

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

MARINA KÜHL DE REZENDE SOARES

**Cuidados de enfermagem não realizados em unidade de internação clínica e cirúrgica:
uso do *Misscare*- Brasil**

RIBEIRÃO PRETO

2022

MARINA KÜHL DE REZENDE SOARES

**Cuidados de enfermagem não realizados em unidade de internação clínica e cirúrgica:
uso do *Misscare*- Brasil**

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

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

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

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.

Soares, Marina Kühn de Rezende

Cuidados de enfermagem não realizados em unidade de internação clínica e cirúrgica: uso do *Misscare*- Brasil. Ribeirão Preto, 2022.

72p. : il. ; 30 cm

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

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

1. Cuidados de enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Gestão da qualidade. 4. Recursos humanos. 5. Qualidade da Assistência à Saúde.

SOARES, Marina Kühl de Rezende. Cuidados de enfermagem não realizados em unidade de internação clínica e cirúrgica: uso do *Misscare*- Brasil

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

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

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Ao Murillo, meu futuro esposo, pelo companheirismo, amor e apoio incondicional durante toda a minha trajetória pessoal e profissional e por compartilhar sentimentos vivenciados pela profissão.

À minha mãe Valéria, pelo incentivo e paciência em todas as minhas escolhas e decisões.

À todos os profissionais de enfermagem, que assim como eu, buscam segurança, qualidade e reconhecimento na área atuante.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me sustentado até aqui e me abençoado com a realização deste sonho.

À minha querida orientadora Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Laus, pelo acolhimento e oportunidade concedida, pelos ensinamentos e atenção dedicada na realização desta pesquisa.

À Prof^ª. Dra. Miyeko Hayashida, pela disponibilidade e paciência durante as análises dos dados e por contribuir positivamente no desenvolvimento deste estudo.

Aos profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa, pela disponibilidade e contribuição no desenvolvimento deste estudo.

Aos diretores, coordenadores e líderes do setor de internação pela cordialidade e acessibilidade às informações necessárias para o desenvolvimento deste estudo.

Às minhas amigas Elisa e Rita pela amizade, admiração mútua, incentivo e amparo durante toda a minha trajetória, por acreditarem em mim e sempre me mostrarem que eu posso muito mais do que imagino.

À todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação profissional e para realização deste estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoas de Nível Superior – Brasil (CAPES) – pelo apoio a essa pesquisa (código do financiamento 001).

RESUMO

SOARES, Marina Kühl de Rezende. **Cuidados de enfermagem não realizados em unidade de internação clínica e cirúrgica: uso do *Misscare- Brasil***. 2022. 72f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Cuidados perdidos ou cuidados omitidos é um fenômeno universal, ocorre em múltiplas situações clínicas e ameaça a segurança do paciente em todos os países e culturas. É necessário que o cuidado não realizado seja interpretado dentro de diferentes contextos culturais, em que todos os fatores que levam à omissão sejam reconhecidos e prevenidos. Garantir a segurança do paciente e os resultados de qualidade da assistência de enfermagem é um desafio significativo para os enfermeiros gestores. O objetivo desse estudo foi identificar os cuidados de enfermagem não realizados e as razões atribuídas às omissões na assistência aos pacientes hospitalizados assim como analisar a prevalência da não realização de cuidados por categoria profissional. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e de abordagem quantitativa, realizado no setor clínico e cirúrgico de um hospital regional público de nível secundário. A população foi constituída por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem envolvidos na assistência direta ao paciente, com tempo de experiência profissional na instituição superior a três meses e presentes na unidade no período de realização do estudo. A coleta de dados foi feita por meio da aplicação de um instrumento autoaplicável *MISSCARE-BRASIL*. Utilizou-se estatística descritiva para análise e tratamento dos dados e os testes de Levene e Teste-t para avaliar a homogeneidade. Participaram do estudo 34 profissionais de enfermagem, com predomínio de técnicos em enfermagem do sexo feminino com idade média de 37,2 anos e experiência no cargo superior a 10 anos. A média da carga horária semanal foi de 36 horas. Em relação à satisfação observamos que 73,5% estavam satisfeitos com o cargo, 79,4% satisfeitos com a profissão e 67,6% satisfeitos com o trabalho em equipe. Sobre os cuidados omitidos, observou prevalência de omissão nos cuidados: deambulação três vezes por dia, participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorre, sentar o paciente fora do leito e mudar o decúbito do paciente a cada duas horas. Este estudo identificou baixa prevalência de omissão de cuidados de alta prioridade, os cuidados mais omitidos foram os de prioridade intermediária. As razões prevalentes atribuídas aos cuidados omitidos foram às relacionadas aos recursos laborais, diretamente ligadas aos recursos humanos. O teste não mostrou diferenças estatisticamente significativas em relação à prevalência de cuidados omitidos entre as categorias profissionais. Este estudo cumpriu o objetivo que se propôs e mostrou que as razões vinculadas com a omissão dos cuidados foram às interligadas aos recursos humanos, inferindo a necessidade de maior atenção à equipe de enfermagem e à dinâmica de trabalho, assim como a necessidade de outros estudos sobre o tema em instituições com diferentes culturas organizacionais e níveis de complexidade.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Segurança do paciente. Gestão da qualidade. Recursos humanos. Qualidade da Assistência à Saúde

ABSTRACT

SOARES, Marina Kühl de Rezende. **Omission of Nursing care in a clinical and surgical hospitalization unit: use of Misscare-Brasil.** 2022. 72f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Missed or omitted care is a universal phenomenon; it is present in multiple clinical situations and threatens patient safety in all countries and cultures. It is necessary that missed care is interpreted within different cultural contexts, where all the factors that lead to such omission are recognized and prevented. Ensuring patient safety and the results of Nursing assistance quality is a significant challenge for nurses in managerial positions. The objective of this study was to identify missed Nursing care and the reasons attributed to the omissions in the assistance provided to the hospitalized patients, as well as to analyze the prevalence of missed care by professional category. This is a descriptive and cross-sectional study with a quantitative approach, conducted in the clinical and surgical sector of a secondary-level public regional hospital. The population consisted of nurses and of nursing technicians and assistants involved in providing direct care to the patients, with a time of professional experience in the institution of more than three months, and who were present in the unit while the study was carried out. Data collection was conducted by applying a self-administered instrument: MISSCARE-BRASIL. Descriptive statistics was used for data analysis and treatment, and the Levene and t tests were employed to assess homogeneity. The study participants were 34 Nursing professionals, with predominance of nursing technicians, female gender, mean age of 37.2 years old and more than 10 years of experience in their job positions. The mean weekly workload was 36.3 hours. In relation to satisfaction, we noticed that 73.5% were satisfied with their job positions, 79.4% were satisfied with the profession, and 67.6% were satisfied with teamwork. Regarding missed care, prevalence of the following was observed: walks three times a day, participation in interdisciplinary team discussions about the assistance provided to the patients, if it occurs, placing the patients in a sitting position outside the bed, and moving the patients to the decubitus position every two hours. This study identified a low prevalence of missed high-priority care; the most omitted care measures were those of intermediate priority. The prevalent reasons attributed to missed care were those related to the work resources, directly linked to the human resources. The test did not show statistically significant differences in relation to the prevalence of missed care across the professional categories. This study met its proposed objective and showed that the reasons linked to omission of care were those interconnected with the human resources, implying the need of paying more attention to the Nursing team and to the work dynamics, as well as other studies on the topic in institutions with different organizational cultures and complexity levels.

Keywords: Nursing Care. Patient Safety. Quality Management. Human Resources. Health Care Quality.

RESUMEN

SOARES, Marina Kühn de Rezende. **Cuidados de enfermería omitidos en una unidad de internación clínica y quirúrgica: uso de Misscare-Brasil.** 2022. 72f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Los cuidados omitidos son un fenómeno universal; tienen lugar en múltiples situaciones clínicas y amenazan la seguridad de los pacientes en todos los países y en todas las culturas. Es necesario que se los interprete en el marco de diferentes contextos culturales, donde se reconozcan y prevengan todos los factores que derivan en dicha omisión. Garantizar la seguridad de los pacientes y los resultados de calidad de la asistencia de Enfermería es un desafío muy importante para los enfermeros que ocupan puestos gerenciales. El objetivo de este estudio fue identificar los cuidados de Enfermería omitidos y los motivos atribuidos a las omisiones en la asistencia prestada a los pacientes internados, así como analizar la prevalencia de cuidados omitidos por categoría profesional. Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal y enfoque cuantitativo, realizado en el sector clínico y quirúrgico de un hospital regional público de nivel secundario. La población estuvo compuesta por enfermeros y por técnicos y auxiliares de Enfermería que participan en la asistencia directa prestada a los pacientes, con al menos tres meses de experiencia profesional en la institución, y que estaban presentes en la unidad mientras se realizaba el estudio. Los datos se recolectaron a través de un instrumento autoaplicable: MISSCARE-BRASIL. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis y tratamiento de los datos, y se emplearon las pruebas Levene y t para evaluar la homogeneidad. Los participantes del estudio fueron 34 profesionales de Enfermería, con predominio de técnicos de Enfermería, sexo femenino, media de 37,2 años de edad y experiencia de más de 10 años en el puesto de trabajo. La carga horaria semanal media fue de 36,3 horas. En relación con la satisfacción, notamos que el 73,5% estaba satisfecho con su puesto de trabajo, que el 79,4% se mostró conforme con la profesión y que el 67,6% estaba satisfecho con el trabajo en equipo. Con respecto a los cuidados omitidos, se observó prevalencia de las siguientes acciones: recorrido tres veces por día, participación en debates del equipo interdisciplinario sobre la asistencia prestada a los pacientes, si ocurre, sentar a los pacientes fuera de la cama y moverlos a la posición decúbito cada dos horas. En este estudio se identificó baja prevalencia de omisión de cuidados de alta prioridad; las medidas de cuidado más omitidas fueron las de prioridad intermedia. Los motivos prevalentes atribuidos a los cuidados omitidos fueron los relacionados con los recursos laborales, directamente vinculados a los recursos humanos. La prueba no indicó diferencias estadísticamente significativas en relación con la prevalencia de cuidados omitidos entre las categorías profesionales. El estudio cumplió el objetivo que se había propuesto y demostró que los motivos vinculados con la omisión de medidas de cuidado fueron los interconectados con los recursos humanos, infiriéndose así la necesidad de prestar más atención al equipo de Enfermería y a la dinámica del trabajo, al igual que otros estudios sobre el tema realizados en instituciones con diferentes culturas organizacionales y niveles de complejidad.

Palabras clave: Cuidados de Enfermería. Seguridad del paciente. Gestión de la calidad. Recursos humanos. Calidad de la Asistencia de la Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Lista de itens da pesquisa de cuidados omitidos distribuidos por prioridade assistencial. Ribeirão Preto – São Paulo, 2022.....	29
Tabela 2 - Detalhamento da exclusão de alguns participantes da amostra devido critérios de inclusão. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.	32
Tabela 3 - Detalhamento da exclusão de alguns participantes da amostra devido recusa. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021	32
Tabela 4 - Quantitativo de instrumentos entregues e devolvidos por período. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.	32
Tabela 5 - Descrição estatística da idade em anos dos profissionais de enfermagem. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.	33
Tabela 6 - Distribuição percentual da categoria profissional dos participantes. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.	33
Tabela 7 - Distribuição dos participantes, segundo a unidade de internação, nível educacional, formação educacional mais elevada, período e turno de trabalho. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.....	35
Tabela 8 - Descrição estatística dos participantes considerando o número de horas trabalhadas por semana, horas extras e os dias de faltas ao trabalho nos últimos três meses. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.	36
Tabela 9 - Distribuição da opinião dos participantes referente à frequência que o número de funcionários na sua unidade/setor é adequado. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.....	36
Tabela 10 - Descrição estatística do número de pacientes cuidados, número de altas e admissões realizadas pelos profissionais no último turno de trabalho que os dados foram coletados. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.....	37
Tabela 11 - Distribuição de profissionais conforme a satisfação com a função, satisfação com a profissão e com o trabalho em equipe. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.....	39
Tabela 12 - Distribuição percentual dos pacientes internados no período de 23 a 27 de agosto de 2021, segundo sistema de classificação de pacientes de Fugulin. Ribeirão Preto, 2022.	41
Tabela 13 - Distribuição das respostas dos profissionais de enfermagem, por cuidados de enfermagem, segundo a frequência da sua realização. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.	42
Tabela 14 - Distribuição da frequência de respostas sobre a omissão de cuidados de enfermagem aos 28 itens da parte A do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> de acordo com o agrupamento das opções "ocasionalmente não é realizado", "raramente é realizado" e "nunca é realizado". Ribeirão Preto, SP, 2022.	43
Tabela 15 - Distribuição da frequência de respostas sobre a omissão de cuidados de enfermagem aos 28 itens da parte A do instrumento <i>MISSCARE-BRASIL</i> de acordo com o agrupamento das opções "realizado frequentemente" e "sempre realizado" . Ribeirão Preto, SP, 2022.	46
Tabela 16 - A distribuição das frequências das razões para a omissão dos cuidados de enfermagem. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.....	48

Tabela 17 - Análise descritiva das subescalas da Parte B do MISSCARE-BRASIL. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.	51
Tabela 18 - Análise estatística dos valores do teste de Levene e Teste-t sobre a prevalência de omissão por categoria profissional. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EUA	Estados Unidos da América
ICN	<i>International Council of Nursing</i>
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
IHOS	<i>International Hospital Outcomes Study</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDCA	<i>Plan, Do, Check, Act</i>
PNM	<i>Primary Nursing Model of Care</i>
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Breve contextualização	15
1.2 Cenário de pesquisas sobre o tema	18
1.3 Justificativa	23
2. OBJETIVO	25
2.1 Geral	25
2.2 Específicos	25
3. METODOLOGIA	26
3.1 Tipo de estudo	26
3.2 Local do estudo	26
3.3 População	27
3.4 Procedimentos para coleta de dados.....	27
3.4.1 Coleta de dados.....	27
3.4.2 Instrumento de coleta de dados	28
3.5 Análise de dados	30
3.7 Aspectos éticos	30
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
4.1 Caracterização dos participantes	32
4.2 Caracterização do perfil dos pacientes atendidos nas unidades investigadas	40
4.3 Percepção dos profissionais de enfermagem quanto aos cuidados não realizados.....	42
4.4 Razões para a não realização dos cuidados de enfermagem	47
4.5 Prevalência da omissão por categoria profissional.....	53
5. CONCLUSÕES	55
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
7. REFERÊNCIAS	58
8. ANEXOS	63
Anexo I – Instrumento <i>Misscare</i> -Brasil	63
Anexo II – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	70
9. APÊNDICE	71
Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	71

1. INTRODUÇÃO

A qualidade nos cuidados de saúde está diretamente relacionada com a efetividade e eficiência na utilização dos recursos, vinculada a um grau elevado de excelência profissional, a fim de obter resultados com mínimos riscos e que resguardam os usuários, as instituições e a sociedade (WHO, 2006).

