscaram verificar:

1. o ajuste de um modelo original, proposto pela autora na parte B do instrumento, contendo três fatores (trifatorial): comunicação, recursos materiais e recursos laborais;
2. o ajuste de um modelo ampliado, contendo itens e fatores adicionais, nesse caso um modelo com cinco fatores (pentafatorial): comunicação, recursos materiais, recursos laborais, dimensão ética e estilo de gerenciamento/liderança.

A adequação dos modelos à estrutura originalmente proposta pode ser medida utilizando critérios de ajuste que buscam determinar a similaridade entre as matrizes de variância-covariância observadas na amostra com aquela predita pelo modelo que está sendo testado. Esses critérios são quantitativamente medidos por coeficientes de ajuste, entre os quais podemos citar:

1. medidas de ajuste absoluto, que determinam a quanto o modelo testado se ajusta aos dados obtidos com a amostra, destacando-se:
 - a) o teste qui-quadrado, uma medida estatística cujo valor, ao ser comparado com um valor crítico, indica um ajuste adequado ou não. Na CFA, o pesquisador deseja não rejeitar a hipótese de nulidade, isto é, que o modelo testado não difere dos dados observados. O problema com esse indicador é que o valor do qui-quadrado é afetado pelo tamanho amostral, isto é, em amostras grandes é altamente provável que o pesquisador rejeite a hipótese de nulidade, mesmo em situações em que o modelo testado, em termos práticos, não se diferencie da matriz de dados, razão

pelo qual esse indicador não é utilizado sem a comparação com outros indicadores (KLINE, 2010);

- b) raiz quadrática média do erro de aproximação (*root mean square error of approximation*, RMSEA), indicando o ajuste do modelo aos dados, sendo esse ajuste considerado adequado para valores de RMSEA entre 0,05 e 0,08 (MACCALUM; BROWNE; SUGAWARA, 1996);
- c) índice de ajuste (*Goodness of Fit Index*, GFI), indicando o ajuste aprimorado do modelo, quando comparado a modelo nenhum; varia de 0 (ausência de ajuste) a 1 (ajuste perfeito), não havendo um ponto de corte proposto (KLINE, 2010);

- 2. medidas de ajuste incrementais, que comparam o modelo testado com algum outro, geralmente designado como modelo independente, em que se supõe não haver correlações entre as variáveis observadas. Exemplos são o Índice de Tucker-Lewis (TLI) e o Índice de Ajuste Comparativo (CFI) que variam de 0 (ausência de ajuste) a 1 (ajuste perfeito), sendo o valor acima de 0,9, para cada índice, o indicativo de ajuste aceitável para um modelo em teste (KLINE, 2010).

4.5.2.1.2 Validação de grupos conhecidos

Considerando a validação de grupos conhecidos, empregou-se o teste *t* de Student para amostras independentes, o qual possui o objetivo de comparar a existência ou não de diferenças entre as médias dos grupos ou critérios estudados. Além disso, utilizou-se o *d* de Cohen com a finalidade de se classificar a magnitude da diferença entre as médias, como sendo pequena ($d < 0,20$), moderada ($\geq 0,20$ a $< 0,50$) e grande ($\geq 0,50$) (COHEN, 1988).

Para a investigação de diferenças nos níveis de omissão dos cuidados de enfermagem, consideraram-se as variáveis: unidade/setor de atuação, satisfação com o cargo/função atual, satisfação com a profissão, satisfação com o trabalho em equipe e plano de deixar o cargo/função atual. As seguintes hipóteses foram estabelecidas e testadas conforme as análises realizadas para a versão original do

instrumento (KALISCH; WILLIAMS, 2009), mostradas abaixo.

Quanto à unidade/setor de internação

Profissionais de enfermagem atuantes em setores fechados indicariam menores níveis de omissão dos cuidados de enfermagem.

Quanto à satisfação

Profissionais com maiores níveis de satisfação indicariam menores níveis de omissão dos cuidados de enfermagem.

Quanto ao plano de deixar o cargo/função atual

Profissionais sem planos de deixar o cargo indicariam menores níveis de omissão dos cuidados de enfermagem.

4.5.2.1.3 Validação de constructo convergente

Foi analisada considerando-se as correlações entre as medidas do nível de satisfação e as variáveis de omissão dos cuidados de enfermagem do instrumento *MISSCARE*. Dessa forma, avaliaram-se as correlações existentes com o cálculo da correlação de Spearman para testes não paramétricos, para variáveis ordinais com ausência de distribuição normal.

Para a classificação da força de correlação entre as variáveis, por meio do coeficiente de correlação de Spearman, utilizaram-se as recomendações de Cohen (1988), que considera correlações fracas os valores entre maior que zero e menor que 0,29, moderadas entre 0,30 e 0,49 e fortes os valores iguais ou acima de 0,50. As correlações positivas indicam que as variáveis covariam na mesma direção, ou seja, à medida que a insatisfação aumenta aumentam os escores e o número de cuidados omitidos (correlação positiva).

4.5.3 Análise da confiabilidade

A confiabilidade neste estudo foi avaliada pela análise da consistência interna e coeficientes teste-reteste. A consistência interna dos itens da versão

brasileira do *MISSCARE* foi analisada por meio do alfa de Cronbach. Escores acima de 0,70 são considerados aceitáveis na literatura (PORTNEY; WATKINS, 2009; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). O teste-reteste foi conduzido com 86 sujeitos que preencheram o instrumento duas vezes, em um intervalo de duas semanas, e foi analisado pelo coeficiente de correlação de Spearman (r_s) para as partes A e B. Esse coeficiente é uma medida de correlação não paramétrica e mede a intensidade da relação existente entre duas variáveis. É utilizado quando as análises de Pearson não podem ser realizadas como, por exemplo, no caso de variáveis ordinais (BURNS; GROVE, 2001). Para a classificação da força de correlação entre as variáveis, por meio do coeficiente de correlação de Spearman, utilizaram-se as recomendações de Cohen (1988), que considera correlações fracas os valores entre maior que zero e menor que 0,29, moderadas entre 0,30 e 0,49 e fortes os valores iguais ou acima de 0,50. Ainda, para a análise da confiabilidade teste-reteste para os fatores, utilizou-se o Coeficiente de Correlação Intraclass (*Intraclass Correlation Coefficient*, ICC) e o coeficiente de correlação de Pearson. Nessa direção, foram conduzidas correlações entre os escores obtidos pela soma dos itens do teste e do reteste do instrumento *MISSCARE*. Para a interpretação dos valores do ICC, utilizou-se a classificação de Fleiss (1986), que considera confiabilidade baixa os valores menores que 0,4, confiabilidade moderada a boa entre 0,4 e 0,74 e confiabilidade excelente os valores iguais ou acima de 0,75.

Como afirmado por Kalisch e Williams (2009), a parte A contém ações de enfermagem independentes, não necessariamente conectadas umas às outras. Portanto, nem a análise com alfa de Cronbach, nem CFA seria adequada para a análise psicométrica da parte A.

Todas as análises inferenciais foram realizadas adotando-se nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) (POLIT; BECK, 2011).

5.1 Primeira fase da pesquisa: grupo focal

A partir das discussões dos grupos focais, foram realizadas mudanças na redação de alguns itens do *MISSCARE* e na sua apresentação, para melhor entendimento do público-alvo da pesquisa, o que caracterizou também uma nova validação semântica do instrumento. As alterações estão descritas abaixo.

Apresentação parte A	Modificações realizadas
<u>Omissão de cuidado de enfermagem</u>	<u>Cuidados de enfermagem não realizados</u>
Considerando o seu conhecimento, com qual frequência os seguintes elementos dos cuidados de enfermagem <u>são omitidos</u> pelos membros da equipe de enfermagem	Considerando o seu conhecimento, com qual frequência os seguintes elementos dos cuidados de enfermagem <u>não são realizados</u> pelos membros da equipe de enfermagem
Opções de respostas da parte A	
Sempre omitido	Nunca é realizado
Frequentemente omitido	Raramente é realizado
Ocasionalmente omitido	Ocasionalmente não é realizado
Raramente omitido	Realizado frequentemente
Nunca omitido	É sempre realizado
Itens da parte A do <i>MISSCARE</i>	
3) Alimentar o paciente enquanto a refeição ainda está quente	Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário
8) Documentação completa de todos os dados necessários	Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários
9) Ensino do paciente sobre a doença, exames clínico-laboratoriais e exames diagnósticos	Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados
11) Banho/higiene do paciente/cuidados com a pele	Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele
13) Higienização das mãos	Higienização das <u>suas</u> mãos
14) Planejamento e ensino do paciente para alta hospitalar	Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar
15) Controle da glicemia capilar (glicosimetria/dextro), conforme prescrito	Monitorar a glicemia capilar (glicosimetria/dextro), conforme prescrito
16) Avaliação do paciente a cada turno	Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado
18) Cuidados com punção venosa periférica e central e avaliações, de acordo com as normas da instituição	Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição
23) Assistência às necessidades higiênicas dentro de 5 minutos da solicitação	Higienizar o paciente prontamente, após cada eliminação
Apresentação parte B	
Pensando sobre as <u>omissões do cuidado de enfermagem</u> por toda equipe de enfermagem de sua unidade (como você indicou na parte A desta pesquisa), indique as RAZÕES pelas quais o cuidado de enfermagem <u>é omitido</u> na sua unidade	Pensando sobre os <u>cuidados de enfermagem que não são realizados</u> por toda equipe de enfermagem de sua unidade (como você indicou na parte <u>A do instrumento</u> desta pesquisa) e indique as razões pelas quais o cuidado de enfermagem <u>não é realizado</u>

continua...

Itens da parte B do <i>MISSCARE</i>	Modificações realizadas
7) Passagem de plantão inadequada do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes	A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência necessária (ex.: fisioterapeuta não faz deambulação do paciente)	Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência <u>no momento em que era necessário</u> (ex.: fisioterapeuta não faz deambulação do paciente)
12) 13) 14) Tensão ou problemas de comunicação...	Tensão/ <u>conflito</u> ou problemas de comunicação...

conclusão

Quadro 1 – Modificações realizadas a partir dos grupos focais para a segunda versão brasileira do *MISSCARE*. Ribeirão Preto, SP, 2015

A seguir estão apresentados os resultados qualitativos da pesquisa atendendo o objetivo específico de avaliar a validade de face e conteúdo da versão para o português brasileiro do instrumento *MISSCARE*, por meio de grupos focais com profissionais de enfermagem.

A partir da análise de conteúdo da transcrição das falas das discussões em grupo, realizadas com os profissionais, foram identificadas as unidades de registro que compuseram as categorias (Quadro 2).

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Ações ou cuidados de enfermagem identificados pelos profissionais	1. Aspiração de vias aéreas
	2. Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda
	3. Sentar o paciente fora do leito
	4. Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda
2. Razões para a não realização dos cuidados de enfermagem no contexto do estudo	1. O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição
	2. Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional
	3. O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego
	4. Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe
	5. Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional)
	6. A planta física da unidade/setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes
	7. Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados
	8. O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)
	9. Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional)
	10. Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde (o que impede que desempenhem as funções para as quais foram contratados)
	11. O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência)

Quadro 2 – Demonstrativo das categorias e subcategorias identificadas a partir das falas dos profissionais de enfermagem. Ribeirão Preto, SP, 2015

5.1.1 Primeira categoria - Ações ou cuidados de enfermagem identificados pelos profissionais

A categoria ações ou cuidados de enfermagem, identificados pelos profissionais, evidencia outros aspectos do cuidado de enfermagem no Brasil que não foram incluídos no instrumento *MISSCARE* original.

Essa categoria está composta por quatro subcategorias, descritas a seguir.

5.1.1.1 Aspiração de vias aéreas

Esta subcategoria mostra a visão dos profissionais de enfermagem sobre os aspectos do primeiro cuidado de enfermagem identificado como omitido na prática e não contemplado no instrumento *MISSCARE* original. Também expressa a contradição percebida entre o registro nos prontuários da aspiração pelos profissionais e a ausência do sistema de aspiração na unidade do paciente. Mostra, ainda, a reflexão que fazem sobre a sobrecarga de trabalho, fator que interfere na execução da ação e como discutir um aspecto da prática que consideram ser sigiloso.

Aspiração também... (E1).

Exatamente (E3).

Deixa eu ver se eu entendi... aqui eu não tô encontrando... Aspiração... (E2).

Bom, aí já falou dos cuidados com traqueostomia... aspiração... os cuidados com monitorização também... (E3).

De aspiração de vias aéreas a experiência que a gente tem comprovada, será, como que a gente vai falar sobre isso? (E2).

Quando interna um paciente que ele vem com todo... ou com tubo, ou traqueo e que não é montado um sistema de aspiração pra ele, aí tem registro de que esse paciente foi aspirado, entendeu? (E2).

Isso aqui é tudo sigiloso, então acho que a gente tá bem, né..., porque as medidas são tomadas mas é uma coisa bem séria isso... você registrar uma coisa... (E2).

Que você não fez (E1).

Mais um exemplo que a gente pode falar aqui... é isso mesmo... não ter montado... ninguém monta um negócio para depois jogar fora, entendeu? Não tinha... o aspirador... deixar ele na régua lá... montado, tudo direitinho... (E2).

Uma outra coisa nessa parte de aspiração de vias aéreas principalmente quando a gente fala de traqueostomia... muitas vezes o sistema até tá montado... o que que acontece... dentro da rotina de trabalho deles, por exemplo a equipe, eu, por

exemplo, tô escalado com cinco pacientes, vamos pensar assim, então a gente tem uma escala lá e o pessoal que fica fora, quando é de manhã, por exemplo, eles ficam no setor X com quatro pacientes cada um... então 4 pacientes - dos 4 pacientes que ele fica pra cuidar ele tem que dar 3 banhos e aí ele chega de manhã e ele vai lá pra poder preparar medicação e tudo, às vezes fazer alguma anotação... aspirar primeiro, mas de repente é um paciente que tem uma demanda maior de aspiração..., então, naquele momento, ele até aspira o paciente e aí ele vai pra dar o banho. Tem dia que às vezes o outro paciente dele tá no outro quarto e aí às vezes ele demora um pouco pra voltar pra fazer essa outra aspiração, quer dizer, ele aspirou ali, o paciente tá com muita secreção e aí ele já tá noutra, ele já tá lá dando banho lá ou tá fazendo uma outra coisa e não se preocupou em falar, ó, esse paciente aqui eu preciso aspirar ele com mais frequência, então eu percebo isso, às vezes você entra no quarto, o que chama a atenção, é quando o paciente tá com aquela sororoca, mas tem pacientes por exemplo que tá com traqueostomia rolhada que quando você abre pra aspirar sai um rio de secreção, você vê que faz tempo que não aspirou...uma coisa que a gente observa aí... (E3).

Aí vai entrar mais uma série de cuidados aí... (risos) (T1).

Vixe, aí... tem um monte... (T1).

Tem a respeito da aspiração... se ela é realizada dentro do horário... às vezes também o médico prescreve uma aspiração meio fora do... do contexto! Mas pelo menos uma vez por plantão ou de acordo com a necessidade... (T1).

Às vezes nem tem secreção alguma... (T1).

E fixação também poderia entrar... (T1).

Da cânula! (A3).

5.1.1.2 Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda

Os profissionais identificaram, nesta subcategoria, as deficiências nas medidas de segurança e vigilância por parte da equipe de enfermagem, relacionadas à prevenção de quedas. Citam, ainda, a necessidade do oferecimento de auxílio aos pacientes mais vulneráveis, e destacaram a interferência de outros profissionais de saúde na implementação das medidas de prevenção adotadas.

Já que pontuou essa questão... tem a medida de prevenção de quedas que a pessoa passa e deixa uma grade abaixada... tem um paciente que pode... (E2).

Questão de segurança... deixar um paciente sozinho no banheiro a hora que ele tá tomando banho... não sei se... medidas de segurança, né? (E1).

E oferecer auxílio para as necessidades mesmo de... por exemplo, se a pessoa precisa ir usar o banheiro e tal... e às vezes nem quer falar sobre isso... talvez... seria uma omissão...? Não sei... não oferecer auxílio durante o teu plantão para acompanhar ao banheiro... sem o paciente pedir... Oferecer mesmo! (E2).

Mas tem pessoas que não pedem...! Eu vejo muito assim... principalmente o idoso, às vezes ele fica, fica, fica, né? E não tem uma pessoa que vá oferecer auxílio pra isso! É... oferecer auxílio... (E2).

Medidas de prevenção de quedas é grade... quarto muito escuro... não é? (E2).

Paciente sozinho no banheiro... (E3).

Medidas de prevenção contra quedas não são utilizadas... não são colocadas... (E2).

Um exemplo é a queda... (risos) (E1).

Aí eu tenho até outros fatores, porque... assim... porque a gente tava falando da enfermagem, mas é amplo... muita gente que vai e mexe... (E3).

Toda equipe de saúde... pronto! (E2).

Então querendo ou não isso aí entra tudo... eu vejo a equipe de enfermagem até preocupada em levantar a grade e tal, mas às vezes você chega lá e de vez em quando tem uma que tá baixa... (E3).

Isso porque a maioria das vezes também, pelo quadro do paciente já teve dias assim... da gente ter pacientes na enfermaria quase que 90% de acamados... (A2).

É fase... é fase! Por exemplo, agora a gente tá numa fase boa... porque a gente tem enfermaria que todos deambulam, tipo assim... de 4, 3 deambulam, mas já teve fases dessa mesma enfermaria só ter acamados, precisando inteiramente do cuidado da enfermagem ali, entendeu? Pelo quadro deles mesmo... (A2).

Fisioterapia... (A2).

Que na verdade também tá numa fase boa porque veio um grande número de funcionários porque há uns 3 anos atrás... era só respiratória... agora é que tá motora, que tá mais aplicado... mas antes... (T1).

5.1.1.3 Sentar o paciente fora do leito

Sentar o paciente fora do leito foi identificado como um cuidado específico e relevante, inserido no contexto da assistência de enfermagem.

Outra questão aqui da mudança de decúbito... você encontrou aí sentar o paciente fora do leito? Ou não? (E2).

Eu acho que entraria na categoria tipo deambulação... é uma coisa específica, é um cuidado específico..., não só mudar de decúbito... é mudar de decúbito mas é além... (E1).

É o que faz toda diferença... a gente pensa já em outros benefícios (E3).

5.1.1.4 Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda

As falas denotam que os profissionais identificaram deficiências na nutrição/hidratação dos pacientes internados, assim como fatores intervenientes para os cuidados não serem realizados como esperado.

Deixa eu ver se eu entendi... aqui eu não tô encontrando... alimentação por sonda... são apenas refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos... aí você tá perguntando pra gente que outra ação a enfermagem faz que a gente acredita que tenha omissão? (E2).

Eu acho que alimentação por sonda pode ser uma coisa... (E2).

Por sonda eu acho que entra também a gastrostomia? (E2).

Dieta enteral, né?(E1).

Dentro da refeição entra água? Oferecer água? (E1).

É... a água não... (E2).

Oferecer água nos intervalos...! (risos) (E3).

Pois é, gente, pois é...! (E2).

Infelizmente é... infelizmente... (E1).

Oferecer água com espessante! (risos) (E3).

Água com espessante...! (risos) Isso aqui eu arranco os cabelos quando falo sobre... sobrou três potes de espessante... água com espessante... não ofereceu não...! (E2).

As dietas às vezes sobram lá sem explicação... a água com espessante (risos) a nutricionista...é prescrito água com espessante...se bem que a água é muito ruim, às vezes o paciente não quer mesmo... (risos) (E1).

Não mas aí nessa situação a gente não oferecer mesmo... (E2).

Da sonda tem... tem a situação de ficar lá mesmo né, na geladeira, você chegar e aquela dieta tá lá...e tem a situação de, por exemplo, você tem dieta prescrita 3 horas da manhã e 6 horas da manhã... e você olha tá ainda correndo a dieta das 3, e a das 6 desapareceu e tá tudo checado, entendeu? Então talvez seja uma das formas com que a gente percebe que isso é uma omissão... (E2).

E tem situações também, por exemplo, lá, a gente tenta passar, pro risco de pneumonia... os pacientes fazem às vezes muita diarreia se passa dieta rápida e tudo então a gente fala...botá a sonda pra passar a dieta na bomba e aí a bomba, ela não é uma bomba... assim, a gente usa lá na UE as bombas mais antigas pra fazer isso, aí na segunda vez que a bomba apita porque tem microbolhas lá, às vezes você vai lá, a dieta ficou parada porque não correu na bomba e aí... o pessoal demorou pra ir lá... ver o alarme da bomba... pra ver isso...Ou às vezes ele pode tentar acelerar ou não... então... a dieta não corre, normalmente o pessoal percebe que a dieta não correu porque a bomba pára... ela começa e... acho que isso é uma questão também que... em relação à dieta (E3).

E aí tem muita perda de sonda também, às vezes os pacientes arrancam muito a sonda... (E3).

É... por falta de cuidado... por falta de não lavar a sonda direito... ele passa o medicamento, não lava, aí obstrui a sonda... não sei se isso também é um item aí... (E1).

Por agitação do paciente às vezes que retira a sonda... a gente não mediu isso, a gente não mede... mas isso aí é frequência, por exemplo, num plantão, é difícil você passar um plantão, por exemplo, de 6 horas no setor W ou no setor X sem você ter que passar uma sonda nasoenteral... risos... é difícil, por exemplo, num dia com certeza uma ou duas você vai passar... (E3).

Esse alimentar o paciente enquanto a refeição ainda está quente aqui também é meio assim... porque às vezes a alimentação já chega fria... então... já chega lá da nutrição gelada... porque acho que vem do campus pra UE... aí ela já chega fria pra entregar pro paciente... (A3).

Nem sempre... chegou e dá! Porque às vezes a gente tá lá no meio do banho na hora que eles tão entregando o café da manhã, por exemplo... (A3).

Ou no meio duma intercorrência... (A2).

E aí você tem que acabar de atender um que você tá... pra depois ir lá oferecer a

alimentação pro paciente... então nem sempre é na hora que chega... assim... quando chega... às vezes a gente atrasa... (A3).

Dieta por sonda às vezes... que também acaba caindo depois, né? (A2).

Depois! (A3).

Por causa dos raio-X, às vezes também... aí fica lá... demora um pouco, você vai passar depois... (A2).

O paciente... repassa a sonda nasointestinal, enquanto não faz o raio-X não libera pra gente passar a dieta... (A3).

E às vezes o raio-X atrasa! (A2).

Às vezes atrasa pro raio-X vir fazer, às vezes atrasa pra enfermeira vim passar a sonda... (A1).

E às vezes acaba o paciente ficando até um plantão inteiro sem a dieta... (A3).

5.1.2 Segunda categoria – Razões para a não realização dos cuidados de enfermagem no contexto do estudo

Esta categoria mostra outras razões para a não prestação do cuidado, identificadas pelos profissionais, e que não foram incluídas no instrumento MISSCARE original. É composta por onze subcategorias, apresentadas a seguir.

5.1.2.1 O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição

A ausência de compromisso, ética e envolvimento com o trabalho é citada pelos profissionais como razão para a não realização dos cuidados de enfermagem.

Pode ser também...! Porque medicamento... tinha um jeito de fazer o aerossol e ele não fez...! Então um dos motivos é esse... um motivo é você não querer fazer... que é o comprometimento e responsabilidade profissional... É não querer fazer porque eu não quis mesmo... Porque não tô nem aí... (E1).

Acho que envolvimento também... o envolvimento do profissional também... porque tem muita gente que tá lá há muito tempo... e que não quer mais aprender nada de novo, que não quer... vai lá mesmo fazer o plantão e isso também tem um impacto na assistência... (E1).

Eu acho que não é só estar lá há muito tempo, tá ligado muito à pessoa mesmo, pelo menos o que a gente experimenta lá é isso, isso tá ligado com a pessoa mesmo... (risos) (E1).

Então talvez falte aqui, falta o comprometimento. Igual quando fala do bip... nós fomos visitar o Einstein e lá se você não atender a campainha em 5 minutos toca o bip do enfermeiro! Que vai ter que ir lá em 3 minutos no quarto do paciente...

(risos) (E1).

É, porque eu acho que tá faltando contemplar isso mesmo... comprometimento... sei lá como é que seria escrito aqui... (E1).

5.1.2.2 Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional

Nas falas, evidenciou-se que o despreparo e a inexperiência dos enfermeiros, aliados à complexidade do ambiente de prática profissional, exercem influência no processo de trabalho dos mesmos e na omissão do cuidado.

é... de olhar... porque assim... a gente trabalha num hospital-escola e a gente recebe... nem todo mundo que a gente recebe tem tanta experiência... então a primeira coisa que o enfermeiro tenta buscar é... é tentar desenvolver alguma habilidade técnica, alguma coisa que ele chega de fato na unidade e nesse período de treinamento às vezes ele não consegue ter o “time”, ter aquele tempo de plantão... às vezes ele chega com ritmo de estágio ainda... e aí as coisas são muito dinâmicas... é paciente admitindo, é paciente sendo encaminhado, é paciente que vai... que tá ruim, é avaliação... e no meio de tudo isso, dependente da equipe que já tá lá há um montão de tempo que às vezes é resistente... e aí às vezes ele tem essa dificuldade que a E1 falou do enfrentamento... (E3).

É... despreparo mesmo né... (E1).

É... Como é um hospital que a contratação é por concurso, então... quando é um hospital particular você pode olhar o currículo do cara, analisar e falar, ah, esse aqui já trabalhou 10 anos não sei onde... cinco anos... então ele já tem uma bagagem... e tem uma visão macro, porque quem trabalha num hospital particular e que às vezes faz um noturno que fica no hospital inteiro, você tem uma visão maior... adquire na raça... (E1).

5.1.2.3 O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego

Esta subcategoria revela que a estabilidade conferida pelo emprego público faz com que o profissional que apresenta comportamento negligente sinta-se seguro para omitir o cuidado, mostrado nas falas abaixo.

É... eu não quero estudar... mas também não quero sair daqui... tá bom aqui, tô naquela zona de conforto vou ficar aqui... (E1).

Outra coisa que eu tava lembrando aqui é sobre gestão de recursos humanos mesmo, não tô dizendo que a ação punitiva seja uma coisa que vai melhorar...

mas, pelo menos no hospital público as pessoas não se preocupam muito com o que vai acontecer... porque na verdade não vai acontecer... muitas vezes não vai acontecer nada... de ficar sem dar água ou sem dar uma alimentação ou... o que que vai acontecer? Tudo bem vai... você vai, conversa... você vai... mas ele tem um pensamento diferente de quem trabalha num hospital privado... (E2).

Que ele vai perder o emprego... (E1).

Não sei se é gestão de RH... (E2).

É igual a professora citou... nos Estados Unidos, tem lugar que fala... não... isso aqui não acontece, se o cara fizer... mas aqui ele... ele faz... ele sabe que o final da fila ele no máximo vai levar um relatório lá... e aí ele vai voltar normalmente... (risos) (E3).

5.1.2.4 Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe

Nos relatos dos profissionais, observa-se a percepção do despreparo dos enfermeiros na tomada de decisão e supervisão da assistência de enfermagem. Também citam a dificuldade de atuação e liderança de equipes resistentes e com muitos anos de experiência na profissão e/ou no setor.

Como que a gente colocaria aqui, falta supervisão? (E2).

Muitas coisas do que a gente falou, se tivesse uma supervisão, né?... lógico, muitas coisas é complicado pra gente ver isso... mas a falta de supervisão acarreta isso... (E2).

Às vezes falta, por exemplo, por parte do enfermeiro a experiência da supervisão, saber o que é que ele tem que olhar, eu acho que isso a gente tem vivenciado muito... a tomada de decisão, acho que é a tomada de decisão, acho que é uma coisa que o enfermeiro se omite às vezes, né? Não sei como é que é isso daí... (E1).

... o enfermeiro chega... e assim, primeiro existe uma demanda bem grande de cuidados, de atribuições para o enfermeiro e aí ele se prende nessa demanda e ele tem dificuldade de ter esse olhar... (E3).

... a visão macro (E1).

Outra coisa também é essa questão da pessoa não ficar mais... você tá eternamente treinando alguém... a pessoa não se fixa num lugar... a rotatividade... A rotatividade, eu acho que isso leva muito a essa supervisão inadequada aí porque a hora que a pessoa tá aprendendo alguma coisa ela vai embora e pronto, aí começa outro e... (E2).

E isso às vezes atrapalha... (E3).

Eu acho que é maior pro enfermeiro... (E1).

Maior pro enfermeiro (E2).

E tem impacto maior na equipe... a rotatividade do enfermeiro... porque ele exerce papel de liderança, né? Então ele chega lá, vai trabalhar com um auxiliar ou técnico que tá lá há 30 anos e até ele conseguir esse lugar dele ali ao sol, conseguir que a equipe... e aí ele não tão ficando esse tempo... (E1).

E isso atrapalha até no dimensionamento porque às vezes, por exemplo, nós temos uma maneira de fazer a escala, a escala diária, mas isso às vezes dependendo do tipo do paciente que você tem, você muda, mas dependendo do enfermeiro que faz a escala diária diferente e aquela pessoa... chegam os mais velhos e resistem – “ah mas por que hoje eu tô escalado aqui de novo com esse paciente?” - ou às vezes gera um conflito nesse sentido, e aí o enfermeiro tem dificuldade de lidar... ele tem...! (E3).

É... nós falamos dos mais novos, da rotatividade... mas tem a questão dos mais velhos... sei lá, ele acha que sabe muito sobre aquilo, parece que não tem medo de nada... alguns mais velhos... será que é resistência? Resistente? Ou aquela pessoa tem uma confiança muito grande no trabalho que... (E2).

Supervisão é a palavra-chave... (E2).

5.1.2.5 Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional)

Surgem nas falas as percepções dos profissionais que a escassez de educação em serviço também se encaixa como mais uma razão para a não realização dos cuidados. Destacam, ainda, que o número inadequado de profissionais faz com que nem todos tenham a chance de participar de treinamentos e atualizações.

É, tem educação continuada também que entra aí né? A falta dela... direcionada mesmo pra cada problema, entendeu? Penso que entraria... (E2).

Até mesmo de técnicas que vai mudando com o passar do tempo, né? (A1).

mas aí volta naquele número inadequado de pessoal, nem sempre consegue que todos participem do treinamento... (T1).

E às vezes eles vão num dia de aula e aí manda um funcionário de cada setor pra repassar pra todo mundo... (A3).

