



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE CUIDADOS
OMISSOS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA**

Carina Ferreira Martins

Coimbra, junho de 2022



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE CUIDADOS
OMISSOS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA**

Carina Ferreira Martins

Orientador: Professor Doutor Rui Filipe Lopes Gonçalves, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, junho de 2022

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial ao meu marido e filha que são a minha inspiração e alicerce que me acompanham na concretização dos meus projetos, estando sempre ao meu lado.

Ao meu orientador, Professor Rui Gonçalves um reconhecido agradecimento pela disponibilidade e motivação para a concretização desta dissertação.

Aos enfermeiros participantes neste estudo que se mostraram disponíveis em colaborar, pois sem eles nada disto seria possível.

Muito Obrigado

ABREVIATURAS E SIGLAS

APE Ambiente de Prática de Enfermagem

CEO Cuidados de Enfermagem Omissos

CIPE Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS Direção-Geral da Saúde

DP Desvio-Padrão

EFMQ European Foundation for Quality Management

EMC Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESC Enfermagem Saúde Comunitária

ESENF .Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

IoM Institute of Medicine

ISO International Standardization of Organizations

MNC Missed Nursing Care

n.º Número

SU Serviço de Urgência

OE Ordem dos Enfermeiros

OMS Organização Mundial de Saúde

\bar{x} Média

RESUMO

Os cuidados de enfermagem omissos (CEO), referem-se a cuidados necessários que estão atrasados, parcialmente concluídos ou não completos e que influenciam de forma direta a segurança e a qualidade dos cuidados. Os objetivos deste trabalho são conhecer a percepção dos enfermeiros quanto à existência de cuidados omissos, identificar os cuidados omissos mais frequentes, as principais razões e ainda propor estratégias para minorar este problema em contexto de urgência. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa e utilizou-se a entrevista semiestruturada como forma de colheita de dados, que mereceu parecer favorável de uma comissão de ética. O estudo contemplou 16 enfermeiros que exercem funções em serviços de urgência polivalente.

Verificou-se que os CEO mais frequentes percebidos pelos enfermeiros foram maioritariamente cuidados autónomos como a alimentação, a eliminação, os cuidados de higiene, conforto e bem-estar, os posicionamentos, a comunicação, o envolvimento dos familiares, os registos bem como aspetos na área da segurança, vigilância e controlo da infeção. Dos cuidados interdependentes salienta-se a monitorização dos sinais vitais e a administração da terapêutica até 30 minutos após a sua prescrição.

As principais razões apontadas estão relacionadas com condicionantes do próprio serviço e com as características do próprio profissional, sendo a prestação de cuidados segundo o modelo biomédico/Alert® e a priorização de manobras de life saving consideradas singulares ao SU (Serviço de Urgência). De forma a mitigar os CEO, os enfermeiros entrevistados salientam os recursos materiais e humanos, físicos, protocolos/normas/integração, trabalho em equipa/comunicação/ reorganização, responsabilização/fatores individuais, reconhecimento/ medidas de motivação, exemplo/liderança/gestão, formação/discussão e novos aplicativos informáticos.

A ocorrência de CEO em contexto de urgência é uma questão significativa dado que este serviço tem especificidades que levam frequentemente à ocorrência de maior número CEO. Face a isto exige-se uma mudança de paradigma que deve ser adotada não só pelos enfermeiros, mas também na área da liderança, gestão e política hospitalar.

Palavras-Chave: Enfermagem, Cuidados de enfermagem omissos, Serviço de Urgência, Segurança do doente.

ABSTRACT

The Missed Nursing Care (MNC) means the necessary nursing cares that are significantly delayed, partially completed, or not completed, and directly affects the safety and quality of nursing care. The objectives of this work are knowing the perception of nursing professionals about the existence of missing cares, identifying the most common missing nursing cares, the main reason for those and propose strategies to decrease this problem in Urgency context.

It is qualitative descriptive research. A semi-structured interview previously approved by the ethical unit was performed to collect data. The study includes 16 nurses who work in the emergency service.

The most frequent MNC perceived by nurses were mostly autonomous cares, including eating, elimination, hygiene cares, comfort and well-being, patient positioning, communication, involvement of family members as well as aspects of security areas, surveillance and infection control. Regarding interdependent cares, it should be emphasized the monitoring of vital signs and therapy administration up to 30 min after prescription,

The reasons described by participants were mainly related to the emergency service or professionals, including doing cares according biomedical/Alert® model and lifesaving maneuvers priority, and those are only in the urgency context.

To decrease MNC, nurses emphasize material resources, human resources, physical structure, protocols / standards / integration, teamwork / communication / reorganization, accountability / individual factors, recognition / motivation measures, superior examples/ leadership / management, training / discussion, computer tools with more targeted applications for autonomous nursing care.

The occurrence of MNC in the context of emergency is a huge issue, in the view of the fact that this service has certain conditions that increase the occurrence of MNC. It is essential to change the paradigm, not only by nurses, but also by leaderships areas, management, and hospitality policy.

Keywords: Nursing, Missed nursing care, Emergency Care, Patient safety.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - O Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem - Nursing Role.....34

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Dados Sociodemográficos dos Enfermeiros	56
Tabela 2- Categorias resultantes da análise de conteúdo das entrevistas	58

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
PARTE I	
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1. QUALIDADE EM SAÚDE	23
2. CUIDADOS OMISSOS EM ENFERMAGEM	37
PARTE II	
ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	43
1. PERCURSO METODOLÓGICO	45
1.1 OBJETIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	45
1.2 TIPO DE ESTUDO	45
1.3 CONTEXTO E ASPETOS ÉTICOS	46
1.4 PARTICIPANTES	49
1.5 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	49
1.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	51
2. RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	55
2.2 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

APÊNDICES

APÊNDICE I – Consentimento Informado

APÊNDICE II – Parecer da comissão de ética

APÊNDICE III - Questionário para caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros.

APÊNDICE IV - Guião da entrevista semi-estruturada aos enfermeiros

INTRODUÇÃO

A qualidade e a segurança dos cuidados de saúde são uma preocupação para as organizações de saúde em todo o mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2021 lançou uma ação concreta para eliminar os danos evitáveis na prestação de cuidados de saúde, adotando o primeiro plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021–2030. Este plano pretende definir as linhas estratégicas para a tomada de ações precisas, com o objetivo de fortalecer e capacitar os sistemas de saúde a nível mundial, para diagnosticar, tratar, curar e cuidar, ao mesmo que se esforçam para respeitar o postulado de Hipócrates “Primeiro, não causar dano”. Portugal não é exceção, contudo, ainda existe pouca evidência científica no domínio da segurança e qualidade dos cuidados (Organização Mundial de Saúde, 2010). A cultura de segurança e de qualidade passaram a ser um imperativo e uma prioridade nas instituições de saúde obrigando a que estas e os profissionais de saúde assegurem que os cuidados de saúde que prestam aos cidadãos respondam a critérios da qualidade e de segurança.

Os enfermeiros têm vindo a demonstrar cada vez mais interesse na qualidade dos cuidados pois, sabe-se que os cuidados de enfermagem estão sob a influência de vários fatores que podem interferir na sua qualidade e efetividade (Lake, 2002). Um indicador de qualidade identificado, no que respeita à segurança dos doentes, são os CEO (Departamento da Qualidade em Saúde, 2011; Departamento da Qualidade em Saúde, 2015; Direção-Geral da Saúde, 2014).

Os cuidados omissos de enfermagem são definidos como cuidados de enfermagem que sendo necessários, são omitidos ou atrasados, indicando um erro por omissão (Kalisch & Williams, 2009; Ausserhofer et al., 2014). É emergente demonstrar aos órgãos de gestão que a qualidade nos cuidados de enfermagem prestados traz repercussões fundamentais para a saúde das populações e que pelo contrário, a sua omissão traz consequências negativas (Donabedian, 1990).