Cada vez mais reestruturações nos serviços e ambientes de trabalho em saúde têm sido realizadas, frente às novas e constantes mudanças e demandas do setor, o que pode levar a consequências negativas tanto na qualidade como na segurança da assistência uma vez que para tal, o foco na qualificação profissional, dimensionamento de pessoal de acordo com a carga de trabalho existente e de recursos tanto físicos quanto materiais, se fazem existentes e devem ocorrer segundo um planejamento apropriado (MONTEZELI; ALMEIDA; HADDAD, 2018).

A segurança do paciente é uma dimensão da qualidade em cuidados de saúde e melhorá-la depende de se aprender a lidar com as interações de seus componentes. Nesta direção, um ambiente criado nas organizações de saúde em que tal dimensão se constitua num objetivo organizacional explícito, enquanto parte importante da cultura organizacional, torna-se essencial, sendo a cultura de segurança do paciente um componente estrutural dos serviços, visando a diminuição de incidentes de segurança (ANDRADE et al., 2018).

O conceito de práticas seguras manifestou-se como resultados dessas mudanças efetuadas no setor. Segundo um documento elaborado pelo *International Council of Nursing* (ICN), a assistência de enfermagem é primordial quando se refere à prestação geral de cuidados em saúde, e os recursos necessários para a prestação destes cuidados estão diretamente associados à garantia da segurança da assistência fornecida, como: carga de trabalho adequada, nível de qualificação dos profissionais de enfermagem, ambiente de trabalho, complexidade assistencial dos pacientes e dimensionamento de pessoal, assim como a eficácia relacionada aos custos e aos resultados clínicos dos pacientes e sua relação com indicadores clínicos (ICN, 2006).

Ainda sobre esse assunto, o documento elaborado por essa mesma entidade aponta que, para assegurar a segurança dos pacientes, é necessário que se invista na melhoria contínua da prática de enfermagem, uma vez que os resultados alcançados pelas instituições de saúde são influenciados diretamente pela gestão e cultura organizacional. O ambiente de trabalho interfere diretamente na qualidade e na segurança da assistência prestada ao paciente, e está associada a recursos tecnológicos e serviços de apoio disponíveis e afetados pelo quantitativo de profissionais e pelas condições físicas e emocionais de trabalho (ICN, 2007).

A qualidade da assistência de enfermagem assim como a segurança do paciente são resultados organizacionais que interessam enfermeiros e gestores em todo o mundo. A segurança do paciente é fundamental para a prática de enfermagem e é frequentemente afetada por erros em amplo aspecto da assistência (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

Em um documento publicado pela Organização Mundial de Saúde, intitulado *International Classification for Patient Safety* (ICPS), os erros cometidos durante a assistência podem ser observados como uma ação errada, denominado erro de ação ou por não conseguir praticar a ação certa, reconhecido como erro de omissão. O erro de ação pode ser compreendido como uma intervenção que resultou em um evento adverso e o erro de omissão é aquele que ocorre como resultado de uma ação não executada, ou seja, é deixado de fornecer ao paciente uma intervenção da qual ele provavelmente seria beneficiado (WHO, 2009).

Lake, Germack e Viscardi (2015) descreveram que os erros de omissão têm se apresentado como um problema comum, universal e que ocorrem com frequência, devido a fatores sistêmicos.

Para Kalisch, Landstrom e Hinshaw (2009) os erros de omissão não têm recebido a devida atenção na literatura, apesar de evidências já indicarem sua alta prevalência nos serviços de saúde. Cuidados perdidos ou assistência perdida é um fenômeno que ocorre em múltiplas situações clínicas e ameaça a segurança do paciente em todos os países e culturas. Esses cuidados de enfermagem necessários são omitidos todos os dias na prática e nota-se que há uma atenção considerável dada aos erros de comissão, mas pouco aos erros de omissão.

1.1 Breve contextualização

Na última década houve o ressurgimento do interesse pelos cuidados de enfermagem fundamentais, essenciais ou básicos e, com isso, o reconhecimento de que os cuidados não são realizados. Cuidados de enfermagem não realizados foram descritos como cuidados atrasados, parcialmente concluídos ou não concluídos. Também tem sido chamado de necessidades de cuidados de enfermagem não atendidas (CHABOYER et al., 2020).

A compreensão sobre os termos foi investigada por Willis e colaboradores (2021) que buscaram esclarecer a existência de congruência na sua interpretação. A pesquisa utilizou um questionário e teve como população, 45 enfermeiros pesquisadores deste tema, de 26 países, alguns com múltiplas funções. Os resultados indicaram que o fenômeno da omissão de cuidados de enfermagem é complexo e multifatorial e traz uma variedade de nomenclatura, entretanto, a globalização levou ao aumento da colaboração entre países, com compartilhamento de conceitos e pesquisas, permitindo um entendimento de que o conceito é

globalmente reconhecível. Há uma harmonia na compreensão dos termos neste grupo e o método de abordagem aos problemas que o erro oferece pode estar interligado ao meio cultural, social e político. O autor fortalece a necessidade de estudos em diversas culturas, países e regiões, para reforçar a importância do tema de modo global (WILLIS et al., 2021).

O erro de omissão ou cuidados de enfermagem não realizados, internacionalmente nomeado “*Missed Nursing Care*”, foi identificado por Kalisch (2006) em um estudo qualitativo sobre cuidados de enfermagem não atendidos que teve por objetivo identificar quais elementos eram perdidos e quais os motivos que levaram a equipe de enfermagem a não completar o cuidado.

Em uma análise de conceito, Kalish e colaboradores identificaram uma variedade de fatores de enfermagem que influenciam os cuidados de enfermagem não realizados, incluindo normas da equipe, tomada de decisão, valores internos, crenças e hábitos. Eles concluíram que a falta de cuidados de enfermagem ocorre em todos os contextos de assistência à saúde (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

Para Ball et al. (2018) os cuidados de enfermagem não realizados ocorrem quando a equipe de enfermagem é submetida à realização de várias atividades concomitantemente, e por algumas razões, sendo a principal a escassez de tempo, não cumpre com todas as atividades propostas, isso leva priorização de alguns cuidados e a omissão de outros, concedendo resultados negativos ao paciente durante sua internação.

Um crescente interesse pelo tema pode ser evidenciado pelo aumento exponencial de publicações nos últimos anos, incluindo diversos tipos de revisões. Chaboyer et al. (2020) realizaram um estudo para se obter uma visão geral das revisões sobre cuidados de enfermagem perdidos. As revisões de escopo estavam focadas na perspectiva dos pacientes sobre as necessidades de cuidados de enfermagem não atendidas e concluíram que a maioria das necessidades não atendidas se concentrava na comunicação, autogestão, autonomia e educação e cuidados emocionais e psicológicos. As revisões narrativas foram usadas para fornecer uma visão geral dos instrumentos usados para medir os cuidados de enfermagem não realizados. E as revisões sistemáticas tinham um foco na frequência de cuidados de enfermagem não realizados, fatores que os influenciam e resultados a partir deles. Os autores recomendaram a realização de pesquisas utilizando métodos qualitativos e mistos para entender melhor como os enfermeiros priorizam o cuidado e por que o cuidado não é realizado. Pesquisas longitudinais e experimentais também foram sugeridas para esclarecer melhor se essas relações entre o cuidado não realizado e os resultados negativos do paciente são causa e efeito prováveis.

Verifica-se que a literatura apresenta diferentes estudos em que os pesquisadores de todo o mundo se interessam não apenas em saber os principais cuidados não realizados, mas acima de tudo a razão pela qual não são realizados, e de modo geral o fator com maior impacto para a omissão dos cuidados, visto em diferentes contextos culturais, são os recursos humanos, ou seja, fatores relacionados à equipe de enfermagem (AL-FAOURI et al., 2020; BALL et al., 2018; BRAGADOTTIR; CHEGINI et al., 2020; CHO et al., 2020; GRIFFITHS et al., 2018; KALISCH; TRYGGVADOTTIR, 2016; LIMA; SILVA; CALIRI, 2020).

Nesta direção, Lima, Silva e Caliri (2020) mostram que a não realização dos cuidados pode também estar associado à carga de trabalho elevada, ao ambiente de trabalho não adequado, assim como fatores pessoais, sendo reconhecido como fator importante o nível educacional e a satisfação tanto com a profissão quanto com a instituição.

Schubert e colaboradores (2021) relatam que para o desenvolvimento dos estudos, várias estruturas conceituais e modelos foram desenvolvidos para explicar a omissão de cuidados de enfermagem e cuidados de enfermagem não realizados. As estruturas/modelos conceituais mais utilizados são os do *International Hospital Outcomes Study* (IHOS) sobre cuidados não realizados (AIKEN et al., 2002), *the Rationing of Nursing Care in Switzerland Study* sobre racionamento implícito de cuidados de enfermagem (SCHUBERT et al., 2008) e o *Missed Nursing Care Model* (KALISCH; LEE, 2010), bem como modelos desenvolvidos para estudos autônomos sobre 'cuidados omitidos' ou 'cuidados inacabados' (JONES et al., 2015).

O Modelo *Missed Nursing Care* construído por Kalisch após estudo da análise do conceito (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009), está fundamentado na teoria de Donabedian (1988), na qual a avaliação dos serviços de saúde é baseada em três aspectos: estrutura (características do hospital, unidade de internação e pessoal de enfermagem), processo (omissão de cuidados de enfermagem) e resultados (assistenciais, ou seja, relacionados aos resultados dos pacientes e relacionados ao pessoal de enfermagem, satisfação com o trabalho e com a ocupação). A partir dele, a autora construiu e validou um instrumento visando a sistematização da investigação e mensuração do fenômeno da omissão. Esse instrumento foi nomeado como *MISSCARE* (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

Após o desenvolvimento e publicação desse instrumento, foi despertado em vários pesquisadores o interesse de utilizá-lo em diferentes contextos culturais, sendo assim, observa-se em literatura que o instrumento *MISSCARE* foi traduzido e validado para vários países como Turquia, nomeado "*MISSCARE Survey-Turkish*" (KALISCH; TERZIOGLU; DUYGULU, 2012), Líbano (KALISCH, et al., 2013), Austrália (BLACKMAN et al., 2014), Islândia, nomeado "*MISSCARE Survey-Icelandic*" (BRAGADÓTTIR et al., 2016), Coreia do

Sul (CHO et al., 2015), Itália (PALESE et al., 2015) e Brasil, nomeado “*MISSCARE-BRASIL*” (SIQUEIRA, 2016).

Além da tradução, considerando os aspectos culturais citados anteriormente como sendo aqueles que devem ser considerados uma análise sobre a percepção dos profissionais sobre o fenômeno, a adaptação cultural se faz essencial, pois ela busca adaptar os itens do instrumento para uma melhor aplicabilidade e fidedignidade dos resultados, de modo a permitir o conhecimento de todos os fatores que levam à omissão, possibilitando intervenções no sentido de sua prevenção (BRAGADÓTTIR et al., 2016; CHO et al., 2015; NYMARK et al., 2020; SIQUEIRA et al., 2017; SIST et al., 2017; SÖNMEZ et al., 2019).

A não realização de cuidados de enfermagem evidencia uma relação direta do papel do enfermeiro no gerenciamento eficaz da assistência de enfermagem. Cabe a ele dimensionar o quadro de profissionais disponíveis no setor para que não ocorram cuidados de enfermagem perdidos, sobrecarga de trabalho e práticas inseguras, comprometendo a assistência de qualidade. Além dos recursos humanos, os recursos materiais (medicamentos, suprimentos e equipamentos) também impactam na omissão de cuidados, que muitas vezes se apresentam escassos e deficitários, impossibilitando a assistência planejada (VALLES et al., 2016; WILLIS et al., 2018).

Apesar do papel substancial de todos os profissionais da saúde no contexto de segurança do paciente, a enfermagem tem papel essencial e singular nos processos hospitalares devido à permanência na instituição na maior parte do tempo, tornando-se a categoria profissional com maior vínculo tanto com o paciente quanto com a família sendo um agente fundamental para que se reduzam os resultados adversos. A identificação do cuidado não realizado permite identificar informações úteis para a gestão dos serviços de enfermagem com qualidade e segurança na atenção (HERNANDEZ-CRUZ et al., 2017).

1.2 Cenário de pesquisas sobre o tema

Na literatura internacional as investigações realizadas com objetivo de compreender o fenômeno da omissão apontam os cuidados como deambulação, higiene bucal, conversar e confortar os pacientes, participação em discussões interdisciplinares, planejamento de cuidados e educação de pacientes e familiares, como os cuidados mais omitidos pelos profissionais de enfermagem em diversos países como Inglaterra, México, Estados Unidos e países europeus (LIMA; SILVA; CALIRI, 2020).

No estudo de Kalisch (2006) foram identificados nove elementos regularmente omissos: deambulação, mudança de decúbito, alimentação, educação do paciente, preparo para alta, apoio emocional, higiene, documentação de ingestão/eliminação e vigilância. Em

relação aos motivos relatados pelos profissionais quanto a não prestação desses cuidados estavam: poucos funcionários, falta de tempo para intervenção de enfermagem, utilização precária dos recursos, falta de trabalho em equipe, delegação ineficaz por parte dos enfermeiros aos técnicos e auxiliares de enfermagem, hábito e negação. Esses achados podem trazer consequências importantes, como resultados inadequados para a assistência ao paciente, tendo também impacto negativo na qualidade e nos custos institucionais.

Kalisch, Landstrom e Williams (2009) desenvolveram uma investigação em três hospitais de Michigan e os seis cuidados mais omitidos foram: deambulação (84%), avaliação da eficácia de medicamentos (83%), mudança de decúbito (82%), higiene bucal (82%), educação do paciente (80%) e pontualidade da administração dos medicamentos (80%).

Kalisch et al. (2011) identificaram como cuidados de enfermagem mais omitidos em hospitais do Centro Oeste dos EUA, a deambulação dos pacientes três vezes ao dia (76,1%), participação em discussões interdisciplinares sobre os cuidados ao paciente (65,5%), higiene bucal (64,5%), medicamentos administrados em 30 minutos antes ou depois da hora programada (59,8%) e mudança de decúbito a cada duas horas (59,4%).

Ball et al. (2014) concluíram que os cuidados mais frequentemente omitidos em hospitais da Inglaterra foram confortar e conversar com os pacientes (66%), atividades de educação ao paciente (52%), desenvolvimento e atualização dos planos de cuidado dos pacientes (47%).

Hessels e colaboradores (2015) realizaram uma análise secundária de dados transversais de uma pesquisa com mais de 7000 enfermeiros de 70 hospitais norte-americanos para pacientes de cuidados agudos, sobre o local de trabalho e o processo de cuidados. O objetivo dessa análise era observar a relação entre o ambiente da prática de enfermagem e os cuidados de enfermagem não realizados. Os resultados mostraram que os recursos insuficientes vinculados ao quantitativo inadequado de profissionais foram os fatores que mais se associaram aos eventos de omissão de cuidados de enfermagem, sendo esses cuidados descritos como vigilância, cuidados com higiene, plano de cuidados complementares, comunicação e educação ao paciente.