5.1.2.6 A planta física da unidade/setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes

Houve a verbalização, a partir da experiência dos participantes do estudo, de que a distância entre as enfermarias (ou quartos) dificulta a assistência de

enfermagem e a vigilância dos pacientes, bem como a monitorização das atividades/desempenho do outro profissional. Ressaltaram, também, as diferenças entre setor “fechado” e setor “aberto” e a situação de “abandono” que ocorre muitas vezes com pacientes em isolamento.

Mas é que aí assim... que nem no setor Y é fechado que nem lá no setor Z, lá no setor Z a gente fica em duas aí dá pra gente ver e identificar tudo, mas as enfermarias, fica um em cada enfermaria e então você tá lá na sua enfermaria, aí você não tá vendo o que que tá acontecendo na enfermaria do outro... (A3).

É, o setor fechado ele tem essa vantagem, no setor Z, no setor Y tem essa vantagem, você conseguir ver o que o outro fez ou deixou de fazer... (T1).

Porque lá no setor Z a gente já vê que coloca os equipos, a A2 vai colocando... hoje tava nós duas... foi colocando as coisas eu já fui datando! Então, quando é assim setor fechado você consegue ver o que tá acontecendo, mas às vezes a gente fica numa enfermaria numa extremidade aqui na outra lá do outro lado, então o colega que tá do seu lado aqui não é o mesmo que tá do seu lado do lado de lá também, então... também tem isso... (A3).

O que que entra... os isolamento, falta de equipamento? Porque assim... que nem... lá no nosso setor... nos isolamento acho que tinha que ter igual no setor Y, um jeito da gente conseguir monitorar o paciente lá de fora... porque o paciente de isolamento fica fechado lá dentro e a gente fica escalado com outra enfermaria mais o isolamento... então você não fica o tempo todo vendo o que tá acontecendo com o paciente de isolamento e não tem como a gente vê lá dentro sem entrar... só que não sei onde que se encaixa aqui... (A3).

Porque eu acho que tinha que ter um jeito de monitorar o paciente de lá de dentro, do lado de fora, da gente pelo menos ver os dados dos pacientes... (A3).

Porque eu acho assim... que o paciente fica muito abandonado lá... (A3).

Porque às vezes poderia entrar mesmo na própria estrutura física... por exemplo no terceiro andar, tem uma parte lá deles que é isolamento, aí o isolamento é tanto isolamento de contato como respiratório, uma parte separada das enfermarias, aí a pessoa fica lá com aqueles pacientes, né? (A1).

Porque o nosso isolamento de contato fica só, só fica avisado na cama... (A3).

Igual quando tinha lá, naquele corredorzinho lá, quando eu entrei, que tinha só a parte do isolamento, então quer dizer, era mais fácil porque você tava o tempo todo passando... (A1).

Então não sei porque eu penso assim... você acabou de sair de lá de dentro do isolamento e o paciente pára a hora que você acabou de sair, você vai lá pro leito B cuidar do paciente, você vai voltar lá daí uma hora o paciente já tá azul...

Porque você não tem nenhum dispositivo que se o respirador parou de ciclar, vai apitar pra gente ouvir... sabe, assim... não tem nada pra te alarmar que tá acontecendo alguma intercorrência lá dentro... (A3).

E às vezes o paciente não consegue puxar a campainha que é um paciente que tá acamado, entubado, contido, e aí o coitadinho fica lá... (A3).

É, o setor Y que é uma unidade que foi reformada há pouco tempo tem esse problema com o leito B, ainda mais no noturno... que apaga a luz, vc enxerga o paciente... (T1).

É, o mais distante, o leito B! (T1).

É, a estrutura física não é tão legal... (T1).

Mas não é tanto quanto na enfermaria porque lá é fechado mesmo... (T1).

Porque tem duas porta, tem uma porta pra você entrar, tem um espaço daqui ali... e tem outra porta pra você entrar na enfermaria, então as duas portas ficam fechadas, pra você saber o que está acontecendo lá dentro só entrando lá

dentro... não tem como... (A3).

E ainda é um leito... é único, então não tem a facilidade de alguém te avisar... (T1).

5.1.2.7 Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados

Os profissionais apontam a ausência de padronização de condutas como uma das razões para a não realização dos cuidados de enfermagem e enfatizam que, muitas vezes, a instituição apresenta os procedimentos operacionais, porém, esses não são efetivamente utilizados.

Acho que tem uma... não padronização de condutas... falta de padronização... (E1).

Boa, boa, muito bom...! (E3).

É isso aí...! (E2).

A hora que você começou a falar do setor Y e como que é mais fácil você trabalhar sabendo o que é que você tem que fazer... então você falou da trombose...o paciente chega, então já sabe, tenho que puncionar dois acessos... então quando a equipe sabe o que vai acontecer e como é que...eu acho que a gente tem os procedimentos operacionais, mas eles não são efetivamente utilizados dentro da instituição... (E1).

Concordo com você... um exemplo que ela tá falando do infarto... a gente sabia... e envolver as pessoas nessa padronização, porque às vezes tá lá a padronização, mas às vezes você não... (E3).

Porque... ter o procedimento operacional escrito não é dizer que ele é aplicado e ele é disseminado, que é a instituição como um todo... (E1).

Como se fosse uma verdade que tá acontecendo... (E2).

Eu lembro lá no setor Y... tinha detalhes, por exemplo, a gente tinha que fazer enoxaparina EV, mas a enoxa não encaixava na torneirinha... então todo mundo já deixava um adaptadorzinho lá pra fazer isso... É, quando chegava no hospital aquele monte de residente, a equipe já sabia que o lado esquerdo do paciente eles tinham que assumir ali enquanto eles faziam o eletro do lado direito porque senão a gente não puncionava, não conseguia... (E3).

5.1.2.8 O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)

Os participantes identificaram nesta subcategoria que a negligência está presente no comportamento dos profissionais de enfermagem, bem como a falta de atenção/sensibilidade e até mesmo esquecimento, conforme demonstram as falas a

seguir.

Cuidado não realizado... Porque quando eu ouço isso parece uma coisa ruim... (E2).

Dá a impressão realmente que é uma coisa que você fala – olha, eu não fiz e não fiz e não vou contar pra ninguém... (risos) (E3).

Olha, se o teu cuidado... você omitiu o seu cuidado... (E2).

Então, eu tava entendendo como se - eu não tô omitindo... – não tem mesmo, entendeu? Sabe... a palavra... agora lógico sim, que eu tô entendendo... mas a palavra me vem como – olha... tinha um jeito e você não fez! (E2).

Pode ser também...! Porque medicamento... tinha um jeito de fazer o aerossol e ele não fez...! Então um dos motivos é esse... um motivo é você não querer fazer... que é o comprometimento e responsabilidade profissional... É não querer fazer porque eu não quis mesmo... Porque não tô nem aí... (E1).

Não sei se tá embutido em alguma coisa, mas eu acho que a negligência entra também porque às vezes não faz porque... viu... não quer fazer... tipo...sem motivo nenhum... (T1).

A negligência mesmo, porque às vezes viu... identificou o problema, mas não fez... por razões que não tem nada a ver com o momento (T1).

Seria, por exemplo, no caso de negligência, não sei, mas um exemplo, a pessoa chega pra trabalhar tem a sua escala e aí lá dentro da sua escala, um exemplo, lá no meu setor tem muito assim...tem as escalas do banho, aí às vezes a pessoa não dá o banho porque...ou acha que vai sobrecarregar...ou ela tá na escala que tem dois banhos, ela vai só dar um porque ela não... entendeu? (A1).

Porque ela não quer dar outro banho mesmo, porque ela acha que os outro... outra pessoa que tem que dar...! (A3).

Esquecimento, talvez, não sei, se discernimento, algo do tipo... porque muitas vezes coisas pequenas, talvez uma data num equipo ou... você até pega um aerossol novo, mas você realmente esquece... às vezes não é nem porque tem número inadequado, urgência... você simplesmente esquece, pode ser uma razão também mas não sei qual termo usar... (T1).

Levando em consideração a data do material... às vezes o setor tá tranquilo, não tem nada acontecendo, você vai fazer aerossol, você simplesmente esquece de datar... (T1).

Por falta de atenção... (A1).

Até porque às vezes você vai trocar de todos os pacientes, aí você troca tudo pra depois ir por a data, aí você vai fazer outra coisa e esquece de voltar lá pra colocar a data! (A3).

5.1.2.9 Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional)

Os participantes identificaram a motivação e valorização profissional como fatores que interferem na qualidade da assistência da enfermagem e, portanto, como mais uma razão, inserida no contexto brasileiro, para a não realização dos cuidados de enfermagem.

Então... a educação continuada, talvez a valorização tem aqui? Profissional? (E2).

A falta de valorização... (E1).

E aí por isso ele sai logo do serviço... vai pra outro lugar, né? (E1).

Dentro da questão do profissional, que a E2 colocou aí... então acho que não sei se ela já colocou a questão da motivação porque isso... a gente teve uma experiência quando criou o setor Y... quando o setor Y... 2009, a gente trabalhava lá, e assim, acho que foi a equipe mais motivada ali do pedaço e era uma equipe que... tinha umas coisas...- ah, a gente vai fazer, vai... – por exemplo... nós recebíamos lá infarto com supra, então tinha uma preocupação pro pessoal atender rápido, atender direito... e eles se sentiam... eles cada vez iam se apropriando mais sobre a questão do infarto, do atendimento de urgência... e eles iam se sentindo muito... muito valorizados mesmo... então a gente percebia que era equipe fazendo toda a diferença... (E3).

E a meta era uma coisa meio que ali informal... mas era todo mundo preocupado... no tempo porta-droga... e a equipe ficava... quando conseguia – ó, fez o trombolítico...! – Então isso era uma coisa que a equipe – ó, nós conseguimos! – comentava depois – olha, hoje o nosso tempo foi de tanto... foi legal, isso era muito bacana... e eles ficaram motivados (E3).

5.1.2.10 Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde (o que impede que desempenhem as funções para as quais foram contratados)

Surgem nas falas as percepções relacionadas ao profissional reabilitado como fator gerador de sobrecarga de trabalho/atraso na administração de medicamentos e com consequente omissão dos cuidados de enfermagem. Destacam, ainda, que, mesmo com as suas limitações ou restrições no trabalho, esse profissional é inserido na escala de atividades, não sendo substituído por outro profissional.

Ou às vezes, por exemplo... no nosso setor assim... costuma às vezes até ter um número bom de funcionário, mas tal funcionário não pode é... (A1).

Foi o que eu falei da medicação, tem um funcionário só... que faz só medicação... porque ele é reabilitado e ele só pode fazer remédio... então ele fica só por conta da medicação... (A3).

Ele tá contando na escala como número certo só que não pode contar com ele... (A3).

Tem um que é reabilitado só que também tem aqueles que também só pode ficar com paciente que anda... entendeu? Aí, quer dizer se você vai ficar com um número... um exemplo, você vai ficar com cinco pacientes que é acamado, você acaba tendo que ficar com 6 e o outro 7 porque outro não pode, aí tem que dar os que andam pra ele... (A1).

... aí ele conta como número... (A3).

5.1.2.11 O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência

Os profissionais verbalizaram que baixa remuneração leva a duplo ou triplo vínculo empregatício que, por sua vez, compromete o desempenho na assistência, podendo levar à não realização dos cuidados de enfermagem.

Não sei, gente... quando uma pessoa tem vários trabalhos, empregos... ela não tem o mesmo rendimento que... poderia colocar o dinheiro... pouco dinheiro... como fala? (E2).

A remuneração baixa! (E1).

Baixa, é...o salário mesmo muito...que leva ele ter uma... (E2).

Que leva o profissional a ter mais de um emprego e ele não rende ou fazer o plantão extra, e ele não rende... (E1).

Ao término da análise dos dados, obtida no grupo focal, foi feita a inclusão de quatro novos itens na parte A do instrumento e 11 itens na parte B, compondo a versão do *MISSCARE-BRASIL* (Quadro 3).

NOVOS ITENS DA PARTE A	
25.	Aspiração de vias aéreas
26.	Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda
27.	Sentar o paciente fora do leito
28.	Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda
NOVOS ITENS DA PARTE B	
18.	O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição
19.	Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional
20.	O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego
21.	Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe
22.	Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional)
23.	A planta física da unidade/setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes
24.	Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados
25.	O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)
26.	Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou 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)

Quadro 3 – Novos itens da parte A - cuidados não realizados e parte B - razões para a não realização dos cuidados de enfermagem. Ribeirão Preto, SP, 2015

5.2 Segunda fase da pesquisa: análise descritiva e avaliação das propriedades psicométricas do *MISSCARE* e do *MISSCARE-BRASIL*

5.2.1 Perfil dos participantes do estudo

Quanto às características dos sujeitos do estudo, o sexo feminino

predominou com 255 (77,3%) participantes. Em relação à função no trabalho, 131 (39,7%) eram auxiliares de enfermagem, 109 (33%) técnicos em enfermagem, 69 (20,9%) enfermeiros e 21 (6,4%) enfermeiros com função administrativa.

Observou-se que 285 participantes (86,4%) passavam a maior parte do tempo de trabalho no setor.

A caracterização dos participantes da pesquisa, de acordo com o setor de trabalho, o nível e a formação educacional mais elevada, bem como período e turno de trabalho encontram-se descritos nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo o setor de trabalho. Ribeirão Preto, SP, 2015

Setor de trabalho	f	%
Ortopedia (11º andar)	25	7,6
Clínica Cirúrgica (9º andar)	25	7,6
Unidade de Transplante Renal	25	7,6
Ginecologia e Obstetrícia (8º andar)	24	7,3
Centro de Terapia Intensiva/Unidade Coronariana	23	7,0
Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI)	23	7,0
Otorrino-Oftalmo-Cirurgia de cabeça e pescoço (12º andar B)	21	6,4
Clínica Cirúrgica (10B/12A)	17	5,2
Transplante de Fígado (10A)	16	4,9
Hematologia e Quimioterapia	15	4,6
Neurologia (4º andar B)	14	4,2
Geriatria, Clínica Geral e Nutrologia (5º andar A)	13	3,9
Dermatologia e Imunologia (4º andar A)	13	3,9
Nefro, Endócrino e Pneumo (6B)	12	3,6
Cárdio e Gastro (5B)	11	3,3
Transplante de Medula Óssea	11	3,3
Moléstias Infectocontagiosas (6º andar A)	10	3,0
Unidade de Terapia Imunológica	10	3,0
Oncologia Clínica	09	2,7
Neurocirurgia (NEC)	09	2,7
Unidade Metabólica (5A)	04	1,2
Total	330	100

Analisando a Tabela 1, em relação ao setor de trabalho, constata-se o predomínio de profissionais no setor de Ortopedia (25; 7,6%), seguidos da Clínica

Cirúrgica (9º andar) (25; 7,6%), Unidade de Transplante Renal (25; 7,6%), Ginecologia e Obstetrícia (25; 7,6%), Centro de Terapia Intensiva/ Unidade Coronariana (23; 7,0%) e Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI) (23; 7,0%).

Tabela 2 – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo o nível educacional, a formação educacional mais elevada, o período e o turno de trabalho. Ribeirão Preto, SP, 2015

Variáveis	f	%
Nível educacional		
Ensino fundamental	14	4,2
Ensino médio	183	55,5
Ensino superior	78	23,6
Pós-graduação	55	16,7
Total	330	100
Formação educacional mais elevada		
Auxiliar de enfermagem	59	17,9
Técnico em enfermagem	140	42,4
Enfermeiro	49	14,8
Ensino superior fora da área da enfermagem	18	5,5
Especialização na área de enfermagem	50	15,2
Especialização fora da área de enfermagem	04	1,2
Mestrado ou doutorado em enfermagem	10	3,0
Total	330	100
Período de trabalho		
Diurno	185	56,1
Noturno	77	23,3
Rodízio entre diurno, vespertino e noturno	68	20,6
Total	330	100
Turno que trabalha com maior frequência		
6 horas	141	42,7
8 horas	02	0,60
12 horas	87	26,4
Rodízio entre 6, 8 ou 12 horas	99	30,0
Outro	01	0,3
Total	330	100

Quanto ao nível educacional e formação educacional mais elevada dos sujeitos, destaca-se, respectivamente, o ensino médio (183; 55,5%) e maior

frequência de sujeitos na categoria técnico em enfermagem (140; 42,4%). Pode-se observar que 41,3% dos profissionais com curso superior também fizeram pós-graduação, seja *strictu sensu* ou *lato sensu*.

Considerando o período e turno de trabalho, a maioria (56,1%) dos profissionais trabalhava no período diurno. Cento e quarenta e um participantes (42,7%) trabalhavam em turno de seis horas e 99 (30%) faziam rodízio entre seis, oito ou 12 horas. Poucos faziam apenas turnos de oito horas de trabalho.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes da pesquisa, de acordo com a idade e o número de horas trabalhadas por semana no setor. Ribeirão Preto, SP, 2015

Variáveis	f	%	Mediana	Média (DP)	Mínimo	Máximo
Idade			38,0	39,9 (9,6)	22	72
Abaixo de 25 anos	6	1,8				
25 a 34 anos	102	30,9				
35 a 44 anos	116	35,2				
45 a 54 anos	76	23,0				
55 a 64 anos	23	7,0				
Acima de 65 anos	3	0,9				
Não informado	4	1,2				
Total	330	100				
Horas/semana			30,0	35,1 (10,1)	6	120
Até 30h/sem	3	0,9				
Mais do que 30h/sem	315	95,5				
Não informado	12	3,6				
Total	330	100				

Identificou-se que os profissionais tinham, em média, 39,9 anos. O tempo médio de trabalho semanal foi 35,1 horas e a maioria (95,5%) dos profissionais trabalhava mais do que 30 horas/semana.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo o tempo de experiência no cargo/função e na unidade de internação. Ribeirão Preto, SP, 2015

Variáveis	f	%	Mediana	Média (DP)	Mínimo	Máximo
Tempo de experiência no cargo (meses)			126,0	151,4 (102,7)	2	456
Até 6	10	3,0				
Mais que 6 e até 24	19	5,8				
Mais que 24 e até 60	48	14,6				
Mais que 60 e até 120	79	23,9				
Mais que 120	172	52,1				
Não informado	2	0,6				
Total	330	100				
Tempo de experiência na unidade (meses)			75,0	105,3 (94,0)	1	443
Até 6	30	9,1				
Mais que 6 e até 24	46	13,9				
Mais que 24 e até 60	68	20,7				
Mais que 60 e até 120	70	21,2				
Mais que 120	111	33,6				
Não informado	5	1,5				
Total	330	100				

A maioria (52,1%) dos profissionais apresentava mais de 120 meses (10 anos) de experiência no cargo. Quanto ao tempo de atuação na unidade de internação, a maioria (54,8%) apresentou mais de cinco anos de experiência. Desses últimos, 61,3% possuía tempo de atuação de mais de 10 anos na unidade.

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos participantes, de acordo com o plano de deixar o cargo ou função e a frequência com que sentiam que o número de funcionários era adequado no setor.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes, considerando o plano de deixar o cargo/função atual e a percepção da adequação de funcionários no setor. Ribeirão Preto, SP, 2015

Variáveis	f	%
Plano de deixar o cargo/função		
Planeja deixar nos próximos 6 meses	24	7,3
Planeja deixar no próximo ano	36	10,9
Não tem planos para este ano	267	80,9
Não informado	3	0,9
Total	330	100
Adequação do número de funcionários		
100% do tempo adequado	47	14,2
75% do tempo adequado	85	25,8
50% do tempo adequado	107	32,4
25% do tempo adequado	55	16,7
0% do tempo adequado	36	10,9
Total	330	100

Mais de 80% dos funcionários não tinham planos de deixar o cargo ou função atual no próximo ano. Quanto ao número de funcionários no seu local de trabalho, 107 (32,7%) profissionais consideravam que era o adequado em 50% do tempo. Entretanto, 36 (10,9%) consideravam que o número nunca era adequado (0% do tempo). Apenas 47 profissionais (14,2%) consideraram o número de funcionários adequado 100% do tempo.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes, considerando o número de horas extras e os dias de faltas ao trabalho nos últimos três meses. Ribeirão Preto, SP, 2015

Variáveis	F	%	Mediana	Média (DP)	Mínimo	Máximo
Horas extras			36,0	74,3 (96,3)	0	840
Nenhuma	80	24,2				
Entre 1 e 12 horas	29	8,8				
Mais que 12 horas	202	61,2				
Não informado	19	5,8				
Total	330	100				
Faltas ao trabalho			0,0	1,5 (5,3)	0	60
Nenhuma	246	74,5				
1 dia	27	8,2				
2 – 3 dias	19	5,8				
4 – 6 dias	13	3,9				
Mais que 6 dias	21	6,4				
Não informado	4	1,2				
Total	330	100				

Verificou-se predomínio de profissionais (61,2%) trabalhando mais que 12 horas extras nos últimos três meses, com média de 74,3 horas, o que equivale a 24,8 horas extras no mês. Duzentos e quarenta e seis profissionais (74,5%) não faltaram ao trabalho nos últimos três meses.

Tabela 7 – Valores médios, mínimos e máximos do número de pacientes cuidados e do número de admissões e altas de pacientes no turno de trabalho (ou no último turno) em que os dados foram coletados. Ribeirão Preto, SP, 2015

Variáveis	Média (DP)	Mediana	Mínimo	Máximo
Pacientes cuidados*	9,18 (9,17)	6,0	0	60
Admissões**	1,45 (2,25)	1,0	0	23
Altas***	1,04 (3,27)	0,0	0	50

*item respondido por 320 participantes

**item respondido por 319 participantes

***item respondido por 322 participantes

Quanto ao nível de satisfação dos profissionais, os resultados são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição dos participantes, segundo a satisfação com o cargo/função atual, com a profissão e com o trabalho em equipe na unidade. Ribeirão Preto, SP, 2015

Variáveis	f (%)	Intervalo	Mediana	Média (DP)
Satisfação com o cargo		1-5	4,0	3,5 (0,9)
Muito satisfeito	37 (11,2)			
Satisfeito	168 (51,0)			
Nem satisfeito e nem insatisfeito	76 (23,0)			
Insatisfeito	37 (11,2)			
Muito insatisfeito	12 (3,6)			
Total	330 (100)			
Satisfação com a profissão		1-5	4,0	3,8 (0,9)
Muito satisfeito	63 (19,1)			
Satisfeito	187 (56,7)			
Nem satisfeito e nem insatisfeito	44 (13,3)			
Insatisfeito	24 (7,3)			
Muito insatisfeito	12 (3,6)			
Total	330 (100)			
Satisfação com o trabalho em equipe		1-5	4,0	3,4 (0,9)
Muito satisfeito	26 (7,9)			
Satisfeito	153 (46,4)			
Nem satisfeito e nem insatisfeito	82 (24,8)			
Insatisfeito	57 (17,3)			
Muito insatisfeito	10 (3,0)			
Não informado	2 (0,6)			
Total	330 (100)			

Observou-se que, em geral, os participantes apresentaram maiores médias nos itens satisfação com o cargo (3,5) e com a profissão (3,8) do que com o trabalho em equipe (3,4).

Quando à distribuição das respostas, essas foram analisadas considerando as cinco categorias. Constatou-se que a maioria dos participantes estava satisfeita e muito satisfeita, tanto com o seu cargo/função atual (62,2%) como com a profissão (75,8%). Considerando o trabalho em equipe, 54,3% dos participantes estavam entre muito satisfeitos e satisfeitos e 20,3% tinham algum

grau de insatisfação.

5.2.2 Frequências de respostas aos itens do *MISSCARE*

A Tabela 9 mostra a distribuição das respostas dos 330 participantes aos itens da parte A do instrumento *MISSCARE-BRASIL*, considerando a frequência com que cada elemento do cuidado foi omitido (nunca é realizado, raramente é realizado, ocasionalmente não é realizado, realizado frequentemente e é sempre realizado).

Tabela 9 – Distribuição das frequências de respostas aos itens da parte A do instrumento *MISSCARE-BRASIL*. Ribeirão Preto, SP, 2015

ITEM	Nunca realizado		Raramente realizado		Ocasionalmente não realizado		Realizado frequentemente		Sempre realizado		Não informado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1) Deambulação três vezes por dia	63	19,1	90	27,3	50	15,1	86	26,1	33	10,0	08	2,4	330	100
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	03	0,9	43	13,0	59	17,9	142	43,0	81	24,5	02	0,6	330	100
3) Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	02	0,6	05	1,5	21	6,4	135	40,9	167	50,6	00	0,0	330	100
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	07	2,1	20	6,1	20	6,1	106	32,1	173	52,4	04	1,2	330	100
5) Administrar os medicamentos dentro de 30' antes ou depois do horário prescrito	02	0,6	26	7,9	46	13,9	141	42,7	112	33,9	03	0,9	330	100
6) Avaliação dos sinais vitais	00	0,0	07	2,1	21	6,4	103	31,2	197	59,7	02	0,6	330	100
7) Controle do balanço hídrico	00	0,0	06	1,8	35	10,6	96	29,1	188	57,0	05	1,5	330	100
8) Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	01	0,3	12	3,6	46	13,9	137	41,5	129	39,1	05	1,5	330	100
9) Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	00	0,0	12	3,6	43	13,0	140	42,4	133	40,3	02	0,6	330	100
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família	02	0,6	39	11,8	74	22,4	131	39,7	80	24,2	04	1,2	330	100
11) Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele	00	0,0	02	0,6	11	3,3	114	34,5	200	60,6	03	0,9	330	100
12) Higiene bucal	01	0,3	13	3,9	40	12,1	138	41,8	137	41,5	01	0,3	330	100
13) Higienização das suas mãos	00	0,0	03	0,9	13	3,9	78	23,6	232	70,3	04	1,2	330	100
14) Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	07	2,1	15	4,5	33	10,0	132	40,0	137	41,5	06	1,8	330	100

continua...

ITEM	Nunca realizado		Raramente realizado		Ocasionalmente não realizado		Realizado frequentemente		Sempre realizado		Não informado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15) Monitorar a glicemia capilar	00	0,0	01	0,3	20	6,1	91	27,6	217	65,8	01	0,3	330	100
16) Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado	03	0,9	06	1,8	27	8,2	132	40,0	162	49,1	00	0,0	330	100
17) Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	03	0,9	08	2,4	34	10,3	154	46,7	127	38,5	04	1,2	330	100
18) Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	00	0,0	04	1,2	20	6,1	123	37,3	182	55,2	01	0,3	330	100
19) O atendimento à chamada do paciente é feita dentro de 5'	09	2,7	27	8,2	72	21,8	146	44,2	73	22,1	03	0,9	330	100
20) As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em 15'	07	2,1	27	8,2	36	10,9	167	50,6	92	27,9	01	0,3	330	100
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	07	2,1	14	4,2	29	8,8	171	51,8	102	30,9	07	2,1	330	100
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	44	13,3	63	19,1	60	18,2	102	30,9	56	17,0	05	1,5	330	100
23) Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	00	0,0	14	4,2	40	12,1	152	46,1	121	36,7	03	0,9	330	100
24) Cuidados com lesões de pele/feridas	00	0,0	02	0,6	10	3,0	143	43,3	173	52,4	02	0,6	330	100
25) Aspiração de vias aéreas	00	0,0	11	3,3	12	3,6	128	38,8	173	52,4	06	1,8	330	100
26) Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	00	0,0	05	1,5	09	2,7	120	36,4	194	58,8	02	0,6	330	100
27) Sentar o paciente fora do leito	03	0,9	17	5,2	42	12,7	166	50,3	99	30,0	03	0,9	330	100
28) Hidratar o paciente, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	01	0,3	03	0,9	16	4,8	135	40,9	174	52,7	01	0,3	330	100

conclusão

O elemento do cuidado referente ao item 1 *Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito* apresentou maior frequência de respostas “ocasionalmente não é realizado”, “raramente é realizado” e “nunca é realizado” (61,5%), seguido do item 22 *Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer* (50,6%), item 10 *Apoio emocional ao paciente e/ou família* (34,8%), item 19 *Atendimento à chamada do paciente é feita dentro de cinco minutos* (32,7%) e o item 2 *Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas* (31,8%).

Identificou-se que quatro itens obtiveram maior frequência de respostas “realizado frequentemente” e “é sempre realizado”: item 24 *Cuidados com lesões de pele/feridas* (95,7%), item 26 *Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda* (95,2%), item 11 *Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele* (95,1%) e item 13 *Higienização das suas mãos* (93,9%).

A Tabela 10 apresenta a distribuição das frequências de respostas aos itens da parte B do instrumento *MISSCARE-BRASIL*, referente às razões para a omissão dos elementos do cuidado de enfermagem.

Tabela 10 – Distribuição das frequências de respostas aos itens da parte B do instrumento *MISSCARE-BRASIL*. Ribeirão Preto, SP, 2015.

ITEM	Razão significante		Razão moderada		Razão pouco significante		Não é uma razão		Não informado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1) Número inadequado de pessoal	164	49,7	80	24,2	40	12,1	42	12,7	04	1,2	330	100
2) Situações de urgência dos pacientes	120	36,4	122	37,0	37	11,2	46	13,9	05	1,5	330	100
3) Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade	165	50,0	93	28,2	33	10,0	35	10,6	04	1,2	330	100
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas	178	53,9	77	23,3	35	10,6	40	12,1	00	0,0	330	100
5) A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada	117	35,5	97	29,4	71	21,5	43	13,0	02	0,6	330	100
6) Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário	117	35,5	118	35,8	53	16,1	39	11,8	03	0,9	330	100
7) A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada	65	19,7	98	29,7	87	26,4	78	23,6	02	0,6	330	100
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que era necessário	86	26,1	106	32,1	77	23,3	60	18,2	01	0,3	330	100
9) Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário	139	42,1	108	32,7	42	12,7	40	12,1	01	0,3	330	100
10) Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário	116	35,2	117	35,5	53	16,1	39	11,8	05	1,5	330	100
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si	73	22,1	87	26,4	97	29,4	68	20,6	05	1,5	330	100
12) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio	60	18,2	91	27,6	102	30,9	73	22,1	04	1,2	330	100
13) Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da equipe de enfermagem	71	21,5	89	27,0	95	28,8	74	22,4	01	0,3	330	100
14) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com a equipe médica	73	22,1	83	25,2	104	31,5	68	20,6	02	0,6	330	100

continua...