A escolha deste tema emergiu por ser atual e por se encontrar em torno de um problema detetado da minha prática diária em contexto de urgência, serviço pouco estudado, até então, em relação aos cuidados omissos. Os estudos conhecidos sobre os CEO foram

maioritariamente realizados em unidades de internamento, médicas ou cirúrgicas, que têm uma dinâmica e casualística diferente de um serviço de urgência. Assim, pretendeu-se investigar a extensão e a natureza do fenómeno, conhecendo a perceção dos cuidados omissos pelos enfermeiros em contexto de Urgência. Alguns autores defendem que é imperioso estudar os cuidados omissos em cada contexto particular para explorar quais as razões que levam à ocorrência de cuidados de enfermagem omissos e para que se possam desenvolver, ou adotar, estratégias minimizadoras da sua incidência (Winters & Neville, 2012; Dehghan-Nayeri, Ghaffari & Shali, 2015).

Seguindo estes pressupostos, formulou-se a seguinte questão norteadora da investigação: “Qual a perceção dos enfermeiros sobre cuidados omissos em contexto de Urgência?”.

Esta investigação tem um desenho descritivo de abordagem qualitativa e utilizou-se a entrevista semiestruturada como forma de colheita de dados. Mereceu o parecer favorável da comissão de ética da unidade de investigação em ciências da saúde: Enfermagem da Escola Superior Enfermagem de Coimbra, tendo contemplado 16 enfermeiros que exercem funções em serviços de urgência polivalente.

Os objetivos delineados para a condução do estudo foram: conhecer a perceção dos enfermeiros quanto à existência de cuidados omissos, identificar os CEO mais frequentes e os fatores que levam à sua existência e ainda propor estratégias para minorar este problema em contexto de Urgência, de modo, a potencializar a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes.

Este trabalho é um relatório de investigação apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Médico-Cirúrgica e encontra-se dividido em duas partes principais, o enquadramento teórico tendo como ponto de partida uma revisão da literatura e uma segunda parte onde se descrevem as estratégias metodológicas utilizadas, bem como a apresentação dos dados e discussão dos resultados. Este documento integra ainda a presente introdução e a conclusão da investigação.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. QUALIDADE EM SAÚDE

Hoje assistimos ao uso da palavra qualidade em múltiplos contextos. A qualidade é um conceito subjetivo e como tal difícil de materializar devido, à constante evolução, à dinâmica social e devido às várias perspetivas dos envolvidos. Para compreender melhor o fenómeno da qualidade em saúde começamos por compreender o conceito de qualidade.

O termo qualidade deriva do latim “qualis” que significa “tal e qual as coisas de facto são”, no entanto, a sua subjetividade torna difícil a sua interpretação, podendo a qualidade assumir diferentes definições e significados em função das pessoas, do contexto e das medidas de qualidade usadas (Rego, 2011).

Ao longo dos tempos este conceito foi ganhando cada vez mais importância e surgiram novos conceitos associados, como os de norma, padronização e verificação, fomentando-se o controlo de qualidade.

Dentro dos grandes impulsionadores desta temática destacamos Deming, o verdadeiro precursor do movimento da qualidade a nível mundial, sendo a sua filosofia da qualidade resultante da combinação dos seus conhecimentos técnicos e da sua experiência na implementação de técnicas da qualidade em organizações. Este percecionou o desenvolvimento da qualidade, como resultado da busca das necessidades dos clientes e da homogeneidade ao nível da produção. Para tal, estabeleceu catorze princípios que assentam no envolvimento da gestão, no compromisso de conseguir assegurar condições para a valorização individual, realçando a necessidade de formação, fazendo uso das ferramentas estatísticas, apelando a não obstinação pelo lucro e pelos dados numéricos, focando a sua atenção no aspeto técnico do produto (Fernandes, 2011). Com base nos trabalhos do seu antecessor, Deming aplicou uma ferramenta, o ciclo de melhoria contínua “Plan, Do, Check, Action” (PDCA), tornando-se numa das maiores contribuições para a melhoria da qualidade, neste século.

Já Juran, em 1951, estabeleceu um foco da qualidade centrado em três momentos (tríade de Juran): no planeamento, no controle e na melhoria da qualidade “Planning and Practices in Quality Control” (Slack, Chambers & Johnston, 2002) e ainda introduziu um modelo de custos de qualidade. Para tal, fez uso de um conjunto de recomendações para a concretização

do seu programa de qualidade, tornando-se fundamental a consciência da oportunidade e necessidade de melhorar, estabelecer metas, um conselho de qualidade que conduza a essas metas, formação contínua, rapidez a solucionar problemas, comunicar progressos, comunicar resultados, manter resultados, reconhecimento do trabalho e um programa anual da qualidade integrado na rotina da empresa (António, Rosa & Teixeira, 2016).

Também Crosby desenvolveu um programa denominado “Zero Defects”. Este contempla: compromisso da equipa de gestão, uma equipa de melhoria da qualidade, medição da qualidade, avaliação do custo da qualidade, consciência da qualidade, ações corretivas, estabelecer um grupo de trabalho para a implementação do programa “zero defects”, treino de supervisores, criar o dia zero defeitos, estabelecer metas, eliminar as causas de erros, reconhecimento, reuniões do conselho da qualidade e começar de novo (Crosby, 2005).

No final do século XX, prevaleceu a garantia da qualidade com base no cumprimento de normas, sendo progressivamente introduzido o conceito de “Qualidade total”, que significa uma estratégia global de gestão para toda a empresa. Esta é uma nova abordagem da qualidade sistémica que combina métodos de gestão, teorias económicas e princípios de gestão organizacionais, dando-se primazia ao cliente o que implica o total envolvimento da empresa e dos setores de forma integrada (Watson, 2005).

Com a globalização surgiu necessidade de criar normas International Standardization of Organizations (ISO), para que houvesse uma linguagem mais universal (Fernandes, 2011). Estas tem vindo a ser constantemente atualizadas e têm como objetivo promover normas para produtos, sistemas e serviços, de modo, a garantir a qualidade e a eficiência dos mesmos (International Standardization of Organizations, 2018). Além das normas ISO, surgiram mais modelos que permitem orientar as organizações em busca da qualidade. O modelo Seis Sigma com base no modelo de qualidade de Deming, pretende demonstrar que é possível gerar crescimento através da melhoria do produto e do aumento da qualidade do serviço, tendo como base a satisfação do cliente. Os seus princípios visam a inexistência de falhas de produção, ou se as houver, minimizá-las, de modo a reduzir o número de erros existentes (Távora, 2009). Esta metodologia incide em três áreas, ou seja, na melhoria da satisfação do consumidor, na redução tempo de ciclo e na redução dos defeitos (Pande, Neuman & Cavanagh, 2000). Para melhorar a implementação desta metodologia do modelo

Seis Sigma precisa de uma aplicação sistematizada: Definir, Medir, Analisar, Implementar e Controlar (Távora, 2009).

Mais recentemente, surgiu o modelo de excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM), como o próprio nome indica, busca a excelência dentro das organizações, baseado em critérios que se podem agrupar em duas grandes categorias: meios e resultados. A categoria designada de meios inclui: liderança, política e estratégia, gestão de pessoas, recursos e parcerias, processo. A segunda categoria considera os resultados nas pessoas, nos clientes, na sociedade e resultados-chave do desempenho. Esta pode ser implementada através da forma: resultados, abordagem, implantação, avaliação, revisão (European Foundation for Quality Management, 2013).

Estes são alguns modelos existentes sobre a qualidade que podem servir de base ou até serem transponíveis para a qualidade em saúde.