Hernández-Cruz et al. (2017) investigaram os serviços de urgência, terapia intensiva e internação de um hospital particular no México, sendo que os elementos do cuidado mais omitidos foram: higiene bucal (28,2%), assistência na deambulação três vezes por dia, ou conforme indicada (19,7%), a alimentação do paciente quando a comida ainda está quente (19,7%), apoio emocional ao paciente e/ou família (14,1%), assistência às visitas interdisciplinares de avaliação do cuidado (8,5%). As intervenções de cuidado básico e

planejamento da alta e educação do paciente são as intervenções em que ocorreram maior omissão, sendo os fatores relacionados à omissão os recursos humanos e comunicação.

Uma revisão sistemática de literatura com 14 artigos relatou que a omissão de alguns cuidados da equipe de enfermagem resultou em consequências negativas aos pacientes internados, como exemplo, insatisfação do paciente, erros de medicação, lesões por pressão, infecções do trato urinário, quedas intra-hospitalares, incidentes críticos e readmissão de pacientes (RECIO-SAUCEDO et al., 2017).

Cho et al. (2020) além de investigar os principais cuidados omitidos aos pacientes internados, que por sua vez apresentou resultados semelhantes aos demais estudos, solicitou que os enfermeiros selecionassem as atividades que eles gostariam que fossem priorizadas, por meio do julgamento e raciocínio clínico e as cinco principais atividades selecionadas foram: reavaliações focadas, avaliação do paciente a cada turno, administração de medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do programado, ensino do paciente, mudança do paciente a cada 2 horas. E as cinco menos priorizadas foram: preparação das refeições, alimentação do paciente, atendimento interdisciplinar, cuidados com a boca, monitoramento de glicose no leito.

A alta priorização das avaliações do paciente e do foco nas medicações reflete a influência do modelo de assistência existente na maioria das instituições de saúde, o modelo biomédico, que repercute na priorização das necessidades fisiológicas dos pacientes e desconsideração das necessidades humanas básicas, um dos pilares do processo de enfermagem.

No Brasil, até o presente momento, foram identificados cinco estudos sobre o tema. O primeiro foi a tradução e adaptação do instrumento “*MISSCARE*” de Kalisch e Williams (2009), para versão brasileira por Siqueira (2013). Essa mesma autora validou e complementou o estudo investigando aspectos dos cuidados de enfermagem e outras razões para a omissão do cuidado, não incluídas na versão norte-americana do instrumento *MISSCARE*, propondo uma versão em português brasileiro do instrumento e testando suas propriedades psicométricas. Os resultados levaram à construção do *MISSCARE-BRASIL* e ambas as versões apresentaram validade e confiabilidades satisfatórias. Dessa forma o instrumento foi considerado válido e confiável para uso na realidade brasileira (SIQUEIRA, 2016).

Neste estudo realizado em 21 unidades de internação de um hospital de ensino de Ribeirão Preto, São Paulo, constatou-se que os cuidados mais omitidos foram: deambulação três vezes ao dia (64%), participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente (52,1%), apoio emocional ao paciente e/ou família, atendimento à

chamada do paciente feita dentro de cinco minutos (32,7%), mudar o decúbito do paciente a cada duas horas (31,8%) (SIQUEIRA, 2016).

Dutra, Salles e Guirardello (2019) realizaram um estudo nas unidades de internação clínico e cirúrgico adulto de um hospital público no interior do estado de São Paulo, concluindo que 74,1% dos profissionais entrevistados relataram pelo menos uma atividade de enfermagem omitida em seu turno de trabalho, sendo que as principais razões para a omissão estão relacionadas aos fatores laborais, ou seja, recursos humanos e materiais.

Investigação desenvolvida em três unidades de terapia intensiva de grande porte de hospitais públicos e privados de uma cidade do interior do Estado de São Paulo concluiu que, na percepção dos enfermeiros participantes, o cuidado mais omitido foi deambulação três vezes ao dia, conforme prescrito. O motivo predominante apontado de não realização foi número inadequado de pessoal, seguido pela planta física inadequada. As maiores razões para a não realização de cuidados estiveram relacionadas aos recursos de gerenciamento e liderança e recursos laborais (SILVA et al., 2020).

Lima, Silva e Caliri (2020) desenvolveram sua pesquisa em dez unidades de internação de um hospital público de Goiás, que identificou as unidades de internação clínica e cirúrgica como as que apresentaram maior frequência de omissão de cuidados de enfermagem. Assim como estudos anteriores, os fatores laborais foram os mais indicados como razão da omissão, sendo eles: número inadequado de pessoal, número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas e aumento inesperado no volume e/ou gravidade dos pacientes. Os profissionais que apresentaram maior satisfação com o emprego e trabalho omitiram menos cuidados, comparado com os profissionais insatisfeitos com o trabalho.

Os cuidados de enfermagem não realizados também foram analisados em um hospital do estado de Piauí, que dispõe de um modelo de enfermagem (*Primary Nursing Model of Care* – PNM) desde 2016. Esse modelo de atenção personaliza o cuidado, aumenta a satisfação da família e do paciente e aumenta a autonomia do enfermeiro para tomada de decisões. Foram incluídos no estudo 96 profissionais de enfermagem e mostrou que a implementação do PNM na instituição diminuiu em curto prazo os cuidados omitidos e revelou ser um poderoso modelo preditivo para diminuição da omissão nos serviços de saúde (MOURA et al., 2020).

Os profissionais de enfermagem desempenham múltiplas tarefas durante a jornada de trabalho, o que torna essa categoria essencial na condução de toda assistência à saúde. Kalisch, Landstrom e Hinshaw (2009) afirmam que os enfermeiros podem sentir impossibilidade de cumprir todos os cuidados de enfermagem requeridos devido às múltiplas

tarefas em um curto período de tempo, aliados a um ambiente de trabalho rápido e imprevisível, e ao estabelecerem prioridades, ou seja, cuidados prioritários, podem não realizar todos os cuidados planejados, o que significaria abreviar, atrasar ou omitir o cuidado, com implicações importantes para os resultados assistenciais e a segurança dos pacientes.

Kalisch (2006) relata que os achados indicam que os enfermeiros dão prioridade para a execução dos cuidados prescritos por médicos, ou para os mais cobrados regularmente por médicos, e, com isso, os cuidados de rotina básicos da enfermagem acabam sendo os mais omitidos.

Schubert et al (2021) apontam que os resultados de vários estudos sobre cuidados omitidos indicam que elementos de cuidados básicos ou menos visíveis são os mais frequentemente esquecidos em relação a aqueles que envolvem direta ou indiretamente outros profissionais de saúde, ou seja, aquelas tarefas de enfermagem que são mais visíveis quando omitidas. E ainda identificaram nos estudos qualitativos que os enfermeiros podem utilizar um sistema hierárquico que atribua maior prioridade aos cuidados envolvendo tratamentos orientados pelo médico e monitoramento mais diretamente vinculado à segurança do paciente.

Diversas razões podem ser indicadas como causa significativa para a omissão dos cuidados, sendo elas os fatores individuais sociodemográficos, como idade, sexo, satisfação no trabalho e fatores sistêmicos relacionados ao ambiente e condições de trabalho, que interferem na qualidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem. Esses apontam ligações entre características profissionais como competência, educação, experiência e a carga de trabalho, como fatores relacionados às falhas na assistência, mortalidade dos pacientes, taxas de infecção relacionadas à assistência à saúde, dentre outros eventos adversos relacionados ao paciente, incluindo a insatisfação com o cuidado prestado (SIQUEIRA et al., 2017; CHEGINI et al., 2020).

Nesta direção, Cho et al (2015) investigaram o efeito do quantitativo de profissionais de enfermagem na ocorrência de cuidados de enfermagem omitidos em unidades de internação de um hospital público na Coreia do Sul. Os resultados sugeriram que o aumento do número esteve associado a uma diminuição na omissão da falta de cuidado, sendo mobilização, cuidados com a boca, banho/cuidados com a pele, avaliações do paciente em cada turno e alimentação, os cuidados de enfermagem perdidos com menor frequência.

Um *scoping review* desenvolvido por Schubert e colaboradores (2021) buscaram identificar pesquisas publicadas sobre intervenções desenvolvidas e testadas para prevenir ou reduzir as taxas de cuidados omitidos em instituições de saúde. Os resultados indicaram intervenções estruturais (aumento da equipe de enfermagem e melhoria no trabalho em equipe) e intervenções de processo (comunicações e mudança ou otimização dos processos de

cuidado relevantes). Entretanto, os autores concluem que não há evidências de que tais intervenções promovem uma redução global dos cuidados omitidos.

Assegurar a segurança do paciente e os resultados de qualidade da assistência de enfermagem é um desafio minucioso para os enfermeiros gestores. As oportunidades de melhoria e quais barreiras impedem a prestação de cuidados devem ser reconhecidas e compreendidas pelos líderes, a fim de aumentar a segurança e a qualidade do atendimento prestado (KALISH; WILIAMS, 2009).

Moura et al. (2017) enfatizam a questão da existência e importância de um ambiente de trabalho favorável, como premissa de benefícios para a prática profissional do enfermeiro e de sua equipe, influenciando nos índices de rotatividade e absenteísmo, satisfação profissional e desta forma, contribuindo para que os profissionais consigam prestar assistência com melhores resultados para o paciente, tais como maior satisfação com os cuidados recebidos e consequentemente para a instituição, além da redução nas taxas de mortalidade e diminuição de eventos adversos decorrentes da assistência hospitalar .

1.3 Justificativa

As instituições de saúde têm sido cada vez mais pressionadas a fornecer uma assistência com os mais altos padrões de qualidade, livre de danos e riscos para os pacientes e com racionalidade de custos, uma avaliação contínua organizacional, gerencial e operacional, incluindo de recursos humanos, para a execução de melhores práticas assistenciais de enfermagem. A equipe de enfermagem exerce múltiplas tarefas durante a jornada de trabalho e são peças fundamentais para execução de uma assistência de qualidade, visando à segurança e bem-estar do paciente.

A omissão de cuidados traz consequências indesejáveis aos pacientes, profissionais e às instituições de saúde e tem sido associada a resultados negativos da assistência, além de impactar na equipe de enfermagem. Para que seja possível uma assistência humanizada e livre de danos, é necessário avaliar as razões pelas quais os profissionais de enfermagem deixam de prestar certos cuidados aos pacientes, pois identificando as razões torna-se mais acessível o planejamento de metas para melhoria da assistência e do ambiente de trabalho, além do desenvolvimento de estratégias de prevenção.

Uma reflexão no contexto da avaliação dos cuidados omitidos deve ser feita em relação à complexidade assistencial dos pacientes internados nas diferentes unidades e instituições de saúde. Certamente, o perfil dos pacientes atendidos irá requerer da enfermagem diferentes demandas de cuidados, e a possibilidade de atendimento destas demandas estarão dependentes de vários fatores como tempo para a realização das

intervenções de enfermagem, recursos necessários e disponíveis, entre outros. Portanto, há de se considerar que este conjunto de elementos poderá influenciar a percepção dos profissionais em relação ao cuidado prestado.

A carência de estudos no Brasil motivou a realização dessa investigação que pretende contribuir com a construção de um corpo de conhecimentos sobre o tema, considerando as peculiaridades das unidades hospitalares que serão investigadas, de modo a fornecer subsídios na área de gestão de recursos humanos de enfermagem.

2. OBJETIVO

2.1 Geral

Identificar os cuidados de enfermagem não realizados na assistência aos pacientes hospitalizados.

2.2 Específicos

- Descrever o perfil dos pacientes internados segundo sistema de classificação de acordo com seu grau de dependência em relação à assistência de enfermagem;
- Identificar os cuidados de enfermagem não realizados;
- Identificar a prevalência da não realização de cuidados por categoria profissional;
- Identificar as razões pelas quais os cuidados não são realizados.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e de abordagem quantitativa.

O delineamento transversal envolve a coleta de dados em um determinado tempo e os fenômenos do estudo são obtidos durante a coleta de dados.

A abordagem quantitativa foca a objetividade e gera resultados que podem ser quantificados, diferentemente da abordagem qualitativa. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem numérica para retratar os fenômenos. A verdade só pode ser alcançada com base na análise de dados coletados com o auxílio de instrumentos padronizados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2 Local do estudo

A instituição selecionada para esta pesquisa foi um hospital estadual de ensino do interior do estado de São Paulo, que realiza atendimentos exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS e presta assistência hospitalar e ambulatorial (consultas, exames e cirurgias) de média complexidade.

A coleta de dados foi realizada nas unidades de internação clínica e cirúrgica. Dados de produção da instituição no ano de 2020 indicaram 767 internações na clínica cirúrgica e 1.279 internações na clínica médica. Nas alas de internação está implantado o programa de assistência humanizada, com apoio de uma equipe multidisciplinar, do início ao fim do processo de internação, garantindo-se a todos os pacientes a presença de um acompanhante durante toda a permanência no hospital, assim como horários regulares de visita.

O hospital conta com a Política de Qualidade e Segurança do Paciente com a finalidade de padronizar e aprimorar os processos de trabalho junto com a adoção de boas práticas e melhoria contínua, em conformidade com a Missão, Visão e Valores do Hospital. Utiliza ainda ferramentas de qualidade que dão sustentação à Gestão de Qualidade Institucional, compostas por mapeamento de processos, interação entre processos, ciclo de melhoria PDCA, ferramentas de análise crítica, notificações de ocorrências e auditoria clínica. No âmbito das ações e projetos, destacam-se aquelas declaradas para valorização do trabalhador da instituição, composta por acompanhamento nutricional, Projeto Zen (Reiki e meditação), apoio espiritual e ouvidoria.

Além disso, o hospital trabalha com a Assistência focada na Segurança do Paciente e possui protocolos institucionais e setoriais elaborados pela equipe multidisciplinar, de acordo com o perfil epidemiológico do hospital.

3.3 População

A população do estudo foi constituída pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem das unidades clínica e cirúrgica. No momento da coleta de dados, estava implantada a admissão de paciente tanto clínico quanto cirúrgico, sem divisão de diagnósticos por ala, no que diz respeito à estrutura física da unidade. Assim, no período de trabalho, o profissional era responsável pela assistência de enfermagem de pacientes tanto clínicos como cirúrgicos, assim como internação clínica por COVID-19.

O quantitativo de profissionais presentes no setor era constituído por 15 enfermeiros, 33 técnicos de enfermagem e 10 auxiliares de enfermagem, distribuídos para atender a ala A de internação, que contava com 17 leitos clínicos e 8 leitos cirúrgicos e a ala B de internação que dispunha de 18 leitos clínico e/ou cirúrgico e 5 leitos destinados à internação de pacientes com diagnóstico suspeito ou confirmado de COVID-19 (isolamento). O contrato de trabalho é de 36 horas semanais, sendo a jornada de 6h diurnas e 12 h noturnas.