ITEM	Razão significante		Razão moderada		Razão pouco significante		Não é uma razão		Não informado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15) O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada	109	33,0	72	21,8	81	24,5	67	20,3	01	0,3	330	100
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível	75	22,7	78	23,6	90	27,3	85	25,8	02	0,6	330	100
17) Grande quantidade de admissões e altas	84	25,5	108	32,7	80	24,2	55	16,7	03	0,9	330	100
18) O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição	94	28,5	78	23,6	73	22,1	83	25,2	02	0,6	330	100
19) Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional	54	16,4	60	18,2	105	31,8	109	33,0	02	0,6	330	100
20) O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego	108	32,7	83	25,2	57	17,3	80	24,2	02	0,6	330	100
21) Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe	91	27,6	93	28,2	68	20,6	78	23,6	00	0,0	330	100
22) Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado	79	23,9	99	30,0	74	22,4	76	23,0	02	0,6	330	100
23) A planta física da unidade é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes	72	21,8	89	27,0	68	20,6	101	30,6	00	0,0	330	100
24) Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados	47	14,2	88	26,7	73	22,1	121	36,7	01	0,3	330	100
25) O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)	91	27,6	64	19,4	66	20,0	107	32,4	02	0,6	330	100
26) Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional)	142	43,0	81	24,5	39	11,8	67	20,3	01	0,3	330	100
27) Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde	109	33,0	102	30,9	56	17,0	63	19,1	00	0,0	330	100
28) O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência	91	27,6	87	26,4	73	22,1	78	23,6	01	0,3	330	100

conclusão

Identificou-se que o *Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade* (item 3) foi a razão mais citada pelos profissionais para a omissão dos cuidados de enfermagem, com 78,2% das respostas abrangendo “razão significativa” e “razão moderada”. Em seguida destacam-se os itens 4 *Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas* (77,2%), o item 9 *Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário* (74,8%), o item 1 *Número inadequado de pessoal* (73,9%), o item 2 *Situações de urgência dos pacientes* (73,4%), o item 6 *Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessários* (71,3%), o item 10 *Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário* (70,7%) e o item 26 *Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional)* (67,5%).

Nota-se que os itens mais citados, como “razão pouco significativa” e “não é uma razão” foram os itens 19 *Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional* (64,8%), o item 24 *Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados* (58,8%), o item 16 *O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível* (53,1%), o item 12 *Tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio* (53%), e o item 25 *O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)* (52,4%).

5.2.2.1 Frequências de respostas aos itens do *MISSCARE-BRASIL* com a substituição dos valores não respondidos pelas médias dos participantes nos respectivos domínios

Na Tabela 11 estão apresentadas as novas frequências das respostas aos itens da parte A do instrumento *MISSCARE-BRASIL*, após a substituição de valores não informados (dados ausentes) pela média das respostas dos participantes.

Tabela 11 – Distribuição das frequências de respostas aos itens da parte A do instrumento *MISSCARE-BRASIL*, com substituição dos dados ausentes. Ribeirão Preto, SP, 2015

ITEM	Nunca realizado		Raramente realizado		Ocasionalmente não realizado		Realizado frequentemente		É Sempre realizado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1) Deambulação três vezes por dia	63	19,1	90	27,3	58	17,5	86	26,1	33	10,0	330	100
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	03	0,9	43	13,0	59	17,9	144	43,6	81	24,5	330	100
3) Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	02	0,6	05	1,5	21	6,4	135	40,9	167	50,6	330	100
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	07	2,1	20	6,1	20	6,1	110	33,3	173	52,4	330	100
5) Administrar os medicamentos dentro de 30' antes ou depois do horário prescrito	02	0,6	26	7,9	46	13,9	144	43,6	112	33,9	330	100
6) Avaliação dos sinais vitais	00	0,0	07	2,1	21	6,4	105	31,8	197	59,7	330	100
7) Controle do balanço hídrico	00	0,0	06	1,8	35	10,6	101	30,6	188	57,0	330	100
8) Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	01	0,3	12	3,6	46	13,9	142	43,0	129	39,1	330	100
9) Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	00	0,0	12	3,6	43	13,0	142	43,0	133	40,3	330	100
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família	02	0,6	39	11,8	74	22,4	135	40,9	80	24,2	330	100
11) Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele	00	0,0	02	0,6	11	3,3	114	34,5	203	61,5	330	100
12) Higiene bucal	01	0,3	13	3,9	40	12,1	139	42,1	137	41,5	330	100
13) Higienização das suas mãos	00	0,0	03	0,9	13	3,9	78	23,6	236	71,5	330	100
14) Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	07	2,1	15	4,5	33	10,0	138	41,8	137	41,5	330	100
15) Monitorar a glicemia capilar	00	0,0	01	0,3	20	6,1	91	27,6	218	66,1	330	100

continua...

ITEM	Nunca realizado		Raramente realizado		Ocasionalmente não realizado		Realizado frequentemente		É Sempre realizado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
16) Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado	03	0,9	06	1,8	27	8,2	132	40,0	162	49,1	330	100
17) Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	03	0,9	08	2,4	34	10,3	158	47,9	127	38,5	330	100
18) Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	00	0,0	04	1,2	20	6,1	124	37,6	182	55,2	330	100
19) O atendimento à chamada do paciente é feita dentro de 5'	09	2,7	27	8,2	72	21,8	149	45,2	73	22,1	330	100
20) As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em 15'	07	2,1	27	8,2	36	10,9	168	50,9	92	27,9	330	100
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	07	2,1	14	4,2	29	8,8	178	53,9	102	30,9	330	100
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	44	13,3	63	19,1	65	19,7	102	30,9	56	17,0	330	100
23) Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	00	0,0	14	4,2	40	12,1	155	47,0	121	36,7	330	100
24) Cuidados com lesões de pele/feridas	00	0,0	02	0,6	10	3,0	145	43,9	173	52,4	330	100
25) Aspiração de vias aéreas	00	0,0	11	3,3	12	3,6	134	40,6	173	52,4	330	100
26) Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	00	0,0	05	1,5	09	2,7	120	36,4	196	59,4	330	100
27) Sentar o paciente fora do leito	03	0,9	17	5,2	42	12,7	169	51,2	99	30,0	330	100
28) Hidratar o paciente, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	01	0,3	03	0,9	16	4,8	136	41,2	174	52,7	330	100

conclusão

Comparando-se os dados apresentados nas Tabelas 9 e 11, observa-se que as ações de enfermagem mais e menos omitidas permaneceram as mesmas, após a reposição dos dados.

A Tabela 12 contém as porcentagens de omissão dos cuidados de enfermagem para os 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”.

Tabela 12 – Distribuição da frequência de respostas sobre a omissão dos cuidados de enfermagem aos 24 itens do instrumento, de acordo com o agrupamento das opções “ocasionalmente não é realizado”, “raramente é realizado” e “nunca é realizado”. Ribeirão Preto, SP, 2015

Itens da parte A	Omissão do cuidado de enfermagem
	n (%)
1) Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito	211 (64,0)
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	105 (31,8)
3) Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	28 (8,5)
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	47 (14,3)
5) Administrar os medicamentos dentro de 30' antes ou depois do horário prescrito	74 (22,4)
6) Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	28 (8,5)
7) Controle do balanço hídrico	41 (12,4)
8) Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	59 (17,8)
9) Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	55 (16,6)
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família	115 (34,8)
11) Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele	13 (3,9)
12) Higiene bucal	54 (16,3)
13) Higienização das suas mãos	16 (4,8)
14) Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	55 (16,6)
15) Monitorar a glicemia capilar	21 (6,4)
16) Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado	36 (10,9)
17) Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	45 (13,6)
18) Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	24 (7,3)
19) O atendimento à chamada do paciente é feita dentro de 5'	108 (32,7)
20) As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em 15'	70 (21,2)
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	50 (15,1)
	continua...

Itens da parte A	Omissão do cuidado de enfermagem
	n (%)
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	172 (52,1)
23) Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	54 (16,3)
24) Cuidados com lesões de pele/feridas	12 (3,6)
25) Aspiração de vias aéreas	23 (6,9)
26) Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	14 (4,2)
27) Sentar o paciente fora do leito	62 (18,8)
28) Hidratar o paciente, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	20 (6,0)
conclusão	

Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito foi o elemento do cuidado mais omitido, seguido de *Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer* e *Apoio emocional ao paciente e/ou família*.

Por outro lado, *Cuidados com lesões de pele/feridas*, *Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele* e *Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda* foram ações menos omitidas, de acordo com os participantes do estudo.

Na Tabela 13 estão apresentadas as novas frequências das respostas aos itens da parte B do instrumento, após a substituição de valores não respondidos (dados ausentes) pela média das respostas dos participantes.

Tabela 13 – Distribuição das frequências de respostas aos itens da parte B do instrumento *MISSCARE-BRASIL*, com substituição dos dados ausentes. Ribeirão Preto, SP, 2015

ITEM	Razão significante		Razão moderada		Razão pouco significante		Não é uma razão		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1) Número inadequado de pessoal	164	49,7	84	25,5	40	12,1	42	12,7	330	100
2) Situações de urgência dos pacientes	120	36,4	127	38,5	37	11,2	46	13,9	330	100
3) Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade	165	50,0	97	29,4	33	10,0	35	10,6	330	100
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas	178	53,9	77	23,3	35	10,6	40	12,1	330	100
5) A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada	117	35,5	99	30,0	71	21,5	43	13,0	330	100
6) Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário	117	35,5	121	36,7	53	16,1	39	11,8	330	100
7) A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada	65	19,7	98	29,7	89	27,0	78	23,6	330	100
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que era necessário	86	26,1	107	32,4	77	23,3	60	18,2	330	100
9) Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário	139	42,1	109	33,0	42	12,7	40	12,1	330	100
10) Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário	116	35,2	122	37,0	53	16,1	39	11,8	330	100
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si	73	22,1	92	27,9	97	29,4	68	20,6	330	100
12) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio	60	18,2	91	27,6	106	32,1	73	22,1	330	100
13) Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da equipe de enfermagem	71	21,5	89	27,0	96	29,1	74	22,4	330	100
14) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com a equipe médica	73	22,1	83	25,2	106	32,1	68	20,6	330	100
15) O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada	109	33,0	73	22,1	81	24,5	67	20,3	330	100
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível	75	22,7	78	23,6	92	27,9	85	25,8	330	100

continua...

ITEM	Razão significante		Razão moderada		Razão pouco significante		Não é uma razão		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17) Grande quantidade de admissões e altas	84	25,5	111	33,6	80	24,2	55	16,7	330	100
18) O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição	94	28,5	80	24,2	73	22,1	83	25,2	330	100
19) Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional	54	16,4	60	18,2	107	32,4	109	33,0	330	100
20) O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego	108	32,7	85	25,8	57	17,3	80	24,2	330	100
21) Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe	91	27,6	93	28,2	68	20,6	78	23,6	330	100
22) Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado	79	23,9	101	30,6	74	22,4	76	23,0	330	100
23) A planta física da unidade é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes	72	21,8	89	27,0	68	20,6	101	30,6	330	100
24) Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados	47	14,2	88	26,7	74	22,4	121	36,7	330	100
25) O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)	91	27,6	64	19,4	68	20,6	107	32,4	330	100
26) Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional)	142	43,0	82	24,8	39	11,8	67	20,3	330	100
27) Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde	109	33,0	102	30,9	56	17,0	63	19,1	330	100
28) O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência	91	27,6	88	26,7	73	22,1	78	23,6	330	100

conclusão

Comparando-se os dados apresentados nas Tabelas 10 e 13, observa-se que as razões mais importantes para a omissão permaneceram as mesmas, após a reposição dos dados ausentes.

5.2.3 Estatística descritiva do *MISSCARE-BRASIL* na amostra estudada

Com relação à análise descritiva da versão adaptada do *MISSCARE-BRASIL*, essa foi realizada por meio da média das respostas aos 28 itens da parte A e aos 28 itens da parte B (intervalo possível de 1 a 5 e 1 a 4, respectivamente), após a inversão dos itens com valores contrários ou reversos.

A Tabela 14 apresenta a estatística descritiva da resposta dos participantes aos 28 itens da parte A do instrumento *MISSCARE-BRASIL*, contemplando as medidas de tendência central e dispersão dos referidos itens. Os resultados foram avaliados, considerando-se que valores maiores correspondem à maior omissão dos cuidados de enfermagem.

Tabela 14 – Estatística descritiva de cada um dos 28 itens da parte A do instrumento *MISSCARE-BRASIL* para a amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2015

ITENS	Intervalo obtido	Mediana	Média	DP	n
1) Deambulação três vezes por dia	1-5	3,0	3,2	1,3	322
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	1-5	2,0	2,2	1,0	328
3) Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	1-5	1,0	1,6	0,7	330
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	1-5	1,0	1,7	1,0	326
5) Administrar os medicamentos dentro de 30' antes ou depois do horário prescrito	1-5	2,0	2,0	0,9	327
6) Avaliação dos sinais vitais	1-4	1,0	1,5	0,7	328
7) Controle do balanço hídrico	1-4	1,0	1,6	0,7	325
8) Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	1-5	2,0	1,8	0,8	325
9) Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	1-4	2,0	1,8	0,8	328

continua...

ITENS	Intervalo obtido	Mediana	Média	DP	n
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família	1-5	2,0	2,2	1,0	326
11) Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele	1-4	1,0	1,4	0,6	327
12) Higiene bucal	1-5	2,0	1,8	0,8	329
13) Higienização das suas mãos	1-4	1,0	1,3	0,6	326
14) Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	1-5	2,0	1,8	0,9	324
15) Monitorar a glicemia capilar	1-4	1,0	1,4	0,6	329
16) Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado	1-5	2,0	1,6	0,8	330
17) Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	1-5	2,0	1,8	0,8	326
18) Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	1-4	1,0	1,5	0,7	329
19) O atendimento à chamada do paciente é feita dentro de 5'	1-5	2,0	2,2	1,0	327
20) As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em 15'	1-5	2,0	2,0	0,9	329
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	1-5	2,0	1,9	0,9	323
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	1-5	3,0	2,8	1,3	325
23) Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	1-4	2,0	1,8	0,8	327
24) Cuidados com lesões de pele/feridas	1-4	1,0	1,5	0,6	328
25) Aspiração de vias aéreas	1-4	1,0	1,6	0,7	324
26) Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	1-4	1,0	1,5	0,6	328
27) Sentar o paciente fora do leito	1-5	2,0	1,9	0,8	327
28) Hidratar o paciente, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	1-5	1,0	1,5	0,6	329

conclusão

Ao se analisar as respostas dadas aos itens do instrumento, observa-se que elas variaram dentro do intervalo possível de um a cinco, exceto os itens 6, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 23, 24, 25 e 26, em que as respostas variaram dentro do intervalo de um a quatro.

As médias dos itens variaram de 1,3 a 3,2 (desvio-padrão=0,6-1,3). Quanto à mediana dos itens, os valores variaram entre um e três. Esses resultados

podem ser explicados pela distribuição das frequências das respostas aos itens.

Os elementos do cuidado que obtiveram as maiores médias e, portanto, mais omitidos, foram item 1 (*deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito*) (3,2); item 22 (*participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer*) (2,8); item 10 (*apoio emocional ao paciente e/ou família*) (2,2); item 19 (*o atendimento à chamada do paciente é feita dentro de cinco minutos*) (2,2) e o item 2 (*mudar o decúbito do paciente a cada duas horas*) (2,2).

Em relação aos elementos do cuidado menos omitidos que apresentaram médias menores, destacam-se o item 13 (*higienização das suas mãos*) (1,3); o item 11 (*banho/higiene*) (1,4); o item 15 (*monitorar a glicemia capilar*) (1,4); o item 6 (*avaliação dos sinais vitais*) (1,5); o item 18 (*cuidados com acesso venoso e infusão*) (1,5); o item 24 (*cuidados com lesões de pele/feridas*) (1,5); o item 26 (*uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda*) (1,5) e o item 28 (*hidratar o paciente, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda*) (1,5).

Na Tabela 15 são apresentados os resultados descritivos para os itens da parte B do instrumento. Os resultados foram avaliados considerando que valores maiores correspondem à maior importância das razões apresentadas no instrumento pelas quais o cuidado é omitido pelos profissionais da equipe de enfermagem.

Tabela 15 - Estatística descritiva de cada um dos 28 itens da parte B do instrumento *MISSCARE-BRASIL* para a amostra estudada. Ribeirão Preto, SP, 2015

ITENS	Intervalo obtido	Mediana	Média	DP	n
1) Número inadequado de pessoal	1-4	4,0	3,1	1,0	326
2) Situações de urgência dos pacientes	1-4	3,0	3,0	1,0	325
3) Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade	1-4	4,0	3,2	1,0	326
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas	1-4	4,0	3,2	1,0	330
5) A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada	1-4	3,0	2,9	1,0	328
6) Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário	1-4	3,0	3,0	1,0	327
7) A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada	1-4	2,0	2,5	1,1	328
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que era necessário	1-4	3,0	2,7	1,0	329
9) Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário	1-4	3,0	3,0	1,0	329
10) Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário	1-4	3,0	2,9	1,0	325
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si	1-4	2,0	2,5	1,0	325
12) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio	1-4	2,0	2,4	1,0	326
13) Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da equipe de enfermagem	1-4	2,0	2,5	1,1	329
14) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com a equipe médica	1-4	2,0	2,5	1,0	328
15) O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada	1-4	3,0	2,7	1,1	329
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível	1-4	2,0	2,4	1,1	328
17) Grande quantidade de admissões e altas	1-4	3,0	2,7	1,0	327
18) O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição	1-4	3,0	2,6	1,1	328
19) Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional	1-4	2,0	2,2	1,1	328
20) O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego	1-4	3,0	2,7	1,2	328
21) Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe	1-4	3,0	2,6	1,1	330

continua...

ITENS	Intervalo obtido	Mediana	Média	DP	n
22) Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado	1-4	3,0	2,5	1,1	328
23) A planta física da unidade é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes	1-4	2,0	2,4	1,1	330
24) Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados	1-4	2,0	2,2	1,1	329
25) O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)	1-4	2,0	2,4	1,2	328
26) Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional)	1-4	3,0	2,9	1,2	329
27) Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde	1-4	3,0	2,8	1,1	330
28) O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência	1-4	3,0	2,6	1,1	329

conclusão

Observa-se que houve pequena variação nas médias dos escores para todos os itens, variando entre 2,2 e 3,2 (desvio-padrão=1,0-1,2) e mediana de 2,0 a 4,0.

Identificou-se que as maiores médias foram encontradas nos itens 3 (*aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade*) e item 4 (*número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas*) com valores iguais a 3,2. Em seguida, destaca-se o item 1 (*número inadequado de pessoal*) (3,1); o item 2 (*situações de urgência dos pacientes*) (3,0); item 6 (*os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário*) (3,0) e o item 9 (*materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário*) (3,0), sendo as razões mais citadas para a omissão dos cuidados de enfermagem.

Verifica-se, por outro lado, que as seguintes razões obtiveram as menores médias: item 19 (*número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional*) (2,2); item 24 (*falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados*) (2,2); item 12 (*tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio*) (2,4); item 16 (o

profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível) (2,4); item 23 (a planta física da unidade é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes) (2,4) e item 25 (o profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade) (2,4).

5.2.3.1 Estatística descritiva do instrumento *MISSCARE-BRASIL* na amostra estudada após a substituição dos valores não respondidos pelas médias dos participantes nos respectivos domínios.

Nas Tabelas 16 e 17 estão apresentados os novos valores da estatística descritiva da resposta dos participantes aos 28 itens da parte A e aos 28 itens da parte B do instrumento *MISSCARE-BRASIL*, após a substituição de valores não respondidos (dados ausentes) pela média das respostas dos participantes. Contemplam as medidas de tendência central e dispersão dos referidos itens, após a reposição ou substituição desses valores. Os resultados foram avaliados considerando-se que valores maiores correspondem à maior omissão dos cuidados de enfermagem.

Tabela 16 – Estatística descritiva de cada um dos 28 itens da parte A do instrumento *MISSCARE-BRASIL* para a amostra estudada, com substituição dos dados ausentes. Ribeirão Preto, SP, 2015

ITENS	Intervalo obtido	Mediana	Média	DP	n
1) Deambulação três vezes por dia	1-5	3,0	3,2	1,3	330
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	1-5	2,0	2,2	1,0	330
3) Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	1-5	1,0	1,6	0,7	330
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	1-5	1,0	1,7	1,0	330
5) Administrar os medicamentos dentro de 30' antes ou depois do horário prescrito	1-5	2,0	2,0	0,9	330
6) Avaliação dos sinais vitais	1-4	1,0	1,5	0,7	330
7) Controle do balanço hídrico	1-4	1,0	1,6	0,7	330
8) Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	1-5	2,0	1,8	0,8	330
9) Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	1-4	2,0	1,8	0,8	330
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família	1-5	2,0	2,2	1,0	330
11) Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele	1-4	1,0	1,4	0,6	330
12) Higiene bucal	1-5	2,0	1,8	0,8	330
13) Higienização das suas mãos	1-4	1,0	1,3	0,6	330
14) Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	1-5	2,0	1,8	0,9	330
15) Monitorar a glicemia capilar	1-4	1,0	1,4	0,6	330
16) Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado	1-5	2,0	1,6	0,8	330
17) Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	1-5	2,0	1,8	0,8	330
18) Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	1-4	1,0	1,5	0,7	330
19) O atendimento à chamada do paciente é feita dentro de 5'	1-5	2,0	2,2	1,0	330
20) As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em 15'	1-5	2,0	2,0	0,9	330
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	1-5	2,0	1,9	0,9	330
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	1-5	3,0	2,8	1,3	330
23) Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	1-4	2,0	1,8	0,8	330

continua...

ITENS	Intervalo obtido	Mediana	Média	DP	n
24) Cuidados com lesões de pele/feridas	1-4	1,0	1,5	0,6	330
25) Aspiração de vias aéreas	1-4	1,0	1,6	0,7	330
26) Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	1-4	1,0	1,5	0,6	330
27) Sentar o paciente fora do leito	1-5	2,0	1,9	0,8	330
28) Hidratar o paciente, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	1-5	1,0	1,5	0,6	330

conclusão

Comparando-se os dados apresentados nas Tabelas 14 e 16, constata-se que não houve quaisquer diferenças nos valores das medidas de tendência central e dispersão dos referidos itens, após a reposição ou substituição dos valores não respondidos pela média das respostas dos participantes.

Tabela 17 - Estatística descritiva de cada um dos 28 itens da parte B do instrumento *MISSCARE-BRASIL* para a amostra estudada, com substituição dos dados ausentes. Ribeirão Preto, SP, 2015

ITENS	Intervalo obtido	Mediana	Média	DP	n
1) Número inadequado de pessoal	1-4	3,0	3,1	1,0	330
2) Situações de urgência dos pacientes	1-4	3,0	3,0	1,0	330
3) Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade	1-4	3,5	3,2	1,0	330
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas	1-4	4,0	3,2	1,0	330
5) A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada	1-4	3,0	2,9	1,0	330
6) Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário	1-4	3,0	3,0	1,0	330
7) A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada	1-4	2,0	2,4	1,1	330
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que era necessário	1-4	3,0	2,7	1,0	330

continua...

ITENS	Intervalo obtido	Mediana	Média	DP	n
9) Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário	1-4	3,0	3,0	1,0	330
10) Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário	1-4	3,0	2,9	1,0	330
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si	1-4	2,5	2,5	1,0	330
12) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio	1-4	2,0	2,4	1,0	330
13) Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da equipe de enfermagem	1-4	2,0	2,5	1,1	330
14) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com a equipe médica	1-4	2,0	2,5	1,0	330
15) O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada	1-4	3,0	2,7	1,1	330
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível	1-4	2,0	2,4	1,1	330
17) Grande quantidade de admissões e altas	1-4	3,0	2,7	1,0	330
18) O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição	1-4	3,0	2,6	1,1	330
19) Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional	1-4	2,0	2,2	1,1	330
20) O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego	1-4	3,0	2,7	1,2	330
21) Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe	1-4	3,0	2,6	1,1	330
22) Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado	1-4	3,0	2,5	1,1	330
23) A planta física da unidade é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes	1-4	2,0	2,4	1,1	330
24) Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados	1-4	2,0	2,2	1,1	330
25) O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)	1-4	2,0	2,4	1,2	330
26) Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional)	1-4	3,0	2,9	1,2	330
27) Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde	1-4	3,0	2,8	1,1	330
28) O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência	1-4	3,0	2,6	1,1	330

conclusão

5.3 Análise da confiabilidade do instrumento *MISSCARE* (versão adaptada original) e *MISSCARE-BRASIL* (versão ampliada) na amostra estudada

5.3.1 Consistência interna

As Tabelas 18 e 19 evidenciam os resultados obtidos relacionados aos valores do alfa de Cronbach para as partes A e B do instrumento original, respectivamente com 24 e 17 itens, e para o instrumento ampliado com 28 e 28 itens, ou seja, na ausência e na presença dos novos itens e com a imputação dos dados.

No instrumento contendo apenas os itens originais, na parte B, o fator 1 (comunicação) é composto pelo agrupamento dos itens: distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada (5); passagem de plantão inadequada do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes (7); outros profissionais da equipe não forneceram a assistência necessária (8); os membros da equipe não se ajudam entre si (11); ensão ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio (12); Tensão ou problemas de comunicação dentro da equipe de enfermagem (13); tensão ou problemas de comunicação com a equipe médica (14); o auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada (15); o profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível (16).

O fator 2 inclui os itens relacionados aos recursos materiais: medicamentos não estavam disponíveis quando necessário (6); materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário (9); materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário (10).

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

enfermagem, técnicos ou enfermeiros) (4); grande quantidade de admissões e altas (17).

Tabela 18 - Valores do coeficiente alfa de Cronbach para as partes A e B do instrumento *MISSCARE* original adaptado. Ribeirão Preto, SP, 2015

<i>MISSCARE</i>	Alfa de Cronbach	Número de itens
PARTE A	0,909	24
PARTE B	0,927	17
Fator 1 – Comunicação	0,903	9
Fator 2 – Recursos materiais	0,811	3
Fator 3 – Recursos laborais	0,813	5

Tabela 19 - Valores do coeficiente alfa de Cronbach para as partes A e B do *MISSCARE-BRASIL*. Ribeirão Preto, SP, 2015

<i>MISSCARE-BRASIL</i>	Alfa de Cronbach	Número de itens
PARTE A	0,920	28
PARTE B	0,953	28
Fator 1 – Comunicação	0,909	10
Fator 2 – Recursos materiais	0,777	4
Fator 3 – Recursos laborais	0,838	8
Fator 4 – Dimensão ética	0,846	3
Fator 5 – Estilo de gerenciamento/liderança institucional	0,770	3

Ambas as versões, *MISSCARE* e *MISSCARE-BRASIL*, apresentaram valores de alfa de Cronbach maiores que 0,70, considerados aceitáveis para a consistência interna. Ressalta-se ainda que, embora o alfa de Cronbach para a parte A tenha sido calculado, a autora do instrumento original afirma que nem a análise com alfa de Cronbach, nem CFA seria adequada para a análise psicométrica da

parte A do *MISSCARE*.

5.3.2 Teste-reteste

O teste-reteste foi realizado pela aplicação do instrumento em dois momentos a 86 profissionais em um intervalo de 15 dias. Nessa etapa, participaram 31 auxiliares (36%), 32 técnicos (37,2%) e 23 enfermeiros (26,7%).

A avaliação da confiabilidade teste-reteste foi realizada por meio do coeficiente de correlação de Spearman para os itens, sendo os resultados apresentados nas Tabelas 20 e 21, com a substituição dos dados ausentes (imputação) e nas Tabelas 22 e 23, sem a imputação.

Tabela 20 – Análise da confiabilidade teste-reteste da parte A do *MISSCARE-BRASIL*, para cada um dos itens, com imputação dos dados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016

ITEM	TESTE												RETESTE														r_s	p
	NR		RR		ONR		RF		SR		Total		NR		RR		ONR		RF		SR		Total					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
A1	17	19,8	17	19,8	13	15,1	32	37,2	07	8,1	86	100	14	16,3	16	18,6	16	18,6	29	33,7	11	12,8	86	100	0,65	<0,001		
A2	00	0,0	11	12,8	11	12,8	40	46,5	24	27,9	86	100	02	2,3	05	5,8	11	12,8	46	53,5	22	25,6	86	100	0,65	<0,001		
A3	00	0,0	01	1,2	05	5,8	43	50,0	37	43,0	86	100	00	0,0	02	2,3	04	4,7	36	41,9	44	51,2	86	100	0,55	<0,001		
A4	04	4,7	06	7,0	04	4,7	29	33,7	43	50,0	86	100	04	4,7	08	9,3	03	3,5	36	41,9	35	40,7	86	100	0,41	<0,001		
A5	00	0,0	06	7,0	15	17,4	40	46,5	25	29,1	86	100	01	1,2	05	5,8	16	18,6	36	41,9	28	32,6	86	100	0,31	,004		
A6	00	0,0	02	2,3	04	4,7	28	32,6	52	60,5	86	100	00	0,0	03	3,5	05	5,8	26	30,2	52	60,5	86	100	0,35	,001		
A7	00	0,0	03	3,5	06	7,0	30	34,9	47	54,7	86	100	00	0,0	02	2,3	05	5,8	35	40,7	44	51,2	86	100	0,51	<0,001		
A8	01	1,2	05	5,8	14	16,3	29	33,7	37	43,0	86	100	00	0,0	01	1,2	11	12,8	41	47,7	33	38,4	86	100	0,54	<0,001		
A9	00	0,0	02	2,3	07	8,1	41	47,7	36	41,9	86	100	01	1,2	02	2,3	10	11,6	35	40,7	38	44,2	86	100	0,48	<0,001		
A10	00	0,0	15	17,4	16	18,6	35	40,7	20	23,3	86	100	01	1,2	13	15,1	14	16,3	44	51,2	14	16,3	86	100	0,51	<0,001		
A11	00	0,0	00	0,0	04	4,7	30	34,9	52	60,5	86	100	00	0,0	00	0,0	03	3,5	29	33,7	54	62,8	86	100	0,20	,066		
A12	00	0,0	03	3,5	05	5,8	43	50,0	35	40,7	86	100	00	0,0	04	4,7	05	5,8	36	41,9	41	47,7	86	100	0,44	<0,001		
A13	00	0,0	01	1,2	01	1,2	24	27,9	60	69,8	86	100	00	0,0	00	0,0	01	1,2	29	33,7	56	65,1	86	100	0,22	,044		
A14	01	1,2	06	7,0	10	11,6	36	41,9	33	38,4	86	100	02	2,3	05	5,8	06	7,0	43	50,0	30	34,9	86	100	0,35	,001		
A15	00	0,0	00	0,0	04	4,7	31	36,0	51	59,3	86	100	00	0,0	00	0,0	02	2,3	32	37,2	52	60,5	86	100	0,50	<0,001		
A16	00	0,0	02	2,3	08	9,3	35	40,7	41	47,7	86	100	00	0,0	00	0,0	07	8,1	41	47,7	38	44,2	86	100	0,43	<0,001		
A17	00	0,0	01	1,2	11	12,8	41	47,7	33	38,4	86	100	00	0,0	00	0,0	12	14,0	44	51,2	30	34,9	86	100	0,42	<0,001		
A18	00	0,0	01	1,2	05	5,8	33	38,4	47	54,7	86	100	00	0,0	01	1,2	04	4,7	34	39,5	47	54,7	86	100	0,50	<0,001		
A19	01	1,2	08	9,3	20	23,3	39	45,3	18	20,9	86	100	02	2,3	07	8,1	13	15,1	46	53,5	18	20,9	86	100	0,54	<0,001		
A20	04	4,7	05	5,8	09	10,5	44	51,2	24	27,9	86	100	00	0,0	11	12,8	09	10,5	47	54,7	19	22,1	86	100	0,50	<0,001		
A21	01	1,2	01	1,2	07	8,1	50	58,1	27	31,4	86	100	01	1,2	00	0,0	11	12,8	51	59,3	23	26,7	86	100	0,32	,003		

continua...