Embora a preocupação com a qualidade em saúde possa parecer um fenómeno recente, a verdade é que esta preocupação já tem vindo a manifestar-se ao longo da história. Hipócrates (460-370 a.C.), o pai da medicina, reflete a preocupação da qualidade com o princípio “primum non nocere”, ou seja, acima de tudo não causar dano (Vuori, 1999). Florence Nightingale a fundadora da enfermagem moderna, durante a guerra da Crimeia em 1854, instituiu um conjunto de medidas que acabaram por diminuir fortemente a mortalidade hospitalar (Fragata, 2011). No entanto, foi com a época da revolução industrial, que a noção de qualidade teve maior visibilidade, uma vez que, o método industrial implicou uma multiplicidade de intervenientes para controlo da qualidade do produto.

Existem múltiplas definições de qualidade em saúde, à semelhança do que acontece com a definição da qualidade em si, não existindo, por isso, uma definição consensual de qualidade na área da saúde, é muitas vezes identificável pela sua ausência. Por outro lado, o que tem qualidade para uns pode não ter qualidade para outros. A qualidade “é difícil de definir, impossível de medir e fácil de reconhecer” (Pisco, 2001, p. 4).

Os especialistas em qualidade sugerem que a adequada procura da qualidade não é uma questão de inspeção, padrões, limiares, mas ao contrário, é uma busca contínua de pequenas oportunidades para reduzir a complexidade desnecessária, o desperdício e o trabalho em vão, que permitirão, com o uso de métodos de melhoria da qualidade, atingir novos níveis de

eficiência, satisfação do paciente, segurança, efetividade clínica e lucratividade (Carvalho et al, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (2008), entende como cuidados de saúde de qualidade, os que contemplam um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos, que permitam resultados de saúde para os doentes e com eficiência na utilização dos recursos.

A definição mais unânime é defendida pelo Institute of Medicine (IoM) que considera a qualidade em saúde como o “grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejáveis de acordo com o conhecimento profissional corrente” (Institute of Medicine, 1990, p.21).

A definição de cuidados de qualidade também nos é dada através de uma padronização dos cuidados de qualidade, efetuada pela Ordem dos Enfermeiros (OE) onde são estabelecidas seis categorias: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, readaptação funcional, bem-estar e autocuidado e a organização dos cuidados de enfermagem. Com a criação destas categorias procurou-se criar um quadro de referência para uma prática de enfermagem de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A busca pela qualidade em saúde é uma necessidade técnica e social, e a adoção de um sistema de gestão da qualidade é uma decisão estratégica das organizações (Carvalho et al, 2004).

Dado a subjetividade do conceito, ou da sua conceptualização, existem alguns modelos que se propõem explicar a qualidade em saúde. Um dos modelos de qualidade na área da saúde surgiu a partir do modelo de qualidade existente na área industrial. Tal como no modelo industrial, também o modelo aplicado na área da saúde aponta como principal causa de falhas, as falhas do processo, mais do que as falhas individuais. Na área da saúde, deve-se ter em conta a compreensão da variabilidade do processo, uma vez que é através deste que é entendido o funcionamento da organização. Sendo assim é necessário a definição adequada de responsabilidades, uma utilização eficiente de recursos, a prevenção e solução de problemas, a eliminação de atividades redundantes e a identificação clara dos utentes (Carvalho et al., 2004).

Os mesmos autores sugerem que para reduzir eventuais falhas e ocorrência de eventos adversos na prestação de serviços na saúde, são necessários conhecimentos e a organização dos processos e sistemas. A falta de qualidade tem sempre um preço inimaginável, mas na área da saúde, a ausência de qualidade pode trazer problemas inquantificáveis, sendo sempre preferível a prevenção dos problemas. Os custos de uma falha na qualidade contemplam os custos do desperdício, do trabalho refeito, da complexidade excessiva e da falta de confiabilidade, além de ainda poder haver a possibilidade de dano ao próprio doente (Carvalho et al., 2004).

Uma forma de controlar a qualidade significa tornar os processos previsíveis e consistentes, mas isto só é possível, através da fundamentação científica e estatística de forma a entender processos e descobrir causas de falhas e de variação. Além disso, necessita do envolvimento dos funcionários e que eles sintam que as atividades inspetoras não têm apenas a finalidade de fiscalização. As equipas multidisciplinares devem ser funcionais uma vez que, ao analisar e discutir as interdependências estes contribuem para a melhoria dos processos dos serviços de saúde. A administração deve utilizar o planeamento, o controle e a melhoria da qualidade para controlo da equipa. É necessário englobar a perceção dos utentes, o impacto dos processos e sintonizá-los com o planeamento do serviço para proceder à avaliação dos serviços de saúde (Carvalho et al., 2004).

Em 1966, Donabedian descreve pela primeira vez um modelo de avaliação da qualidade assente em três princípios fundamentais: a estrutura, o processo e os resultados. A tríade de Donebedian destacou-se nas abordagens da qualidade no setor da saúde, cujo objetivo é identificar fatores organizacionais que afetem a qualidade dos cuidados (Amaral, 2010).

A estrutura corresponde aos recursos necessários à prestação do serviço, ou seja, condições físicas, humanas e organizacionais em que se dá o cuidado, incluindo a área física, os recursos humanos, materiais, financeiros; cultura organizacional, padrões de qualidade existentes e atividades que afetam diretamente os cuidados de enfermagem (Irvine, Sidani & McGillis, 1998).

O segundo princípio do modelo contempla o processo que é constituído pelo conjunto de ações que constituem os cuidados de saúde e englobam desde o diagnóstico, tratamento, cuidados preventivos e educação para a saúde e ainda podem incluir as ações tomadas pelos doentes ou familiares (Donabedian, 2003). O processo de decisão dos enfermeiros é

influenciado por quatro fatores individuais: percepção das normas da equipa ou grupo; o julgamento sobre a importância de vários aspetos do cuidado em relação às condições de vários pacientes com os quais pode ser responsável; os valores, atitudes e crenças e/ou a prática habitual destes.

As variáveis do modelo, dizem respeito aos domínios independente, interdependente e dependente do papel de enfermagem. O domínio independente refere-se às funções e responsabilidades atribuíveis apenas aos enfermeiros, que não necessitam de uma prescrição médica (Irvine, Sidani & McGillis, 1998). No que se refere ao domínio interdependente, este está relacionado com as funções e responsabilidades que os enfermeiros partilham com os outros elementos da equipa de saúde, tais como a promoção da continuidade de cuidados e a coordenação dos cuidados aos doentes. São atividades em que os enfermeiros participam, mas que estão, total ou parcialmente, ligadas a funções de outros técnicos (Doran, 2006).

Os resultados que podem ser afetados neste domínio incluem a qualidade da comunicação dentro da equipa e a coordenação dos cuidados. A comunicação adequada, e em tempo oportuno, de uma qualquer alteração no estado de um doente pode levar à sua prevenção ou ao tratamento atempado de uma complicação (Irvine, Sidani & McGillis, 1998).

Como último constituinte da tríade temos o resultado que contrasta com outras abordagens de investigação sobre os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Sidani, Doran & Mitchell 2004). Os resultados dos cuidados de enfermagem são medidos entre o estado inicial do doente e os resultados conseguidos pelos cuidados. Estes contêm todos os efeitos dos cuidados de saúde em doentes ou populações, incluindo alterações de estado de saúde, comportamento, conhecimento, bem como satisfação do doente e qualidade de vida. Esses resultados podem relacionar-se com a saúde física, psicológica, social e comportamental e com o bem-estar do doente sendo avaliados através da monitorização das alterações no seu estado durante um período em que o doente necessitou de cuidados (Johnson et al., 2000; Sidani, Doran & Mitchell 2004).