Foram incluídos todos os profissionais envolvidos na assistência direta ao paciente, com tempo de experiência na instituição igual ou superior a três meses e que estiveram presentes nas unidades durante a coleta de dados.

3.4 Procedimentos para coleta de dados

3.4.1 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, no período de 23 a 27/08/2021. Os profissionais de enfermagem foram abordados em sua unidade de trabalho, sendo explicados os objetivos do estudo. A seguir, foi entregue o instrumento *MISSCARE-BRASIL* (ANEXO I) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I), sendo orientado seu preenchimento.

Considerando que a coleta de dados foi realizada durante a pandemia do COVID- 19 e o local do estudo dispõem de internações e assistência de enfermagem a pacientes diagnosticados com tal patologia, o momento da entrega e orientação do instrumento, assim como do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi realizado individualmente, definido conforme disponibilidade do participante e indicação da gerência da unidade.

Em seguida à entrega, a pesquisadora combinou o recolhimento do instrumento a ser realizado de um a três dias após, a fim de minimizar sua permanência intra-hospitalar. Durante as orientações aos participantes foram seguidos os protocolos de biossegurança para prevenção da COVID 19 (ANVISA, 2020).

3.4.2 Instrumento de coleta de dados

Para a realização do estudo foi utilizado o instrumento *MISSCARE-BRASIL*, um questionário autoaplicável, composto por três partes, no qual os profissionais são solicitados a identificar a frequência com que deixam de realizar os cuidados de enfermagem na unidade, bem como os motivos para não prestar tal cuidado. A primeira parte contém questões que objetivam coletar informações gerais dos participantes descritas em 17 itens, com dados sociodemográficos (idade, sexo, nível de formação) e ocupacionais (período e turno de trabalho, tempo na função e no setor, carga horária) e experiência dos participantes. Inclui ainda três perguntas sobre satisfação do profissional frente a sua função, com pontuação variando de um a cinco, onde um é “muito insatisfeito” e cinco é “muito satisfeito”. Portanto, maiores valores indicarão maiores níveis de satisfação dos profissionais.

A segunda parte (Parte A) é composta por 28 itens referentes aos elementos dos cuidados de enfermagem não realizados, com resposta tipo *Likert*, que variam de “nunca é realizado”, “raramente realizado”, “ocasionalmente não é realizado”, “realizado frequentemente” ou “é sempre realizado”.

A terceira parte (Parte B) contém 28 itens que indicam as razões pelas quais os cuidados de enfermagem não são realizados, com respostas tipo *Likert*, com a opção de alternativas “razão significativa”, “razão moderada”, “razão pouco significativa” e “não é uma razão”.

Na parte A do *MISSCARE-BRASIL*, os itens podem ser pontuados de um a cinco, sendo que um corresponde a maiores níveis de omissão e cinco, ausência de omissão. Na parte B, os itens podem ser pontuados de um a quatro, sendo que um corresponde a “razão significativa” e quatro como “não sendo uma razão para a omissão”.

A parte B do *MISSCARE-BRASIL* é composta por subescalas com um modelo penta fatorial, que permite uma melhor análise dos fatores relacionados à omissão. Os itens do instrumento foram divididos nestas subescalas conforme descrito a seguir: Comunicação (itens 11,5,16,15,13,8,14,7,12,24); Recursos Materiais (itens 10,6,9,23); Recursos Laborais (itens 1,4,3,2,17,19,27,28); Estilo de gerenciamento/liderança institucional (itens 21,22,26); Dimensão Ética (itens 18, 20 e 25).

Neste estudo decidimos, a exemplo da investigação de Silva et al. (2020), estabelecer ainda uma classificação prioritária dos cuidados omitidos com base no estudo desenvolvido por Blackman et al. (2018), que sugeriu três prioridades de cuidado (alta, intermediária e baixa), segundo os conceitos utilizados por Alfaro-Lefevre (2011). O autor propõe tal priorização a partir do julgamento do enfermeiro sobre as necessidades de cuidado imediato do paciente. Esses autores consideraram intervenções adaptadas do instrumento *MISSCARE*

(Kalisch; Williams, 2009), que contém 22 itens. No presente estudo, o instrumento *MISSCARE-BRASIL* incluiu 28 itens, com a lista de prioridades de cuidado omitidas adaptada e apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Lista de itens da pesquisa de cuidados omitidos distribuídos por prioridade assistencial. Ribeirão Preto – São Paulo, 2022.

Cuidados com alta prioridade	Cuidados com prioridade intermediária	Cuidados com baixa prioridade
Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito.	Controle do balanço hídrico – entradas e saídas
Higienização das mãos	Mudança de decúbito do paciente a cada duas horas.	Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários.
Monitoramento da glicemia capilar (glicosimetria/dextro) conforme prescrito.	Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário.	Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados.
Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando suas necessidades de cuidado.	Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos.	Apoio emocional ao paciente / família.
Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	Administrar a medicação dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito	Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar
Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	Higiene oral	Atendimento ao paciente dentro de cinco minutos
Aspiração de vias aéreas	Banho/higiene do paciente/ medidas para prevenção de lesões de pele	Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda
	Solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N atendidas em quinze minutos	Sentar o paciente fora do leito
	Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	
	Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	
	Cuidados com lesões de pele/feridas	
	Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	
	Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	

Nota: Intervenções adaptadas do instrumento *MISSCARE-BRASIL* e tabela adaptada de Blackman et al. (2018)

Em relação ao perfil dos pacientes internados nas unidades investigadas, os valores dos escores de classificação dos pacientes são registrados diariamente pelos enfermeiros assistenciais responsáveis pela aplicação do Sistema de Classificação de Fugulin, conforme recomenda a Resolução 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Os dados foram extraídos do banco de dados existente nas unidades e disponibilizados para esta pesquisa do dia 23 a 27 de agosto de 2021.

3.5 Análise de dados

A inserção dos dados para composição do banco de dados foi realizada no programa Microsoft Office Excel® 2010 em dupla digitação. A análise descritiva das variáveis selecionadas foi executada por meio do programa SPSS *for Windows (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 24.0 e utilizou-se o teste de Levene para avaliar a homogeneidade das variâncias e o Teste-t para avaliar a igualdade entre as médias por categoria profissional do instrumento.

Para a obtenção do escore final do instrumento, conforme orientação da autora do instrumento original, foi realizada a reversão dos códigos das respostas aos itens das partes A e B, de modo que a opção “nunca” passa a valer cinco e “sempre” passa a ter o valor um. Assim a Parte A (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) e parte B (1=4) (2=3) (3=2) (4=1). Dessa forma, maiores valores indicam maior omissão do cuidado e razões mais importantes para a referida omissão na escala total (SIQUEIRA et al., 2017).

Após a reversão, as respostas foram dicotomizadas, sendo que as alternativas “ocasionalmente não é realizado”, “raramente é realizado” e “nunca é realizado” significaram cuidado omitido e as alternativas “realizado frequentemente” e “sempre realizado” representaram cuidado realizado.

3.7 Aspectos éticos

Na abordagem aos participantes, foram apresentados os objetivos, riscos e benefícios da participação na pesquisa, e aos que concordaram em participar foi entregue o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE). A pesquisadora assegurou aos participantes a privacidade e anonimato, assim como o direito de interromper a participação na pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sob protocolo CAAE: 46435221.4.0000.5393. Foi desenvolvido de modo a garantir os preceitos da Resolução

466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos participantes

No período da coleta de dados havia 58 funcionários nas unidades de internação A e B. Desses, 12 funcionários foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão (Tabela 2). Além destes, 6 profissionais recusaram participar antes ou após a leitura do TCLE (Tabela 3). Dos profissionais elegíveis que receberam o instrumento, seis não devolveram o mesmo (Tabela 4).

Tabela 2 - Detalhamento da exclusão de alguns participantes da amostra devido critérios de inclusão. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.

Exclusão por Critérios	Quantidade
Férias enfermeiro	2
Férias técnico em enfermagem	2
Férias auxiliar em enfermagem	2
Licença saúde técnico em enfermagem	1
Licença saúde auxiliar em enfermagem	1
Experiência < 3 meses na instituição	4
TOTAL	12

Tabela 3 - Detalhamento da exclusão de alguns participantes da amostra devido recusa. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021

Exclusão por Recusa	Quantidade
Recusa após ler o TCLE	2
Recusa antes de ler o TCLE	4
TOTAL	6

Tabela 4 - Quantitativo de instrumentos entregues e devolvidos por período. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.

Instrumentos entregues por período	Entregue	Devolvido
Diurno (manhã/ tarde)	24	21
Vespertino	2	1
Noturno	14	12
TOTAL	40	34

Dentre os 34 participantes houve prevalência de profissionais de enfermagem do sexo feminino (61,8%) com tempo de vivência no cargo superior a 10 anos (55,9%) e tempo de vivência na unidade/ setor inferior a quatro anos (58,8%). A prevalência de profissionais do

sexo feminino assemelha-se a outros estudos sobre tema (DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019; LIMA; SILVA; CALIRI, 2020; SILVA, et al., 2020). O sexo feminino foi predominante, o que corrobora com os achados da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (FIOCRUZ/COFEN, 2013), mais recente levantamento profissional realizado no país, que traz o perfil de formação profissional das categorias.

Segundo Kalisch et al. (2013) o tempo de vivência no cargo/função e idade tem se mostrado fortemente relacionados à omissão de cuidados, quanto maior o tempo de experiência na função, dois anos ou mais, maior é a taxa de omissão. Em nosso estudo, a maioria dos profissionais apresenta tempo expressivo na profissão, porém pouco tempo na instituição, o que poderia ter influenciado nos resultados relativos à baixa taxa de omissão relatada.

Referente à idade, o grupo de profissionais apresentou média de 37,2 anos (tabela 5). Profissionais com idade mais elevada e maior vivência na profissão podem contribuir positivamente na assistência ao paciente, uma vez que com o passar do tempo, puderam adquirir e desenvolver habilidades e competências profissionais necessárias para sua atuação.

Tabela 5 - Descrição estatística da idade em anos dos profissionais de enfermagem. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.

Variáveis	Média (DP*)	Mediana	Erro Desvio	Mínimo	Máximo
Idade	37,2	38,0	7,6	25	55

*DP = desvio padrão

Em relação à categoria profissional observou-se uma quantidade superior de profissionais de nível técnico (tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição percentual da categoria profissional dos participantes. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.

Variáveis	N=34	%
Categoria Profissional		
Auxiliar de enfermagem	2	5,9
Técnico em enfermagem	20	58,8
Enfermeiro	12	35,3

A qualificação profissional também é um ponto forte relacionado à omissão dos cuidados, quanto mais qualificado o profissional menor é a omissão, pois se entende que ele

possui um maior conhecimento teórico-científico da necessidade dos cuidados e do raciocínio clínico em relação à tomada de decisões e gerenciamento do cuidado (KALISCH; LANDSTROM; WILLIAMS, 2009). Este estudo mostrou que dos 12 enfermeiros participantes apenas três não possuíam pós-graduação (tabela 7), portanto a maioria possuía um nível de conhecimento e domínio elevados sobre a assistência, o que favorece o cuidado seguro. Há de se considerar ainda que a instituição tem por finalidade ensino e pesquisa, estimulando a formação dos profissionais, o que a diferencia no cenário da atenção à saúde.

Segundo Aiken et al. (2003), há vários estudos que mostram menores índices de mortalidade de pacientes internados sob assistência hospitalar quando assistidos por enfermeiros mais instruídos e qualificados, mostrando que um aumento de 10% no número de enfermeiros graduados diminuiu em 5% as chances de probabilidade de morte dentro de 30 dias de internação e nas chances de falha e erro durante intercorrências.

A maior parte dos profissionais de enfermagem trabalha no turno diurno de seis horas, o que pode ser considerado um aspecto positivo para a assistência, pois estudos mostram que turnos de dez horas ou mais estão associados ao desgaste físico e emocional do profissional, levando ao aumento em até três vezes na chance de cometerem erros, assim como diminuição do desempenho profissional prejudicando a qualidade da assistência e o aumento do número de cuidados omitidos, impactando diretamente a eficiência organizacional (BALL et al., 2017; GRIFFITHS et al., 2014; STONE et al., 2006).

Dados da literatura apontam uma maior frequência na ocorrência de afastamentos por doenças em funcionários submetidos a longas jornadas de trabalho como turnos de 12 horas (DALL'ORA et al., 2019). Especificamente no período de coleta, deve-se considerar uma situação atípica para a instituição em relação ao aumento de licenças saúde, frente a uma pandemia viral, que ocasionou licenças saúde de grande parte dos profissionais de enfermagem.

Na Inglaterra e em vários países europeus, os turnos de doze horas ou mais, têm sido uma escolha da maioria dos enfermeiros, que geralmente preferem turnos longos pela possibilidade de usufruírem de um número maior de dias de folga (DALL'ORA et al., 2015). No entanto, longos turnos estão associados a taxas mais altas de doença, ou seja, quaisquer benefícios podem ser prejudiciais. O absenteísmo pode levar ao aumento da necessidade de funcionários de outros setores que não estão habituados com a rotina do setor necessitante, podendo ser menos produtivos e menos eficazes, comprometendo indiretamente a segurança do paciente (DALL'ORA et al., 2019).

Tabela 7 - Distribuição dos participantes, segundo a unidade de internação, nível educacional, formação educacional mais elevada, período e turno de trabalho. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.

Variáveis	N = 34	%
Unidade de Internação		
Internação A e B	34	100
Nível educacional mais elevado		
Ensino Médio	17	50,0
Ensino Superior	9	26,5
Pós-graduação	8	23,5
Formação acadêmica mais elevada		
Técnico em enfermagem	19	55,9
Enfermeiro	3	8,8
Ensino superior fora da área de enfermagem	3	8,8
Especialização na área de Enfermagem	4	11,8
Especialização fora da área de Enfermagem	1	2,9
Mestrado ou doutorado em Enfermagem	4	11,8
Período de trabalho		
Diurno (manhã e/ou tarde)	21	61,8
Vespertino	1	2,9
Noturno	7	20,6
Rodízio entre diurno, vespertino e noturno	5	14,7
Turno que trabalha com maior frequência		
6 horas	23	67,6
12 horas	10	29,4
Rodízio entre 6, 8 ou 12 horas	1	2,9

O número de horas trabalhadas por semana, horas extras realizadas e faltas ao trabalho estão apresentados na Tabela 8. Vale ressaltar que o item do instrumento questiona o participante sobre faltas relacionadas à doença, acidente ou motivos particulares e horas extras realizadas nos últimos três meses, portanto não há evidências, segundo dados coletados, de exaustão física e emocional ligadas à sobrecarga de trabalho nessa instituição.