ITEM	TESTE												RETESTE												r_s	p
	NR		RR		ONR		RF		SR		Total		NR		RR		ONR		RF		SR		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
A22	10	11,6	18	20,9	13	15,1	27	31,4	18	20,9	86	100	06	7,0	16	18,6	15	17,4	34	39,5	15	17,4	86	100	0,56	<0,001
A23	00	0,0	04	4,7	07	8,1	45	52,3	30	34,9	86	100	00	0,0	03	3,5	16	18,6	38	44,2	29	33,7	86	100	0,42	<0,001
A24	00	0,0	00	0,0	03	3,5	36	41,9	47	54,7	86	100	00	0,0	00	0,0	05	5,8	30	34,9	51	59,3	86	100	0,42	<0,001
A25	00	0,0	02	2,3	05	5,8	37	43,0	42	48,8	86	100	00	0,0	03	3,5	01	1,2	33	38,4	49	57,0	86	100	0,43	<0,001
A26	00	0,0	00	0,0	03	3,5	37	43,0	46	53,5	86	100	00	0,0	01	1,2	02	2,3	28	32,6	55	64,0	86	100	0,40	<0,001
A27	00	0,0	04	4,7	07	8,1	48	55,8	27	31,4	86	100	00	0,0	04	4,7	09	10,5	40	46,5	33	38,4	86	100	0,57	<0,001
A28	00	0,0	00	0,0	03	3,5	41	47,7	42	48,8	86	100	00	0,0	00	0,0	01	1,2	41	47,7	44	51,2	86	100	0,60	<0,001

conclusão

(NR) Nunca Realizado; (RR) Raramente é Realizado; (ONR) Ocasionalmente não é Realizado; (RF) Realizado Frequentemente; (SR) É Sempre Realizado;
 r_s (Coeficiente de Correlação de Spearman)

Tabela 21 - Análise da confiabilidade teste-reteste da parte B do *MISSCARE-BRASIL*, para cada um dos itens, com imputação dos dados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016

	TESTE										RETESTE											
	RS		RM		RPS		NER		Total		RS		RM		RPS		NER		Total			
ITEM	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	r_s	p
B1	41	47,7	19	22,1	16	18,6	10	11,6	86	100	38	44,2	27	31,4	10	11,6	11	12,8	86	100	0,64	<0,001
B2	33	38,4	31	36,0	09	10,5	13	15,1	86	100	30	34,9	31	36,0	11	12,8	14	16,3	86	100	0,28	0,009
B3	50	58,1	20	23,3	09	10,5	07	8,1	86	100	37	43,0	25	29,1	12	14,0	12	14,0	86	100	0,42	<0,001
B4	45	52,3	19	22,1	11	12,8	11	12,8	86	100	30	34,9	29	33,7	17	19,8	10	11,6	86	100	0,60	<0,001
B5	31	36,0	27	31,4	18	20,9	10	11,6	86	100	27	31,4	33	38,4	14	16,3	12	14,0	86	100	0,48	<0,001
B6	29	33,7	33	38,4	13	15,1	11	12,8	86	100	27	31,4	35	40,7	19	22,1	05	5,8	86	100	0,40	<0,001
B7	22	25,6	21	24,4	22	25,6	21	24,4	86	100	17	19,8	32	37,2	22	25,6	15	17,4	86	100	0,56	<0,001
B8	21	24,4	27	31,4	19	22,1	19	22,1	86	100	18	20,9	27	31,4	28	32,6	13	15,1	86	100	0,52	<0,001
B9	39	45,3	27	31,4	08	9,3	12	14,0	86	100	28	32,6	26	30,2	22	25,6	10	11,6	86	100	0,50	<0,001
B10	32	37,2	30	34,9	12	14,0	12	14,0	86	100	34	39,5	27	31,4	16	18,6	09	10,5	86	100	0,47	<0,001
B11	24	27,9	26	30,2	23	26,7	13	15,1	86	100	21	24,4	25	29,1	18	20,9	22	25,6	86	100	0,31	,004
B12	20	23,3	24	27,9	26	30,2	16	18,6	86	100	21	24,4	26	30,2	21	24,4	18	20,9	86	100	0,38	<0,001
B13	26	30,2	22	25,6	20	23,3	18	20,9	86	100	24	27,9	22	25,6	21	24,4	19	22,1	86	100	0,41	<0,001
B14	22	25,6	22	25,6	23	26,7	19	22,1	86	100	27	31,4	19	22,1	20	23,3	20	23,3	86	100	0,55	<0,001
B15	30	34,9	21	24,4	19	22,1	16	18,6	86	100	28	32,6	25	29,1	14	16,3	19	22,1	86	100	0,41	<0,001
B16	25	29,1	23	26,7	17	19,8	21	24,4	86	100	21	24,4	18	20,9	25	29,1	22	25,6	86	100	0,48	<0,001
B17	25	29,1	31	36,0	14	16,3	16	18,6	86	100	25	29,1	31	36,0	16	18,6	14	16,3	86	100	0,54	<0,001
B18	29	33,7	20	23,3	16	18,6	21	24,4	86	100	21	24,4	24	27,9	22	25,6	19	22,1	86	100	0,58	<0,001
B19	17	19,8	14	16,3	27	31,4	28	32,6	86	100	13	15,1	21	24,4	29	33,7	23	26,7	86	100	0,65	<0,001
B20	29	33,7	23	26,7	11	12,8	23	26,7	86	100	25	29,1	27	31,4	17	19,8	17	19,8	86	100	0,50	<0,001
B21	26	30,2	19	22,1	23	26,7	18	20,9	86	100	28	32,6	22	25,6	19	22,1	17	19,8	86	100	0,55	<0,001

continua...

ITEM	TESTE										RETESTE										r_s	p
	RS		RM		RPS		NER		Total		RS		RM		RPS		NER		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
B22	21	24,4	24	27,9	18	20,9	23	26,7	86	100	25	29,1	23	26,7	19	22,1	19	22,1	86	100	0,48	<0,001
B23	17	19,8	26	30,2	17	19,8	26	30,2	86	100	12	14,0	28	32,6	22	25,6	24	27,9	86	100	0,43	<0,001
B24	16	18,6	23	26,7	12	14,0	35	40,7	86	100	14	16,3	19	22,1	26	30,2	27	31,4	86	100	0,53	<0,001
B25	30	34,9	17	19,8	16	18,6	23	26,7	86	100	23	26,7	19	22,1	17	19,8	27	31,4	86	100	0,60	<0,001
B26	35	40,7	25	29,1	08	9,3	18	20,9	86	100	35	40,7	19	22,1	13	15,1	19	22,1	86	100	0,55	<0,001
B27	33	38,4	27	31,4	13	15,1	13	15,1	86	100	30	34,9	27	31,4	12	14,0	17	19,8	86	100	0,64	<0,001
B28	25	29,1	27	31,4	18	20,9	16	18,6	86	100	28	32,6	26	30,2	13	15,1	19	22,1	86	100	0,47	<0,001

conclusão

(RS) Razão Significante; (RM) Razão Moderada; (RPS) Razão Pouco Significante; (NER) Não é uma Razão; r_s (Coeficiente de Correlação de Spearman)

Tabela 22 - Análise da confiabilidade teste-reteste da parte A do *MISSCARE-BRASIL*, para cada um dos itens, sem imputação dos dados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016

ITEM	TESTE												RETESTE													
	NR		RR		ONR		RF		SR		Não informado		NR		RR		ONR		RF		SR		Não informado		r _s	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
A1	17	19,8	17	19,8	13	15,1	32	37,2	07	8,1	00	0,0	14	16,3	16	18,6	16	18,6	29	33,7	11	12,8	00	0,0	0,65	<0,001
A2	00	0,0	11	12,8	11	12,8	40	46,5	24	27,9	00	0,0	02	2,3	05	5,8	11	12,8	45	52,3	22	25,6	01	1,2	0,66	<0,001
A3	00	0,0	01	1,2	05	5,8	43	50,0	37	43,0	00	0,0	00	0,0	02	2,3	04	4,7	36	41,9	44	51,2	00	0,0	0,55	<0,001
A4	04	4,7	06	7,0	04	4,7	27	31,4	43	50,0	02	2,3	04	4,7	08	9,3	03	3,5	35	40,7	35	40,7	01	1,2	0,42	<0,001
A5	00	0,0	06	7,0	15	17,4	40	46,5	25	29,1	00	0,0	01	1,2	05	5,8	16	18,6	36	41,9	28	32,6	00	0,0	0,31	,004
A6	00	0,0	02	2,3	04	4,7	28	32,6	52	60,5	00	0,0	00	0,0	03	3,5	05	5,8	25	29,1	52	60,5	01	1,2	0,34	,001
A7	00	0,0	03	3,5	06	7,0	29	33,7	47	54,7	01	1,2	00	0,0	02	2,3	05	5,8	35	40,7	44	51,2	00	0,0	0,51	<0,001
A8	01	1,2	05	5,8	14	16,3	27	31,4	37	43,0	02	2,3	00	0,0	01	1,2	11	12,8	41	47,7	33	38,4	00	0,0	0,55	<0,001
A9	00	0,0	02	2,3	07	8,1	40	46,5	36	41,9	01	1,2	01	1,2	02	2,3	10	11,6	35	40,7	38	44,2	00	0,0	0,47	<0,001
A10	00	0,0	15	17,4	16	18,6	34	39,5	20	23,3	01	1,2	01	1,2	13	15,1	14	16,3	43	50,0	14	16,3	01	1,2	0,53	<0,001
A11	00	0,0	00	0,0	04	4,7	30	34,9	52	60,5	00	0,0	00	0,0	00	0,0	03	3,5	29	33,7	52	60,5	02	2,3	0,21	,062
A12	00	0,0	03	3,5	05	5,8	42	48,8	35	40,7	01	1,2	00	0,0	04	4,7	05	5,8	36	41,9	41	47,7	00	0,0	0,43	<0,001
A13	00	0,0	01	1,2	01	1,2	24	27,9	59	68,6	01	1,2	00	0,0	00	0,0	01	1,2	29	33,7	56	65,1	00	0,0	0,21	,050
A14	01	1,2	06	7,0	10	11,6	36	41,9	33	38,4	00	0,0	02	2,3	05	5,8	06	7,0	43	50,0	30	34,9	00	0,0	0,35	,001
A15	00	0,0	00	0,0	04	4,7	31	36,0	51	59,3	00	0,0	00	0,0	00	0,0	02	2,3	32	37,2	51	69,3	01	1,2	0,51	<0,001
A16	00	0,0	02	2,3	08	9,3	35	40,7	41	47,7	00	0,0	00	0,0	00	0,0	07	8,1	41	47,7	38	44,2	00	0,0	0,43	<0,001
A17	00	0,0	01	1,2	11	12,8	40	46,5	33	38,4	01	1,2	00	0,0	00	0,0	12	14,0	44	51,2	30	34,9	00	0,0	0,42	<0,001
A18	00	0,0	01	1,2	05	5,8	32	37,2	47	54,7	01	1,2	00	0,0	01	1,2	04	4,7	34	39,5	47	54,7	00	0,0	0,49	<0,001
A19	01	1,2	08	9,3	20	23,3	38	44,2	18	20,9	01	1,2	02	2,3	07	8,1	13	15,1	46	53,5	18	20,9	00	0,0	0,55	<0,001
A20	04	4,7	05	5,8	09	10,5	44	51,2	24	27,9	00	0,0	00	0,0	11	12,8	09	10,5	47	54,7	19	22,1	00	0,0	0,50	<0,001

continua...

ITEM	TESTE											RETESTE														
	NR		RR		ONR		RF		SR		Não informado		NR		RR		ONR		RF		SR		Não informado		r _s	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
A21	01	1,2	01	1,2	07	8,1	49	57,0	27	31,4	01	1,2	01	1,2	00	0,0	11	12,8	49	57,0	23	26,7	02	2,3	0,33	,002
A22	10	11,6	18	20,9	12	14,0	27	31,4	18	20,9	01	1,2	06	7,0	16	18,6	13	15,1	34	39,5	15	17,4	02	2,3	0,60	<0,001
A23	00	0,0	04	4,7	07	8,1	44	51,2	30	34,9	01	1,2	00	0,0	03	3,5	16	18,6	36	41,9	29	33,7	02	2,3	0,43	<0,001
A24	00	0,0	00	0,0	03	3,5	36	41,9	47	54,7	00	0,0	00	0,0	00	0,0	05	5,8	30	34,9	50	58,1	01	1,2	0,43	<0,001
A25	00	0,0	02	2,3	05	5,8	36	41,9	42	48,8	01	1,2	00	0,0	03	3,5	01	1,2	32	37,2	49	57,0	01	1,2	0,46	<0,001
A26	00	0,0	00	0,0	03	3,5	37	43,0	46	53,5	00	0,0	00	0,0	01	1,2	02	2,3	28	32,6	55	64,0	00	0,0	0,40	<0,001
A27	00	0,0	04	4,7	07	8,1	48	55,8	27	31,4	00	0,0	00	0,0	04	4,7	09	10,5	40	46,5	33	38,4	00	0,0	0,57	<0,001
A28	00	0,0	00	0,0	03	3,5	41	47,7	42	48,8	00	0,0	00	0,0	00	0,0	01	1,2	41	47,7	44	51,2	00	0,0	0,60	<0,001

conclusão

(NR) Nunca Realizado; (RR) Raramente é Realizado; (ONR) Ocasionalmente não é Realizado; (RF) Realizado Frequentemente; (SR) É Sempre Realizado;
 r_s (Coeficiente de Correlação de Spearman)

Tabela 23 - Análise da confiabilidade teste-reteste da parte B do *MISSCARE-BRASIL*, para cada um dos itens, sem imputação dos dados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016

	TESTE										RETESTE											
	RS		RM		RPS		NER		Não informado		RS		RM		RPS		NER		Não informado			
ITEM	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	r _s	p
B1	41	47,7	18	20,9	16	18,6	10	11,6	01	1,2	38	44,2	26	30,2	10	11,6	11	12,8	01	1,2	0,64	<0,001
B2	33	38,4	30	34,9	09	10,5	13	15,1	01	1,2	30	34,9	28	32,6	11	12,8	14	16,3	03	3,5	0,28	,010
B3	50	58,1	19	22,1	09	10,5	07	8,1	01	1,2	37	43,0	23	26,7	12	14,0	12	14,0	02	2,3	0,43	<0,001
B4	45	52,3	19	22,1	11	12,8	11	12,8	00	0,0	30	34,9	29	33,7	17	19,8	10	11,6	00	0,0	0,60	<0,001
B5	31	36,0	27	31,4	18	20,9	10	11,6	00	0,0	27	31,4	32	37,2	14	16,3	12	14,0	01	1,2	0,48	<0,001
B6	29	33,7	32	37,2	13	15,1	11	12,8	01	1,2	27	31,4	33	38,4	19	22,1	05	5,8	02	2,3	0,40	<0,001
B7	22	25,6	21	24,4	22	25,6	21	24,4	00	0,0	17	19,8	31	36,0	22	25,6	15	17,4	01	1,2	0,56	<0,001
B8	21	24,4	27	31,4	19	22,1	19	22,1	00	0,0	18	20,9	26	30,2	28	32,6	13	15,1	01	1,2	0,54	<0,001
B9	39	45,3	27	31,4	08	9,3	12	14,0	00	0,0	28	32,6	26	30,2	22	25,6	10	11,6	00	0,0	0,50	<0,001
B10	32	37,2	30	34,9	12	14,0	12	14,0	00	0,0	34	39,5	26	30,2	16	18,6	09	10,5	01	1,2	0,47	<0,001
B11	24	27,9	26	30,2	23	26,7	13	15,1	00	0,0	21	24,4	24	27,9	18	20,9	22	25,6	01	1,2	0,32	,003
B12	20	23,3	22	25,6	26	30,2	16	18,6	02	2,3	21	24,4	26	30,2	21	24,4	18	20,9	00	0,0	0,38	<0,001
B13	26	30,2	22	25,6	20	23,3	18	20,9	00	0,0	24	27,9	22	25,6	21	24,4	19	22,1	00	0,0	0,41	,005
B14	22	25,6	22	25,6	23	26,7	19	22,1	00	0,0	27	31,4	19	22,1	20	23,3	20	23,3	00	0,0	0,55	<0,001
B15	30	34,9	21	24,4	19	22,1	16	18,6	00	0,0	28	32,6	25	29,1	14	16,3	19	22,1	00	0,0	0,41	<0,001
B16	25	29,1	22	25,6	17	19,8	21	24,4	01	1,2	21	24,4	18	20,9	25	29,1	22	25,6	00	0,0	0,48	<0,001
B17	25	29,1	30	34,9	14	16,3	16	18,6	01	1,2	25	29,1	31	36,0	16	18,6	14	16,3	00	0,0	0,55	<0,001
B18	29	33,7	19	22,1	16	18,6	21	24,4	01	1,2	21	24,4	24	27,9	22	25,6	19	22,1	00	0,0	0,59	<0,001
B19	17	19,8	14	16,3	26	30,2	28	32,6	01	1,2	13	15,1	21	24,4	28	32,6	23	26,7	01	1,2	0,66	<0,001
B20	29	33,7	23	26,7	11	12,8	23	26,7	00	0,0	25	29,1	27	31,4	17	19,8	17	19,8	00	0,0	0,50	<0,001
B21	26	30,2	19	22,1	23	26,7	18	20,9	00	0,0	28	32,6	22	25,6	19	22,1	17	19,8	00	0,0	0,55	<0,001

continua...

	TESTE										RETESTE											
	RS		RM		RPS		NER		Não informado		RS		RM		RPS		NER		Não informado			
ITEM	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	r _s	p
B22	21	24,4	24	27,9	18	20,9	23	26,7	00	0,0	25	29,1	23	26,7	19	22,1	19	22,1	00	0,0	0,48	<0,001
B23	17	19,8	26	30,2	17	19,8	26	30,2	00	0,0	12	14,0	28	32,6	21	24,4	24	27,9	01	1,2	0,43	<0,001
B24	16	18,6	23	26,7	11	12,8	35	40,7	01	1,2	14	16,3	19	22,1	26	30,2	27	31,4	00	0,0	0,53	<0,001
B25	30	34,9	17	19,8	16	18,6	23	26,7	00	0,0	23	26,7	19	22,1	17	19,8	27	31,4	00	0,0	0,59	<0,001
B26	35	40,7	25	29,1	08	9,3	18	20,9	00	0,0	35	40,7	19	22,1	13	15,1	19	22,1	00	0,0	0,55	<0,001
B27	33	38,4	27	31,4	13	15,1	13	15,1	00	0,0	30	34,9	27	31,4	12	14,0	17	19,8	00	0,0	0,64	<0,001
B28	25	29,1	27	31,4	18	20,9	16	18,6	00	0,0	28	32,6	26	30,2	13	15,1	19	22,1	00	0,0	0,47	<0,001

conclusão

(RS) Razão Significante; (RM) Razão Moderada; (RPS) Razão Pouco Significante; (NER) Não é uma Razão; r_s (Coeficiente de Correlação de Spearman)

As tabelas ilustram, descritivamente, valores próximos no teste e no reteste, pressupondo concordância entre as respostas dos participantes.

A maioria dos valores do coeficiente de correlação de Spearman dos itens do *MISSCARE-BRASIL* foi moderada (valores entre 0,30 e 0,49) a forte (valores iguais ou acima de 0,50). A parte A apresentou fortes correlações em 11 itens (itens 1, 2, 3, 7, 9, 10, 19, 20, 22, 27 e 28), após a imputação dos dados, e em 12 itens (itens 1, 2, 3, 7, 9, 10, 15, 19, 20, 22, 27 e 28) sem a imputação. Já na parte B do instrumento, houve fortes correlações em 13 itens (itens 1, 4, 7, 8, 14, 17, 18, 19, 21, 24, 25, 26 e 27), tanto com a imputação dos dados quanto na ausência da mesma.

Poucos itens apresentaram confiabilidade baixa ou pequena correlação: os itens 11 (banho/higiene/medidas para prevenção de lesões de pele) e 13 (higienização das suas mãos) na parte A não mostraram correlações estatisticamente significativas, e o item 2 (situação de urgência dos pacientes) na parte B.

Os valores de ICC para os itens da parte A dos instrumentos *MISSCARE* (versão original do instrumento adaptado) e *MISSCARE-BRASIL* (versão do instrumento ampliado), foram calculados considerando os escores médios da omissão do cuidado e número de cuidados omitidos (por participante). Esse escore total é a média da omissão do cuidado identificada para cada um dos elementos do cuidado de enfermagem. Considerando os escores médios da omissão, o ICC apresentou-se igual a 0,73 ($p < 0,001$), tanto para a versão original adaptada quanto para a versão ampliada. No que se refere ao número de cuidados omitidos (por participante), o ICC apresentou-se igual a 0,70 ($p < 0,001$), também para as duas versões do instrumento. Portanto, a confiabilidade da parte A mostrou-se adequada e com diferença estatisticamente significativa.

Tabela 24 – Análise da confiabilidade teste-reteste do *MISSCARE*, considerando os fatores. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016

Fatores	TESTE		RETESTE		ICC	p	r	p
	Média (DP)	Mediana	Média (DP)	Mediana				
Modelo original								
Comunicação	2,64 (0,85)	2,72	2,61 (0,83)	2,83	0,61	<0,001	0,61	<0,001
Recursos materiais	2,98 (0,90)	3,17	2,94 (0,85)	3,00	0,54	<0,001	0,54	<0,001
Recursos laborais	3,05 (0,78)	3,20	2,93 (0,84)	3,10	0,60	<0,001	0,61	<0,001
Modelo ampliado								
Comunicação	2,61 (0,85)	2,70	2,57 (0,82)	2,80	0,62	<0,001	0,61	<0,001
Recursos materiais	2,84 (0,85)	3,00	2,78 (0,79)	3,00	0,53	<0,001	0,53	<0,001
Recursos laborais	2,89 (0,75)	3,00	2,81 (0,80)	2,87	0,66	<0,001	0,66	<0,001
Dimensão ética	2,65 (1,09)	2,67	2,56 (1,00)	2,67	0,64	<0,001	0,64	<0,001
Gerenciamento	2,67 (0,96)	3,00	1,96 (0,62)	2,00	0,15	0,031	0,22	0,042

ICC – Coeficiente de Correlação Intraclass (*Intraclass Correlation Coefficient, ICC*)

r – coeficiente de correlação de Pearson

Os valores do coeficiente de correlação intraclass, de acordo com a classificação proposta por Fleiss (1986), podem ser considerados de confiabilidade moderada a boa quando se apresentarem entre 0,40 e 0,75. Valores acima de 0,75, para o referido autor, demonstram confiabilidade excelente. Portanto, pode-se afirmar, com base nos dados da Tabela 24, que os indicadores de confiabilidade mostraram-se adequados e com diferença estatisticamente significativa, exceto para o fator Estilo de gerenciamento/liderança institucional. As médias do teste e reteste são bem distintas para esse fator, explicando o baixo valor do ICC.

As correlações entre as medidas do teste e do reteste dos fatores do *MISSCARE* foram também analisados pelo coeficiente de correlação de Pearson, cujos valores baseados em sua magnitude são considerados fortes acima de 0,50 (COHEN, 1988). Assim, os valores das correlações dos fatores, tanto para o modelo original quanto para o modelo ampliado, apresentaram-se de forte magnitude e com diferença estatisticamente significativa, exceto para o fator Estilo de gerenciamento/liderança institucional.

5.4 Validação do construto

5.4.1 Validação de construto-dimensional

5.4.1.1 Modelo original do *MISSCARE*

A Figura 2 e as Tabelas 25 a 27 apresentam os resultados da análise fatorial confirmatória para a determinação da validade de construto dimensional do *MISSCARE*. O primeiro modelo testado incluiu uma estrutura trifatorial contendo as variáveis latentes, indicadas pelas elipses, comunicação (fator 1, com 9 itens, indicados por retângulos), recursos materiais (fator 2, com 3 itens) e recursos laborais (fator 3, com 5 itens). A obtenção do modelo final ocorreu após o acréscimo de covariâncias ou correlações entre os fatores e entre alguns erros, conforme indicado na Figura 2, adotando-se algumas sugestões contidas nos índices de modificação apresentados pelo programa AMOS sem, contudo, alterar a estrutura teórica fatorial original proposta por Kalisch (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

Figura 02 – Representação diagramática da análise fatorial confirmatória do instrumento MISSCARE. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016.

O modelo testado, de fato, apresenta uma estrutura trifatorial, contendo as variáveis latentes, indicadas pelas elipses na Figura 2, comunicação (com 9 itens), recursos materiais (com 3 itens) e recursos laborais (com 5 itens), sendo que os itens são indicados por retângulos.

Tabela 25 – Resultado da análise fatorial confirmatória do *MISSCARE*, indicando coeficiente de regressão e cargas fatoriais (coeficiente de regressão padronizado). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016

			Coeficiente de regressão não padronizado	Erro-padrão	Razão crítica	Cargas fatoriais	p
Item B11	<---	Comunicação	1			0,738	
Item B5	<---	Comunicação	0,846	0,075	11,204	0,633	<0,001
Item B16	<---	Comunicação	1,012	0,08	12,686	0,712	<0,001
Item B15	<---	Comunicação	1,065	0,082	12,996	0,729	<0,001
Item B13	<---	Comunicação	1,11	0,064	17,296	0,811	<0,001
Item B8	<---	Comunicação	0,825	0,077	10,734	0,608	<0,001
Item B14	<---	Comunicação	1,042	0,076	13,75	0,769	<0,001
Item B7	<---	Comunicação	0,853	0,077	11,089	0,627	<0,001
Item B12	<---	Comunicação	1,026	0,074	13,895	0,777	< 0,001
Item B10	<---	Recursos materiais	1			0,837	
Item B6	<---	Recursos materiais	0,841	0,071	11,91	0,703	<0,001
Item B9	<---	Recursos materiais	1,028	0,065	15,777	0,84	<0,001
Item B1	<---	Recursos laborais	1			0,635	
Item B4	<---	Recursos laborais	1,075	0,081	13,189	0,688	<0,001
Item B3	<---	Recursos laborais	0,867	0,101	8,588	0,584	<0,001
Item B2	<---	Recursos laborais	0,785	0,101	7,765	0,517	<0,001
Item B17	<---	Recursos laborais	1,104	0,111	9,982	0,717	<0,001

A Tabela 25 apresenta a estrutura fatorial do *MISSCARE*, realizada por meio do aplicativo AMOS e mostra o coeficiente de regressão e as cargas fatoriais dos três fatores. O fator comunicação apresentou cargas fatoriais entre 0,60 e 0,81. As cargas fatoriais do fator recursos materiais variaram entre 0,70 e 0,84. As cargas fatoriais do fator recursos laborais variaram de 0,51 a 0,71.

Tabela 26 – Estrutura fatorial indicando covariâncias e correlações do *MISSCARE*. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016

			Covariância	Erro-padrão	Razão Crítica	Correlação	p
Comunicação	<-->	Recursos materiais	0,476	0,056	8,522	0,739	
Comunicação	<-->	Recursos laborais	0,399	0,053	7,487	0,768	<0,001
Recursos materiais	<-->	Recursos laborais	0,449	0,057	7,912	0,808	<0,001
e3	<-->	e2	0,397	0,05	7,894	0,565	<0,001
e1	<-->	e4	0,268	0,048	5,572	0,433	<0,001
e8	<-->	e7	0,184	0,042	4,342	0,267	<0,001
e11	<-->	e13	0,126	0,031	4,024	0,286	<0,001
e10	<-->	e6	-0,115	0,033	-3,529	-0,3	<0,001

A Tabela 26 apresenta as covariâncias e correlações do *MISSCARE*, tanto entre os fatores quanto entre os erros, de acordo com os índices de modificação. Verificou-se que a inclusão de covariâncias entre os fatores e entre alguns erros melhorava o ajuste do modelo.

Tabela 27 – Apresentação dos coeficientes de correlação múltipla ao quadrado (coeficiente de determinação) da solução fatorial do instrumento *MISSCARE*. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016

Fator	Coeficientes de determinação
Comunicação	
Item B11	0,545
Item B5	0,4
Item B16	0,507
Item B15	0,531
Item B13	0,657
Item B8	0,37
Item B14	0,592
Item B7	0,393
Item B12	0,604
Recursos materiais	
Item B10	0,701
Item B6	0,495
Item B9	0,706
Recursos laborais	
Item B1	0,403
Item B4	0,473
Item B3	0,341
Item B2	0,268
Item B17	0,515

A Tabela 27 mostra o coeficiente de correlação múltipla ao quadrado para os itens da parte B do instrumento *MISSCARE*. Evidencia-se a proporção de variância explicada pelo fator no item observado do instrumento, mostrando que cada item está adequadamente representado pelo seu fator.

Em relação aos indicadores de ajuste do modelo, convém ressaltar:

1. quanto às medidas de ajuste absoluto: o valor de qui-quadrado foi $\chi^2(111)=320,92$, $p<0,001$; o valor da raiz quadrática média do erro de aproximação foi $RMSEA=0,076$ ($IC\ 90\%=0,066-0,086$). Ainda que, com base no valor do qui-quadrado, rejeite-se a hipótese de igualdade das matrizes de variância-covariância (predita pelo modelo e obtida com os dados), o valor de $RMSEA$ está dentro dos limites considerados como adequados e indicativos de um ajuste de modelo à estrutura fatorial proposta;
2. medidas de ajuste incrementais: $GFI=0,89$; $TLI=0,92$; $CFI=0,93$. Identifica-se que os valores estão muito próximos do ponto de corte (0,90), recomendados para um bom ajuste.