Os resultados são muitas vezes vistos como um dos indicadores de qualidade mais importantes, porque melhorar o estado de saúde é o principal objetivo dos cuidados de saúde. No entanto, avaliar os resultados dos cuidados de saúde é uma tarefa muito difícil (Donabedian, 2003).

Estas 3 dimensões estão interrelacionadas e dependentes umas das outras pois como defende Donabedian (2003), uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado. Contudo, uma estrutura de qualidade não garante qualidade nos processos, assim como processos de qualidade não são garantia total de bons resultados. No entanto, bons resultados dificilmente serão obtidos com estrutura e/ou processo inadequados.

Podemos ainda analisar o “modelo do queijo suíço” de James Reason, que defende, tal como os buracos do queijo suíço, em que o buraco não tem continuidade na fatia seguinte, o sistema é concebido para que, se houver uma falha numa fase inicial, essa falha seja detetada ou corrigida na fase seguinte de forma que não haja múltiplas falhas, ou seja, a perpetuação do erro valorizando assim o processo (Reason,1998).

Donabedian (1990), além do seu modelo da estrutura, processo e resultados, defende o conceito de qualidade, aplicado aos cuidados de saúde, em termos de um conjunto de atributos desejáveis tendo proposto sete atributos que são os pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, equidade, legitimidade, aceitabilidade e otimização:

- Eficácia – capacidade de prestar cuidados técnico-científicos com o objetivo de melhorar a saúde, tendo em conta a segurança do doente;
- Efetividade – grau em que o doente melhorou a sua saúde utilizando os recursos disponíveis;
- Eficiência – capacidade de produzir os mesmos efeitos com menores recursos, ou maximizar os efeitos com os mesmos recursos;
- Otimização – capacidade de encontrar uma solução mais vantajosa tendo em conta os custos e benefícios;
- Aceitabilidade – aceitação dos cuidados por parte dos doentes tendo em conta a acessibilidade, a relação profissional de saúde e doente, a comodidade do tratamento, os efeitos dos cuidados e o custo dos cuidados;
- Legitimidade – visão que a sociedade tem a respeito da organização;

- Equidade – princípio que rege o que é justo na hora de distribuir os cuidados.

Nas últimas décadas, começou-se a dar ênfase à relação existente entre as características da organização e os resultados obtidos (Aiken et al., 2003). Tendo surgido o modelo conceptual proposto pelo American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care, que estabelece uma conexão entre os resultados obtidos nos doentes com a estrutura organizacional, com algumas variáveis dos próprios doentes e também com os cuidados de saúde que lhe são prestados (Mitchell, Ferketich & Jennings, 1998).

Um exemplo disto foi explanado por Aiken e colaboradores (2003) em que aplicam o conceito de “failure to rescue”, inicialmente utilizado para a efetividade médica, mas que foi adaptado também para a efetividade em enfermagem. Este conceito significa que os doentes morrem em consequência de complicações da sua situação, das quais podiam ser recuperados se as complicações tivessem sido detetadas e tratadas a tempo, o que pode ocorrer nos casos em que existe um número insuficiente de enfermeiros ou número insuficiente de enfermeiros com experiência. Os mesmos autores, defendem ainda, que os modelos de organização que valorizem maior autonomia da enfermagem no controlo dos recursos e ainda encorajam uma melhoria nas relações entre enfermeiros e médicos, possuem melhores resultados ao nível dos doentes, melhorando assim a satisfação, reduzindo as complicações e a mortalidade. Existem ainda vários estudos que mostram haver correlação entre os melhores rácios de enfermagem e uma menor taxa de mortalidade, confirmando que a estrutura organizacional está diretamente relacionada com os resultados (Aiken et al., 2003).

Seguiram-se muitas iniciativas que tentaram estabelecer ligação entre componentes organizacionais da enfermagem e os resultados observados nos doentes. Referimos o Patient Safety and Nursing Quality Initiative desenvolvido pela American Nurses Association (2000), que utiliza como medida de resultados, os eventos negativos tais como infeções do trato urinário, infeções pós-operatórias, pneumonias, úlceras por pressão e estadias mais longas no hospital. Este estudo mostrou ainda relações estatisticamente significativas entre os resultados e as características do pessoal de enfermagem, ou seja, quando se relacionavam o número de enfermeiros com a formação (America Nurses Association, 2000). O estudo da Harvard School of Public Health encontrou uma relação estatisticamente significativa entre o número de horas de cuidados de enfermagem e algumas dessas complicações,

nomeadamente baixos níveis de infeções do trato urinário, pneumonias e “faillure to rescue” (Needleman et al., 2002). Os enfermeiros não podem ser considerados os únicos responsáveis por esses efeitos, mas são estes profissionais que estão mais próximo do doente e que são responsáveis pelo acompanhamento de todo o progresso dos doentes regularmente.

Um importante momento na história da qualidade em saúde foi a publicação em 1999 do relatório “To err is human: building a safer health system”, pelo Institute of Medicine. Este relatório demonstrou que morriam cerca de cem mil pessoas por ano nos Estados Unidos da América, devido a erros médicos. Estima-se que nos países desenvolvidos, cerca de 1 em cada 10 doentes sofrem danos enquanto recebem cuidados hospitalares e que quase metade desses eventos possam ser evitados. Estes resultados vieram colocar o foco na necessidade de implementar sistemas que permitissem a melhoria na prestação de cuidados, priorizando a qualidade dos cuidados e possibilitando a criação de protocolos, projetos e legislação de forma a limitar os erros humanos e do sistema. Começaram assim a serem estabelecidos indicadores de qualidade.

Em Portugal, foi conferido à Direção-Geral da Saúde (DGS) as competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no sistema de saúde português. Sendo a DGS a responsável por desenvolver uma cultura de melhoria contínua da qualidade e de segurança do doente, com disseminação de boas práticas clínicas e organizacionais (Decreto-Lei nº 234/2008)

Mais recentemente a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, pretende contribuir para o reforço da equidade como dimensão essencial do Serviço Nacional de Saúde (SNS), entendida como a garantia de que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realiza em condições adequadas às necessidades, impondo o desafio, aos serviços prestadores de cuidados, de incorporarem, num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam os cuidados curativos, de reabilitação e de palição. (Despacho n.º 5613/2015).

Em 2021 a OMS formulou um “Plano de Ação Global para a Segurança do Doente” que fornece uma direção estratégica e prática aos países para formular políticas e implementar intervenções em todos os níveis e configurações destinadas a melhorar a Segurança do Doente. Este plano descreve ações prioritárias a serem realizadas por governos, sociedade

civil, organizações internacionais, organizações intergovernamentais, a OMS e o mais importante, pelas instituições de saúde em todo o mundo. Contempla sete objetivos estratégicos:

- Desenvolver políticas de saúde para eliminar danos evitáveis;
- Criar sistemas de saúde de elevada confiança;
- Garantir a segurança dos processos clínicos;
- Envolver e capacitar os doentes e as famílias;
- Motivar, educar e capacitar os profissionais de saúde;
- Garantir a informação e a investigação;
- Desenvolver parcerias, sinergias e a solidariedade.

De fato, a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados.

Os enfermeiros, em busca permanente de qualidade, reconhecem que esta é resultante da conjugação de múltiplos fatores.

“A qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local. Pois, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 39).

Os programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem implicam o envolvimento dos enfermeiros no planeamento e implementação de mudanças que visam uma melhoria efetiva, de modo a oferecer os cuidados de enfermagem que atendam e excedam as expectativas do doente. A melhoria contínua da qualidade resulta da intencionalidade na mudança para a obtenção de padrões mais elevados de cuidados de enfermagem e a reflexão torna-se uma etapa relevante do processo de implementação da mudança. A reflexão possibilita a compreensão do processo de implementação e do efeito que as mudanças provocam no contexto da ação. Deste modo, a melhoria contínua da qualidade implica e exige uma reflexão dinâmica, ou seja, a reflexão sobre e para ação (Schön, 2000).