Estudos apontam que exaustões físicas e emocionais estão presentes em profissionais que exercem carga horária superior a 12 horas (DALL'ORA et al., 2019). O instrumento, entretanto não questiona o participante quanto a exercer uma dupla jornada de trabalho.

Pesquisas indicam que uma maioria considerável de profissionais de enfermagem tem recorrido a mais de um vínculo trabalhista em razão de salários não compatíveis com suas necessidades (RODRIGUES et al. 2017). Assim, tem-se uma ampliação da jornada de trabalho, podendo levar à exaustão, corroborando para a omissão de cuidados (BALL et al., 2017).

Siqueira (2016) aponta que fadiga e exaustão devido às longas horas de trabalho, plantões rotativos, horas extras, mais de um vínculo empregatício e presença de profissionais inexperientes podem levar a não realização de cuidados de enfermagem.

Silva (2018) também afirma que a sobrecarga de trabalho e a jornada em regime de plantões são fatores que favorecem situações de risco no trabalho de enfermagem, influenciando e comprometendo a segurança do paciente.

Tabela 8 - Descrição estatística dos participantes considerando o número de horas trabalhadas por semana, horas extras e os dias de faltas ao trabalho nos últimos três meses. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.

Variáveis	Média (DP*)	Mediana	Erro Desvio	Mínimo	Máximo
Horas /semana	36,3	36	1,2	36	40
Horas extras	6,1	0,0	12,6	0	60
Faltas	5,8	0,5	20,6	0	120

*DP = desvio padrão

A Tabela 9 apresenta, na perspectiva dos respondentes, a adequação do quantitativo de profissionais de enfermagem em relação ao número e perfil dos pacientes atendidos nas unidades.

Tabela 9 - Distribuição da opinião dos participantes referente à frequência que o número de funcionários na sua unidade/setor é adequado. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.

	N=34	%
Com que frequência você sente que o número de funcionários na sua unidade/setor é adequado?		
100% do tempo	1	2,9
75% do tempo	8	23,5
50% do tempo	12	35,3
25% do tempo	10	29,4
0% do tempo	3	8,8

Analisando a distribuição percentual verifica-se que 61,7% dos participantes considera que esta relação é igual ou superior aos 50%, o que pode ser considerado um aspecto interessante a ser analisado em relação ao perfil dos pacientes atendidos nestas unidades.

É importante ressaltar que o dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidades de internação deve ser garantido segundo a Resolução 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem. Essa Resolução, que já se apresenta como uma versão revisada de duas anteriores (Resoluções 189/1996 e 293/2004) estabelece os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Os referidos parâmetros representam normas técnicas mínimas, constituindo-se em referências para orientar os gestores, gerentes e enfermeiros dos serviços de saúde, no planejamento do quantitativo de profissionais necessários para execução das ações de enfermagem, considerando os diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem. A resolução ainda recomenda que o dimensionamento do quadro de profissionais deve ser baseado nas características relativas à instituição, ao serviço de enfermagem e à clientela. Em relação aos pacientes, deve se identificar o grau de dependência em relação à equipe de enfermagem (sistema de classificação de pacientes – SCP) e realidade sociocultural (COFEN, 2017).

Na Tabela 10, estão apresentados os valores mínimo e máximo, assim como a mediana do número de pacientes, admissões e altas realizadas pelos participantes no último turno de trabalho.

Tabela 10 - Descrição estatística do número de pacientes cuidados, número de altas e admissões realizadas pelos profissionais no último turno de trabalho que os dados foram coletados. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.

Variáveis	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Pacientes Cuidados					
Enfermeiros	21,2	21	0,8	20	22
Técnicos	5,7	6	1,3	4	9
Auxiliares	7,5	7,5	0,5	7	8
Admissões					
Enfermeiros	2,1	2	1,7	0	6
Técnicos	1,2	1	1,0	0	3
Auxiliares	1,5	1,5	0,5	1	2
Altas					
Enfermeiros	2,2	2	2	0	6

Técnicos	0,9	0,5	0,9	0	3
Auxiliares	1,5	1,5	1,5	0	3

Vale ressaltar que, o número máximo de pacientes cuidados por enfermeiros foram 22 pacientes, pois os enfermeiros assistenciais eram responsáveis por todos os pacientes do setor, sendo assim a maioria deles optaram pela resposta com o quantitativo total de pacientes internados durante aquele dia.

Trata-se de um dado importante considerar esta proporção tendo em vista que vários estudos têm procurado demonstrar a influência da sobrecarga de trabalho da enfermagem na ocorrência de eventos não desejáveis.

Nesta direção, a Resolução COFEN 543/2017 considera como proporção adequada profissional/paciente, para cuidados mínimos, um profissional responsável por no máximo seis pacientes; um profissional por no máximo quatro pacientes em cuidados intermediários, um profissional responsável por no máximo 2,4 pacientes em cuidados alta dependência (COFEN, 2017).

Cho et al. (2015) realizaram um estudo na Coreia do Sul sobre omissão de cuidados frente ao dimensionamento de enfermeiros e concluíram que o índice de cuidado omitido foi significativamente menor em unidades em que o dimensionamento era mais adequado.

Embora esse estudo não tenha como objetivo avaliar o dimensionamento de pessoal de acordo com a carga de trabalho é necessário considerar que um quantitativo de profissionais inadequado é um fator que pode contribuir para a omissão de cuidados, tendo em vista que o mesmo pode ocasionar uma sobrecarga de trabalho ao profissional.

Outro fator primordial presente no fenômeno da omissão é a satisfação com o cargo e também com o local de trabalho, pois quanto maior a satisfação, menor é a omissão (KALISCH; WILLIAMS, 2009).

Um dado importante refere-se ao item declarado por 44,1% dos profissionais de enfermagem quanto a possuírem planos de deixar o cargo ou a função que exercem dentro de seis meses a um ano.

Dall'Ora et al. (2015) demonstraram que as chances de deixar o emprego devido à insatisfação no trabalho aumentaram em 31% entre os enfermeiros que trabalham 12 horas ou mais em comparação com enfermeiros que trabalham 8 horas ou menos.

O tema de abandono e não procura pela profissão de enfermagem tem sido objeto de investigações em vários países da Europa e América do Norte, diante do cenário de escassez de profissionais de enfermagem e dificuldades de retenção dos mesmos, decorrentes dentre outros, de ambientes de trabalho inadequados e baixo clima organizacional. Tais estudos

apontam como consequências, a restrição nas inovações e na reforma dos sistemas de saúde, contribuindo para uma escalada nos custos em saúde (LAUS, 2014).

No tocante a satisfação dos profissionais nas unidades de trabalho pesquisadas, os dados estão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição de profissionais conforme a satisfação com a função, satisfação com a profissão e com o trabalho em equipe. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.

Variáveis	N=34	%
Satisfação com o cargo/função		
Muito satisfeito	6	17,6
Satisfeito	19	55,9
Nem satisfeito e nem insatisfeito	5	14,7
Insatisfeito	4	11,8
Muito insatisfeito	0	0
Satisfação com a profissão		
Muito satisfeito	9	26,5
Satisfeito	18	52,9
Nem satisfeito e nem insatisfeito	5	14,7
Insatisfeito	1	2,9
Muito insatisfeito	1	2,9
Satisfação com o trabalho em equipe		
Muito satisfeito	4	11,8
Satisfeito	19	55,9
Nem satisfeito e nem insatisfeito	6	17,6
Insatisfeito	5	14,7
Muito insatisfeito	0	0

Pode-se observar conforme relatado pelos participantes que 73,5% estavam satisfeitos com o cargo, 79,4% satisfeitos com a profissão e 67,6% satisfeitos com o trabalho em equipe, o que pode ser considerado um dado positivo em relação a gestão institucional. Como descrito, o hospital investigado apresenta uma série de iniciativas para qualificação tanto do processo assistencial como nos processos administrativos e que envolvem a valorização do trabalhador, apresentado no conjunto de ações e projetos declarados como metas institucionais.

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

Bacha e colaboradores (2015) ao investigarem os determinantes da satisfação no trabalho da equipe de enfermagem de um hospital público universitário concluíram que a relação entre qualificação profissional e função desempenhada foi o aspecto mais importante identificado. Para os autores, deve-se considerar que a satisfação geral do trabalhador exerce influência direta na qualidade do cuidado e que a insatisfação está relacionada ao aumento da rotatividade deliberada de funcionários, constante desmotivação da equipe e diminuição da segurança e satisfação dos pacientes.

Morais et al. (2016) buscaram identificar os fatores de satisfação no trabalho de enfermeiros de unidades de internação médico-cirúrgica em um hospital universitário do norte do Paraná e concluíram que estes estiveram relacionados com remuneração, carga horária, trabalho em equipe, reconhecimento pelo trabalho realizado, autonomia e resolubilidade para prestar assistência, o cuidar do paciente e o trabalhar em instituição pública.

Sobre este tema, Silva (2018) alerta para a importância da gerência de enfermagem nas unidades, que devem estar alertas quanto a garantir um ambiente de trabalho positivo que possibilite satisfação da equipe e conseqüentemente influencie em melhores taxas de retenção de pessoal.

Kalisch et al. (2013), em relação às questões de liderança e gestão, afirma que deve haver uma preocupação com aqueles membros da equipe que não desempenha adequadamente suas atividades, pois se não advertidos, continuarão a atuar da mesma maneira, omitindo elementos essenciais dos cuidados de enfermagem.

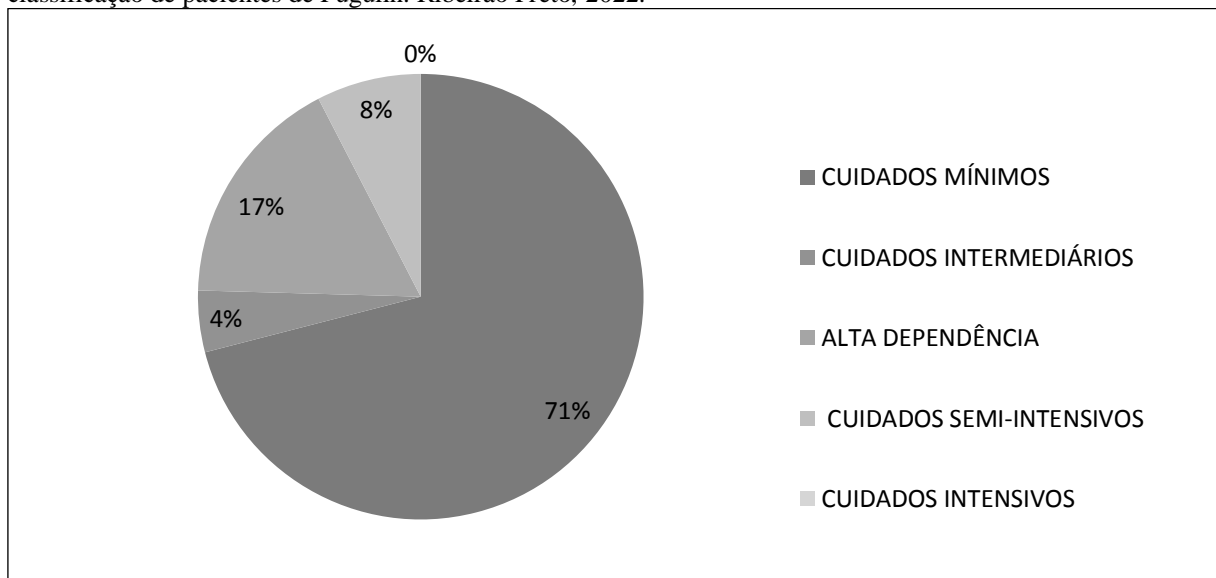
4.2 Caracterização do perfil dos pacientes atendidos nas unidades investigadas

Com intuito de complementar as informações que pudessem auxiliar na análise dos dados relativos aos cuidados não realizados pela equipe de enfermagem nesta instituição hospitalar, buscamos conhecer o perfil dos pacientes internados no período da realização da coleta de dados e que se encontram apresentados abaixo.

Tabela 12 - Distribuição percentual dos pacientes internados no período de 23 a 27 de agosto de 2021, segundo sistema de classificação de pacientes de Fugulin. Ribeirão Preto, 2022.

Tipo de cuidados	N	Percentual	Média/dia
Cuidados mínimos	159	71%	31,8
Cuidados intermediários	10	4%	2
Alta dependência	38	17%	7,6
Cuidados semi-intensivos	17	8%	3,4
Cuidados intensivos	0	0%	0
Total PCT/DIA	224	100%	44,8

Gráfico 1 - Percentual dos pacientes internados no período de 23 a 27 de agosto de 2021, segundo sistema de classificação de pacientes de Fugulin. Ribeirão Preto, 2022.



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

O que esta informação nos traz de valioso refere-se a constatar que, predominantemente a instituição atende pacientes de cuidados mínimos, definidos como aqueles estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e autossuficiente quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas. Pacientes com esta classificação são aqueles que necessitam de 4 horas de enfermagem, por paciente, nas 24 horas (COFEN, 2017).

Deve-se considerar que o número de horas de assistência de enfermagem preconizadas pelos órgãos competentes não podem ser avaliadas isoladamente, devem ser considerados o perfil da unidade e as características clínicas dos pacientes. As recomendações do número de horas de enfermagem devem servir de base para propor adequações no quadro de pessoal das unidades.

4.3 Percepção dos profissionais de enfermagem quanto aos cuidados não realizados

A análise da confiabilidade dos dados obtidos em relação aos elementos dos cuidados de enfermagem (Parte A) realizada por meio do Coeficiente alfa de Cronbach apontou valor aceitável igual a 0,863.

Na Tabela 13 consta a quantidade, assim como a porcentagem de cada resposta referente aos cuidados de enfermagem mencionada no instrumento.

Tabela 13 - Distribuição das respostas dos profissionais de enfermagem, por cuidados de enfermagem, segundo a frequência da sua realização. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.