Diante do exposto, considerando-se os indicadores 1 e 2 acima, conclui-se que o modelo se apresenta adequadamente ajustado à estrutura dimensional proposta pelo autor principal do instrumento *MISSCARE*.

5.4.1.2 Modelo ampliado

A Figura 3 e as Tabelas 28, 29 e 30 apresentam os resultados da análise fatorial confirmatória para a determinação da validade de construto dimensional do *MISSCARE-BRASIL*, instrumento ampliado com itens e fatores sugeridos pelos profissionais no grupo focal. O modelo testado incluiu uma estrutura pentafatorial contendo as variáveis latentes, indicadas pelas elipses na Figura 3, comunicação (fator 1, com 10 itens, indicados por retângulos), recursos materiais (fator 2, com 4 itens), recursos laborais (fator 3, com 8 itens), dimensão ética (fator 4, com 3 itens) e estilo de gerenciamento/liderança institucional (fator 5, com 3 itens). A obtenção do modelo final ocorreu após o acréscimo de covariâncias ou correlações entre os fatores e entre alguns erros, conforme indicado na Figura 3, adotando-se algumas sugestões contidas nos índices de modificação apresentados pelo programa AMOS, sem, contudo, alterar a estrutura teórica fatorial ampliada, proposta neste trabalho.

Figura 3 – Representação diagramática da análise fatorial confirmatória do instrumento MISSCARE ampliado. Ribeirão Preto, 2015.

O modelo testado, *MISSCARE-BRASIL*, apresenta uma estrutura pentafatorial, contendo as variáveis latentes, indicadas pelas elipses na Figura 3, comunicação (com 10 itens), recursos materiais (com 4 itens) e recursos laborais (com 8 itens), dimensão ética (com 3 itens) e estilo de gerenciamento/liderança institucional (com 3 itens). Os itens são indicados por retângulos.

Tabela 28 – Resultado da análise fatorial confirmatória, indicando coeficiente de regressão e cargas fatoriais (coeficiente de regressão padronizado) do *MISSCARE-BRASIL*. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016

			Coeficientes de regressão não padronizados	Erro- padrão	Razão crítica	Cargas fatoriais	p
Item B11	<---	Comunicação	1				0,670
Item B5	<---	Comunicação	0,865	0,091	9,473	0,574	<0,001
Item B16	<---	Comunicação	1,034	0,097	10,708	0,658	<0,001
Item B15	<---	Comunicação	1,08	0,099	10,896	0,671	<0,001
Item B13	<---	Comunicação	1,06	0,076	13,94	0,712	<0,001
Item B8	<---	Comunicação	0,833	0,093	8,958	0,541	<0,001
Item B14	<---	Comunicação	0,994	0,092	10,794	0,665	<0,001
Item B7	<---	Comunicação	0,858	0,093	9,204	0,557	<0,001
Item B12	<---	Comunicação	0,985	0,09	10,996	0,678	<0,001
Item B24	<---	Comunicação	0,976	0,095	10,289	0,629	<0,001
Item B10	<---	Recursos materiais	1				0,733
Item B6	<---	Recursos materiais	0,881	0,082	10,773	0,645	<0,001
Item B9	<---	Recursos materiais	1,092	0,069	15,854	0,783	<0,001
Item B23	<---	Recursos materiais	0,945	0,094	10,047	0,605	<0,001
Item B1	<---	Recursos laborais	1				0,611
Item B4	<---	Recursos laborais	1,076	0,081	13,23	0,663	<0,001
Item B3	<---	Recursos laborais	0,816	0,101	8,087	0,529	<0,001
Item B2	<---	Recursos laborais	0,736	0,101	7,282	0,467	<0,001
Item B17	<---	Recursos laborais	1,139	0,112	10,155	0,713	<0,001
Item B19	<---	Recursos laborais	0,966	0,11	8,755	0,584	<0,001

continua...

			Coefficientes de regressão não padronizados	Erro- padrão	Razão crítica	Cargas fatoriais	p
Item B27	<---	Recursos laborais	1,091	0,117	9,359	0,638	<0,001
Item B28	<---	Recursos laborais	1,051	0,118	8,937	0,603	<0,001
Item B18	<---	Dimensão ética	1				0,817
Item B20	<---	Dimensão ética	0,971	0,065	15,043	0,781	<0,001
Item B25	<---	Dimensão ética	1,047	0,066	15,829	0,818	<0,001
Item B21	<---	Gerenciamento	1				0,763
Item B22	<---	Gerenciamento	0,986	0,075	13,158	0,780	<0,001
Item B26	<---	Gerenciamento	0,787	0,086	9,118	0,553	<0,001

conclusão

A Tabela 28 apresenta a estrutura fatorial do *MISSCARE-BRASIL*, versão ampliada para o português brasileiro, realizada por meio do aplicativo AMOS e mostra o coeficiente de regressão e as cargas fatoriais dos cinco fatores. O fator comunicação apresentou cargas fatoriais entre 0,54 e 0,71. As cargas fatoriais do fator recursos materiais variaram entre 0,60 e 0,78. As cargas fatoriais do fator recursos laborais variaram de 0,46 a 0,71. O fator dimensão ética apresentou cargas fatoriais entre 0,78 e 0,81 e, finalmente, o fator gerenciamento apresentou cargas fatoriais entre 0,55 e 0,78.

Tabela 29 – Estrutura fatorial indicando covariâncias e correlações do *MISSCARE-BRASIL*. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016

			Covariância	Erro-padrão	Razão crítica	Correlações	p
Comunicação	<-->	Dimensão ética	0,363	0,045	8,116	0,600	<0,001
Comunicação	<-->	Gerenciamento	0,403	0,046	8,715	0,812	<0,001
Dimensão ética	<-->	Gerenciamento	0,457	0,055	8,274	0,633	<0,001
Comunicação	<-->	Recursos materiais	0,331	0,041	8,01	0,707	<0,001
Comunicação	<-->	Recursos laborais	0,278	0,039	7,224	0,671	<0,001
Recursos materiais	<-->	Recursos laborais	0,424	0,054	7,813	0,906	<0,001
Recursos laborais	<-->	Gerenciamento	0,308	0,043	7,185	0,620	<0,001
Recursos materiais	<-->	Gerenciamento	0,322	0,043	7,452	0,576	<0,001
e27	<-->	e28	0,226	0,048	4,673	0,297	<0,001
e3	<-->	e2	0,453	0,052	8,737	0,597	<0,001
e11	<-->	e13	0,155	0,029	5,278	0,323	<0,001
e1	<-->	e4	0,303	0,046	6,603	0,463	<0,001
e8	<-->	e7	0,182	0,041	4,395	0,266	<0,001
e13	<-->	e14	0,154	0,029	5,223	0,318	<0,001
e9	<-->	e23	-0,096	0,037	-2,595	-0,168	0,009
e10	<-->	e9	0,128	0,04	3,213	0,301	0,001
e22	<-->	e26	-0,099	0,04	-2,483	-0,179	0,013
e19	<-->	e28	0,14	0,045	3,1	0,180	0,002

A Tabela 29 apresenta as covariâncias e correlações do *MISSCARE-BRASIL* tanto entre os fatores quanto entre os erros, de acordo com os índices de modificação. Verificou-se que a inclusão de covariâncias entre os fatores e entre alguns erros melhorava o ajuste do modelo.

Tabela 30 – Apresentação dos coeficientes de correlação múltipla ao quadrado (coeficiente de determinação) da solução fatorial do instrumento *MISSCARE-BRASIL*. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015, 2016

Fator	Coeficiente de determinação
Estilo de gerenciamento/liderança	
Item B26	0,306
Item B22	0,609
Item B21	0,582
Dimensão ética	
Item B25	0,668
Item B20	0,61
Item B18	0,668
Recursos laborais	
Item B28	0,364
Item B27	0,407
Item B19	0,342
Item B17	0,508
Item B2	0,218
Item B3	0,279
Item B4	0,439
Item B1	0,373
Recursos materiais	
Item B23	0,366
Item B9	0,613
Item B6	0,416
Item B10	0,537
Comunicação	
Item B24	0,396
Item B12	0,46
Item B7	0,311
Item B14	0,442
Item B8	0,293
Item B13	0,506
Item B15	0,45
Item B16	0,433
Item B5	0,33
Item B11	0,449

A Tabela 30 mostra o coeficiente de correlação múltipla ao quadrado para os itens da parte B do instrumento *MISSCARE-BRASIL*. Evidencia-se a proporção de variância explicada pelo fator no item observado do instrumento, mostrando que

cada item está adequadamente representado pelo seu fator.

Considerando os indicadores de ajuste do modelo ampliado, é necessário salientar que

1. medidas de ajuste absolutos: o valor de qui-quadrado foi $\chi^2(332)=1144,96$, $p<0,001$; já o valor da raiz quadrática média do erro de aproximação foi $RMSEA=0,086$ (IC 90%=0,081-0,092). Assim, embora, com base no valor do qui-quadrado tenha-se que rejeitar a hipótese de igualdade das matrizes de variância-covariância (predita pelo modelo e obtida com os dados), o valor de RMSEA está dentro dos limites considerados como indicativos de um ajuste de modelo à estrutura fatorial proposta como sendo adequado;
2. medidas de ajuste incrementais: $GFI=0,82$; $TLI=0,83$; $CFI=0,85$. Portanto, os valores obtidos estão próximos do ponto de corte (0,90) recomendados para um bom ajuste.

Diante do exposto, considerando-se os indicadores 1 e 2 acima, conclui-se que o modelo ampliado se apresenta ajustado de modo regular à estrutura dimensional proposta.

5.4.2 Validação de grupos conhecidos

Para testar a validade de construto do instrumento adaptado, escores médios da omissão do cuidado e número de cuidados omitidos (por participante) foram calculados e analisados, tanto para a versão original do instrumento adaptado (*MISSCARE*) quanto para o instrumento ampliado (*MISSCARE-BRASIL*). Esse escore total é a média da omissão do cuidado identificada para cada um dos elementos do cuidado de enfermagem apresentados na parte A do instrumento.

Hipotetizou-se que os profissionais de enfermagem, atuantes em setores fechados, com maiores níveis de satisfação e sem planos de deixar o cargo indicariam menores níveis de omissão dos cuidados de enfermagem.

Os itens relacionados à omissão dos cuidados foram tratados de forma

dicotomizada. Elementos do cuidado foram considerados omitidos se as respostas “ocasionalmente, raramente ou nunca” eram relatadas. Testes t para amostras independentes foram conduzidos para estabelecer diferenças entre as variáveis. Na Tabela 31, apresentam-se os resultados.

Tabela 31 - Medidas de tendência central (média), variabilidade (desvio-padrão), p (probabilidade de valor extremo sob H_0) e magnitude do efeito (d de Cohen) para a validade de construto do *MISSCARE*, considerando a satisfação dos profissionais, quanto ao cargo, profissão e trabalho em equipe, plano de deixar o cargo/função e comparação entre os setores. Ribeirão Preto, SP, 2015, 2016

VARIÁVEIS	Escore médio omissão (MISSCARE)					Escore médio omissão (MISSCARE-BRASIL)				Número cuidados omitidos por participante (MISSCARE)				Número cuidados omitidos por participante (MISSCARE-BRASIL)			
	N (%)	Média	DP	p	d	Média	DP	p	d	Média	DP	p	d	Média	DP	p	d
Satisfação com o cargo/função																	
Muito satisfeitos e satisfeitos	205 (62,1)	1,73	0,41	<0,001	0,80	1,70	0,40	<0,001	0,79	3,31	3,22	<0,001	0,84	3,60	3,47	<0,001	0,82
Indiferentes, insatisfeitos e muito insatisfeitos	125 (37,8)	2,09	0,52			2,05	0,51			6,50	4,78			7,00	5,32		
Satisfação com a profissão																	
Muito satisfeitos e satisfeitos	250 (75,8)	1,80	0,46	<0,001	0,56	1,77	0,44	<0,001	0,57	4,00	3,87	<0,001	0,53	4,34	4,22	0,001	0,50
Indiferentes, insatisfeitos e muito insatisfeitos	80 (24,2)	2,07	0,54			2,03	0,52			6,14	4,69			6,57	5,21		
Satisfação com o trabalho em equipe																	
Muito satisfeitos e satisfeitos	179 (54,2)	1,75	0,46	<0,001	0,55	1,72	0,45	<0,001	0,54	3,55	3,74	<0,001	0,52	3,86	4,10	<0,001	0,50
Indiferentes, insatisfeitos e muito insatisfeitos	149 (45,2)	2,01	0,48			1,97	0,47			5,66	4,40			6,08	4,83		
Plano de deixar o cargo/função																	
Sim	60 (18,1)	2,05	0,62	0,008	0,48	2,10	0,60	0,007	0,67	6,52	5,62	<0,001	0,64	7,12	6,26	<0,001	0,65
Não	267 (80,9)	1,82	0,45			1,79	0,43			4,01	3,58			4,31	3,88		
SETOR																	
CTI/UCO	23 (7,0)	1,74	0,36	0,08	0,29	1,73	0,36	0,25	0,23	3,22	2,26	0,01	0,34	3,83	2,72	0,08	0,25
Outros	307 (93,0)	1,88	0,5			1,84	0,48			4,62	4,27			4,96	4,67		
CTI/UCO, UNIDADE DE TERAPIA IMUNOLÓGICA, TMO, ONCOLOGIA, HEMATOLOGIA/ QUIMIOTE-RAPIA	68 (20,6)	1,66	0,43	<0,001	0,54	1,66	0,44	0,001	0,47	2,90	2,95	<0,001	0,51	3,44	3,52	0,001	0,41
Outros	262 (79,4)	1,92	0,49			1,88	0,47			4,95	4,34			5,26	4,74		

Ao se analisar a Tabela 31, os dados evidenciam, descritivamente, menos omissão dos cuidados de enfermagem para os profissionais com maiores níveis de satisfação e para os profissionais que não tinham plano de deixar o cargo/função, conforme hipotetizado. Houve diferença estatisticamente significativa para a variável “plano de deixar o cargo/função” e também para todas as formas de satisfação: com o cargo/função, com a profissão e com o trabalho em equipe.

Em relação ao setor, esperava-se que os profissionais de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva/unidade coronariana, bem como nas demais unidades fechadas - unidade de terapia imunológica, transplante de medula óssea, oncologia clínica e hermatologia/quimioterapia - indicariam menores níveis de omissão dos cuidados de enfermagem em relação às demais unidades do hospital. Ressalta-se que médias menores representam menores níveis de omissão dos cuidados, enquanto médias maiores apontam maiores níveis de omissão.

A Tabela 31 mostra que as médias das unidades fechadas, de fato, apresentaram-se menores em relação às outras unidades de internação, demonstrando que apresentaram, conforme hipotetizado, menores níveis de omissão dos cuidados de enfermagem.

Ao se comparar unidades de cuidados intensivos/unidade coronariana (CTI/UCO) *versus* todas as outras unidades envolvidas no estudo nota-se que os profissionais de enfermagem que atuavam na referida unidade fechada apontaram menos omissão dos cuidados de enfermagem, com diferença estatisticamente significativa apenas no número de cuidados omitidos por participante da versão original adaptada (média=3,22; $p=0,01$). Já os valores do escore médio da omissão da versão original e ampliada, valor da média do número de cuidados omitidos por participante da versão ampliada - foram menores para CTI/UCO – indicando menos omissão, porém, o valor de p não foi estatisticamente significativo.

No entanto, ao se comparar todas as unidades especializadas fechadas – incluindo CTI/UCO, unidade de terapia imunológica, TMO, oncologia clínica e hematologia/quimioterapia - *versus* todas as outras unidades envolvidas no estudo os profissionais de enfermagem atuantes nessas unidades fechadas apontaram menos omissão dos cuidados de enfermagem, com diferença estatisticamente significativa tanto para os escores médios da omissão quanto para o número de cuidados omitidos, em ambas as versões do *MISSCARE E MISSCARE-BRASIL*, (média=1,66; $p<0,001$), (média=1,66; $p=0,001$) e (média=2,90; $p<0,001$),

(média=3,44; $p=0,001$).

A Tabela 31 também apresenta o d de Cohen, definido pela diferença entre as médias divididas pelo desvio-padrão da diferença, o qual expressa a magnitude do efeito. Assim, entende-se que quanto maior o efeito maior o impacto de uma característica favorável à omissão dos cuidados de enfermagem. Para todas as variáveis, a magnitude do efeito foi moderada ($\geq 0,20$ - $< 0,50$) e grande ($\geq 0,50$) (COHEN, 1977).

5.4.3 Validação de construto convergente

Com a finalidade de avaliar a validade de construto, testou-se a validade convergente para verificar as correlações positivas entre o nível de satisfação e as variáveis de omissão dos cuidados de enfermagem do instrumento *MISSCARE*, conforme Tabela 32. Destaca-se que quanto maior a correlação maior a validade de critério.

Tabela 32 – Coeficiente de correlação de Spearman entre o nível de satisfação dos profissionais e as variáveis de omissão dos cuidados de enfermagem do instrumento *MISSCARE*. Ribeirão Preto, SP, 2015, 2016

VARIÁVEIS	Escore médio omissão (MISSCARE)		Escore médio omissão (MISSCARE-BRASIL)		Número cuidados omitidos por participante (MISSCARE)		Número cuidados omitidos por participante (MISSCARE-BRASIL)	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Satisfação com o cargo/função	0,35**	<0,001	0,35**	<0,001	0,35**	<0,001	0,35**	<0,001
Satisfação com a profissão	0,24**	<0,001	0,24**	<0,001	0,24**	<0,001	0,22**	<0,001
Satisfação com o trabalho em equipe	0,35**	<0,001	0,34**	<0,001	0,35**	<0,001	0,34**	<0,001

**A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)
 r_s =coeficiente de correlação de Spearman

A análise dos valores do coeficiente de correlação de Spearman evidenciou que há correlação moderada entre as variáveis “Satisfação com o cargo/função” e “Satisfação com o trabalho em equipe” com as variáveis de omissão do próprio *MISSCARE*. Houve uma correlação fraca entre a variável “Satisfação com a profissão” e as variáveis de omissão, onde o coeficiente de correlação de Spearman variou de 0,22 a 0,24. As correlações positivas indicam que as variáveis covariam na mesma direção, ou seja, à medida que a insatisfação aumenta aumentam os escores e o número de cuidados omitidos (correlação positiva).

Abordar o fenômeno da omissão dos cuidados de enfermagem é parte do movimento global para a segurança do paciente. De fato, pesquisadores afirmam que, provavelmente, ocorram mais erros de omissão (*omission*) do que erros de ação (*commission*) (HAYWARD et al., 2005).

No presente estudo, realizou-se a validade de face e conteúdo da versão do instrumento *MISSCARE* para o português brasileiro, por meio de grupos focais com profissionais de enfermagem. Essa fase qualitativa da pesquisa, cujo objetivo foi identificar a presença de outros aspectos dos cuidados de enfermagem no Brasil e outras razões para a não prestação do cuidado, levou à construção de um instrumento ampliado, caracterizado pela adição ao instrumento original de quatro novos itens no final da parte A e 11 novos itens no final da parte B, nomeado agora instrumento *MISSCARE-BRASIL*.

A avaliação das propriedades psicométricas do instrumento *MISSCARE-BRASIL* foi feita em estudo com 330 profissionais de enfermagem que atuavam no contexto da prática hospitalar, em instituição pública de ensino superior.

Em relação à caracterização dos participantes, houve predomínio de mulheres, na faixa etária dos 25 aos 44 anos, com ensino médio e mais de 10 anos de experiência na função, trabalhando em turnos de 6 horas e mais de 30 horas semanais. Em relação à função no trabalho, 39,7% eram auxiliares de enfermagem, 33% técnicos em enfermagem, 20,9% enfermeiros e 6,4% enfermeiros com função administrativa.

A seguir, apresentam-se as comparações das principais características dos participantes dos estudos norte-americanos para desenvolvimento do instrumento original e deste estudo de validação no Brasil (Quadro 4).

(KALISCH; WILLIAMS, 2009; KALISCH; LANDSTROM; WILLIAMS, 2009)	(SIQUEIRA, 2016) BRASIL
✓ Tamanho da amostra: n=1098 (quatro hospitais)	✓ Tamanho da amostra: n=330 (um hospital)
✓ Número de profissionais por categoria profissional: dados indisponíveis	✓ Número de profissionais por categoria profissional: 131 auxiliares de enfermagem (39,7%); 109 técnicos (33%) e 90 enfermeiros (27,3%)
✓ Idade: dados indisponíveis	✓ Idade: abaixo de 45 anos (66,1%)
✓ Sexo feminino: 92,2% (988)	✓ Sexo feminino: 77,3% (255)
✓ Tempo de experiência na função: acima de 10 anos (38,1%; 406); média=10 anos	✓ Tempo de experiência na função: acima de 10 anos (52,1%; 172); média=12 anos
✓ Nível educacional mais elevado: bacharelado ou superior (54,7%; 600)	✓ Nível educacional mais elevado: ensino médio (55,5%; 183)
✓ Horas trabalhadas por semana: ≥30 horas (83,7%; 917)	✓ Horas trabalhadas por semana: >30 horas (95,5%; 315)
✓ Duração do plantão: turnos de 12 horas (62,1%; 680)	✓ Duração do plantão: turnos de 6 horas (42,7%; 141)

Quadro 4 – Comparação das principais características dos participantes dos estudos norte-americanos para desenvolvimento do instrumento original e deste estudo de validação no Brasil

De acordo com o Quadro 4, os resultados do estudo norte-americano evidenciam dados semelhantes à presente investigação, quanto ao predomínio do sexo feminino, profissionais de enfermagem com tempo de experiência acima de 10 anos e com a carga horária de trabalho acima de 30 horas por semana. Diferentemente do hospital brasileiro pesquisado, onde predominaram os plantões de seis horas, a maioria dos profissionais norte-americanos atuava em plantões de 12 horas.

Nos EUA, mais da metade dos participantes possuía o nível bacharelado. Já no Brasil, por outro lado, ocorre o predomínio de profissionais de enfermagem com ensino médio. Quanto a essa última característica, relacionada ao nível educacional mais elevado nos dois países, tal diferença representa a característica

da equipe de enfermagem no Brasil, composta por maior porcentagem de profissionais de nível técnico. No estudo de Kalisch e Williams (2009), não há informações sobre a idade dos participantes, nem da distribuição dos mesmos, de acordo com a categoria profissional.

A utilização do instrumento *MISSCARE* nos EUA foi conduzida em 14 hospitais de cuidados agudos e em 138 unidades de internação. Foi aplicado em 5.134 profissionais de enfermagem. Desses, 91% eram do sexo feminino, 51% com nível bacharelado ou superior. A maioria dos respondentes era composta por enfermeiros (77%) e o restante, auxiliares de enfermagem (23%). Como a porcentagem de técnicos em enfermagem apresentou-se muito baixa, esses foram eliminados do conjunto de dados (KALISCH; LANDSTROM; WILLIAMS, 2009; KALISCH, 2015).

A seguir apresenta-se a comparação dos resultados dos estudos norte-americanos quanto aos Cuidados de Enfermagem não realizados (parte A do instrumento *MISSCARE*) e deste estudo de validação no Brasil (Quadro 5).

Itens da parte A do <i>MISSCARE</i>	EUA	BRASIL
	%	%
Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito	35,1	46,4
Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	16,3	13,9
Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	18,4	2,1
Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	9,0	8,2
Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito	18,5	8,5
Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	4,1	2,1
Controle do balanço hídrico – entradas e saídas	18,8	1,8
Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	15,3	3,9
Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	16,0	3,6
Apoio emocional ao paciente e/ou família	12,4	12,4
Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele	8,1	0,6
Higiene bucal	27	4,2
Higienização das suas mãos	5,4	0,9
Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	5,1	6,6
Monitorar a glicemia capilar conforme prescrito	2,0	0,3
Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado	1,8	2,7
Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	3,9	3,3
Cuidados acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	6,6	1,2
O atendimento à chamada do paciente é feita dentro de cinco minutos	13,7	10,9
As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos	7,2	10,3
Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	10,3	6,3
Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	---	32,4
Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	10,7	4,2
Cuidados com lesões pele/feridas	3,4	0,6

*Participação discussão equipe interdisciplinar: dados não coletados

Quadro 5 – Comparação dos resultados dos estudos norte-americanos e deste estudo de validação no Brasil quanto aos Cuidados de Enfermagem não realizados, parte A do *MISSCARE*, de acordo com o agrupamento das duas opções de respostas “raramente é realizado” e “nunca é realizado” (“omitido frequentemente e sempre omitido”)

Conforme os dados apresentados no Quadro 5, os cuidados de enfermagem mais omitidos no Brasil, de acordo com o agrupamento das opções de respostas foram: deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito, participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, apoio emocional ao paciente e/ou família, atendimento à chamada do paciente feita dentro de cinco minutos e mudar o decúbito do paciente a cada duas horas. Por outro lado, nos EUA, as ações de enfermagem mais omitidas foram: deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito, higiene bucal, controle do balanço hídrico, administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito e alimentar o paciente. Observa-se que a deambulação do paciente foi o cuidado de enfermagem mais omitido tanto no Brasil quanto nos EUA. Apenas quatro ações de enfermagem foram percebidas pelos profissionais do Brasil como mais omitidas do que os profissionais norte-americanos: deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito, planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar, avaliação das condições do paciente a cada turno e as solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos. Controle da glicemia capilar, cuidados com lesões de pele/feridas, avaliação das condições do paciente a cada turno e avaliação dos sinais vitais, conforme prescrito, foram cuidados de enfermagem pouco omitidos em ambos os países.

Estudo conduzido previamente no Brasil, em outro hospital, para validação inicial do instrumento *MISSCARE* (SIQUEIRA et al., 2013), obteve resultados próximos ao deste estudo. Obtiveram maiores médias (e, portanto, maior omissão) as ações: mudar o decúbito do paciente a cada duas horas (2,7), participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente (2,6), higienizar o paciente prontamente após cada eliminação (2,5), deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito (2,4) e o atendimento à chamada do paciente é feita dentro de cinco minutos (17,5%). No mesmo estudo, verificou-se que avaliação dos sinais vitais (1,6), banho/higiene (1,6), higienização das suas mãos (1,6), controle da glicemia capilar (1,6), higiene bucal (1,7) e cuidados com acesso venoso (1,7) foram as ações de enfermagem menos omitidas, com menores médias.

Nesta investigação, foi realizada a análise fatorial para investigar as propriedades psicométricas dos instrumentos *MISSCARE* com os itens originais e o instrumento *MISSCARE-BRASIL* com os novos itens que compôs o modelo

ampliado. Destaca-se que Kalisch e colaboradores, nos estudos para a construção do instrumento original, realizaram a análise fatorial exploratória, encontrando três fatores para a parte B: comunicação/trabalho em equipe, recursos laborais e recursos materiais (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

Inicialmente, para não alterar esse modelo original e confirmar a sua dimensionalidade, optou-se por manter a análise fatorial confirmatória, onde se impôs aos dados a estrutura fatorial original proposta. Separadamente, procedeu-se à mesma análise do instrumento ampliado (*MISSCARE-BRASIL*), com a introdução dos novos itens, gerando dois novos fatores, “Dimensão ética” e “Estilo de gerenciamento/liderança institucional”.

No Quadro 6 são apresentados os principais resultados da análise psicométrica dos estudos norte-americanos para desenvolvimento do instrumento original e deste estudo de validação no Brasil.

(KALISCH; WILLIAMS, 2009; KALISCH; LANDSTROM; WILLIAMS, 2009) <i>MISSCARE</i> – VERSÃO ORIGINAL EM INGLÊS	(SIQUEIRA, 2016) <i>MISSCARE</i> - VERSÃO PORTUGUÊS BRASILEIRO
<p>✓ Análise Fatorial – <i>MISSCARE</i> parte B –</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rotação Varimax resultou em 3 fatores: comunicação, recursos laborais e recursos materiais; Análise Fatorial Confirmatória (AFC) demonstrou adequado ajuste dos dados (CFI=0,89, RMSEA=0,054, IFI=0,90, TLI=0,85) - um item foi eliminado (carga fatorial menor que 0,35): <i>high number of inexperienced staff</i> 	<p>✓ Análise Fatorial – <i>MISSCARE</i> (itens originais) parte B</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os 3 fatores comunicação, recursos laborais e recursos materiais foram confirmados pela AFC: - medidas de ajuste absoluto: o valor e qui-quadrado $\chi^2(111)=320,92$, $p < 0,001$ - valor da raiz quadrática média do erro de aproximação foi RMSEA=0,076 (IC 90% = 0,066-0,086) - medidas de ajuste incrementais: GFI=0,89; TLI=0,92; CFI=0,93
<p>✓ Validação de grupos conhecidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - conforme hipotetizado houve mais omissão do cuidado em unidades de reabilitação (média [DP]=1,90[3,9] do que UTIs (média [DP]=1,63[3,3]; $F_{5,639}=7,50$, $p=0,000$) 	<p>✓ Validação de grupos conhecidos</p> <ul style="list-style-type: none"> -conforme hipotetizado houve mais omissão do cuidado em unidades abertas (média [DP]=1,92 [0,49] do que em unidades especializadas fechadas (média [DP]=1,66 [0,43]; $p \leq 0,001$)
<p>✓ Consistência interna: estimada pelo alfa de Cronbach:</p> <p>Comunicação $\alpha = 0,86$</p> <p>Recursos materiais $\alpha = 0,71$</p> <p>Recursos laborais $\alpha = 0,69$</p>	<p>✓ Consistência interna: estimada pelo alfa de Cronbach</p> <p>Comunicação $\alpha = 0,90$,</p> <p>Recursos materiais $\alpha = 0,81$</p> <p>Recursos laborais $\alpha = 0,81$</p>
<p>✓ Coeficiente geral do teste-reteste</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizado com 34 profissionais de um dos hospitais - para a parte A do instrumento foi 0,87 - para a parte B do instrumento foi 0,86 	<p>✓ Coeficiente geral do teste-reteste</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizado com 86 profissionais; - para a parte A do instrumento foi de 0,73 - para a parte B do instrumento, ICC com valores entre 0,54 e 0,61 e com diferença estatisticamente significativa

Quadro 6 – Principais resultados da análise psicométrica dos estudos norte-americanos para desenvolvimento do instrumento original e deste estudo de validação no Brasil

A análise fatorial confirmatória, neste estudo, confirmou os três fatores gerados na análise fatorial exploratória do instrumento original em inglês: recursos laborais, recursos materiais e comunicação. Ressalta-se que, uma vez que a parte A do *MISSCARE* é composta por uma série de ações de enfermagem independentes, a validação de construto foi utilizada apenas para a parte B do instrumento, tanto no *MISSCARE* original, quanto no *MISSCARE-BRASIL*. Comparando-se, ainda, os resultados da validação no Brasil com o desenvolvimento do instrumento original em

inglês, em ambos os estudos hipotetizou-se que os profissionais de enfermagem de unidades fechadas (como CTIs, por exemplo) relatariam menos omissão dos cuidados de enfermagem. De acordo com Kalisch e Williams (2009), essa hipótese justifica-se pela melhor proporção enfermeiro/paciente em CTIs: “1:1” ou “1:2”, enquanto enfermeiros de unidades de reabilitação cuidariam de mais pacientes. De fato, em ambos os estudos, a comparação das respostas de profissionais de unidades fechadas diferiram das unidades de reabilitação nos EUA e diferiram de unidades abertas, no Brasil, conforme previsto. Houve menos relatos de omissão nas unidades fechadas, evidenciando, portanto, a validação de grupos conhecidos nos dois países. A consistência interna, estimada pelo alfa de Cronbach, foi aceitável, tanto no Brasil, quanto nos EUA, bem como a confiabilidade teste-reteste, que indicou medidas confiáveis e estáveis.