Com base no modelo de Donabedian, Irvine e colaboradores (1998), desenvolveram um modelo específico para a enfermagem, o “Nursing Role Effectiveness Model”. Este modelo pretende perceber os mecanismos que estão subjacentes aos cuidados de enfermagem e que influenciam os resultados obtidos nos doentes, ou seja, a efetividade e qualidade dos cuidados, e ainda estabelecer uma relação entre as variáveis de estrutura, de processo e de resultados, incluindo a satisfação da pessoa com a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Amaral, 2010).

As componentes da estrutura são variáveis que estão associadas aos enfermeiros, aos doentes e à organização e influenciam diretamente o processo e os resultados dos cuidados. Em relação aos enfermeiros é sabido que a experiência, o conhecimento e o nível de competência destes são variáveis que podem afetar a qualidade dos cuidados (Preuss, 1997). Engloba a formação profissional e académica e também fatores intrínsecos ao indivíduo como iniciativa pessoal e dinamismo. Por outro lado, também as características do doente como a idade, a função física, a gravidade da doença e as co-morbilidades, podem afetar os resultados em saúde e tem de ser consideradas quando se avalia os resultados dos cuidados de enfermagem. Um doente com ferramentas adequadas para a gestão da doença, com uma doença de bom prognóstico e sem outras doenças associadas requer abordagem diferenciada de um doente com o prognóstico desfavorável e tenha muitas comorbidades, exigindo outra tipologia de cuidados. As variáveis organizacionais englobam as dotações das equipas, tipologia das mesmas, volume de trabalho e ao ambiente de cuidados. Estas variáveis afetam a capacidade de resposta tanto pelo número de enfermeiros disponíveis como também pela sua capacidade de identificar problemas e ainda da existência de recursos para os ultrapassar (Irvine et al., 2002).

Quanto ao processo são determinadas pela capacidade de envolvimento efetivo nos domínios independente, dependente e interdependente do papel de enfermagem.

No domínio independente segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), estão incluídas intervenções como a promoção do conforto físico, assistência no coping, a facilitação do auto-cuidado, a motivação para o exercício e para a mobilidade, a gestão da imobilidade, a gestão das feridas e úlceras e o suporte nutricional, que produzem alterações nos doentes que poderão ser medidos como resultados.

No domínio interdependente encontram-se as ações que são parcialmente ou totalmente dependentes das funções de outros profissionais de saúde e as partilhadas com outros membros da equipa de saúde, nomeadamente a comunicação de alterações no estado de saúde do doente aos restantes elementos da equipa e a coordenação dos cuidados. Podem existir alterações de resultados neste domínio na qualidade da comunicação dentro da equipa e a coordenação dos cuidados (Irvine, Sidani & McGillis, 1998).

As ações de enfermagem no domínio dependente são as que surgem em resposta a prescrições e tratamentos médicos, inclui neste domínio um qualquer tratamento efetuado por um enfermeiro, mas que depende ou é iniciado por um médico, ou uma intervenção iniciada pelo médico, em resposta a um diagnóstico médico, mas levada a cabo por um enfermeiro, após prescrição (Amaral, 2014).

Este modelo permite assim avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, estando direcionado de acordo com: as características ambientais do local onde são prestados os cuidados; as intervenções responsáveis pelos resultados nos doentes e os efeitos das intervenções de enfermagem na obtenção dos resultados (Sidani, Doran & Mitchell 2004).

O modelo de efetividade dos cuidados de enfermagem pode ser explicado através da figura 1.

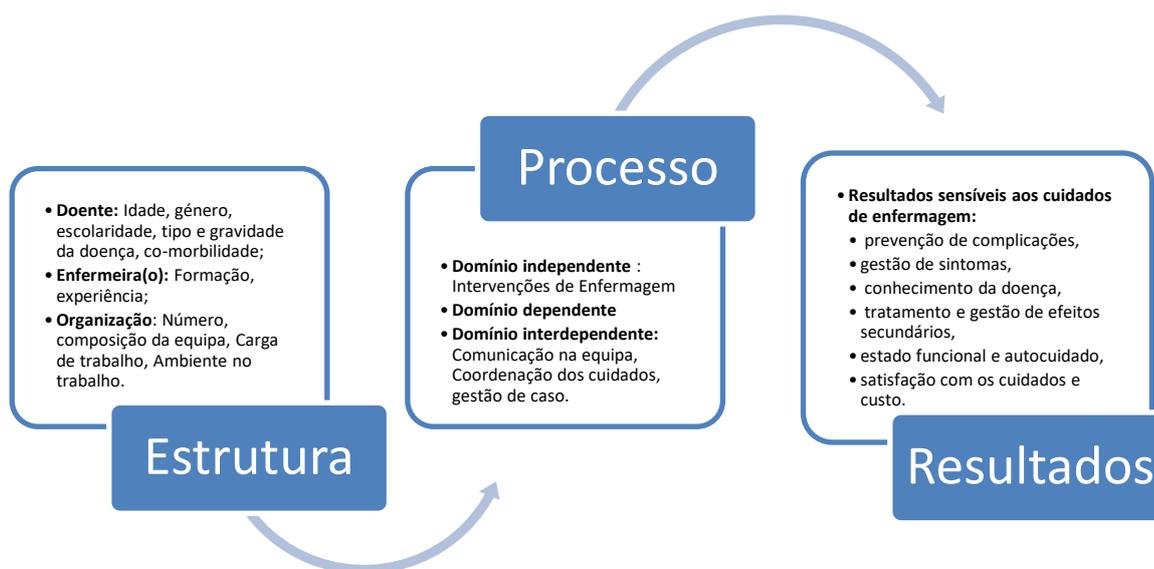


Figura 1 - O Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem - Nursing Role (Irvine et al., 2002)

A segurança do doente, a efetividade dos cuidados e os resultados obtidos pelos doentes têm vindo a tornar-se o centro da preocupação de quem cuida e de quem tem por missão gerir os recursos de saúde. Esta preocupação aliada ao aumento das expectativas dos cidadãos e a outros fatores como acesso a recursos financeiros e humanos cada vez mais limitados, políticas de gestão centradas no financiamento e controlo de custos, torna emergente a determinação dos cuidados de enfermagem necessários, que possam originar maiores ganhos em eficiência na saúde.

Os autores do modelo, Irvine e colaboradores (2002), descrevem os resultados como os efeitos dos cuidados prestados, identificando seis categorias: prevenção de complicações, gestão de sintomas, conhecimento da doença, tratamento e gestão de efeitos secundários, estado funcional e autocuidado, satisfação com os cuidados e custo.

O modelo procura representar a natureza multidimensional dos cuidados e evidenciar os efeitos da atividade de enfermagem nos doentes, dando relevo as práticas, por vezes menos valorizadas como são os ensinamentos, demonstrando junto da comunidade da saúde gestora e científica a efetividade da profissão no ramo científico e económico.

Ao mesmo tempo, que queremos dar visibilidade aos cuidados de enfermagem que são prestados, também é fundamental determinar a existência de cuidados omissos em enfermagem, percebendo a sua dimensão e as consequências da sua presença. A avaliação dos cuidados de enfermagem omissos é um preditor de qualidade dos cuidados, pois o resultado dessa omissão traz repercussões negativas para a saúde, diminuindo a efetividade e a qualidade dos cuidados.

Os cuidados omissos precisam assim de ser examinados dentro de um contexto teórico, estudados de forma sistemática em múltiplos contextos e serem abertamente reconhecidos como um fator universal na segurança do doente (Kalisch, Landstrom & Hinshaw, 2009).