Cuidados de enfermagem	Nunca é realizado		Raramente é realizado		Ocasionalmente é realizado		Realizado frequentemente		Sempre é realizado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1) Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito	5	14,7	12	35,3	8	23,5	8	23,5	1	2,9
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	0	0	1	2,9	11	32,4	18	52,9	4	11,8
3) Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	0	0	0	0	1	2,9	8	23,5	25	73,5
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	0	0	4	11,8	3	8,8	8	23,5	19	55,9
5) Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito	0	0	0	0	4	11,8	20	58,8	10	29,4
6) Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	0	0	0	0	0	0	6	17,6	28	82,4
7) Controle do balanço hídrico – entradas e saídas	0	0	2	5,9	3	8,8	12	35,3	17	50,0
8) Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	0	0	0	0	5	14,7	18	52,9	11	32,4
9) Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	1	2,9	4	11,8	3	8,8	13	38,2	13	38,2
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família	0	0	3	8,8	8	23,5	16	47,1	7	20,6
11) Banho/higiene do paciente/ medidas para prevenção de lesões de pele	0	0	0	0	2	5,9	10	29,4	22	64,7
12) Higiene bucal	0	0	0	0	8	23,5	14	41,2	12	35,3
13) Higiene das suas mãos	0	0	0	0	2	5,9	9	26,5	23	67,6
14) Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	0	0	8	23,5	2	5,9	9	26,5	15	44,1
15) Monitorar a glicemia capilar (glicosimetria/dextro) conforme prescrito.	0	0	0	0	0	0	5	14,7	29	85,3
16) Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando	0	0	2	5,9	1	2,9	22	64,7	9	26,5

suas necessidades de cuidado											
17) Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	0	0	2	5,9	8	23,5	14	41,2	10	29,4	
18) Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	0	0	0	0	4	11,8	15	44,1	15	44,1	
19) O atendimento à chamada do paciente é feita dentro de cinco minutos.	1	2,9	2	5,9	6	17,6	8	23,5	17	50,0	
20) As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos	0	0	5	14,7	7	20,6	14	41,2	8	23,5	
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	0	0	1	2,9	6	17,6	15	44,1	12	35,3	
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	7	20,6	7	20,6	5	14,7	8	23,5	7	20,6	
23) Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	0	0	2	5,9	6	17,6	19	55,9	7	20,6	
24) Cuidados com lesões de pele/ferida	0	0	0	0	3	8,8	14	41,2	17	50,0	
25) Aspiração de vias aéreas	1	2,9	2	5,9	0	0	19	55,9	12	35,3	
26) Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	0	0	1	2,9	1	2,9	15	44,1	17	50	
27) Sentar o paciente fora do leito	0	0	6	17,6	7	20,6	14	41,2	7	20,6	
28) Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	0	0	0	0	4	11,8	16	47,1	14	41,2	

Para a análise da prevalência de cuidado omitido, utilizou-se o agrupamento das respostas às alternativas “ocasionalmente é realizado”, “raramente é realizado” e “nunca é realizado”, conforme dados apresentados na Tabela 14.

Tabela 14 - Distribuição da frequência de respostas sobre a omissão de cuidados de enfermagem aos 28 itens da parte A do instrumento *MISSCARE-BRASIL* de acordo com o agrupamento das opções "ocasionalmente não é realizado", "raramente é realizado" e "nunca é realizado". Ribeirão Preto, SP, 2022.

Cuidados de enfermagem	n	f	%
	1) Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito	34	25
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	34	12	35,3
3) Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	34	1	2,9
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	34	7	20,6

5) Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito	34	4	11,8
6) Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	34	0	0
7) Controle do balanço hídrico – entradas e saídas	34	5	14,7
8) Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	34	5	14,7
9) Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	34	8	23,5
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família	34	11	32,3
11) Banho/higiene do paciente/ medidas para prevenção de lesões de pele	34	2	5,9
12) Higiene bucal	34	8	23,5
13) Higiene das suas mãos	34	2	5,9
14) Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	34	10	29,4
15) Monitorar a glicemia capilar (glicosimetria/dextro) conforme prescrito.	34	0	0
16) Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando suas necessidades de cuidado	34	3	8,8
17) Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	34	10	29,4
18) Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	34	4	11,8
19) O atendimento à chamada do paciente é feita dentro de cinco minutos.	34	9	26,4
20) As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos	34	12	35,3
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	34	7	20,5
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	34	19	55,9
23) Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	34	8	23,5
24) Cuidados com lesões de pele/ferida	34	3	8,8
25) Aspiração de vias aéreas	34	3	8,8
26) Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	34	2	5,9
27) Sentar o paciente fora do leito	34	13	38,2
28) Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	34	4	11,8

A deambulação e a mobilização de pacientes internados correspondem a cuidados primordiais para a melhora significativa durante a internação. Ela não está apenas ligada a melhora da parte musculoesquelética, mas também ao alívio da dor, desconforto urinário, infecção do trato urinário, fadiga, prevenção de trombose venosa profunda e pneumonia, visto que a maioria dos pacientes internados e principalmente com internações longas e idade superior a 60 anos apresentam debilidade muscular, e o exercício físico auxilia na melhora do tônus e também manutenção da maioria dos sistemas, privar o paciente estável de deambular, sentar e se movimentar pode ser um ponto negativo no prognóstico (KALISCH; LEE; DABNEY, 2013).

O achado deste estudo não infere que os pacientes não deambulavam, indica apenas que a enfermagem não auxiliava nessa deambulação, pois a deambulação pode ser realizada autonomamente ou assistida por outros profissionais, como exemplo fisioterapeutas.

O cuidado “Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito” é o cuidado mais omitido nos estudos sobre o tema na realidade nacional e internacional (KALISCH et al.,

2011; KALISCH; DOUMIT, 2013; KALISCH; LEE 2012; LIMA; SILVA; CALIRI, 2020; SILVA et al., 2019; SIQUEIRA, 2017).

A discussão interdisciplinar sobre a assistência ao paciente é uma das recomendações para a segurança do paciente, visto que a mesma aborda a integralidade do cuidado com todos os profissionais de saúde presentes na instituição, desde enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, médicos, nutricionistas e entre outros, a fim de traçar planos terapêuticos para o tratamento do paciente, evitando danos durante a internação. A comunicação eficaz sobre a meta terapêutica entre os membros da equipe também auxilia na rede de apoio do paciente, como familiares e cuidadores, incluí-los nos cuidados reforça a segurança na assistência e auxilia no apoio emocional, visto que a internação em si é um momento delicado e emocionalmente desgastante ao paciente e aos familiares, portanto essa interação com eles é extremamente necessária no decorrer da internação (DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019; JOHNSON et al., 2020).

Estratégias de comunicação como reuniões e discussões, podem fornecer aos membros da equipe várias oportunidades para interagirem e exporem ideias de melhoria para assistência ao paciente, cada membro com seu escopo, unindo ideias para favorecer as tomadas de decisões relacionadas ao atendimento ao paciente, o que, por sua vez, aprofunda a confiança e o respeito mútuo (JOHNSON et al., 2020).

Na maioria das instituições quem participa e coordena a discussão interdisciplinar é o enfermeiro (TANG et al., 2017), a maior parte da amostra é composta por profissionais de nível técnico, esses relataram como cuidado não realizado a participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, porém isso não infere que esse cuidado não tenha sido realizado, denota apenas que eles não participaram desse momento. Na instituição estudada a abordagem/ discussão interdisciplinar é realizada uma vez na semana pelo enfermeiro e outros profissionais presentes no setor.

A omissão dos cuidados de enfermagem gera um resultado negativo em todo o processo de assistência a curto ou longo prazo durante a internação do paciente, sendo que vários fatores estão relacionados com a não realização de cuidados de enfermagem, sendo eles a carga de trabalho elevada, dimensionamento incorreto da equipe e ambiente de prática desfavorável (BALL et al., 2017).

Em algumas instituições do sistema de saúde brasileiro, apesar de todo avanço, ainda exercem o modelo biomédico do cuidado, privilegiam as necessidades biológicas, alguns cuidados omitidos que podemos observar em outros estudos são: mudança de decúbito a cada duas horas, planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar, apoio emocional ao paciente e/ou família e orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas,

cuidados estes que possuem baixa prioridade, porém em longo prazo podem afetar direta ou indiretamente o tratamento do paciente e uma possível reinternação (HERNÁNDEZ-CRUZ et al., 2017; LIMA; SILVA; CALIRI, 2020; SIQUEIRA, 2017)

O enfermeiro, por sua vez, se depara com situações em que há necessidade de impor prioridades na assistência, assim como cita o autor Alfaro-Lefevre (2011), que menciona os cuidados prioritários ao paciente durante sua internação e afirma a independência do enfermeiro e seu raciocínio crítico ao avaliar o paciente e suas necessidades fisiológicas relacionadas ou não com a doença de base.

Para a análise da prevalência de cuidado realizado, utilizou-se o agrupamento das respostas às alternativas “realizado frequentemente” e “sempre realizado”, conforme dados apresentados na Tabela 15.

Tabela 15 - Distribuição da frequência de respostas sobre a omissão de cuidados de enfermagem aos 28 itens da parte A do instrumento *MISSCARE-BRASIL* de acordo com o agrupamento das opções "realizado frequentemente" e "sempre realizado" . Ribeirão Preto, SP, 2022.

Cuidados de enfermagem			
	n	f	%
1) Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito	34	9	26,4
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	34	22	64,7
3) Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	34	33	97
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	34	27	79,4
5) Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito	34	30	88,2
6) Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	34	34	100
7) Controle do balanço hídrico – entradas e saídas	34	29	85,3
8) Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	34	29	85,3
9) Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	34	26	76,4
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família	34	22	67,7
11) Banho/higiene do paciente/ medidas para prevenção de lesões de pele	34	32	94,1
12) Higiene bucal	34	26	76,4
13) Higiene das suas mãos	34	32	94,1
14) Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	34	24	70,6
15) Monitorar a glicemia capilar (glicosimetria/dextro) conforme prescrito.	34	34	100
16) Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando suas necessidades de cuidado	34	31	91,2
17) Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	34	24	70,6
18) Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	34	30	88,2
19) O atendimento à chamada do paciente é feita dentro de cinco minutos.	34	25	73,5
20) As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos	34	22	64,7
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	34	27	79,4
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	34	15	44,1
23) Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	34	26	76,4
24) Cuidados com lesões de pele/ferida	34	31	91,2
25) Aspiração de vias aéreas	34	31	91,2

26) Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	34	32	94,1
27) Sentar o paciente fora do leito	34	21	64,8
28) Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	34	30	88,2

Considerando que as respostas “realizado frequentemente” e “sempre é realizado” indicam ausência de omissão, os cuidados mais realizados assinalados pela equipe de enfermagem foram: alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário (97%), avaliação dos sinais vitais conforme prescrito (100%), banho/higiene do paciente/ medidas para prevenção de lesões de pele (94,1%), higiene das mãos (94,1%), monitorar a glicemia capilar (glicosimetria/dextro) conforme prescrito (100%), avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando suas necessidades de cuidado (91,2%), uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda (94,1%). A priorização desses mesmos cuidados pode ser encontrada em outros estudos no cenário nacional (DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019; LIMA; SILVA; CALIRI, 2020).

Seguindo a proposta de análise dos cuidados na perspectiva de priorização dos cuidados de enfermagem, verificou-se baixa prevalência de omissão nos cuidados com alta prioridade. Dentre os cuidados elencados, os respondentes apontaram a realização de quatro itens, dos sete relacionados. Ainda pontuaram como cuidados frequentemente ou sempre realizados, dois itens de prioridade intermediária e um de baixa prioridade. Dentre os cinco cuidados omitidos de maior frequência apontada pelos profissionais de enfermagem, verifica-se que quatro são cuidados de prioridade intermediária e um de menor prioridade.

A literatura tem apontado que os enfermeiros precisam priorizar os cuidados realizados considerando o tempo e os recursos disponíveis (BLACKMAN et al., 2018).

Papastavrou et al. (2014) destacaram que a definição de prioridades varia nas diferentes áreas da enfermagem, entre os enfermeiros em função de sua posição hierárquica, podendo também ser influenciada pela duração do tratamento do paciente e seu diagnóstico, em além de variar em diferentes países e serviços. Há ainda de se considerar a divisão de realização das diversas intervenções por diferentes categorias profissionais e entre diferentes profissionais, por exemplo, a participação dos fisioterapeutas na assistência prestada.

4.4 Razões para a não realização dos cuidados de enfermagem

A distribuição das frequências de respostas de cada item da parte B do instrumento *MISSCARE-BRASIL* está apresentada na tabela 16.

Tabela 16 - A distribuição das frequências das razões para a omissão dos cuidados de enfermagem. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.

RAZÕES	Razão significante		Razão moderada		Razão pouco significante		Não é uma razão	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	1) Número inadequado de pessoal	23	67,6	6	17,6	5	14,7	0
2) Situações de urgência dos pacientes (Ex. a piora da condição de um paciente)	13	38,2	13	38,2	5	14,7	3	8,8
3) Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade	16	47,1	9	26,5	7	20,6	2	5,9
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/ secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)	25	73,5	6	17,6	2	5,9	1	2,9
5) A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada	11	32,4	11	32,4	9	26,5	3	8,8
6) Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário	10	29,4	7	20,6	15	44,1	2	5,9
7) A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada	6	17,6	7	20,6	11	32,4	10	29,4
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que era necessário (Ex. fisioterapeuta não auxiliou na deambulação do paciente)	7	20,6	9	26,5	14	41,2	4	11,8
9) Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário	5	14,7	8	23,5	11	32,4	10	29,4
10) Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário	6	17,6	6	17,6	12	35,3	10	29,4
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si	14	41,2	7	20,6	11	32,4	2	5,9
12) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos /setores de apoio	7	20,6	12	35,3	10	29,4	5	14,7
13) Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM	14	41,2	9	26,5	9	26,5	2	5,9
14) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA	5	14,7	6	17,6	15	44,1	8	23,5
15) O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada	10	29,4	9	26,5	8	23,5	7	20,6
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/ setor ou não estava disponível	5	14,7	7	20,6	11	32,4	11	32,4
17) Grande quantidade de admissões e altas	16	47,1	9	26,5	6	17,6	3	8,8
18) O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição	11	32,4	4	11,8	8	23,5	11	32,4
19) Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional	5	14,7	7	20,6	8	23,5	14	41,2
20) O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego	6	17,6	10	29,4	7	20,6	11	32,4
21) Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe	6	17,6	14	41,2	8	23,5	6	17,6
22) Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional)	10	29,4	3	8,8	13	38,2	8	23,5
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	5	14,7	3	8,8	8	23,5	18	52,9

24) Falta de padronização para realização de procedimentos /cuidados	5	14,7	4	11,8	10	29,4	15	44,1
25) O profissional de enfermagem é negligente (apre-senta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)	7	20,6	10	29,4	6	17,6	11	32,4
26) Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional)	14	41,2	9	26,5	5	14,7	6	17,6
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)	10	29,4	7	20,6	10	29,4	7	20,6
28) O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho /atenção/ concentração para realizar a assistência.	14	41,2	14	41,2	5	14,7	1	2,9

A análise da confiabilidade dos dados obtidos em relação aos elementos dos cuidados de enfermagem realizada por meio do Coeficiente alfa de Cronbach apontou valor aceitável igual a 0,892.

Considera-se razões importantes interligadas à omissão de cuidados as assinaladas nas respostas “razão significativa” e “razão moderada”. Todas as razões do instrumento foram assinaladas pelos profissionais.

As razões mais indicadas pelos profissionais: o número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/ secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros) (73,5%), número inadequado de pessoal (67,6%), aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade (47,1%) e grande quantidade de admissões e altas (47,1%).

Como “razão moderada” aparece falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe (41,2%), o profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho /atenção/ concentração para realizar a assistência (41,2%), situações de urgência dos pacientes (Ex. a piora da condição de um paciente) (38,2%) e tensão/conflicto ou problemas de comunicação com outros departamentos /setores de apoio (35,3%).