Em relação aos resultados da análise fatorial confirmatória para a determinação da validade de construto dimensional do *MISSCARE-BRASIL*, o modelo testado incluiu uma estrutura pentafatorial, ou seja, além dos três fatores originalmente desenvolvidos (recursos laborais, recursos materiais e comunicação), foram incluídos: dimensão ética e estilo de gerenciamento/liderança institucional. O fator comunicação apresentou cargas fatoriais entre 0,54 e 0,71. As cargas fatoriais do fator recursos materiais variaram entre 0,60 e 0,78. As cargas fatoriais do fator recursos laborais variaram de 0,46 a 0,71. O fator dimensão ética apresentou cargas fatoriais entre 0,78 e 0,81 e, finalmente, o fator gerenciamento/liderança institucional apresentou cargas fatoriais entre 0,55 e 0,78. As cargas fatoriais resultantes estabeleceram quais itens pertencem a cada fator, considerando que quanto maior a carga fatorial mais forte é a relação item/fator. Cargas fatoriais acima de 0,30 ou 0,40 são geralmente indicativas de algum nível de relação (PORTNEY; WATKINS, 2009). O valor de RMSEA mostrou-se dentro dos limites considerados como ajuste adequado de modelo à estrutura fatorial proposta, bem como as medidas de ajuste incrementais.

A consistência interna, também estimada pelo alfa de Cronbach, foi aceitável para o instrumento *MISSCARE-BRASIL*, bem como a confiabilidade teste-reteste, que indicou medidas confiáveis e estáveis, exceto para o fator estilo de gerenciamento/liderança institucional, cujas médias do teste e do reteste mostraram-se bem distintas, explicando o baixo valor do ICC.

O fenômeno *Missed Nursing Care* foi estudado em outros países como

Austrália, Líbano, Islândia, Itália, Coreia do Sul e Turquia. Os estudos na Austrália e Líbano utilizaram o instrumento original em inglês com algumas modificações na redação (KALISCH et al., 2013; BLACKMAN et al., 2015; BLACKMAN et al., 2015). Nos outros países citados, o instrumento foi traduzido para os idiomas nativos, por meio de um processo que incluiu elaboração, tradução, retrotradução, julgamento, pré-teste, revisão e teste-reteste e a estrutura básica original foi mantida (BRAGADÓTTIR et al., 2015; CHO et al., 2015; KALISCH; TERZIOGLU; DUYGULU, 2012).

Os dados dos estudos de validação de cada país são apresentados no Quadro 7.

Kalisch, Terzioglu e Duygulu (2012)	Kalisch et al. (2013)	Bragadóttir et al. (2015) Kalisch (2015)	Palese et al. (2015) Kalisch (2015)	Cho et al. (2015) Kalisch (2015)	Blackman et al. (2015) Kalisch (2015)
Turquia	Líbano	Islândia	Itália	Coreia do Sul	Austrália
<p>Amostra</p> <p>436 profissionais de enfermagem de 04 hospitais</p> <p>Utilizada a versão em turco</p> <p>Validade de conteúdo=0,85</p> <p>Análise fatorial confirmou os três fatores para a parte B, conforme o instrumento original em inglês: comunicação; recursos laborais, materiais</p> <p>Validação de grupos conhecidos: Como suposto, houve menos omissão do cuidado em unidade obstétrica (Média [DP]=1,13[0,21] do que em unidades clínico-cirúrgicas (Média [DP]=1,46[0,43] e unidades de reabilitação</p>	<p>Amostra</p> <p>114 enfermeiros de um hospital de ensino em Beirute</p> <p>Utilizada a versão original em inglês do <i>MISSCARE</i>, revisada por especialistas libaneses</p> <p>Consistência interna: Alfa de Cronbach para o instrumento foi de 0,898 Não há resultados separados para a parte A e B do instrumento</p> <p>Não há outros resultados</p>	<p>Amostra</p> <p>118 profissionais no estudo piloto 864 profissionais na pesquisa nacional, em oito hospitais</p> <p>Utilizada a versão em islandês</p> <p>Análise fatorial - três fatores da versão original foram confirmados pela CFA: comunicação, recursos materiais e recursos laborais - as cargas fatoriais variaram de 0,47 a 0,89 [CFI]=0,971 [RMSEA]= 0,070 [IFI]=0,971</p> <p>Consistência interna</p>	<p>Amostra</p> <p>887 profissionais de cinco hospitais;</p> <p>Utilizada a versão em italiano</p> <p>Consistência interna Alfa de Cronbach=0,89</p> <p>Confiabilidade interavaliadores r=0,87; IC 95%, [0,76-0,93] p<0,001</p> <p>Não há outros resultados</p>	<p>Amostra</p> <p>555 profissionais de três hospitais Utilizada a versão em coreano</p> <p>Consistência interna</p> <p>Alfa de Cronbach</p> <p>Parte A = 0,89 Parte B = 0,90</p> <p>Comunicação 0,88 Recursos materiais 0,80 Recursos laborais 0,76</p> <p>Não há outros resultados psicométricos descritos</p>	<p>Amostra</p> <p>289 profissionais de enfermagem</p> <p>Utilizada a versão original em inglês do <i>MISSCARE</i>, com pequenas modificações</p> <p>Confiabilidade - utilizou-se a análise Rasch, que incluiu Índice de Separação de Item = 6,75 e Índice de Separação de Pearson = 2,54, o que indicou que todos os 17 itens da parte B satisfizeram os requisitos unidimensionais para o modelo Rasch</p> <p>Consistência interna</p>

<p>(Média [DP]=1,53[0,53], com $p=0,001$)</p> <p>Consistência interna Alfa de Cronbach Parte A =0,936 Parte B = 0,8 Comunicação 0,911 Recursos materiais 0,688 Recursos laborais 0,765</p> <p>Teste-reteste 48 participantes</p> <p>Coeficientes Parte A = 0,95 Parte B = 0,667</p>	<p>psicométricos descritos</p>	<p>Alfa Cronbach: Parte A=0,89 Parte B= 0,873, Comunicação 0,825 Recursos materiais 0,795 Recursos laborais 0,798</p> <p>Teste-reteste Parte A (39 participantes), o coeficiente de correlação de Pearson geral 0,782 ($p<0,001$); Parte B (37 participantes), coeficiente de correlação de Pearson 0,530 ($p<0,005$).</p>	<p>psicométricos descritos</p>		<p>Alfa de Cronbach Parte A=0,91 Parte B: para as três subescalas o alfa variou de 0,50 a 0,93</p> <p>Não há outros resultados psicométricos descritos</p>
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------	--	---

Quadro 7 – Principais resultados da validação do instrumento *MISSCARE* em outros países - Turquia, Líbano, Islândia, Itália, Coreia do Sul e Austrália

A versão em inglês do instrumento *MISSCARE* original foi utilizada na Austrália e no Líbano, com algumas alterações na redação. Para os outros países, o instrumento foi traduzido, adaptado culturalmente e submetido a testes estatísticos, com consequente surgimento das versões islandesa, italiana, coreana e turca, que utilizaram a mesma estrutura básica da versão original em inglês (KALISCH, 2015).

Considerando a análise fatorial, na Turquia e na Islândia os resultados evidenciaram a confirmação dos três fatores para a parte B: comunicação, recursos laborais e recursos materiais. Não há descrição desta análise na Itália e Coreia do Sul. Somente na Turquia houve a apresentação dos resultados da validação de grupos conhecidos, onde hipotetizou-se que profissionais da obstetrícia relatariam menos omissão dos cuidados de enfermagem do que profissionais de unidades de clínica médico-cirúrgicas e reabilitação, fato confirmado pela análise estatística, assim como no estudo norte-americano original.

Em todos os países houve análise da consistência interna por meio do coeficiente alfa de Cronbach, com predomínio de valores satisfatórios. A avaliação da confiabilidade teste-reteste foi apresentada apenas pela Turquia e Islândia, sendo que na Itália avaliou-se a confiabilidade interavaliadores, todos evidenciando medidas confiáveis, consideradas também estáveis e equivalentes.

A distribuição dos elementos do cuidado de enfermagem identificados como omitidos na Austrália, Islândia, Itália, Coreia do Sul, Líbano e Turquia, em ordem decrescente segundo frequência de omissão, são apresentados no Quadro 8.

	AUSTRÁLIA	ISLÂNDIA	ITÁLIA	COREIA DO SUL	LÍBANO	TURQUIA
	Blackman et al. (2015) Kalisch (2015)	Kalisch (2015)	Palese et al. (2015) Kalisch (2015)	Cho et al. (2015) Kalisch (2015)	Kalisch et al. (2013) Kalisch (2015)	Kalisch, Terzioglu e Duygulu (2012) Kalisch (2015)
1	Deambulação	Deambulação	Deambulação	Mudança de decúbito	Deambulação	Alimentar o paciente
2	Higiene bucal	Ensino do paciente	Mudança de decúbito	Deambulação	Apoio emocional	Deambulação
3	Balanço Hídrico	Planejamento da alta	Higiene bucal	Banho	Ensino do paciente	Apoio emocional
4	Documentação	Documentação	Oferecer as refeições	Higiene bucal	Mudança de decúbito	Mudança de decúbito
5	Ensino do paciente	Apoio emocional	Planejamento da alta	Oferecer as refeições	Higiene bucal	Planejamento da alta
6	Mudança de decúbito	Higiene bucal	Alimentar o paciente	Alimentar o paciente	Alimentar o paciente	Banho
7	Apoio emocional	Avaliação efetividade medicamentos	Apoio emocional	Apoio emocional	Higienização mãos	Oferecer as refeições
8	Atendimento à chamada do paciente em 5 minutos	Cuidados acesso venoso	Ensino do paciente	Higienizar o paciente	Documentação	Ensino do paciente
9	Alimentar o paciente	Alimentar o paciente	Documentação	Cuidados com pele/feridas	Balanço Hídrico	Higienizar o paciente
10	Avaliação efetividade medicamentos	Administrar medicamentos	Administrar medicamentos	Ensino do paciente	Avaliação efetividade medicamentos	Administrar medicamentos
11	Planejamento da alta	Mudança de decúbito	Reavaliação focada	Atendimento à chamada do paciente em 5 minutos	Higienizar o paciente	Atendimento à chamada do paciente em 5 minutos continua...

	AUSTRÁLIA	ISLÂNDIA	ITÁLIA	COREIA DO SUL	LÍBANO	TURQUIA
	Blackman et al. (2015) Kalisch (2015)	Kalisch (2015)	Palese et al. (2015) Kalisch (2015)	Cho et al. (2015) Kalisch (2015)	Kalisch et al. (2013) Kalisch (2015)	Kalisch, Terzioglu e Duygulu (2012) Kalisch (2015)
12	Administrar medicamentos	Balanço Hídrico	Higienizar o paciente	Administrar medicamentos	Oferecer as refeições	Avaliação efetividade medicamentos
13	Higienizar o paciente	Oferecer as refeições	Higienização mãos	Planejamento da alta	Planejamento da alta	Higiene bucal
14	Cuidados acesso venoso	Higienização mãos	Avaliação do paciente	Higienização mãos	Administrar medicamentos prescritos S/N	Administrar medicamentos prescritos S/N
15	Oferecer as refeições	Avaliação do paciente	Cuidados acesso venoso	Avaliação efetividade medicamentos	Atendimento à chamada do paciente em 5 minutos	Glicemia capilar
16	Avaliação do paciente	Reavaliação focada	Banho	Documentação	Cuidados com lesões pele	Balanço Hídrico
17	Reavaliação focada	Sinais Vitais	Avaliação efetividade medicamentos	Administrar medicamentos prescritos S/N	Avaliação do paciente	Sinais Vitais
18	Higienização mãos	Banho	Balanço Hídrico	Glicemia capilar	Reavaliação focada	Cuidados com lesões pele
19	Cuidados com lesões de pele	Atendimento à chamada do paciente em 5 minutos	Atendimento à chamada do paciente em 5 minutos	Reavaliação focada	Cuidados acesso venoso	Documentação
20	Banho	Higienizar o paciente	Cuidados com lesões pele	Sinais Vitais	Administrar medicamentos	Avaliação do paciente

continuação..

	AUSTRÁLIA	ISLÂNDIA	ITÁLIA	COREIA DO SUL	LÍBANO	TURQUIA
	Blackman et al. (2015) Kalisch (2015)	Kalisch (2015)	Palese et al. (2015) Kalisch (2015)	Cho et al. (2015) Kalisch (2015)	Kalisch et al. (2013) Kalisch (2015)	Kalisch, Terzioglu e Duygulu (2012) Kalisch (2015)
21	Administrar medicamentos prescritos S/N	Administrar medicamentos prescritos S/N	Administrar medicamentos prescritos S/N	Avaliação do paciente	Glicemia capilar	Cuidados acesso venoso
22	Sinais Vitais	Cuidados com lesões pele	Glicemia capilar	Balanço Hídrico	Banho	Higienização mãos
23	Glicemia capilar	Glicemia capilar	Sinais Vitais	Cuidados acesso venoso	Sinais Vitais	---*

conclusão

*Reavaliação focada: dados não coletados neste país

Quadro 8 – Distribuição dos cuidados de enfermagem identificados como omitidos na Austrália, Islândia, Itália, Coreia do Sul, Líbano e Turquia, em ordem decrescente, segundo frequência de omissão, considerando dados publicados

Deambulação foi um dos elementos do cuidado de enfermagem percebido pelos profissionais como mais omitido em todos os países, incluindo o Brasil. Foi o elemento mais citado ou o segundo mais relatado como omitido em todos os países estudados. Mudança de decúbito dos pacientes também apresentou altos índices de omissão na maioria dos países, exceto na Islândia.

Por outro lado, cuidados com lesões de pele, aferição de sinais vitais, controle de glicemia capilar e cuidados com acesso venoso foram os cuidados de enfermagem menos omitidos pelos países citados, incluindo o Brasil e Estados Unidos. Interessante notar que o cuidado “higiene bucal” foi um dos cuidados mais omitidos em todos os países, exceto na Turquia e no Brasil.

Os quatro novos itens incluídos na parte A da versão ampliada do instrumento, *MISSCARE-BRASIL*, são aspectos importantes do cuidado básico de enfermagem e destacados por vários autores como nem sempre realizados nas instituições de saúde e que corroboram a ocorrência de eventos adversos com os pacientes, como pneumonia, quedas, lesões por pressão e desidratação.

Nessa perspectiva, a aspiração de vias aéreas é vista como componente essencial no manejo de vias aéreas de pacientes em ventilação mecânica e um dos procedimentos invasivos mais comuns, realizado em qualquer unidade de cuidados críticos (SECKEL, 2008). Pinto et al. (2015) chamam a atenção para a atuação superficial e limitada do enfermeiro, no que diz respeito à assistência direta ao paciente, especificamente no processo de avaliação clínica e intervenções relacionadas aos pacientes portadores de dispositivos invasivos de vias aéreas.

Em estudo realizado em hospital do Rio Grande do Sul, analisou-se o cuidado prestado pela equipe de enfermagem para prevenção de lesões decorrentes da utilização de dispositivos invasivos nas vias aéreas inferiores. Por meio de entrevistas, os autores encontraram que 98% dos participantes avaliavam a necessidade de aspiração dos pacientes intubados e realizavam o referido procedimento de acordo com a necessidade dos mesmos. Concluíram que a aspiração de secreções é um procedimento que requer atenção especial no processo de aprimoramento dos profissionais de enfermagem (PINTO et al., 2015).

Outro item inserido no *MISSCARE-BRASIL* diz respeito ao “Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda”, evidenciando a preocupação, por parte dos profissionais, com as quedas de pacientes no ambiente hospitalar, evento adverso, cuja prevenção é uma das seis metas internacionais

instituídas pela Organização Mundial da Saúde. Segundo a percepção dos participantes da fase qualitativa deste estudo, esse elemento do cuidado era frequentemente realizado na instituição. Destaca-se que o hospital onde o estudo foi realizado faz parte da Rede Sentinela da Anvisa e, no período da pesquisa, havia a preocupação dos profissionais com a implantação dos protocolos básicos de prevenção de quedas do Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela Portaria MS/GM nº 529/2013 (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, esse aspecto da assistência tem sido foco de várias pesquisas no Brasil. Em investigação realizada por Prates (2014), para avaliar a incidência e as características das quedas em pacientes adultos internados em um hospital geral do Sul do Brasil, identificou-se que a maioria dos pacientes (90,8%) apresentou risco de queda. A incidência de quedas nas unidades de internação foi de 1,7 para cada 1.000 pacientes/dia, e no serviço de emergência foi de 2,6 para cada 1.000 internações. A maioria das quedas ocorreu no período noturno. Paiva et al. (2010), em estudo que caracterizou as quedas de pacientes internados em hospital terciário brasileiro, destacaram a importância da identificação dos pacientes em risco de queda, considerando a utilização de protocolos de prevenção e adequação da área física hospitalar, a fim de melhorar a segurança dos pacientes. Nesse estudo, os autores identificaram 0,30 quedas por 1.000 pacientes/dia, sendo as quedas mais frequentes relacionadas às quedas do leito (55%), verificadas no período noturno (63,7%) e nos primeiros cinco dias de internação. Afirmaram ainda que o agravamento da situação no período noturno pode ser explicado pela redução do número de profissionais nesse período. Em revisão integrativa, cujo objetivo era identificar as publicações científicas relacionadas aos eventos adversos, na assistência de enfermagem em pacientes hospitalizados, identificou-se que os principais eventos foram os erros na administração medicamentosa, omissões na realização de curativos e quedas de pacientes (DUARTE et al., 2015).

Em outra pesquisa qualitativa, Duarte et al. (2015) relatam que a falta de elevação das grades dos leitos foi relacionada, nas entrevistas, ao risco de quedas e extubações não programadas, gerando prejuízos aos pacientes atendidos. Citam, ainda, o exemplo da observação direta de um paciente, sedado e em ventilação mecânica, deixado sozinho no quarto com as grades abaixadas durante o banho, em que o técnico de enfermagem saiu quatro vezes da beira do leito para buscar materiais. Ao ser questionado sobre o fato, o referido profissional explicou-se

relatando que o paciente estava sedado e que estava certo de que nada aconteceria com o mesmo.

Também o item: “sentar o paciente fora do leito” faz parte das recomendações de protocolos da instituição onde a pesquisa foi realizada, para a prevenção de eventos adversos como a pneumonia e a lesão por pressão. Na atualidade, o repouso absoluto do paciente no leito, por período prolongado é reservado para situações extremas e mesmo pacientes em unidades de terapia intensiva com ventilação mecânica são retirados precocemente do leito e sentados (DEXHEIMER NETO et al., 2014). Outro estudo, retrospectivo, comparou os parâmetros clínicos de 33 pacientes que foram transferidos para poltrona e, então, extubados com os de 58 pacientes extubados no leito na posição supina. Identificou-se que o novo protocolo com mobilização precoce e extubação fora do leito produziu desfechos clínicos semelhantes e não causou efeitos adversos, sendo viável e seguro para os pacientes. Os autores destacaram que, entretanto, essa conduta exige o trabalho em equipe multidisciplinar com participação de médico, fisioterapeuta e enfermeiro, e é realizada com pacientes estáveis após a interrupção da sedação e também exige a disponibilidade de três técnicos de enfermagem para auxiliarem na transferência (DEXHEIMER NETO et al., 2014).

Em estudo retrospectivo, com revisão de 435 prontuários de pacientes internados, em 2000, no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, em São Paulo, com diagnóstico de enfermagem Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas, identificou-se que as ações de enfermagem prescritas pelas enfermeiras aos pacientes com o fator relacionado imobilidade no leito, para favorecer a eliminação da secreção do trato respiratório dentre outras foram: estimular deambulação, sentar paciente em poltrona, estimular a tosse, estimular a ingestão hídrica. Na comparação dessas prescrições com as ações de enfermagem contidas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), utilizadas por enfermeiros em hospitais norte-americanos, foram identificadas algumas convergências tais como: facilitar a remoção de secreção por meio de hidratação, mobilização do paciente, estímulo da tosse (MARTINS; GUTIÉRREZ, 2005). Percebe-se que a inclusão desse item ao instrumento *MISSCARE-BRASIL* permitirá avaliar a realização de ações de enfermagem comuns tanto no contexto nacional como no norte-americano.

A seguir, está apresentada a comparação dos resultados dos estudos norte-americanos quanto às razões para a não realização dos Cuidados de

Enfermagem (parte B do instrumento *MISSCARE*) e desse estudo de validação no Brasil (Quadro 9).

FATORES/ITENS PARTE B	EUA %	BRASIL %
RECURSOS LABORAIS		
3-Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade	82,1	79,4
4-Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas	74,9	77,2
1-Número inadequado de pessoal	70,1	75,2
2-Situações de urgência dos pacientes	73,3	74,9
27-Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde*	---	63,9
17-Grande quantidade de admissões e altas	69,0	59,1
28-O profissional tem mais de um vínculo empregatício*	---	54,3
19-Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional*	---	34,6
RECURSOS MATERIAIS		
9-Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário	46,7	75,1
10-Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário	34,9	72,2
6-Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário	70,1	72,2
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*	---	48,8
COMUNICAÇÃO/TRABALHO EM EQUIPE		
5-A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada	56,9	65,5
8-Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que era necessário	34,7	58,5
15-O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada	43,0	55,1
11-Os membros da equipe não se ajudam entre si	36,0	50,0
7-A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada	37,3	49,4
13-Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da equipe de enfermagem	29,8	48,5
14-Tensão/conflito ou problemas de comunicação com a equipe médica	36,2	47,3
16-O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível	22,8	46,3
12-Tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio	31,5	45,8
24-Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados*	---	40,9

continua...

FATORES/ITENS PARTE B	EUA %	BRASIL %
DIMENSÃO ÉTICA*		
Item 20-O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego*	---	58,5
Item 18-O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição*	---	52,7
Item 25-O profissional de enfermagem é negligente*	---	47
ESTILO DE GERENCIAMENTO/LIDERANÇA INSTITUCIONAL*		
Item 26-Falta de motivação para o trabalho*	---	67,8
Item 21-Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe*	---	55,8
Item 22-Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado*	---	54,5

conclusão

* Fator/item novo *MISSCARE-BRASIL*

Quadro 9 – Comparação dos resultados dos estudos norte-americanos e deste estudo de validação no Brasil, quanto às razões para a não realização dos Cuidados de Enfermagem, de acordo com o agrupamento das opções de respostas, “razão significativa e razão moderada”

De acordo com o Quadro 9, os resultados no Brasil coincidem com o contexto norte-americano, em que os recursos laborais inadequados foram as razões mais citadas para a omissão, seguida de recursos materiais e comunicação.

No presente estudo, o *Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade* foi a razão mais citada pelos profissionais para a omissão dos cuidados de enfermagem. Em seguida destacam-se *Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas*, *Número inadequado de pessoal*, *Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário*, *Situações de urgência dos pacientes*, *Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessários*, *Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário*, e *Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional)*, sendo esse último um dos novos itens inseridos no instrumento *MISSCARE*.

Kalisch (2015) em revisão dos estudos que utilizaram o instrumento *MISSCARE* original afirma que, embora as razões para a omissão sejam diferentes

entre os países, a inadequação de pessoal foi a razão mais citada pelos profissionais de enfermagem entre os países mencionados, confirmando os resultados deste estudo no Brasil.

Na Austrália, estudos realizados com enfermeiros e obstetrizas, membros da *Australian Nursing and Midwifery Federation-South Australian Branch* (ANMF-SA), ampliaram a investigação do fenômeno, explorando as razões para a omissão do cuidado nos turnos de trabalho matutino e vespertino e as percepções pessoais dos profissionais (BLACKMAN et al., 2015; VERRAL et al., 2014). Para isso, os pesquisadores fizeram pequenas modificações no instrumento original e incluíram a questão aberta: “Existe mais alguma coisa que você gostaria de dizer sobre a omissão do cuidado?”. A coleta de dados foi realizada entre novembro e dezembro de 2012 e o convite para participação foi feito inicialmente para 10% dos membros da ANMF-AS por meio de um *e-mail* com informações para acesso à pesquisa *online*. Posteriormente, o convite foi expandido por meio de *newsletter* enviada a todos os membros. Houve a participação de 354 profissionais, mas somente 289 responderam a todos os itens da pesquisa. A maioria era do sexo feminino, com idade acima de 45 anos e com mais de cinco anos de experiência, empregados em hospitais públicos metropolitanos e trabalhavam mais de 30 horas por semana. As principais áreas de prática assistencial eram enfermarias de clínica médica ou cirúrgica. Foram identificadas oito variáveis preditoras da omissão do cuidado: turno de trabalho vespertino, alocação de recursos para a enfermagem (inadequação), comunicação entre os profissionais da saúde (tensão), intensidade da carga de trabalho (especialmente relacionada à distribuição não balanceada de pacientes e insuficiência de pessoal auxiliar), falta de previsibilidade da carga de trabalho (demandas ou situações de urgência, juntamente com grande quantidade de admissões e altas e falta de pessoal), satisfação dos profissionais com o trabalho atual e a intenção de continuar no emprego. Profissionais do período matutino e com intenção de permanecerem no emprego atual reportaram menor frequência de omissão dos cuidados em relação aos do período vespertino e com intenção de deixar os seus empregos (BLACKMAN et al., 2015). A análise qualitativa das 843 respostas à questão aberta identificou três razões principais para a omissão dos cuidados: diferentes demandas na assistência aos pacientes que competem entre si e reduzem o tempo disponível para o cuidado direto; métodos ineficazes para determinar os níveis de qualificação dos profissionais que são necessários na

assistência (número de horas de enfermagem/paciente dia) e número inadequado de profissionais com diferentes competências para o cuidado (poucos profissionais com experiência e enfermeiros sendo substituídos por auxiliares/assistentes de enfermagem) (VERRAL et al., 2014).

Em outro estudo desenvolvido na Austrália (BLACKMAN et al., 2015) com 4.431 membros da *New South Wales Nurses and Midwives's Association* (NSWNMA), os pesquisadores utilizaram o mesmo instrumento do estudo anterior e adicionaram questões para identificar a omissão do cuidado nos três turnos de trabalho. Os dados foram coletados entre novembro de 2014 e fevereiro de 2015 por meio da *Survey Monkey*. O recrutamento dos participantes ocorreu por meio da NSWNMA que enviou convite por *e-mail* aos membros que atuavam em unidades de internação de hospitais públicos, privados e instituições de longa permanência para idosos. Quanto aos resultados, 3.486 profissionais responderam todos os itens da pesquisa. Desses, 90% eram do sexo feminino, 65% tinham mais de 45 anos de idade, 74% trabalhavam em hospitais públicos. A idade e tempo de experiência dos profissionais teve influência significativa na frequência dos cuidados omitidos no plantão noturno.

A análise qualitativa das respostas de 947 participantes à questão aberta, evidenciou que, no contexto australiano estudado, as questões relacionadas ao pessoal e à intensificação do trabalho contribuem para a omissão do cuidado. Participantes de diferentes instituições afirmaram que o cuidado requerido por pacientes idosos, com necessidades assistenciais complexas e múltiplas comorbidades, aumentavam o volume e a complexidade da carga de trabalho. Apontaram a insuficiência de pessoal como o principal problema para a sobrecarga de trabalho.

Willis et al. (2014), ao discutirem os resultados das investigações realizadas na Austrália, afirmam que as razões para a omissão dos cuidados de enfermagem são complexas. Apresentam que não somente os problemas de níveis diferentes de pessoal de enfermagem devem ser considerados como relevantes, mas, também, a dinâmica entre problemas de comunicação interdisciplinar, falta de pessoal auxiliar e administrativo, especialmente em períodos fora do horário de pico e escassez de recursos materiais. Relatam que, como consequência, os enfermeiros gastam mais tempo que seria para o cuidado de enfermagem realizando o trabalho do pessoal administrativo ou dos auxiliares de enfermagem que estão em menor

número fora dos horários de pico, o que implica na não realização de certos cuidados. Enfatizam que, também, o tempo dispendido para repor equipamentos que não funcionam, buscar ou procurar equipamentos ou outros recursos necessários para o cuidado, em outras unidades de internação, causa impacto na intensificação do trabalho do enfermeiro e na omissão do cuidado.

Nessa mesma perspectiva, Chan, Jones e Wong (2013), em estudo qualitativo cujo objetivo foi explorar como o tempo é vivenciado no cotidiano de trabalho de enfermeiros em Hong Kong, identificaram, a partir de entrevistas aprofundadas, que a falta de tempo e a pressão do trabalho restringiam o tempo disponível para os enfermeiros conhecerem os pacientes e suas famílias. Um dos participantes descreveu que a familiaridade com tarefas repetitivas levava “ao hábito de fazer” sem refletir e que as demandas temporais podem também levar à “rotinização” do trabalho, cuja prática faz com que as necessidades individuais dos pacientes sejam negligenciadas. O cuidado nesse contexto, *time-pressure* torna-se uma rotina, com consequências danosas na qualidade do cuidado e segurança do paciente. Houve, ainda, a descrição de como as prioridades são formadas pela expectativa de que enfermeiros deveriam garantir que seus colegas não fossem sobrecarregados pelo trabalho inacabado. Segundo os autores, isso resulta na categorização de algumas áreas do trabalho da enfermagem como “triviais” (como, por exemplo, conversar com pacientes) e outras como mais importantes.