2. CUIDADOS OMISSOS EM ENFERMAGEM

A segurança dos cuidados é uma responsabilidade multiprofissional, mas os enfermeiros desempenham um papel chave no desenvolvimento de cuidados de saúde seguros (Castilho et al., 2016).

Segundo a OMS, um erro é definido como a falha em completar uma ação planeada intencionalmente, ou a aplicação incorreta de um plano. Um erro pode acontecer quando uma ação é realizada incorretamente (erro de comissão), ou quando algo que deveria ser feito não é efetuado (erro de omissão) (World Health Organization, 2011). Qualquer que seja o tipo de erro é fundamental analisar as causas de ter ocorrido, bem como procurar soluções e prevenir nova ocorrência (Kalisch, Landstrom & Hinshaw, 2009).

Os Cuidados Omissos em Enfermagem foram identificados pela primeira vez por Kalisch em 2006, para este autor os CEO são qualquer aspeto do atendimento exigido do paciente que é omitido, em parte ou inteiro, ou significativamente atrasado. Estes também são denominados como erros de omissão, são muito prevalentes e prejudiciais influenciando negativamente a efetividade e os resultados dos cuidados de enfermagem.

O mesmo autor desenvolveu o modelo teórico Missed Nursing Care Model, com base no modelo de Donabedian, para explicar o fenómeno dos cuidados de enfermagem perdidos também descrito como "cuidados de enfermagem inacabados" e "cuidados omissos".

O modelo ilustra as várias categorias de atributos relatadas pelos enfermeiros que contribuem para a omissão dos cuidados de enfermagem: (1) Ambiente de Prática de Enfermagem (APE) que facilitam ou inibem a prática de enfermagem; (2) processo de enfermagem (3) perceções internas e processos de decisão; (4) resultados no doente (Kalisch, Landstrom & Hinshaw 2009).

Segundo os mesmos autores, na primeira categoria os fatores que facilitam ou inibem o ambiente para a prática de enfermagem compreendem os recursos laborais disponíveis para prestar cuidados aos doentes (o número de profissionais, nível de competência, formação e experiência profissional), os recursos materiais e os fatores de relacionamento e comunicação. Quando qualquer um desses fatores laborais, materiais ou de relacionamento que inibem a prática de enfermagem está presente, o atendimento fica comprometido e o

enfermeiro tem de fazer escolhas ou priorizar seu trabalho, aumentando assim a ocorrência de cuidados omissos.

A análise do conceito de CEO sugere que as ações tomadas pelos enfermeiros dependem da sua experiência anterior, sendo o processo de enfermagem influenciado e determinado por processos internos do enfermeiro. No seu exercício profissional o enfermeiro tem constantemente de escolher executar, completar, atrasar ou omitir cuidados. A sua decisão é influenciada por quatro fatores relacionados com o enfermeiro, nomeadamente a existência de normas e protocolos na equipa; processos de tomada de decisão; valores internos e crenças dos enfermeiros e por último influenciado por hábitos do enfermeiro em omitir cuidados. Denota-se mais a sua omissão se não houver aparente efeito prejudicial no doente, com resultados nefastos, e se passar despercebido (Kalisch, Landstrom & Hinshaw 2009).

A teoria em desenvolvimento, conduzida por Castner e colaboradores (2015), subjacente ao modelo proposto por Kalisch, refere que existem variáveis de estrutura, de processo e de resultado que influenciam os CEO onde o APE e o enfermeiro influenciam simultaneamente a ocorrência desta problemática.

Temos como indicador da estrutura as características do hospital, (dimensão, a tipologia e as atividades) características das unidades de internamento (dotações, características da equipa, absentismo e horários de trabalho) e o trabalho em equipa. Não esquecendo que as características individuais, como sexo, idade, educação, experiência profissional e horários de trabalho, são incluídas como variáveis influentes nos indicadores de estrutura.

O processo são os cuidados por omissão e o resultados repercutem-se nos doentes e nos enfermeiros. Face ao doente, o modelo relaciona os CEO com eventos adversos como a satisfação, quedas, infeção, as úlceras por pressão, reinternamento ou a satisfação com os cuidados. Em relação aos enfermeiros, a ocorrência de CEO pode influenciar a satisfação profissional, rotatividade, a intenção de abandonar a profissão, burnout ou a angústia moral (Kalisch & Xie, 2014).

Também Jones et al., (2015) identificaram os CEO como um fenómeno que inclui um problema (recursos/escassez de tempo), um processo (decisão clínica de priorizar ou omitir cuidados) e um resultado.

No estudo desenvolvido por Castner e colaboradores (2015), foi possível, a partir da teoria apresentada validar uma teoria multi-nível que indicou que o aumento do volume de trabalho do enfermeiro, os problemas de comunicação entre a equipa multidisciplinar e o aparecimento de situações inesperadas surgem como preditores dos CEO e a prestação de cuidados de enfermagem a doentes críticos e as habilidades individuais do enfermeiro para resolução de problemas complexos como fatores protetores.

O Modelo de Kalish (2006), foi o grande impulsionador do modelo dos cuidados omissos em enfermagem, identificando, pela primeira vez num estudo qualitativo, os tipos de cuidados de enfermagem que foram frequentemente omitidos e os fatores apontados pela equipa de enfermagem. Neste estudo, foram identificados nove cuidados de enfermagem frequentemente omitidos (deambulação, posicionamento, alimentação e hidratação, ensino ao paciente, planeamento da alta, suporte emocional, higiene, documentação de saída e vigilância) e sete fatores dados pela equipa de enfermagem para a sua omissão (poucos recursos humanos, má utilização dos recursos de pessoal existentes, tempo necessário para a intervenção de enfermagem, inexistência de trabalho em equipa, delegação ineficaz, hábito e negação).

Uma vez que o cuidado omissos é atualmente um conceito fundamental em enfermagem, é interessante especular sobre o motivo, pelo qual, ainda tenha sido tão pouco estudado em Portugal uma vez que a existência de cuidados perdidos, inacabados ou omissos está intimamente relacionada com a qualidade e segurança dos cuidados (Ball et al., 2017; Dehghan-Nayeri, Ghaffari & Shali 2015). Um dos motivos pode prender-se com a complexidade do tema, exigindo do investigador arte no tratamento dos dados. A realização deste estudo veio mostrar a ênfase deste assunto e mostrar aos enfermeiros e aos gestores que ainda há muito trabalho, que pode ser feito para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Os estudos internacionais permitiram-nos conhecer os cuidados omissos mais identificados pelo enfermeiro e pelo doente e identificar as principais causas apontadas pelos enfermeiros para a sua ocorrência, embora os estudos existentes tenham sido realizados noutros contextos, não contemplando o serviço de urgência. Os cuidados de enfermagem menos priorizados, ou seja, mais omitidos, de acordo com os resultados dos estudos apresentados por Ausserhofer e colaboradores (2014), são maioritariamente de ordem psíquica, como o

confortar/falar com os doentes, desenvolver, atualizar os planos de cuidados de enfermagem, o apoio emocional e psicológico, a avaliação dos doentes recém-admitidos, a documentação dos cuidados de enfermagem e avaliar a eficácia dos medicamentos ou posicionar os doentes.

Já outros estudos, referem que os cuidados mais comumente omissos foram: a deambulação três vezes por dia, a alternância de decúbitos a cada duas horas e os cuidados de higiene oral, e a administração atempada da medicação. (Chapman et al., 2017; Maloney, Fency & Hardin, 2015; McMullen et al., 2017; Smith et al., 2017; Winset et al., 2016)

De acordo com a perceção do doente, os cuidados mais frequentemente perdidos englobam os cuidados individuais, a planificação da alta e a educação (Moreno, Moreno & Interrial 2015; Phelan, McCarthy & Adams, 2018).