Nota-se que o número inadequado de pessoal surge com alta frequência dentre as razões significativas para os cuidados de enfermagem não serem realizados, o que sugere a necessidade de uma análise mais detalhada a respeito tema nas unidades pesquisadas.

Na opção “razão pouco significativa”, as mais frequentes foram tensão/conflicto ou problemas de comunicação com a equipe médica (44,1%), os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário (44,1%), outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que era necessário (Ex. fisioterapeuta não auxiliou na deambulação do paciente) (41,2%) e falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser

realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional) (38,2%).

Os profissionais consideraram não ser razão para omissão do cuidado a planta física da unidade/ setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes (52,9%), falta de padronização para realização de procedimentos /cuidados (44,1%), número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional (42,1%), o profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/ setor ou não estava disponível, 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 e o profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade), todos com valores de 32,4%.

Utilizando-se do agrupamento das respostas às alternativas “razão significativa” e “razão moderada”, quem tem sido relatadas como aquelas que efetivamente refletem os motivos identificados pelos profissionais como relevantes para a não realização dos cuidados de enfermagem necessários, os itens mais apontados foram: o número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros (91,1%), número inadequado de pessoal (85,2%), o profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho /atenção/ concentração para realizar a assistência (82,4%), situações de urgência dos pacientes (Ex. a piora da condição de um paciente) (76,4%), aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade e grande quantidade de admissões e altas, ambos com 73,6%, tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos /setores de apoio (67,7%), falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional) (67,7%) e a distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada (64,8%).

Nos estudos nacionais, podem-se encontrar semelhanças nas razões apontadas pelos profissionais. Na investigação de Siqueira (2017), o “aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade” foi a razão mais citadas pelos profissionais para a omissão dos cuidados de enfermagem (79,4%), seguido de “número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)” (77,2%) e “número inadequado de pessoal” (75,2%).

Lima et al. (2020) encontrou “número inadequado de pessoal” (85,4%), “número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas” (81,6%) e “aumento

inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes da unidade” (79,8%) como as razões mais prevalentes para omissão de cuidados apontadas pela equipe de enfermagem de um hospital universitário.

Silva et al. (2020) identificaram como as razões apontadas com maior frequência por enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva, o “número inadequado de pessoal”, “a planta física da unidade/setor é inadequada, dificultando a provisão de atendimento a pacientes em isolamento ou áreas mais distantes” e “o profissional possui mais de um vínculo empregatício, o que reduz seu comprometimento/atenção/concentração na assistência”.

No estudo de Dutra e colaboradores (2019) as principais razões atribuídas à omissão do cuidado estão relacionadas aos recursos laborais, com destaque para o número inadequado de profissionais e às situações de urgência que acontecem com os pacientes durante o turno de trabalho e aos recursos materiais, nas situações em que os medicamentos, materiais ou equipamentos não estavam disponíveis quando necessário. Verificou também a diferenciação de respostas vinculadas às razões por categoria profissional, sendo que para os enfermeiros cuidados omitidos estão relacionados aos recursos laborais, materiais, aspectos éticos e estilo de liderança institucional, e tais razões exercem maior influência na omissão do cuidado em comparação com as respostas dos técnicos de enfermagem.

Sequencialmente, analisaram-se os itens individuais que compõem as subescalas da parte B do instrumento *MISSCARE-BRASIL*, permite uma melhor interpretação das razões, considerando os fatores como já mencionados: Comunicação (10 itens: 11, 5, 16, 15, 13, 8, 14, 7, 12, 24); Recursos Materiais (4 itens: 10, 6, 9, 23); Recursos Laborais (8 itens: 1, 2, 3, 4, 17, 19, 27, 28); Estilo de gerenciamento/liderança institucional (3 itens: 21, 22, 26); Dimensão Ética (3 itens: 18, 20 e 25).

A distribuição das categorias relacionadas às razões para a omissão dos cuidados de enfermagem está apresentada na Tabela 17.

Tabela 17 - Análise descritiva das subescalas da Parte B do *MISSCARE-BRASIL*. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.

Variáveis	Média (DP*)	Mediana	Erro Desvio	Mínimo	Máximo
Comunicação	2,5	2,7	0,6	1	4
Recursos Materiais	2,3	2,2	0,8	1	4
Recursos Laborais	3,0	3,1	0,5	1	4
Estilo de gerenciamento	2,6	2,7	0,7	1	4
Dimensão ética	2,4	2,3	0,8	1	4

*DP = desvio padrão

Os recursos laborais (que envolvem a qualidade e quantidade da equipe de enfermagem) foram indicados como as principais justificativas/razões das omissões mencionadas pelos profissionais de enfermagem, semelhante a outros estudos brasileiros (DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019; LIMA; SILVA; CALIRI, 2020; SILVA et al., 2019). Assim como pesquisas realizadas na Itália, Coreia, Austrália, observou-se que as razões são semelhantes, a maior pontuação foi no quesito humano e material, ou seja, esse é um problema que enfrentamos de modo global (GRIFFITHS et al., 2018).

Nesta subescala, os itens mais assinalados foram “número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/ secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros” (91,1%) e “número inadequado de pessoal” (85,2%),

Os recursos laborais estão interligados aos recursos humanos, fatores influenciados pela assistência e pelos profissionais direta ou indiretamente. Os recursos humanos são uma das principais preocupações dos gestores durante os turnos de trabalho, pois o serviço da enfermagem é totalmente dependente do profissional, é o cuidado integral com o paciente, é a assistência direta, é o conforto, apoio e comunicação, se em algum momento ocorrer uma situação que comprometa o desempenho do profissional, conseqüentemente comprometerá a assistência ao paciente (DEHGHAN-NAYERI et al., 2018).

Essas situações estão ligadas à sobrecarga de trabalho, dimensionamento inadequado, absenteísmo, falta de motivação, falta de trabalho em equipe, ambiente desfavorável para a prática. O fato não é apenas aumentar o quantitativo de profissionais, o foco é manter uma assistência organizada e sistematizada com profissionais capacitados e experientes, infere-se que profissionais não capacitados ou habituados com a rotina do setor tendem a comprometer a assistência geral, pois acabam sobrecarregando os profissionais mais experientes (DEHGHAN-NAYERI et al., 2018).

Sequencialmente, dentre as razões mais frequentes para a omissão dos cuidados de enfermagem estão relacionados a fatores de gerenciamento/liderança. Nesta subescala, a razão com maior percentual foi “falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional) ” (67,7%).

A gerência da instituição é a principal responsável por planejar, elaborar e monitorar ações e estratégias da cultura organizacional direcionada para a promoção da segurança do paciente e valorização profissional. A isenção de culpa e cultura não punitiva pode melhorar o relato de "cuidados de enfermagem não realizados", pois incentiva os funcionários a declararem a ocorrência de um erro e, em seguida, encontrar soluções para diminuir os danos e implementação de abordagens preventivas (NETO et al., 2017).

Nilasari e Hariyati (2021) ao realizarem uma revisão de literatura do período de 2015 a 2019 sobre o tema de cuidados de enfermagem omitidos encontraram, em 18 artigos selecionados, que os fatores influenciadores deste fenômeno são a percepção sobre segurança do paciente e auto-responsabilidade sobre a prática profissional. Planejamento, intervenções e documentação têm sido apontados sistematicamente como cuidados omitidos. Dentre as razões estão características dos profissionais, problemas com recursos laborais, comunicação e influência da gerência, apontado como grande diferencial para melhoria da assistência de enfermagem fornecida.

Gerentes e líderes têm sido desafiados a adotar estratégias que possibilitem o engajamento, a valorização e a participação dos colaboradores na tomada de decisões organizacionais, buscando desenvolver maior integração destes profissionais na instituição e conseqüentemente, melhorar sua retenção na instituição.

O desafio dos líderes de saúde e de enfermagem é maior na atualidade, haja vista que necessitam se aprimorar nos novos paradigmas, buscando entender a complexidade das instituições e conduzir a equipe olhando para os aspectos positivos da segurança do paciente, sem descartar a análise das causas que levam aos erros (BERNARDES et al., 2021)

Tais líderes necessitam, ainda, ser resilientes na adaptação à pressão para fornecer cuidado seguro e eficaz aos pacientes, bem como proteger os profissionais de enfermagem que compõem as equipes, submetidos a aumento da carga de trabalho, estresse, cansaço, desgaste mental, o que pode impactar adversamente a segurança do paciente (CASTILHO et al., 2020)

4.5 Prevalência da omissão por categoria profissional

A omissão entre as categorias profissionais não apresentou diferença significativa, contrariamente a outros estudos que mostraram uma maior taxa de omissão vem dos profissionais de nível técnico, por diversos motivos, sendo um deles o menor nível de conhecimento científico e raciocínio clínico.

Na tabela 18 são apresentados os valores do teste de Levene que avaliou a homogeneidade das variâncias e o Teste-t que avaliou a igualdade entre as médias.

Tabela 18 - Análise estatística dos valores do teste de Levene e Teste-t sobre a prevalência de omissão por categoria profissional. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021.

Teste de Levene	Teste-t para Igualdade de Médias			
	Sig (2	Diferença	Erro padrão de	95% Intervalo de Confiança da Diferença

	Z	Sig	t	df	extremidades)	média	diferença	Inferior	Superior
Variâncias = assumidas	3,692	0,064	0,418	32	0,679	0,0606	0,145	-0,23	0,35
Variâncias iguais não assumidas			0,496	31,996	0,623	0,0606	0,122	-0,18	0,30

Neste estudo, concluiu-se que não houve diferença significativa em relação à prevalência de cuidados omitidos entre as categorias profissionais, pois o teste não mostrou diferenças estatisticamente significativas (a significância associada ao teste- t foi inferior a 0,05).

5. CONCLUSÕES

A análise dos dados em uma amostra de 34 profissionais de enfermagem na unidade internação clínica e cirúrgica permitiu:

- Caracterizar o perfil destes profissionais sendo a maioria do sexo feminino (61,8%), com média de 37,2 anos de idade;
- Em relação ao tempo de trabalho, tinham em média 10 anos na função (55,9%) e 4 anos de experiência na profissão (58,8%);
- Referente à carga de trabalho semanal dos profissionais, referiram trabalhar em média 36 horas e terem trabalhado uma média de 6,1 horas extras nos últimos 3 meses anteriores ao período da pesquisa;
- Sobre o turno de trabalho, 67,9% dos enfermeiros fazem regime de plantão de 6 horas e 29,4% no regime 12 /36 horas 2,9% deles fazem rodízio de turno entre diurno, vespertino e noturno;
- Quanto aos cuidados de enfermagem não realizados identificados na PARTE A do *MISSCARE* - BRASIL verificou-se que a “Deambulação três vezes ao dia ou conforme prescrito” e “Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer” foram os cuidados relatados como de maior omissão;
- Com relação aos motivos para a não realização de cuidados relatados na PARTE B do *MISSCARE*- BRASIL que merecem destaque são: “O número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/ secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros”, “Número inadequado de pessoal” e “O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho /atenção/ concentração para realizar a assistência”;
- Razões relacionadas aos “Recursos Laborais” foram as mais indicadas pelos profissionais;
- No que tange a priorização dos cuidados de enfermagem, houve baixa prevalência de omissão nos cuidados com alta prioridade, o estudo demonstrou que quatro são cuidados de prioridade intermediária e um de menor prioridade;
- Testes estatísticos mostraram que não houve diferença significativa em relação à prevalência de cuidados omitidos entre as categorias profissionais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas limitações estiveram presentes nesse estudo, como o curto período de coleta de dados, apesar de ter recrutado a maioria dos profissionais do setor, um maior período de coleta, ou, períodos intercalados talvez contemplasse um maior número de profissionais, como os profissionais afastados por licença saúde e férias.

O autorrelato também pode ser considerado um fator limitante no estudo, pois a literatura discute que podem estar relacionadas a fatores pessoais, experiências prévias, compreensão dos instrumentos e até mesmo do desconforto em expor sua opinião ou a instituição.

Outro aspecto que deve ser destacado refere-se ao período de coleta de dados que aconteceu na vigência da pandemia de COVID 19, que trouxe uma reconfiguração nos serviços de saúde do mundo inteiro, assim como na instituição pesquisada, que se viram desafiados pela preparação insuficiente, escassez de equipamentos, inclusive de proteção individual, e principalmente escassez de recursos humanos. Tem sido descrito que os cuidados de enfermagem não realizados são afetados significativamente pelo misto de pacientes, em relação à frequência de monitoramento e nível de dependência, bem como pela diferença de habilidades dos profissionais.

Assim, outra limitação trazida por este cenário na instituição foi a método de abordagem na coleta de dados, em que houve impossibilidade de maior vínculo do pesquisador e do participante, restringindo-se apenas as orientações quanto ao preenchimento e questões éticas, o que pode ter ocasionado certo receio aos profissionais em expor os cuidados omitidos em sua unidade.

Consideramos importante associar métodos qualitativos em estudos que pretendem explorar com maior profundidade o fenômeno da omissão de cuidados nas instituições, pois se constrói a oportunidade de compreendê-lo à luz da dinâmica institucional, cultura organizacional e de segurança do paciente implantadas. Apesar de a instituição elaborar e implementar planos de melhoria contínua, pode-se inferir que não há uma percepção clara das ações propostas pela equipe de enfermagem das unidades investigadas, identificadas pelas respostas dos participantes.

O instrumento *MISSCARE-BRASIL* está ancorado em um modelo fundamentado na teoria de avaliação dos serviços de saúde, composta pela estrutura, processo e resultado, que possibilita compreender sua influência diretamente no processo de cuidados de enfermagem dispensados. Os resultados produzidos por sua utilização nesta pesquisa poderão servir de indicadores de qualidade para a instituição e oferecer elementos que auxiliem os gerentes de

enfermagem a reavaliar processos de trabalho, adoção de medidas intervencionistas na direção de minimização de ocorrência de cuidados não realizados.

7. REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. **Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-COV-2)**. Brasília: ANVISA, 2020. Disponível em: < https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnicagvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf> Acesso em 09 jul. 2021.
- AIKEN, L. H. *et al.* Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. **JAMA**, Chicago, v. 288, n. 16, p. 1987-93, Oct. 2002.
- AIKEN, L. H. *et al.* Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. **JAMA**, Chicago, v. 290, n. 12, p. 1617-23, Sep. 2003.
- ALFARO-LEFEVRE, R. Critical thinking and clinical judgement: A practical approach to outcome-focused thinking, 5th ed, 2011. St Louis, MO: Saunders Elsevier.
- AL-FAOURI, I. R.N.; OBAIDAT, D. M.; ABUALRUB, R. F. Missed nursing care, staffing levels, job satisfaction, and intent to leave among Jordanian nurses. **Nursing Forum**. 1–11, 2020.
- ANDRADE, L. E. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. saúde colet.** 23 (1), Jan. 2018.
- BACHA, A. M. *et al.* Job satisfaction of nursing staff in a university hospital. **Rev Bras Enferm.** 68(6):1130-8, Nov-Dez. 2015.
- BALL, J.E. *et al.* Care left undone" during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. **BMJ Qual Saf.** 0:1-10, 2014.
- BALL, J. E. *et al.* Cross-sectional examination of the association between shift length and hospital nurses job satisfaction and nurse reported quality measures. **BMC Nursing**, 16(1), 26, 2017.
- BALL, J. E. *et al.* Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies** ,78, p.10–15, 2018.
- BERNARDES, A.; GABRIEL, C. S.; SPIRI, W. C. Relevance of leadership regarding patient safety in the current context. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 29: e3484, 2021.
- BLACKMAN, I. *et al.* Factors influencing why nursing care is missed. **Journal of Clinical Nursing.** 24:47–56, 2014.
- BLACKMAN, I. *et al.* Predicting variations to missed nursing care: A three-nation Comparison. **Journal of Nursing Management**, 26(1), p. 33– 41, 2018.
- BRAGADÓTTIR, H. *et al.* Translation and psychometric testing of the Icelandic version of the MISSCARE Survey. **Scand J Caring Sci.** 29(3):563-72, Sep. 2015.
- BRAGADOTTIR, H.; KALISCH, B. J.; TRYGGVADOTTIR, G. B. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. **Journal of Clinical Nursing**, 26, p. 1524–1534, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de**

- pesquisas envolvendo seres humanos, e dá outras providências.** Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 01 ago. 2019.
- CASTILHO, D.E.C. *et al.* Factors related to the patient safety climate in an emergency hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**.28:e3273. 2020.
- CHABOYER, W. *et al.* Missed nursing care: An overview of reviews. **Kaohsiung J Med Sci**. 237:82–91, 2020.
- CHEGINI, Z. *et al.* Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. **J Nurs Manag**. 28: 2205–2215, 2020.
- CHO, S. H. *et al.* Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. **International Nursing Review**, 62(2), 267–274, 2015.
- CHO, S. H. *et al.* Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. **Int J Nurs Pract**. 26:e12803, 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 543/2017: **atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem.** Brasília: COFEN, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucaocofen-5432017_51440.html>. Acesso: 20 de set. 2021
- DALL'ORA, C. *et al.* Are long nursing shifts on hospital wards associated with sickness absence? A longitudinal retrospective observational study. **J Nurs Manag**. 27(1): 19–26, Jan. 2019.
- DALL'ORA, C. *et al.* Association of 12h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. **BMJ Open, London**, v. 5, n. 9, 2015.
- DEGHAN-NAYERI, N. *et al.* Perspectives of oncology unit nurse managers on missed nursing care: A qualitative study. **Asia Pac J Oncol Nurs**. 5:327-36, 2018.
- DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, 260 (12): 1743-8. 1988
- DUTRA, C.K.R.; SALLES, B.G.; GUIRARDELLO, E.B. Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units. **Rev Esc Enferm USP**, 53:e03470, 2019.
- FIOCRUZ/COFEN. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil.** Brasília: FIOCRUZ/COFEN, 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco1/bl_ident-socio-economica-enfermeiros.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022
- GRIFFITHS, P. *et al.* Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: The association with perceived quality of care and patient safety. **Medical Care**, 52(11), 975–981, 2014.
- GRIFFITHS, P. *et al.* The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, 74, p: 1474–1487, 2018.
- HERNÁNDEZ-CRUZ, R. *et al.* Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 25: e2877, 2017.
- HESSELS, A. J. *et al.* The impact of the Nursing Practice Environment on Missed Nursing Care. **Clinical nursing studies**, Torrance, v. 3, n. 4, p. 60-65, Dec. 2015.

- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Dotações seguras salvam vidas**. Genebra: International Council of Nurses, 2006. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/12235834-Dotacoes-seguras-salvam-vidas.html>> Acesso em: 04 set. 2019.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Ambientes favoráveis à prática**. Genebra: International Council of Nurses, 2007. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf> Acesso em: 04 set. 2019.
- JOHNSON, J. M. *et al.* Factors influencing interprofessional team collaboration when delivering care to community-dwelling seniors: A metasynthesis of Canadian interventions. **Journal of Interprofessional Care**, 35(2), 2020.
- JONES, T.L.; HAMILTON, P.; MURRY, N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. **Int J Nurs Stud**. 52 (6):1121-37, 2015.
- KALISCH, B. J. *et al.* Hospital variation in missed nursing care. **American Journal of Medical Quality**, 26(4), 291–299, 2011.
- KALISCH, B. J. Missed nursing care: a qualitative study. **Journal of nursing care quality**, Frederick, v. 21, n. 4, p. 306-313, Oct.-Dec. 2006.
- KALISCH, B.J. *et al.* Missed Nursing Care, Level of Staffing, and Job Satisfaction. **JONA**. 43(5), 2013.
- KALISCH, B. J.; LANDSTROM, G. L.; HINSHAW, A. S. Missed nursing care: a concept analysis. **J Adv Nurs**. 65 (7): 1509-17, 2009.
- KALISCH, B.J.; LEE, K.H. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. **Nurs Outlook**. 60 (5):e32-9, 2012.
- KALISCH, B.J.; LEE, K.H. The impact of teamwork on missed nursing care. **Nurs Outlook**. 58(5): 233-41, 2010.
- KALISCH, B. J; LEE, S.; DABNEY, B.W. Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. **J Clin Nurs**. 23(11-12): 1486-501, 2013.
- KALISCH, B. J.; TERZIOGLU, F.; DUYGULU, S. The MISSCARE Survey-Turkish: psychometric properties and findings. **Nurs Econ**. 30 (1):29-37. 2012.
- KALISCH, B. J.; WILLIAMS, R. A. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. **J Nurs Adm**. 39 (5): 211-9, 2009.
- LAKE, E.T.; GERMACK, H.D.; VISCARDI, M.K. Missed Nursing Care is Linked to Patient Satisfaction: A Cross Sectional Study of US Hospitals. **BMJ Qual Saf**. 0:1-9, 2015.
- LAUS, A. M. **Aplicação do método “Indicadores de carga de trabalho na determinação de necessidades de pessoal de enfermagem” no Brasil**. 2014. 148 p. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.
- LIMA, J.C.; SILVA, A.E.B.C.; CALIRI, M.H.L. Omission of nursing care in hospitalization units. **Rev.Latino-Am. Enfermagem**. 28:e3233, 2020.
- MONTEZELI, J.H.; ALMEIDA, K.P.; HADDAD, M.C.F.L. Nurses’ perceptions about social skills in care management from the perspective of complexity. **Rev Esc Enferm USP**. 52:e 03391. 2018.
- MORAIS, M. P. *et al.* Satisfação no trabalho de enfermeiros em um hospital universitário. **Rev Enferm UFSM**, 6(1): 1-91, Jan./Mar. 2016.

- MOURA, A.A. *et al.* Liderança e satisfação no trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm.** 30(4):442-50. 2017.
- MOURA, E. C. C. *et al.* Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care. **J Nurs Manag.** 28:2103–2112, 2020.
- NETO, A. V. L. *et al.* Patient Safety Culture in Health Organizations: Scoping Review. **Int Arch Med.** 10(74):1-13. 2017.
- NILASARI, P.; TUTIK, R.; HARIYATI, S. Systematic review of missed nursing care or nursing care left undone. **Enfermeria Clinica**, 31(2) , 5301-5306, 2021.
- NYMARK, C. *et al.* Translation, culture adaption and psychometric testing of the MISSCARE Survey—Swedish version. **J Clin Nurs.** 29:4645–4652, 2020.
- PALESE, A. *et al.* Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. **Intern Emerg Med.** 10(6):693-702, 2015.
- PAPASTAVROU, E.; ANDREOU, P.; VRYONIDES, S. The hidden ethical element of nursing care rationing. **Nursing Ethics.** 21(5):583–593. 2014.
- POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2004.
- RECIO-SAUCEDO, A. *et al.* What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. **Journal of Clinical Nursing**, 27, p. 2248–2259, 2017.
- RODRIGUES, C. C. F. M. *et al.* Stress among nursing team members. **Rev. Enferm. UFPE.** 11(2):601-8, Feb., 2017.
- SCHUBERT, M. *et al.* Interventions to prevent or reduce rationing or missed nursing care: A scoping review. **J Adv Nurs.** 77:550–564, 2021.
- 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**, 20(4), 227–237. 2008.
- SILVA, R. P. L. **Ambiente de prática profissional, carga de trabalho e omissão de cuidados de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva.** 2018. 100 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.
- SILVA, R. P. L. *et al.* Omission of nursing care, professional practice environment, and workload in intensive care units. **Journal of Nursing Management**, 28:1986–1996, 2020.
- SIQUEIRA, L. D. C. *et al.* Adaptação cultural e análise da consistência interna do instrumento MISSCARE para uso no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 610-617, Apr. 2013.
- SIQUEIRA, L. D. C.; et al . Validação do MISSCARE-BRASIL - instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 25, e2975, 2017.
- SIST, L. et al. MISSCARE Survey - Italian Version: findings from an Italian validation study. **Ig Sanita Pubbl.** 73(1):29-45. Jan- Feb. 2017.
- SÖNMEZ, B. *et al.* The reliability and validity of the Turkish version of the MISSCARE Survey-Patient. **J Nurs Manag.** 28:2072–2080, 2019.
- STONE, P. W. *et al.* Comparison of nurse, system and quality patient care outcomes in 8 hour and 12-hour shifts. **Medical Care**, 44(12), p.1099–1106, 2006.

- TANG, C. *et al.* Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study. **Journal of Nursing Management**, 26(1), 11–18. 2017.
- VALLES, J. H. H. *et al.* Cuidado de enfermagem omitido em pacientes com risco ou com úlceras por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 24, e2817, 2016 .
- WILLIS, E. *et al.* The globalization of missed nursing care terminology. **Int J Nurs Pract**. 27:e12859, 2021.
- WILLIS, E. *et al.* Work Intensification and Quality Assurance: Missed Nursing Care. **Journal of Nursing Care Quality**. 33(2):E10–E16, 2018.
- WISNIEWSKI, D. *et al.* The professional satisfaction of the nursing team vs. Work conditions and relations: a relational study. **Texto & contexto -Enfermagem**, Florianópolis, v. 24,n. 3,p. 850-858, set. 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Final Technical Report. Chapter 3. The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred Terms, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf> Acesso em: 16 ago. 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality of care: a process for making strategic choices in health systems**. Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf> Acesso em: 04 set. 2019

8. ANEXOS

Anexo I – Instrumento *Misscare*-Brasil

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					

	Nunca é realizado	Raramente é realizado	Ocasionalmente não é realizado	Realizado frequentemente	É sempre realizado
6) Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito					
7) Controle do balanço hídrico – entradas e saídas					
8) Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários					
9) Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados					
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família					
11) Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele					
12) Higiene bucal					
13) Higienização das suas mãos					
14) Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar					
15) Monitorar a glicemia capilar (glicosimetria/dextro) conforme prescrito					
16) Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado					
17) Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente					
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					

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

	RAZÃO Significante	RAZÃO Moderada	RAZÃO Pouco Significante	Não é uma RAZÃO
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				
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				

	RAZÃO Significante	RAZÃO Moderada	RAZÃO Pouco Significante	Não é uma RAZÃO
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.				

Anexo II – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 0213/2021, de 30/07/2021

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** “*ad referendum*” pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 29 de julho de 2021.

Protocolo CAAE: 46435221.4.0000.5393

Projeto: Cuidados de enfermagem não realizados em unidade de internação clínica e cirúrgica: uso do Misscare- Brasil

Pesquisadores: Marina Kühn de Rezende Soares (mestrado)

Ana Maria Laus (orientadora)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados 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. Dr. Ronildo Alves dos Santos
Coordenador do CEP-EERP/USP

Ilm^a. Sr^a.

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Laus

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

9. APÊNDICE

Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, de uma pesquisa chamada: “**Cuidados de enfermagem não realizados em unidade de internação clínica e cirúrgica: uso do *Misscare- Brasil***”. O objetivo desta pesquisa é identificar a frequência e as razões da omissão dos cuidados de enfermagem e sua prevalência por categoria profissional em unidades de internação clínica e cirúrgica.

Caso o Senhor (a) concorde em participar deste estudo, para atingir o objetivo proposto, será necessário responder a um questionário nomeado “*Misscare-Brasil*” que tem como objetivo avaliar o fenômeno da omissão ou não realização de cuidados de enfermagem aos pacientes e identificar as razões atribuídas pelos profissionais a não prestação desses cuidados. O instrumento *Misscare-Brasil* contém 56 itens e é precedido por uma ficha de caracterização sociodemográfica e de experiências dos participantes, que também será utilizado na pesquisa. O preenchimento do questionário assim como da ficha de caracterização sociodemográfica poderá despende o tempo de 20 a 30 minutos. Considerando a pandemia de Sars-CoV-2 (COVID- 19) o preenchimento poderá ocorrer no local em que se sentir mais confortável e seguro, a devolução do questionário ao pesquisador ocorrerá em até três dias após a entrega (o pesquisador recolherá no mesmo local e período da entrega) considerando todas as normas estabelecidas pelo governo para evitar a propagação da doença.

As informações obtidas com a pesquisa permitirão oferecer evidências para subsidiar mudanças que resultem em maior satisfação e retenção da equipe de enfermagem no trabalho e em melhoria na qualidade do cuidado, com foco nos profissionais, clientes e instituições.

Os riscos esperados da sua participação nesta pesquisa são mínimos e são relacionados às percepções de cada indivíduo. Os benefícios da sua participação na pesquisa estarão relacionados às mudanças que os resultados podem trazer em benefício da instituição pesquisada. Caso haja qualquer tipo de desconforto durante as observações a pesquisadora estará à disposição. Não haverá nenhuma despesa ou gratificação relacionada à sua participação. O(a) Sr.(a) poderá retirar seu consentimento ou desistir desta participação em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e nem prejuízo ao cuidado fornecido. A identidade dos participantes será mantida em sigilo (segredo). Declaramos, ainda, que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, publicados em revistas e apresentados em eventos com a finalidade única de contribuir para os conhecimentos científicos sem qualquer ganho pessoal e econômico da pesquisadora conforme diretrizes determinadas na Resolução nº 510/2016, Artigo 3º, Inciso IV, do Conselho Nacional de Saúde.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que ambas as vias serão assinadas pelo pesquisador responsável e pelo participante. Uma via será arquivada pelo pesquisador e a outra via será fornecida à você. Se o (a) senhor (a) se sentir prejudicado por ter participado da pesquisa, poderá buscar indenização de acordo com a lei vigente no Brasil.


Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP-EERP/USP) que tem a finalidade de proteger os participantes. Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP - EERP/USP – localizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sala 38, telefone: 16 3315 9197, e-mail: cep@eerp.usp.br.

Horário funcionamento: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato a qualquer momento com a pesquisadora abaixo assinado.

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

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante



Marina Kühl de Rezende Soares
Pesquisadora



Ana Maria Laus
Orientadora