Outro aspecto das narrativas do estudo em Hong Kong foi a descrição de situações como o aumento do número de “assistentes de cuidados de saúde”, resultando na diminuição da quantidade de cuidado prestado por enfermeiros qualificados. A duplicação e a fragmentação da documentação foram também citadas como fatores que propiciam menor quantidade de tempo para o cuidado individualizado ao paciente (CHAN; JONES; WONG, 2013).

Kalisch (2015), em publicação onde integrou os resultados dos estudos sobre o *MISSCARE*, realizados no contexto norte-americano, afirmou que, na análise da pesquisa realizada em 14 hospitais, as razões para a omissão explicaram somente 9,4% da variância da omissão, indicando que o instrumento *MISSCARE* original não captura todas as razões pelas quais o pessoal de enfermagem não realiza o cuidado. Por isso, foi conduzido um novo estudo qualitativo nos EUA, onde foram entrevistados mais de 50 profissionais de enfermagem norte-americanos, a fim de investigar outras razões para a omissão do cuidado. Os resultados indicaram

razões adicionais: (1) interrupções, multitarefas; (2) fadiga e exaustão física; (3) viés cognitivo; (4) falta de envolvimento do paciente e família; (5) falta de recursos humanos; (6) questões relacionadas à liderança; (7) estresse moral e fadiga da compaixão; (8) sobrecarga relacionada à documentação; (9) ampla proporção de novos enfermeiros na unidade e (10) complacência.

Essas novas razões presentes na realidade norte-americana demonstram a relevância do estudo qualitativo conduzido nesta pesquisa que, por meio de entrevistas grupais, identificou 11 novas explicações para a omissão dos cuidados de enfermagem que foram incorporadas ao instrumento original compondo o *MISSCARE-BRASIL*.

No que diz respeito ao fator relacionado aos recursos laborais, no instrumento *MISSCARE-BRASIL*, foram incluídos três novos itens: “Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional”, “Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde (o que impede que desempenhem as funções para as quais foram contratados)”, e “O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência”.

Segundo Kalisch (2015), fadiga e exaustão devido às longas horas de trabalho, plantões rotativos, horas extras obrigatórias, mais de um vínculo empregatício e presença de profissionais de enfermagem inexperientes levam às omissões dos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros norte-americanos entrevistados disseram, de acordo com a autora, que, quando cansados e exaustos, percebem-se “pulando” o cuidado. Autores afirmam que os riscos para os profissionais incluem privação do sono, má recuperação após o trabalho, diminuição do funcionamento fisiológico e cognitivo, doenças e resultados adversos (STIMPFEL; SLOANE; AIKEN, 2012).

Mauro et al. (2010), ao avaliarem as condições de trabalho de 296 profissionais de enfermagem de um hospital universitário do Rio de Janeiro, verificaram que cerca de metade (47%) dos trabalhadores apresentou mais de um vínculo empregatício. Segundo os autores, tal fato explica o sofrimento diante da sobrecarga de trabalho do profissional.

Coronetti et al. (2006) investigaram o estresse vivenciado pela equipe de enfermagem de duas instituições públicas do Estado de Santa Catarina e, com base nas respostas dos sujeitos, o excesso de trabalho foi relacionado à falta de pessoal,

à sobrecarga de tarefas e à pouca experiência profissional. O depoimento dos entrevistados evidenciou, ainda, que a inadequação de recursos humanos favorece o estresse físico e mental devido às maiores exigências físicas e emocionais.

Silva e Juliani (2012) pesquisaram a relação entre a jornada de trabalho de enfermagem (6 e 12 horas) e os indicadores hospitalares de um hospital de ensino brasileiro. Os resultados mostraram que houve aumento de 126% no número de quedas e 27, 6% nos óbitos quando adotados os plantões de 12 horas. Houve diminuição dos índices de quedas, óbitos e da média de permanência hospitalar quando a instituição adotava jornadas de 6 horas.

Diante das atuais pressões e exigências para o aumento da produtividade e diminuição de custos, o presenteísmo apresenta-se como um elemento negativo e prejudicial ao desempenho econômico das instituições (UMANN; GUIDO; SILVA, 2014). Revisão integrativa sobre o presenteísmo na enfermagem constatou a escassez de estudos nacionais e internacionais sobre o tema. No entanto, os autores salientam que esses “poucos” estudos revelam a ligação do problema às más condições de saúde e trabalho dos profissionais, situação que retrata a realidade dos profissionais de enfermagem do Brasil, comprometendo, de modo significativo, o cuidado prestado ao paciente (PASCHOALIN; GRIEP, LISBOA, 2012). Nesse contexto, Umann, Guido e Grazziano (2012) conduziram pesquisa com 129 enfermeiros do Hospital Universitário de Santa Maria, e os resultados evidenciaram que 75% dos enfermeiros apresentaram perda de produtividade. A maior restrição relacionou-se às limitações de ordem física (25%). Outros autores afirmam que o presenteísmo favorece risco significativo para a assistência ao paciente devido à reduzida produtividade do trabalhador e à tensão adicional gerada na equipe, devido à diminuição da capacidade no trabalho (HARVEY et al., 2015).

Em relação aos recursos materiais, foi incluído o item: “A planta física da unidade/setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes”. Esse item foi gerado a partir da verbalização, pelos integrantes dos grupos focais, das dificuldades de prestação de assistência, vigilância e monitorização de pacientes acomodados em leitos geograficamente distantes da equipe de enfermagem.

Pesquisa realizada em um hospital universitário público do Estado do Paraná corrobora essa percepção dos participantes do estudo. O objetivo foi analisar a opinião dos pacientes quanto aos cuidados de enfermagem e identificou-

se que os mesmos evidenciaram deficiência nos atendimentos das suas necessidades emocionais, espirituais, sociais e eliminação. Em oficinas realizadas com enfermeiros do hospital, para discussão dos resultados do estudo, os problemas mencionados pelos pacientes foram explicados pelos profissionais como decorrentes da escassez de profissionais de enfermagem e também pela estrutura física inadequada do setor de internação, cuja área de serviços encontra-se distante das enfermarias (HADDAD; ÉVORA, 2008).

Outro estudo realizado em uma UTI adulto, de um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo, utilizou o NAS (*Nursing Activities Score*), para medir a carga de trabalho da enfermagem, identificando-se que os pacientes, cujos leitos eram geograficamente distantes da estrutura física dos postos de enfermagem e destinados a indivíduos em isolamento receberam maior pontuação (maior carga de trabalho), pois requeriam mais cuidados e mais horas de enfermagem (PANUNTO; GUIARDELLO, 2012).

Duarte et al. (2015), ao pesquisarem sobre erros ocorridos no centro de terapia intensiva de um hospital geral federal, discorreram sobre os problemas e danos decorrentes da falta de vigilância dos pacientes, quando os leitos não podem ser diretamente visualizados do posto de enfermagem. Tais fatos confirmam os achados deste estudo. A arquitetura e a engenharia contribuem, portanto, para a segurança dos pacientes, à medida que analisam a vinculação da estrutura física aos processos críticos (ROSA; MENEZES, 2015).

Outro item acrescentado ao instrumento, como uma das razões para a não realização dos cuidados de enfermagem, foi: “Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados”. Esse item foi incluído no fator comunicação.

Nessa direção, Guerrero, Beccaria e Trevisan (2008) investigaram o contexto de desenvolvimento e a utilização de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para o desempenho do cuidado pela equipe de enfermagem em três hospitais do interior de São Paulo. Identificaram que as instituições tinham os POPs e que todos os participantes da pesquisa possuíam conhecimento da existência dos mesmos em seu setor de trabalho, no entanto, manifestavam obstáculos à sua utilização no trabalho como tempo escasso, dificuldade de compreensão, procedimentos desatualizados e divulgação deficiente.

A percepção da necessidade de padronização de condutas para realização do cuidado também foi encontrada em estudo qualitativo realizado em um

hospital privado do Rio Grande do Sul, no qual o objetivo era conhecer as percepções de enfermeiros acerca dos eventos adversos na assistência de enfermagem. Os participantes da pesquisa apontaram a implantação de protocolos como uma das ações para prevenção e redução de eventos adversos e, portanto, como meio para tornar as ações dos profissionais de saúde mais seguras (AOZANE, 2016).

Outras três razões, para a não realização do cuidado, citadas pelos participantes da pesquisa, abordaram aspectos éticos e foram incorporados ao instrumento adaptado, como itens do fator “Dimensão ética”: “O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição”, “O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego” público e “O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)” .

As questões que envolvem a segurança do paciente e redução de erros levantam várias preocupações éticas. Essas questões incluem redução e prevenção de riscos e promoção do bem-estar dos pacientes, dizer a verdade, honestidade e integridade, manter a confiança do paciente, com respeito à sua autonomia e responsabilidade profissional e prestação de contas. Prática ética ocorre quando profissionais de enfermagem utilizam seus códigos de ética como guias para seu comportamento - com pacientes, familiares e colegas de profissão. Embora muitas falhas possam não ser eliminadas, podem ser reduzidas e os resultados assistenciais melhorados (ERLEN, 2007).

Os resultados qualitativos dos estudos, realizados no contexto australiano, também evidenciaram que a atitude do pessoal de enfermagem relacionada à omissão do cuidado foi alvo de preocupação dos profissionais. Participantes associaram a omissão do cuidado de enfermagem com atitudes inadequadas e preguiça. A omissão foi também atribuída à atuação de enfermeiros menos experientes ou pessoal de enfermagem sem qualificação ampliada para a prática. Houve relatos de outras tarefas percebidas como omitidas, como avaliação e reconhecimento de riscos tais como quedas e delírios. A omissão do cuidado foi vista ainda como um fenômeno que leva a precários resultados assistenciais, insatisfação do paciente, contribuindo para horas extras não pagas e atritos da equipe (BLACKMAN et al., 2015).

No contexto nacional, em pesquisa qualitativa sobre a postura dos

profissionais de enfermagem, diante das responsabilidades no cuidado aos pacientes, Cecere, Silveira, Duarte e Fernandes (2010) notaram que os profissionais não apresentam critérios definidos acerca das atividades e decisões a serem tomadas diante das necessidades do cuidado. Identificaram em sua pesquisa que os trabalhadores demoraram, em média, de quatro a 30 minutos para atender à chamada dos pacientes ou familiares, tempo esse sem relevância para trabalhadores atarefados, mas com um significado de “eternidade” para os pacientes. Em períodos de escassez de funcionários, notou-se uma combinação entre os profissionais, relacionada à priorização da administração medicamentosa e aferição de sinais vitais em detrimento de outras atividades. Adicionalmente, os participantes mencionaram o descontentamento com a própria atuação e a ausência de compromisso por parte de alguns membros da equipe de enfermagem. Apontaram, ainda, a escolha inadequada da profissão como um possível fator pessoal e uma das causas da falta de compromisso e de identificação com a profissão.

Em estudo retrospectivo e exploratório descreveram-se as ocorrências éticas envolvendo profissionais de enfermagem afiliados ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). A maioria das ocorrências envolveu auxiliares de enfermagem, sendo as mais evidenciadas: as iatrogenias por omissão (22,6%), iatrogenias por erro na administração de medicamentos (22,1%) e crimes ou contravenções penais (18%). O estudo destaca que, do total das ocorrências, 65,2% foram relacionadas a questões procedimentais, categorizadas como imperícia, imprudência e administração de dieta enteral via parenteral (iatrogenia de ação) e erros na administração de medicamentos e hemoderivados. E 34,8% das ocorrências caracterizaram-se por questões atitudinais que envolveram, dentre outros elementos, abandono de plantão, inobservância do sigilo profissional, inobservância ao direito de autonomia, maus-tratos, exercício ilegal da profissão, abandono de pacientes, racismo, assédio sexual, agressão física e verbal, assédio moral e atos de insubordinação com a equipe (MATTOZINHO; FREITAS, 2015).

Outras razões para a omissão do cuidado identificadas na primeira fase da pesquisa compuseram, no *MISSCARE-BRASIL*, o fator “Estilo de gerenciamento/liderança institucional”, com os itens: “Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe”, “Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento,

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

Um recente estudo qualitativo e exploratório, realizado no centro de terapia intensiva de um hospital público federal, identificou, por meio de entrevistas individuais e observação de 13 enfermeiros e 23 auxiliares de enfermagem, queixas referentes à falta de treinamento e capacitação profissional, deficiências no estabelecimento de normas e rotinas institucionais e na definição dos papéis de cada categoria profissional e falta de comprometimento dos profissionais de enfermagem, com consequentes prejuízos assistenciais. Adicionalmente, os autores afirmam que as falhas na comunicação multiprofissional, utilização e manutenção inadequada de equipamentos, ausência de normas e rotinas institucionais, deficiências nos recursos humanos e materiais associam-se ao gerenciamento dos recursos humanos, materiais e estruturais, sem o qual torna-se impossível garantir uma assistência segura e de qualidade (DUARTE et al., 2015).

Haddad e Évora (2008) apontaram, a partir da análise da opinião de pacientes em seu estudo, que a equipe de enfermagem apresentou dificuldades na prestação de cuidados referentes às necessidades de eliminação dos pacientes, caracterizadas pelo atraso no oferecimento de “comadres” e “papagaios”, quando solicitados, bem como na realização de higiene íntima logo após cada eliminação. Os pesquisadores observaram, diante disso, a necessidade de maior supervisão, afirmando tratar-se de procedimentos que podem não ser adequadamente realizados pelos profissionais por causarem sensações desagradáveis nos mesmos.

Considerando as questões relacionadas à liderança e à gestão, Kalisch (2015) afirma que a situação mais preocupante é a gestão inadequada do desempenho dos membros da equipe “não produtivos”: o pessoal de enfermagem que não desempenha adequadamente suas atividades e não é aconselhado ou advertido. Consequentemente, tais profissionais continuam a atuar da mesma maneira que têm trabalhado, mesmo omitindo elementos essenciais dos cuidados de enfermagem. Outro problema mencionado pela autora é o não reconhecimento e valorização do trabalho dos bons profissionais. Esses sentem que não são valorizados por seus líderes e temem serem responsabilizados por “coisas” que podem dar errado.

Em investigação realizada em um hospital do Chile identificou-se, pelo método da análise da causa raiz, que um gerenciamento deficiente pode gerar

eventos adversos. Especificamente nos casos relacionados às omissões na administração medicamentosa, os fatores contribuintes foram relacionados ao déficit no cumprimento de normas institucionais para manejo e administração de medicamentos, à falta de supervisão e inexperiência profissional. Os autores salientaram que deficiências na supervisão da assistência de enfermagem e inexperiência profissional são fatores críticos em todos os aspectos da segurança do paciente (TOFFOLETTO; RUIZ, 2013).

Estudo de abordagem qualitativa, realizado em um hospital de urgência de Aracajú, identificou que 60% dos enfermeiros participantes não consideravam suas equipes motivadas. Indicaram a sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento do trabalho por parte dos gestores, mau relacionamento entre profissionais assistenciais e gerentes de enfermagem como fatores causais da desmotivação. O componente salarial também foi apontado como forma de reconhecimento do trabalho (BEZERRA et al., 2010).

Em outros países, os cuidados de enfermagem omitidos/não realizados e os fatores relacionados à omissão têm sido investigados por pesquisadores utilizando conceitos similares ao *MISSCARE*, investigado por Kalisch e colaboradores e neste estudo. Os conceitos utilizados referem-se aos cuidados de enfermagem não finalizados (*unfinished care*), cuidados de enfermagem racionados (*rationed care*) e cuidados deixados sem fazer ou inacabados (*care left undone*). Apesar das diferenças nas definições conceituais, esses três conceitos representam tentativas de compreender quais atividades são parcialmente realizadas ou totalmente omitidas quando existe diminuição dos recursos necessários para a prática de qualidade.

Segundo Kalisch (2015), já em 2004, Sochalski havia identificado a relação entre características do pessoal de enfermagem e a qualidade do cuidado, mostrando que a qualidade estava significativamente relacionada às taxas de cuidados de enfermagem não finalizados (*unfinished care*). A autora, utilizando dados secundários de uma pesquisa de 1999, com 8.670 enfermeiros de hospitais da Pensilvânia, nos Estados Unidos, examinou, por meio da regressão multivariada, a variação da percepção dos enfermeiros sobre a qualidade do cuidado de enfermagem e os efeitos nessa avaliação, da proporção enfermeiro/paciente (carga de trabalho), problemas de segurança do paciente (erros de medicação e quedas de pacientes com lesões) e cuidados de enfermagem não finalizados (número de ações

de enfermagem que não foram feitos no último plantão devido à falta de tempo). Alguns itens do instrumento utilizado na pesquisa relatada por Sochalski também foram utilizados no *MISSCARE* como elementos do cuidado não realizado: ensino ao paciente, apoio emocional, higiene oral e da pele, documentação dos problemas e intervenções com o paciente e planejamento para a alta. A qualidade do cuidado de enfermagem foi avaliada pela questão: em geral, como você descreveria a qualidade do cuidado de enfermagem prestada aos pacientes de sua unidade no seu último plantão? As respostas categóricas incluíam: pobre, regular, boa, excelente. Quanto à carga de trabalho, foi pedido aos enfermeiros que informassem o número de pacientes para os quais prestaram cuidados diretos no último plantão, sendo esperada a proporção de 1 enfermeiro/20 pacientes nas unidades de internação e entre 1 e 6 pacientes por enfermeiro em unidades de terapia intensiva. Dois itens do instrumento avaliavam problemas de segurança do paciente, mensurando, em uma escala de quatro pontos, de nunca a frequentemente, com qual frequência no ano anterior problemas de erros de medicação (erro de medicamento ou de dose) ou quedas com lesão corporal haviam ocorrido com pacientes sob seus cuidados profissionais. Os resultados indicaram que os enfermeiros cuidavam, em média, de 5,3 pacientes e que, ao final do plantão, deixavam, em média, 2,1 tarefas sem finalizar. A média de problemas de erros de medicação e quedas para os dois indicadores agregados foi de 3,1. Um quarto dos participantes reportaram que a qualidade do cuidado era excelente e 20% que era regular ou pobre. Cada uma das variáveis teve um relacionamento linear com a qualidade do cuidado e a avaliação da qualidade do cuidado estava relacionada tanto com os indicadores da estrutura quanto com do processo de cuidar (cuidados não realizados e problemas de segurança do paciente). E 40% da variação na avaliação do cuidado estava associada com o número de tarefas não finalizadas o que sugere que as intervenções clínicas que compõem o processo de cuidado, quando não realizadas, comprometem a qualidade do cuidado o que pode ser utilizado como um indicador desse processo (SOCHALSKI, 2004).

Em pesquisa colaborativa, desenvolvida na Suíça por enfermeiros suíços e enfermeiros norte-americanos da Universidade da Pensilvânia, investigou-se a racionalização do cuidado de enfermagem (*rationed care*), medindo níveis de racionamento implícito do cuidado de enfermagem em oito hospitais suíços para cuidados agudos e explorando a associação com determinados indicadores de

resultados para os pacientes. A coleta de dados para o estudo transversal foi feita no período de 11 meses, entre 2003 e 2004 em oito hospitais, com 1.338 enfermeiros de 118 unidades de internação de clínica médica, cirúrgica e ginecológica. Para medir a racionamento do cuidado de enfermagem desenvolveram e validaram um instrumento (BERNCA), com 20 itens, onde era perguntado aos enfermeiros com qual frequência não tinham sido capazes de realizar cuidados básicos de enfermagem nos últimos sete dias trabalhados, devido à inadequação de tempo, número de profissionais e/ou níveis de pessoal com e sem qualificação. As respostas em uma escala tipo Likert de quatro pontos variava de 0 (nunca) a 3 (frequentemente). Para medir a qualidade do ambiente da prática, utilizaram o instrumento *Nurse Work Environment Index-Revised*, por meio do qual deveriam responder se concordavam ou discordavam que certos elementos específicos estavam presentes em seu local de trabalho. Os indicadores de qualidade utilizados como variáveis dependentes foram: satisfação do paciente, erros de administração de medicamentos, quedas de pacientes, infecções nosocomiais, úlceras por pressão e os incidentes críticos envolvendo pacientes no ano anterior que poderiam ser prevenidos pelo uso de medidas apropriadas. Os resultados indicaram que, embora os enfermeiros tenham relatado baixos níveis de não realização da assistência, esses foram preditores dos seis indicadores de resultados para os pacientes (SCHUBERT et al., 2008).

Sermeus et al. (2011) apresentaram as características e a metodologia de um grande estudo sobre a força de trabalho em enfermagem, desenvolvido entre 2009 e 2011, em 12 países da Europa, para explorar fatores do ambiente hospitalar e qualificação do profissional que exercem impacto no recrutamento e retenção dos enfermeiros assim como nos indicadores de resultados para o paciente. O projeto intitulado RN4CAST contou com a participação de, pelo menos, 30 hospitais em cada país. Para medir os fatores do ambiente de trabalho, utilizaram o instrumento *Practice Environment Scale of the Nursing Index* (PES-NWI), composto por 32 questões mensuradas em uma escala de quatro pontos, de discorda fortemente (1) a concorda fortemente (4). As cinco dimensões do instrumento são: participação dos enfermeiros nas políticas hospitalares, fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros, adequação dos recursos humanos e materiais e relação colegial entre médicos e enfermeiros. Os escores da escala podem ser utilizados como uma

variável contínua ou categórica, indicando ambiente favorável, misto ou desfavorável. Outra variável investigada no estudo RN4CAST foi o *burnout*, fator que tem efeitos negativos na satisfação do enfermeiro com o trabalho.

Ball et al. (2014) por meio de estudo transversal, utilizando a metodologia do projeto RN4CAST, investigaram a natureza e a prevalência do “cuidado não realizado ou inacabado” (*care left undone*) pelos enfermeiros em uma amostra estratificada de 64 hospitais do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. Também investigaram o relacionamento entre número de pessoal e a prevalência e tipo de cuidado não realizado e se havia associação entre cuidado não realizado e a percepção da qualidade do cuidado e o clima de segurança do paciente na unidade. Definiram o cuidado não realizado como cuidado que é necessário, sob o ponto de vista do profissional, mas deixado sem fazer (*left undone*) devido à falta de tempo dos enfermeiros. Para a mensuração dessa variável, os profissionais identificavam na questão quais ações necessárias ao cuidado haviam deixado sem fazer por falta de tempo. As ações selecionadas foram embasadas em componentes centrais do trabalho de enfermagem e no instrumento utilizado no estudo de Schubert et al. (2008) e incluíam: vigilância adequada ao paciente, documentação do cuidado de enfermagem, administração de medicamentos no horário, conforto/atenção ao paciente, desenvolvimento e atualização do plano de cuidados, educação do paciente e família, mudança frequente do posicionamento do paciente, higiene oral, manejo da dor, planejamento do cuidado, preparo do paciente e familiares para a alta, cuidados com a pele e realização de tratamentos e procedimentos. A maioria dos enfermeiros (86%) reportou que, no último turno de trabalho, um ou mais cuidado foi deixado sem fazer por falta de tempo, sendo mais frequente conforto/atenção ao paciente (66%), educação do paciente (52%) e desenvolvimento e atualização do plano de cuidados (47%). O número de pacientes por enfermeiro foi associado à incidência de cuidado não realizado ($p < 0,001$) e a média de cuidados deixados sem fazer (7,8) em unidades que “falhavam” em relação ao clima de segurança do paciente era maior do que a média (2,4) das avaliadas como “excelente” ($p < 0,001$).

Na Suécia, os fatores associados ao “cuidado não realizado” foram investigados usando também a metodologia do projeto RN4CAST, em estudo transversal com enfermeiros de unidades de clínica médica e cirúrgica de hospitais para cuidados agudos (BALL et al., 2016). O estudo realizado em 2010 confirmou os

resultados obtidos em pesquisas em outros países da Europa sobre a relação encontrada entre “cuidado não realizado” e função do enfermeiro, proporção de enfermeiros por paciente e ambiente da prática. Pelo menos um (média 2,9) dos 13 cuidados de enfermagem da lista de cuidados básicos não foi realizado por 75% dos enfermeiros no último turno em que trabalharam. As ações que com maior frequência não foram realizadas incluíram: conforto/apoio ao paciente (46%), desenvolvimento e atualização do plano de cuidados (34%) e higiene oral (31%). O estudo identificou, ainda, que nos plantões matutino e vespertino maior frequência de cuidados necessários eram omitidos do que no plantão noturno.

Ausserhofer et al. (2014) apresentaram os resultados da pesquisa transversal realizada entre 2009 e 2010, com 33.659 enfermeiros de 488 hospitais de 12 países da Europa, participantes do projeto RN4CAST. No contexto estudado, os enfermeiros tiveram uma média de 3,6 (DP=1,2) de cuidados de enfermagem não realizados. As maiores frequências de omissões foram nas ações para conforto/atenção aos pacientes (53%), desenvolvimento ou atualização de planos de cuidados de enfermagem (42%), educação de pacientes e famílias (41%) e higiene oral (34%). As ações de enfermagem menos omitidas foram relacionadas às necessidades fisiológicas imediatas dos pacientes, administração de medicamentos no horário e a vigilância e monitoramento de suas condições. Nos hospitais com ambiente de trabalho mais favorável, menor proporção entre enfermeiros/pacientes, menor proporção de enfermeiros realizando atividades que não eram da enfermagem (e que poderiam ser desempenhadas por outros funcionários e removidas da responsabilidade do enfermeiro); menor número de enfermeiros reportaram ter deixado “cuidado de enfermagem não realizado”. Segundo os autores, o padrão similar encontrado entre os hospitais de cuidado de enfermagem não realizados, sugere que os enfermeiros desenvolvem hierarquias informais de tarefas a serem realizadas para facilitar decisões importantes sobre a assistência ao paciente. Destacaram ainda que, apesar das evidências demonstrarem que o aumento do número de enfermeiros com bacharelado está relacionado à diminuição das taxas de mortalidade e à redução do número de eventos adversos e tempo de internação, a situação política e econômica dos países da Europa torna difícil alcançar a meta, e em vários países existe redução dos profissionais nos hospitais. Assim, os enfermeiros encontram vários obstáculos para prover todos os cuidados necessários para os pacientes que, por sua vez, podem se tornar vulneráveis à falta

de atendimento de suas necessidades educacionais e psicológica.

Nesse sentido, os resultados deste estudo e dos demais que focalizaram a omissão dos cuidados mostram que é um fenômeno global, e chamam a atenção para a importância de um modelo explicativo dos erros centrados no sistema, cujas deficiências são geradas pela combinação entre falhas ativas (omissões, distrações, não cumprimento de normas, erros e esquecimentos) e condições latentes, como sobrecarga de trabalho, indefinição de tarefas, supervisão insuficiente, falhas de comunicação, recursos obsoletos, manutenção incorreta das instalações, reduzida padronização dos processos, formação profissional deficiente, pressão assistencial, tecnologia deficiente entre outros (COMETTO et al., 2011).

Assim, torna-se necessário estabelecer nos hospitais cultura de segurança, onde um dos componentes é uma “cultura justa”, onde há o consenso entre as pessoas quanto aos comportamentos aceitáveis e os inaceitáveis. As falhas existentes, ativas e latentes podem colaborar na causalidade de eventos adversos, má prática ou descuido dos profissionais, atos inseguros ou omissões, assim como em comportamentos inseguros ou de risco por parte dos pacientes (REIS, 2012).

No Brasil não foi localizado estudo que tenha investigado a omissão ou não realização de cuidados e sua relação com o ambiente da prática. Entretanto, Panunto (2012) avaliou as características do ambiente da prática profissional dos enfermeiros e sua relação com o *burnout*, percepção da qualidade do cuidado, satisfação no trabalho e a intenção de deixar o emprego nos próximos doze meses. O estudo, de natureza transversal, foi desenvolvido com uma amostra de 129 enfermeiros de unidades de terapia intensiva de adulto de uma região do interior do Estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012, por meio da aplicação de três instrumentos autorrespondidos: uma ficha de caracterização pessoal, profissional e do ambiente de trabalho, a versão brasileira resumida do *Nursing Work Index – Revised* (NWI-R) e o Inventário de Burnout de Maslach (IBM). O período de coleta ocorreu de 24 de novembro de 2011 a 31 de janeiro de 2012. O NWI-R tem por objetivo mensurar a presença de determinadas características do ambiente de trabalho que contribuem para a prática profissional do enfermeiro e foi traduzido e adaptado para a cultura brasileira. O NWI-R foi proposto com 57 itens, distribuídos conceitualmente em quatro subescalas: autonomia, relação entre médicos e enfermeiros, controle sobre o ambiente e suporte organizacional. No entanto, os estudos têm utilizado a versão

resumida com 15 itens. O NWI-R foi utilizado na construção da escala *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI). A escala de medida utilizada é do tipo Likert, com a pontuação variando entre 1 e 4 pontos e quanto menor a pontuação maior a presença de atributos positivos à prática desses profissionais. Considera-se que valores abaixo de 2,5 representam ambientes favoráveis à prática profissional e acima de 2,5 pontos ambientes desfavoráveis. O IBM foi validado para a cultura brasileira e tem por objetivo mensurar o desgaste físico e emocional do trabalhador em relação ao seu trabalho. Avalia o *burnout* a partir de três construtos: exaustão emocional, diminuição da realização pessoal e despersonalização. Possui 22 afirmações, cuja pontuação é definida de acordo com a frequência que o profissional vivencia determinadas situações, variando de 1 (nunca) a 5 (sempre). Os autores identificaram que as características do ambiente dos enfermeiros influenciaram a percepção de qualidade do cuidado, a satisfação no trabalho e a intenção de deixar o emprego, quando mediadas pelo sentimento de exaustão emocional. Defenderam que isso significa que possuir autonomia, controle sobre o ambiente e bom relacionamento com os médicos pode, indiretamente, influenciar a percepção dos enfermeiros sobre a qualidade do cuidado, a satisfação profissional e a sua intenção de deixar o emprego. Por outro lado, o enfermeiro com pouca autonomia, pouco controle sobre o ambiente e com piores relações com o médico apresenta maior nível de exaustão emocional, o que pode influenciar negativamente a sua percepção da qualidade do cuidado, satisfação com o trabalho e a sua intenção de deixar o emprego. Os instrumentos de medida utilizados por Panunto (2012) podem ser utilizados no Brasil em estudos de forma a explorar variáveis do contexto organizacional que interferem no processo de cuidar e na omissão dos cuidados.

7 CONCLUSÃO

O instrumento *MISSCARE*, desenvolvido originalmente em inglês, foi culturalmente adaptado e validado em uma amostra de 330 profissionais de enfermagem de um hospital público de ensino universitário, do interior do Estado de São Paulo. A adaptação seguiu as etapas preconizadas na literatura científica nacional e internacional.