Os cuidados de enfermagem correspondem às atividades autónomas e interdependentes desenvolvidas. Os estudos apontam que os cuidados autónomos de enfermagem são omitidos de forma mais recorrente quando comparados com os cuidados interdependentes (Hernández-Cruz et al., 2017; Herderson et al., 2017), o que corrobora com os estudos descritos anteriormente. Pelo contrário os cuidados que foram mais frequentemente realizados em todos os turnos foram a "monitorização da glicemia" e a "avaliação e cuidado com o acesso intravenoso" (Herderson et al., 2017).

Entre os fatores que aumentam a incidência de cuidados omissos, encontram-se a falta de vigilância e a equipa reduzida, estando mesmo documentada uma relação com o aumento da mortalidade. Ball et al. (2014, 2017) afirmam que um rácio menor de enfermeiros leva a um aumento da mortalidade a longo prazo. Também outros estudos relacionaram a dotação da equipa e a presença de cuidados omissos, denunciando o reduzido rácio de enfermeiros por doente. Os enfermeiros perante os diversos cuidados, impossibilitados de fazer tudo, criam hierarquias de cuidados, deixando algumas atividades parcial ou totalmente por realizar (Cho et al., 2015; Dehghan-Nayeri, Ghaffari & Shali, 2015 Herderson et al., 2017; Hernández Cruz et al., 2017;Hernández-Valles et al., 2016; Winset et al., 2016).

Além da dotação também existe relação entre uma equipa de enfermagem com menos qualificações e o maior número de cuidados omissos (Ball et al., 2014; Winset et al., 2016, Bruyneel et al., 2015). Outro dos motivos para um aumento dos cuidados omissos é a própria perceção da qualidade dos cuidados pelos próprios enfermeiros, comparando os cuidados

omissos nas unidades de oncologia e nas não oncológicas os cuidados omitidos foram mais baixos nas unidades oncológicas (Friese, Kalish & Lee., 2013).

A reduzida satisfação no trabalho, o aumento da intenção de abandonar a profissão e a rotatividade, são alguns dos fatores apontados pelos enfermeiros e associados a níveis elevados de cuidados omissos (Ausserhofer et al., 2014). Um menor número de cuidados omissos está associado a hospitais com ambiente de trabalho mais favorável, com menor rácio de doente por enfermeiro e ainda rentabilizar os recursos existentes permitindo aos enfermeiros realizarem tarefas apenas atribuídas a estes (Friese, Kalish & Lee., 2013). Das causas apontadas para a omissão dos cuidados estão as condições de trabalho, a carga de trabalho, a burocracia, a falta de tempo, a comunicação, ou seja, existe uma relação entre os cuidados omissos e o ambiente de trabalho (Ausserhofer et al., 2014).

As evidências encontradas apontam ainda como fatores que aumentam a incidência dos cuidados omissos: os cuidados adicionais não planeados (Herderson et al., 2017), o agravamento do estado do doente (Varrel et al., 2014; McMullen et al., 2017), a falta de recursos materiais (Hernández-Valles et al., 2016), os métodos ineficazes para determinar a dotação de pessoal e a inadequação de habilidades e o orçamento hospitalar (Varrel et al., 2014), apontando ainda a austeridade e as novas estratégias de gestão pública como fatores negativos na qualidade e no trabalho de enfermagem (Willis et al., 2017).

Em relação aos resultados apresentados sabe-se que menos cuidados omissos aumentam a satisfação dos doentes (Cho et al., 2015; 2017; McMullen et al., 2017), diminuem as quedas, as úlceras por pressão e o risco de pneumonia (Cho et al., 2015). Importa salientar que esta temática se torna cada vez mais premente quanto mais se evidenciarem as suas implicações e se dimensionarem os custos dessa omissão.

As evidências permitem-nos identificar que as medidas de redução de custos nos cuidados de saúde devido ao ambiente político e económico vivido em vários países da Europa tem impedido a contratação de mais enfermeiros, mesmo com evidências de que contratar é custo-efetivo como referem alguns estudos (Ausserhofer et al, 2014).

Face a tantos fatores que conduzem à existência de cuidados omissos, autores como Maloney et al., (2015) e McMullen et al., (2017) focaram os seus estudos nas medidas a implementar para reduzir os cuidados omissos tais como: melhorar a comunicação entre as unidades,

melhorar o trabalho em equipa, aumentar a satisfação no trabalho, melhorar a liderança, torná-la mais forte e otimizar as estratégias institucionais.

Deve-se então promover estas estratégias para limitar a ocorrência de omissão de cuidados, reduzir a frequência de eventos adversos e, tal como referem Recio-Saucedo e colaboradores (2018), aumentar a cultura de segurança e de qualidade das instituições de saúde.

PARTE II
ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. PERCURSO METODOLÓGICO

É através da investigação que se cria conhecimento científico, pois permite conhecer a realidade, promover medidas que assentam na melhoria dos cuidados, conduzir ao desenvolvimento da profissão e assegurar a credibilidade do seu exercício (Reis, 2010).

A escolha do método de investigação depende diretamente da questão formulada pelo investigador (Streubert & Carpenter, 2002), dos objetivos delineados e da natureza das indagações da pesquisa (Fortin, 2003). Desta forma, “na fase metodológica o investigador determina os métodos que utilizará para obter respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, Grenier & Nadeau, 2003, p.40). A fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando “o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população” (Fortin, Grenier & Nadeau, 2003, p.162).

1.1 OBJETIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Os enfermeiros são responsáveis pela maioria dos serviços de saúde (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2007). Poucos são os processos de cuidados que não passam em primeiro lugar, pelas mãos dos enfermeiros (Jones et al., 2015), sendo por isso, uma das classes profissionais que mais contribuem para a qualidade e segurança na prestação de cuidados.

A questão norteadora desta investigação foi: “Qual a perceção dos enfermeiros sobre cuidados omissos em contexto de Urgência”.

Tendo como objetivos identificar quais os cuidados omissos mais frequentes e as principais razões percecionadas pelos enfermeiros para a sua ocorrência e ainda identificar estratégias que possam diminuir os cuidados omissos percecionados pelos enfermeiros em contexto de urgência.

1.2 TIPO DE ESTUDO

Este estudo, segundo Merriam e Tisdell (2015), enquadra-se num desenho de investigação de natureza qualitativa uma vez que procura explorar um fenómeno, ou seja, compreender a problemática dos CEO, adicionando novo conhecimento a este tema. A investigação

qualitativa permite assim estudar os fenómenos em profundidade e construir uma nova realidade significativa, considerando os diferentes aspetos e tendo em conta o ponto de vista dos participantes, podendo interpretá-lo no seu meio (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Minayo (2010, p.57) conceitualiza o método qualitativo como “aquele que se aplica ao estudo da história, das relações das representações das crenças das perceções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem”. O método qualitativo permite revelar os processos sociais ainda pouco conhecidos, propicia a construção de novas abordagens, permite a revisão e a criação de novos conceitos durante a investigação (Minayo, 2010).

Ao se particularizar os estudos qualitativos para o campo clínico, destaca-se o cenário das vivências em saúde, definindo o “método clínico-qualitativo” em pesquisa como:

“aquele que busca interpretar os significados – de natureza psicológica e complementarmente sociocultural – trazidos por indivíduos (pacientes ou outras pessoas preocupadas ou que se ocupam com problemas da saúde, tais como familiares, profissionais de saúde e sujeitos da comunidade), acerca dos múltiplos fenómenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde-doença” (Turato, 2005, p.510).

Deste modo, trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, uma vez que pretendemos compreender a perceção do enfermeiro no que diz respeito aos cuidados omissos em contexto de urgência. A descrição deste fenómeno é feita através da realização de entrevistas semi-estruturadas, fundamentais para responder à questão norteadora do estudo.