A análise das propriedades psicométricas resultou na versão *MISSCARE* para o português brasileiro, composto por três partes: dados gerais, parte A e parte B.

A versão original, adaptada e validada, possui 24 itens na parte A e na versão *MISSCARE-BRASIL* foram incluídos mais quatro itens. A parte B da versão original, adaptada e validada possui 17 itens divididos em três fatores e a versão *MISSCARE-BRASIL* possui 28 itens. Os 11 itens novos foram alocados nos fatores originais: recursos laborais, recursos materiais e comunicação, e em dois novos fatores: dimensão ética e estilo de gerenciamento/liderança institucional.

- A análise fatorial confirmatória demonstrou três fatores na parte B, confirmando a dimensionalidade da versão original do *MISSCARE* em inglês e evidenciou que o modelo ampliado *MISSCARE-BRASIL* se apresenta ajustado de modo regular à estrutura dimensional proposta.
- Os resultados do teste t de Student para igualdade de médias, evidenciou a validade de construto por meio de grupos conhecidos. Constatou-se que os profissionais com maiores níveis de satisfação e os profissionais que não tinham plano de deixar o cargo/função percebiam menos omissão dos cuidados de enfermagem em suas unidades e, conforme hipotetizado, profissionais das unidades fechadas relataram menores níveis de omissão dos cuidados de enfermagem.
- Considerando a validação de construto convergente, a análise dos valores do coeficiente de correlação de Spearman evidenciou uma correlação moderada entre as variáveis “Satisfação com o cargo/função” e “Satisfação com o trabalho em equipe” com as variáveis de omissão do próprio *MISSCARE*. Houve uma correlação

fraca entre a variável “Satisfação com a profissão” e as variáveis de omissão, onde o coeficiente de correlação de Spearman variou de 0,22 a 0,24.

- A confiabilidade teste-reteste foi verificada por meio do Coeficiente de Correlação Intraclass, cujo valor para a parte A foi de 0,73 ($p < 0,001$), considerando os escores médios da omissão do cuidado e, no que se refere ao número de cuidados omitidos (por participante), o ICC apresentou-se igual a 0,70 ($p < 0,001$), tanto para a versão adaptada original quanto para a versão ampliada.
- Os valores das correlações dos fatores da parte B, apresentaram-se de forte magnitude e com diferença estatisticamente significativa, exceto para o fator estilo de gerenciamento/liderança institucional ($ICC = 0,15$; $p = 0,031$). Poucos itens apresentaram confiabilidade baixa ou pequena correlação.
- Ambas as versões do *MISSCARE* e *MISSCARE-BRASIL*, apresentaram valores de alfa de Cronbach maiores que 0,70, considerados aceitáveis para uma boa consistência interna dos itens.

Frente ao exposto, conclui-se que o instrumento *MISSCARE*, tanto em seu modelo original quanto na forma ampliada *MISSCARE-BRASIL*, é instrumento válido e confiável e poderá ser utilizado no país, para investigações em hospitais públicos e de ensino, sobre cuidados de enfermagem não realizados. O instrumento pode ser utilizado ainda, não apenas para a identificação da omissão dos cuidados de enfermagem e suas razões, mas com outros instrumentos que investigam o ambiente de prática (como o *Nursing Work Index - Revised*), visando propor e avaliar estratégias para melhoria dos resultados do trabalho de enfermagem tanto para os pacientes como para os profissionais.

Uma vez que as ações de enfermagem apresentam substancial contribuição para a qualidade da assistência dos serviços de saúde e, portanto, para a segurança dos pacientes, o *MISSCARE* caracteriza-se como instrumento de gestão dos serviços de enfermagem.

Algumas limitações deste estudo devem ser mencionadas, como a coleta de dados ter sido restrita apenas a um hospital público de ensino universitário do Estado de São Paulo. Dessa forma, estudos multicêntricos, com amostras maiores, incluindo profissionais tanto de hospitais públicos quanto privados de outras localidades e até mesmo de outras Regiões do Brasil, precisam ser realizados para explorar o uso do instrumento considerando as diferenças do contexto da prática profissional. Destaca-se, ainda, como limitação, a coleta dos dados por meio do autorrelato, em que a resposta dos participantes pode não ser totalmente verdadeira, pois envolve aspectos negativos da assistência. Isso significa que é possível que alguns participantes não estivessem dispostos a indicar a presença da omissão do cuidado, apesar da cuidadosa atenção dada ao anonimato. Contudo, os custos elevados da observação direta de um grande número de profissionais de enfermagem limitaram o desenho metodológico e a ampliação da coleta de outras informações. Sugere-se que outros estudos sejam realizados com multimétodos.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, DF, 2013. (Série Segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde)

ALEXANDRE, N. M. C. et al. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 3, p. 802-809, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/fen/article/view/20776/15507>>. Acesso em: 26 set. 2014.

AOZANE, F. et al. Percepções de enfermeiros de um hospital privado sobre eventos adversos na assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 2, p. 379-386, fev. 2016.

AUSSERHOFER, D. et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 23, n. 2, p. 126-135, Feb. 2014.

BALL, J. E. et al. 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 23, n. 2, p. 116-125, Feb. 2014.

BALL, J. E. et al. A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, 2016. In Press.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BEZERRA, F. D. et al. Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 33-37, jan./fev. 2010.

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

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

BLACKMAN, I. et al. **After hours nurse staffing, work intensity and quality of care: missed care study: New South Wales public and private sectors. Final report to the New South Wales Nurses and Midwives' Association**. Adelaide: Flinders University, 2015.

BRAGADÓTTIR, H. et al. Translation and psychometric testing of the Icelandic version of the MISSCARE Survey. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockholm, v. 29, n. 3, p. 563-572, Sep. 2015.

BRASIL. Governo Federal. Portal Brasil. **Profissionais de saúde recebem orientações sobre segurança do paciente**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/04/hospitais-conhecem-programa-de-seguranca-ao-ap>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr. 2013. Seção 1, p. 43. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 9 jun. 2016.

BROWNE, M. W.; CUDECK, R. Alternative ways of assessing model fit. In: BOLLEN, K. A.; LONG, J. S. (Ed.). *Testing structural equation models*. Newbury Park: Sage, 1993. p. 136-162.

BURNS, N.; GROVE, S. K. **The practice of nursing research: conduct, critique, & utilization**. 4th ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 2001.

CECERE, D. B. B. et al. Compromisso ético no trabalho da enfermagem no cenário da internação hospitalar. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 46-50, 2010.

CHIANCA, T. C. M. **Falhas de enfermagem no pós-operatório imediato de pacientes cirúrgicos**. *Revista Latino-americana de Enfermagem [online]*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 879-886, nov./dez. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000600008>>. Acesso em: 10 out. 2014.

CHAN, E. A.; JONES, A.; WONG, K. The relationships between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses' work. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 69, n. 9, p. 2020-2029, Sep. 2013.

CHO, S. H. et al. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. **International Nursing Review**, Geneva, v. 62, n. 2, 267-274, Jun. 2015.

COHEN, J. The analysis of variance. In: _____. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1988. chap. 8, p. 273-406.

COHEN, J. **Statistical power analysis for behavioral sciences**. rev. ed. New York: Academic Press, 1977.

COMETTO, M. C. et al. **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington: OPS, 2011.

CORONETTI, A. et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006.

CREMASCO, M. F. et al. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, p. 897-902, 2009. Número especial.

CUMMINGS, S. R.; STEWART, A.; HULLEY, S. B. Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados. In: HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2003.

DEXHEIMER NETO, F. L. et al. Extubação fora do leito: um estudo de viabilidade. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 263-268, 2014.

DEVON, H. A. et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 39, n. 2, p. 155-164, 2007.

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

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

DUARTE, S. C. M. et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1074-1081, nov./dez. 2015.

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

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life**: assessment, analysis, and interpretation. Chichester: John Wiley & Sons, 2007.

FERRER, M. et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **European Respiratory Journal**, Copenhagen, v. 9, n. 6, p. 1160-1166, Jun. 1996.

FLEISS, J. L. **The design and analysis of clinical experiments**. New York: John Wiley & Sons, 1986.

FRIESE, C. R.; KALISCH, B. J.; LEE, K. H. Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. **Cancer Nursing**, New York, v. 36 n. 6, p. E51-E57, Nov./Dec. 2013.

GONDIM, S. M. G. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com a formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 7, n. 2, p. 299-309, jul./dez.2002.

GRUDENS-SCHUCK, N.; ALLEN, L. B.; LARSON, K. **Methodology brief**: focus group fundamentals. Ames: Iowa State University, 2004. Disponível em: <<http://www.extension.iastate.edu/Publications/PM1969B.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

GUERRERO, P. G.; BECCARIA, L. M.; TREVISAN, M. A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 966-972, nov./dez. 2008.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, Dec. 1993.

HADDAD, M. C. L.; ÉVORA, Y. D. M. Qualidade da assistência de enfermagem: a opinião do paciente internado em hospital universitário público. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, p. 45-52, 2008. Suplemento 1.

HARVEY, C. et al. Aberrant work environments, rationed care as system failure or missed care as skills failure? **Journal of Nursing and Health Care**, Singapore, v. 2, n.1, p.72-80, 2015.

HAYWARD, R. A. et al. Sins of omission: getting too little medical care may be the greatest threat to patient safety. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 20, n. 8, p. 686-691, Aug. 2005.

HU, L.; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling: a Multidisciplinary Journal**, Philadelphia, v. 6, n.1, p. 1-55, 1999.

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

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

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

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

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

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

KALISCH, B. J.; TERZIOGLU, F.; DUYGULU, S. The MISSCARE Survey-Turkish: psychometric properties and findings. **Nursing Economics**, Pitman, v. 30, n. 1, p.

29-37, Jan./Feb. 2012.

KALISCH, B. J.; LEE, K. H. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. **Nursing Outlook**, New York, v. 60, n. 5, p. E32-E39, Sep./Oct. 2012.

KALISCH, B. J.; LEE, K. H. Congruence of perceptions among nursing leaders and staff regarding missed nursing care and teamwork. **The Journal of Nursing Administration**, Billerica, v. 42, n. 10, p. 473-477, Oct. 2012.

KALISCH, B. J. et al. Missed nursing care, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the United States. **The Journal of Nursing Administration**, Billerica, v. 43, n. 5, p. 274-279, May 2013.

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

KESZEI, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research**, London, v. 68, n. 4, p. 319-323, Apr. 2010.

KLINE, R. B. **Principles and practice of structural equation modeling**. 3rd ed. The New York: Guilford Press, 2010.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human**: building a safer health system. Washington: National Academy Press, 1999.

MACCALLUM, R. C.; BROWNE, M. W.; SUGAWARA, H. M. Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. **Psychological Methods**, Washington, v. 1, n. 2, p. 130-149, Jun. 1996.

MALVAREZ, S.; RODRIGUES, J. Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales. In: COMETTO, M. C. et al. **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2011. cap. 1, p. 1-18.

MARTINS, I.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 143-149, abr./jun. 2005.

MATTOZINHO, F. C. B.; FREITAS, G. F. Ocorrências éticas de enfermagem no Estado de São Paulo: descrição fática. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 593-600, dez. 2015.

MAURO, M. Y. C et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 13-18, abr./jun. 2010.

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

PAIVA, M. C. M. S. et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 134-138, mar. 2010.

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

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, 2012.

PANUNTO, M. R. **Ambiente da prática profissional da equipe de enfermagem em terapia intensiva**. 2012. 137 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000874859>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

PASCHOALIN, H. C.; GRIEP, R. H.; LISBOA, M. T. L. A produção científica sobre o presenteísmo na enfermagem e suas repercussões no cuidado. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 15, n. 3, p. 306-311, jul./set. 2012.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

PINTO, D. M. et al. Segurança do paciente e a prevenção de lesões cutâneo-mucosas associadas aos dispositivos invasivos nas vias aéreas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 771-778, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

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

PRATES, C. G. Quedas em adultos hospitalizados: incidência e características desses eventos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 74-81, jan./mar. 2014.

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

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 203 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://arca.iciet.fiocruz.br/handle/iciet/7683>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

ROSA, C. D. P.; MENEZES, M. A. J. Avaliação da influência da estrutura física das unidades de internação de clínica médica e cirúrgica de um hospital público do município de São Paulo: proposta para o gerenciamento de risco de quedas. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 55-70, jan./jun. 2015.

ROTHSCHILD, J. M. et al. Recovering from medical errors: the critical care nursing safety net. **Joint Commission Journal on Quality and Safety**, Oakbrook Terrace, v. 32, n. 2, p. 63-72, Feb. 2006.

SANTOS, J. C.; CEOLIM, M. F. Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 810-817, dez. 2009.

SECKEL, M. A. Ask the experts. Does the use a closed suction system help to prevent ventilator-associated pneumonia? **Critical Care Nurse**, Bridgewater, v. 28, n. 1, p. 65-66, Feb. 2008.

SERMEUS, W. et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): rationale, design and methodology. **BMC Nursing**, London, v. 10, n. 6, p. 1-9, Apr. 2011.

SILVA, L. C. P.; JULIANI, C. M. C. M. A interferência da jornada de trabalho na qualidade do serviço: contribuição à gestão de pessoas. **RAS. Revista de administração em saúde**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 11-18, jan./mar. 2012.

SIQUEIRA, L. D. C. **Adaptação cultural e validação inicial do instrumento MISSCARE para o Brasil**: contribuição para o mapeamento de riscos para a segurança do paciente hospitalizado. 2012. 134 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052013-081228/>>. Acesso em: 21 ago. 2014.

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

SCHUBERT, M. et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 20, n. 4, p. 227-237, Aug. 2008.

SOCHALSKI, J. Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. **Medical Care**, Philadelphia, v. 42, p. 67-73, Feb. 2004. Supplement 2.

STIMPFEL, A. W.; SLOANE, D. M.; AIKEN, L. H. The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. **Health Affairs**, Millwood, v. 31, n. 11, p. 2501-2509, Nov. 2012.

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

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

UMANN, J.; GUIDO, L. A.; SILVA, R. M. Estresse, coping e presenteísmo em enfermeiros que assistem pacientes críticos e potencialmente críticos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 891-898, 2014.
UMANN, J.; GUIDO, L. A.; GRAZZIANO, E. S. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2012.

VERRAL, C. et al. Nurses and midwives perceptions of missed nursing care: a South Australian study. **Collegian**, Subiaco, v. 22, n. 4, p. 413-420, Dec. 2015.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 4th ed. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall, 2005.

WILLIS, E. et al. What nurses miss most: international network for the study of rationalized nursing care-multi-study results. In: ANNUAL WORLDWIDE NURSING CONFERENCE, 2, 2014, Singapore. **Proceedings...** Singapore: Global Science and Technology Forum, 2014. Disponível em:
<<https://www.researchgate.net/publication/269226093>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

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

APÊNDICE A – INSTRUMENTO MISSCARE ADAPTADO EM 2012

Informação geral

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

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

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

15. Você planeja deixar seu cargo/função atual?

- 1) _____ nos próximos 6 meses
- 2) _____ no próximo ano
- 3) _____ não tenho planos para este ano

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

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

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

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

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

Por favor, marque uma resposta para cada questão

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

Parte A – Omissão de cuidado de enfermagem

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

	Sempre omitido	Frequentemente omitido	Ocasionalmente omitido	Raramente omitido	Nunca Omitido
1) Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito					
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas					
3) Alimentar o paciente enquanto a refeição ainda está quente					
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos					
5) Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito					
6) Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito					
7) Controle do balanço hídrico – entrada e saída					
8) Documentação completa de todos os dados necessários					
9) Ensino ao paciente sobre a doença, exames clínico-laboratoriais e exames diagnósticos					
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família					
11) Banho/higiene do paciente/cuidados com a pele					
12) Higiene bucal					
13) Higienização das mãos					
14) Planejamento e					

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

Parte B - Razões para a Omissão dos Cuidados de Enfermagem

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

	RAZÃO Significante	RAZÃO Moderada	RAZÃO Pouco Significante	Não é uma RAZÃO para omissão do cuidado
1) Número inadequado de pessoal				
2) Situações de urgência dos pacientes (Ex. a piora da condição de um paciente)				
3) Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes da unidade				
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)				
5) Distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada				
6) Medicamentos não estavam disponíveis quando necessários				
7) Passagem de plantão inadequada do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes				
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência necessária (Ex. fisioterapeuta não faz deambulação do paciente)				
9) Materiais/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 ou problemas de comunicação com outros				

departamentos/setores de apoio				
13) Tensão ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM				
14) Tensão ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA				
15) O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada				
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível				
17) Grande quantidade de admissões e altas				

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (FASE QUALITATIVA)

Eu, Lillian Dias Castilho Siqueira, enfermeira e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (EERP-USP), sob orientação da Prof^a Dr^a Maria Helena Larcher Caliri, venho por meio deste convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada: “Avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento *MISSCARE*”, cujo objetivo é validar para o contexto brasileiro um instrumento que mensura o fenômeno da omissão ou falta de prestação dos cuidados de enfermagem.

Ao concordar em participar da pesquisa, serão realizados dois grupos focais com mais ou menos 8 a 12 profissionais de enfermagem para ser conversado sobre os cuidados de enfermagem que podem não ter sido incluídos no instrumento *MISSCARE*, em data e local a ser combinado, fora do horário de trabalho, no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Unidade de Emergência. Cada grupo durará aproximadamente uma hora e meia, sendo que o primeiro será realizado com enfermeiros e o segundo, com auxiliares e técnicos de enfermagem da UE-HCRP. A reunião do Grupo Focal será gravada e a análise será feita a partir da transcrição desse material que foi gravado. Posteriormente será elaborado um texto no qual não haverá qualquer identificação pessoal.

A questão dos aspectos ou ações não realizadas e causas do cuidado omitido será focada não como opinião pessoal, mas do grupo para o hospital como um todo (e não uma unidade de internação específica).

Caso você concorde em participar, assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e uma via do documento assinada pela pesquisadora ficará com você. Ao assinar esse termo, você estará ciente de que:

- Você não será identificado (a) em momento algum da pesquisa; a sua privacidade e sigilo em participar da pesquisa seja garantida.
- Poderá pedir esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer momento.
- Você tem o direito de indenização, na ocorrência de danos relacionados à pesquisa, pelo pesquisador, instituições envolvidas, nas diferentes fases da pesquisa.
- Estará livre para recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo.
- Não haverá nenhum custo e nem remuneração pela sua participação.
- A pesquisa pode apresentar um risco mínimo de desconforto quanto à possibilidade de constrangimento e para evitar tal desconforto será oferecido apoio emocional aos participantes.
- A pesquisa apresenta como benefício indireto a contribuição para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem no Brasil.
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não, em eventos científicos, na mídia ou similares.

Este projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), que tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa, e pela Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.

Agradeço sua atenção e coloco-me a sua disposição para quaisquer esclarecimentos, pessoalmente, por e-mail ldcsiqueira@usp.br ou pelos telefones (16) 3315-4764; (14) 99697-6579. E ainda: Comitê de Ética em Pesquisa da EERP (16) 3315-3386, que funciona de segunda a sexta, das 8 às 17hs.

Atenciosamente, Lillian Dias Castilho Siqueira

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

Ribeirão Preto, _____, de _____ de 2015.

Assinatura do participante

Profª. Dra Maria Helena Larcher Caliri
Docente – EERP/USP
Av. Bandeirantes, 3900 - RP
Tel: (0xx16) 3315- 4764

Lillian Dias Castilho Siqueira
Doutoranda- EERP/USP
Joaquim Nabuco, 450 – Marília/SP
Tel: (0xx14)3306-9109

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (FASE QUANTITATIVA)

Eu, Lillian Dias Castilho Siqueira, enfermeira e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (EERP-USP), sob orientação da Prof^a Dr^a Maria Helena Larcher Caliri, venho por meio deste convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada: “Avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento *MISSCARE*”, cujo objetivo é validar para o contexto brasileiro um instrumento que mensura o fenômeno da omissão ou falta de prestação dos cuidados de enfermagem.

Ao concordar em participar eu lhe entregarei um envelope contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o instrumento no formato de questionário para ser preenchido fora do local/horário de trabalho. O envelope será devolvido fechado (com o instrumento preenchido ou não) em data e local a ser combinado, no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Câmpus.

Caso você concorde em participar, assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e uma via do documento assinado pela pesquisadora ficará com você. Ao assinar esse termo, você estará ciente de que:

- Você não será identificado (a) em momento algum da pesquisa; a sua privacidade e sigilo em participar da pesquisa seja garantida.
 - Poderá pedir esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer momento.
 - Você tem o direito de indenização, na ocorrência de danos relacionados à pesquisa, pelo pesquisador, instituições envolvidas, nas diferentes fases da pesquisa.
 - Estará livre para recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo.
 - Não haverá nenhum custo e nem remuneração pela sua participação.
-
- A pesquisa pode apresentar um risco mínimo de desconforto quanto à possibilidade de constrangimento e para evitar tal desconforto será oferecido apoio emocional aos participantes.
 - A pesquisa apresenta como benefício indireto a contribuição para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem no Brasil.
 - Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não, em eventos científicos, na mídia ou similares.

Este projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), que tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa, e pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.

Agradeço sua atenção e coloco-me a sua disposição para quaisquer esclarecimentos, pessoalmente, por e-mail ldcsiqueira@usp.br ou pelos telefones (16) 3315-4764; (14) 99697-6579. E ainda: Comitê de Ética em Pesquisa da EERP (16) 3315-3386, que funciona de segunda a sexta, das 8 às 17hs.

Atenciosamente, Lillian Dias Castilho Siqueira

Eu, _____, aceito participar da pesquisa e estou ciente de que as informações serão tratadas sigilosamente, e caso não queira mais participar, tenho liberdade de retirar este consentimento.
Ribeirão Preto, _____, de _____ de 2015

Assinatura do participante

Profa. Dra Maria Helena Larcher Caliri
Docente – EERP/USP
Av. Bandeirantes, 3900 - RP
Tel: (0xx16) 3315- 4764

Lillian Dias Castilho Siqueira
Doutoranda- EERP/USP
Joaquim Nabuco, 450 – Marília/SP
Tel: (0xx14)3306-9109

APÊNDICE D – INSTRUMENTO 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 (o instrumento possui oito páginas).

Informação geral

1. Nome da unidade/setor onde você trabalha _____
2. Passo a maior parte do meu tempo de trabalho nesta unidade/setor: ____sim ____
não
3. Nível educacional mais elevado:
 - 1)_____ Ensino fundamental
 - 2)_____ Ensino médio
 - 3)_____ Ensino Superior
 - 4)_____ Pós-Graduação
4. Qual é a sua formação educacional mais elevada:
 - 1)_____ Auxiliar de enfermagem
 - 2)_____ Técnico em enfermagem
 - 3)_____ Enfermeiro
 - 4)_____ Ensino superior fora da área de enfermagem
 - 5)_____ Especialização na área de Enfermagem
 - 6)_____ Especialização fora da área de Enfermagem
 - 7)_____ Mestrado ou doutorado em Enfermagem
 - 8)_____ Mestrado ou doutorado fora da área de enfermagem
5. Sexo: Feminino _____ Masculino _____

6. Idade (em anos completos): _____

7. Cargo/Função no trabalho:

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

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

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

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

10. Tempo de experiência em seu cargo/função: _____anos _____meses

11. Tempo de Experiência na unidade/setor de internação de paciente onde você trabalha atualmente: _____anos _____meses

12. Em qual turno você trabalha com maior frequência?

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

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

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

15. Você planeja deixar seu cargo/função atual?

1) _____ nos próximos 6 meses

2) _____ no próximo ano

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

1) _____ 100% do tempo

2) _____ 75% do tempo

3) _____ 50% do tempo

4) _____ 25% do tempo

5) _____ 0% do tempo

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

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

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

Por favor, marque uma resposta para cada questão

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

Parte A – Cuidados de enfermagem não realizados

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

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

Marque somente uma alternativa para cada item.

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

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

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

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

Marque somente uma alternativa para cada item.

	RAZÃO Significante	RAZÃO Moderada	RAZÃO Pouco Significante	Não é uma RAZÃO
1) Número inadequado de pessoal				
2) Situações de urgência dos pacientes (Ex. a piora da condição de um paciente)				
3) Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade				
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)				
5) A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada				
6) Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário				
7) A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada				
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que era necessário (Ex. fisioterapeuta não auxiliou na deambulação do paciente)				
9) Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário				
10) Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário				
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si				

	RAZÃO Significante	RAZÃO Moderada	RAZÃO Pouco Significante	Não é uma RAZÃO
12) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio				
13) Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM				
14) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA				
15) O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada				
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível				
17) Grande quantidade de admissões e altas				
18) O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição				
19) Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional				
20) O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego				
21) Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe				
22) Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional)				
23) A planta física da unidade/ setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes				
24) Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados				
25) O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)				
26) Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou 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)				

	RAZÃO Significante	RAZÃO Moderada	RAZÃO Pouco Significante	Não é uma RAZÃO
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 A – PERMISSÃO DA AUTORA PARA VALIDAÇÃO E USO DO INSTRUMENTO

NURSING BUSINESS AND HEALTH SYSTEMS

Suite 4170
400 North Ingalls SPC 5482
Ann Arbor, Michigan 48109-5482
Tel: 734.764.8152 Fax 734.647.2416

June 18, 2010

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

Dear Dr. Caliri:

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

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

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

Sincerely,

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

ANEXO B – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP**

Of.CEP-EERP/USP – 253/2014

Ribeirão Preto, 17 de dezembro de 2014.

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, em 17 de dezembro de 2014.

Protocolo CAAE: 38506614.0.0000.5393**Projeto:** Avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento MISSCARE.**Pesquisadores:** Maria Helena Larcher Caliri
Lillian Dias Castilho Siqueira

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. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

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

ANEXO C - INSTRUMENTO MISSCARE ORIGINAL

GENERAL INFORMATION

1. **Name of the unit** you work on: _____
2. I spend **the majority of my working time** on this unit: _____ yes _____ no
3. **Highest education level:**
 - 1) _____ Grade school
 - 2) _____ High School Graduate (or GED)
 - 3) _____ Associate degree graduate
 - 4) _____ Bachelor's degree graduate
 - 5) _____ Graduate degree
4. **If you are a nurse, what is the highest degree:**
 - 1) _____ LPN Diploma
 - 2) _____ RN Diploma
 - 3) _____ Associate's degree in nursing (ADN)
 - 4) _____ Bachelor's degree in nursing (BSN)
 - 5) _____ Bachelor's degree **outside** of nursing
 - 6) _____ Master's degree (MSN) or higher in nursing
 - 7) _____ Master's degree or higher **outside** of nursing
5. **Gender:** _____ Female _____ Male
6. **Age:**
 - 1) _____ Under 25 years old (<25)
 - 2) _____ 25 to 34 years old (25-34)
 - 3) _____ 35 to 44 years old (35-44)
 - 4) _____ 45 to 54 years old (45-54)
 - 5) _____ 55 to 64 years old (55-64)
 - 6) _____ Over 65 years old (65+)
7. **Job Title/Role:**
 - 1) _____ Staff Nurse (RN)
 - 2) _____ Staff Nurse (LPN)
 - 3) _____ Nursing Assistant (e.g., nurse aides/tech)
 - 4) _____ Nurse manager, assistant manager (e.g. administrators on the unit) Unit Clerk/Secretary
 - 5) _____ Other [Please specify: _____]
8. Number of **hours usually worked per week** (check only one)
 - 1) _____ less than 30 hours per week
 - 2) _____ 30 hours or more per week
9. **Work hours** (check the one that is most descriptive of the hours you work)
 - 1) _____ Days (8 or 12 hour shift)
 - 2) _____ Evenings (8 or 12 hour shift)
 - 3) _____ Nights (8 or 12 hour shift)
 - 4) _____ Rotates between days, nights or evenings
10. **Experience in your role:**
 - 1) _____ Up to 6 months

- 2) _____ Greater than 6 months to 2 years
- 3) _____ Greater than 2 years to 5 years
- 4) _____ Greater than 5 year to 10 years
- 5) _____ Greater than 10 years

11. **Experience** on your **current patient care unit**:

- 1) _____ Up to 6 months
- 2) _____ Greater than 6 months to 2 years
- 3) _____ Greater than 2 years to 5 years
- 4) _____ Greater than 5 year to 10 years
- 5) _____ Greater than 10 years

12. Which **shift** do you most often work?

- 1) _____ 8 hour shift
- 2) _____ 10 hour shift
- 3) _____ 12 hour shift
- 4) _____ 8 hour and 12 hour rotating shift
- 5) _____ Other [Please specify: _____]

13. In the past 3 month, how many hours of **overtime** did you work?

- 1) _____ None
- 2) _____ 1-12 hours
- 3) _____ More than 12 hours

14. In the past 3 months, how many days or shifts did you **miss work** due to illness, injury, extra rest etc. (exclusive of approved days off)?

- 1) _____ None
- 2) _____ 1 day or shift
- 3) _____ 2-3 days or shifts
- 4) _____ 4-6 days or shifts
- 5) _____ over 6 days or shifts

15. Do you plan to **leave your current position**?

- 1) _____ in the next 6 months
- 2) _____ in the next year
- 3) _____ no plans within the year

16. How often do you feel **the unit staffing is adequate**?

- 1) _____ 100% of the time
- 2) _____ 75% of the time
- 3) _____ 50% of the time
- 4) _____ 25% of the time
- 5) _____ 0% of the time

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

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

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

Please check one response for each question.

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

SURVEY 1: Section A — Missed Nursing Care

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

	Always missed	Frequently missed	Occasionally missed	Rarely missed	Never missed
1) Ambulation three times per day or as ordered					
2) Turning patient every 2 hours					
3) Feeding patient when the food is still warm					
4) Setting up meals for patient who feeds themselves					
5) Medications administered within 30 minutes before or after scheduled time					
6) Vital signs assessed as ordered					
7) Monitoring intake/output					
8) Full documentation of all necessary data					
9) Patient teaching about illness, tests, and diagnostic studies					
10) Emotional support to patient and/or family					
11) Patient bathing/skin care					
12) Mouth care					
13) Hand washing					
14) Patient discharge planning and teaching					
15) Bedside glucose monitoring as ordered					
16) Patient assessments performed each shift					
17) Focused reassessments according to patient condition					

18) IV/central line site care and assessments according to hospital policy					
19) Response to call light is initiated within 5 minutes					
20) PRN medication requests acted on within 15 minutes					
21) Assess effectiveness of medications					
22) Attend interdisciplinary care conferences whenever held					
23) Assist with toileting needs within 5 minutes of request					
24) Skin/Wound care					

SURVEY 1: Section B—Reasons for Missed Nursing Care

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

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