1.3 CONTEXTO E ASPETOS ÉTICOS

Para contextualizar esta problemática centramo-nos na Zona Centro, que garante a assistência a mais de dois milhões e quatrocentos mil utentes. O aumento significativo do número de episódios nos serviços de urgência levou à necessidade de várias reestruturações ao longo dos últimos anos de modo a capacitar a sua resposta estrutural e funcional ao aumento da procura.

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, o recurso às Urgências em Portugal continua a ser excessivo, quando comparado com outros países Europeus.

Segundo Lega e Mengoni (2008), as razões para a procura excessiva do SU podem ser divididas em quatro categorias principais. O primeiro motivo referido pode designar-se por percepção da necessidade de cuidado urgente que surge em função das crenças pessoais e do conhecimento acerca do conceito de emergência (Uscher-Pines et al, 2013).

Em segundo lugar, surgem estudos que referem a preferência dos doentes pelo uso dos serviços de cuidados urgentes. Dentro desta perspectiva, surge a conveniência, como a possibilidade de serem melhor atendidos nos SU e efetuarem os exames necessários nesse serviço, podendo até mesmo poupar dinheiro nesse processo e a crença de que os SU têm maior qualidade (Coleman, Irons & Nicholl., 2001; Northington, Brice & Zou, 2005; Razzak & Kellermann, 2002).

O terceiro motivo está relacionado com a dificuldade em aceder aos Cuidados Saúde Primários. Por último, o quarto motivo prende-se com o comportamento de medicina “preventiva” dos profissionais de saúde. Este achado sugere que os doentes que recorrem aos SU também o fazem por terem sido indicados por outros profissionais de saúde, quer farmacêuticos, médicos dos Cuidados Saúde Primários, ou outros, e por questões de segurança (Afilalo et al., 2004).

O SU funciona como a principal porta de admissão dos doentes agudos em contexto hospitalar. O bem-estar e tratamento dos pacientes é o objetivo primordial dos SU, contudo, se estes funcionarem acima da sua capacidade, pode haver risco para a saúde pública, prolongamento da dor e sofrimento, longas esperas e descontentamento dos doentes, desvio de ambulâncias, diminuição da produtividade dos profissionais de saúde, violência, efeito negativo no ensino de novos profissionais e problemas de comunicação (Derlet & Richards, 2000).

Os períodos de grande afluência comprometem o normal funcionamento do serviço, exigindo esforços suplementares para assegurar a qualidade na assistência. Os enfermeiros no SU cuidam de pacientes com múltiplas comorbilidades que requerem uma ampla base de conhecimentos, uma variedade de habilidades e capacidade de gerir grandes quantidades de informações. Lidam diariamente com a imprevisibilidade, complexidade, grande quantidade de doentes, com grande rotatividade entre os setores. Ressaltamos ainda que Moreno e colaboradores (2015), referem que os doentes com problemas de saúde agudos são doentes frequentemente mais sujeitos à omissão de cuidados. Tendo em conta que o serviço de

urgência é o local por excelência onde existem mais situações agudas, graves e emergentes, pode-se dizer que é um local propício para a ocorrência de cuidados omissos. Generalizado por Jones e colaboradores (2015), que refere que o cuidado de enfermagem perdido constituiu-se como um problema global e extremamente significativo no contexto hospitalar.

A urgência é um lugar bem diferente do contexto de enfermaria, denota-se que apesar dos inúmeros estudos internacionais e alguns nacionais acerca dos CEO, nenhum destes foi realizado em contexto de urgência. Este facto é o passo que nos permite justificar e alicerçar a realização deste estudo para conhecer a perceção dos enfermeiros sobre cuidados de enfermagem omissos em contexto de urgência.

Para realizar este estudo é necessário ter em conta alguns pressupostos éticos, pois pode colocar problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na persecução da aquisição de novos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado. Este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e com dignidade, enquanto ser humano (Fortin, 2003).

A participação no estudo pressupõe o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos (Apêndice I), para isso foi pedida a permissão para a gravação áudio da entrevista e assegurado o anonimato e o sigilo sobre os dados, informando também que a participação é totalmente voluntária, podendo a qualquer momento retirar-se (Minayo, 2010).

De forma a garantir a privacidade e confidencialidade das respostas toda a documentação de suporte ficará desprovida de identificação alfanumérica e no decorrer da análise serão atribuídos códigos (e.g. E1, E2...E20) aos participantes impedindo que sejam identificados.

O projeto de investigação foi ainda submetido à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, tendo recebido parecer favorável à sua realização (Apêndice II).

1.4 PARTICIPANTES

De acordo com Fortin e os seus colaboradores (2003), a população do estudo compreende o conjunto de todos os sujeitos, nomeadamente pessoas, grupos ou objetos, que partilham características comuns, as quais são predefinidas como critérios de inclusão no estudo.

Segundo Minayo (2010), numa investigação qualitativa preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão do grupo social antes em estudo. Portanto, a amostra ideal será aquela capaz de refletir o contexto do seu grupo social nas suas múltiplas dimensões subjetivas, pois o que interessa ao pesquisador é conhecer de modo aprofundado as particularidades do seu objeto de pesquisa.

Assim a seleção dos participantes na investigação foi intencional e os sujeitos que constituíram a amostra foram selecionados a partir de critérios de inclusão definidos pelo investigador:

- Trabalhar em contexto de urgência polivalente há mais de um ano, num serviço de urgência polivalente na região centro.

- Consentir de livre vontade participar no estudo;

Foram considerados apenas os enfermeiros com experiência de urgência há mais de um ano por considerar o período mínimo para se encontrarem minimamente integrados e assim perceberem o real problema dos CEO em contexto de urgência.

Constituíram-se assim como fontes de informação todos os enfermeiros com os critérios de inclusão mencionados, que existiam na rede de contatos pessoais da investigadora, que após contato telefónico prévio mostraram disponibilidade em marcar um dia e uma hora para a realização da entrevista via telefónica. Tal como defende Gil (2008) para que a entrevista seja adequadamente desenvolvida, a premissa inicial é que o entrevistado seja preparado antecipadamente. A recolha de dados foi realizada no período compreendido entre 15 de dezembro de 2020 a 30 de janeiro de 2021.

1.5 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O método de recolha de informação constitui uma etapa importante para o desenvolvimento da investigação, é uma técnica que visa obter informação relativamente ao objeto de estudo, através de uma observação direta e/ou registo de dados (Fortin, Grenier & Nadeau., 1999).

A recolha de dados é constituída por duas partes. A primeira parte é constituída por um questionário para caracterização sócio-demográfica e profissional dos enfermeiros (Apêndice III) e na segunda parte é constituída por um guião da entrevista semi-estruturada (Apêndice IV).

A entrevista é uma técnica comum e importante no estudo e compreensão do ser humano. Permite uma grande variedade de formas, quer individual quer entrevista de grupo, ou mesmo às entrevistas mediatizadas pelo correio, telefone ou computador (Fontana & Frey, 1994). Esta consegue extrair o que é subjetivo e pessoal e permite compreender a lógica das relações que se estabelecem ou se estabeleceram no interior dos grupos sociais dos quais o entrevistado participa ou participou, em um determinado tempo e lugar (Duarte, 2004). A relação intersubjetiva do entrevistador e do entrevistado é vista como uma característica central da entrevista qualitativa, por permitir a negociação de visões da realidade resultantes da dinâmica social onde os participantes constroem conhecimento e procuram dar sentido ao mundo que os cerca (Minayo, 2010). A entrevista possibilita assim, a obtenção de um maior número de respostas e ainda, os participantes oferecem menor resistência para responder comparativamente a um questionário (Batista, Matos & Nascimento, 2017).

Face à problemática e aos objetivos do estudo, optou-se pela entrevista semi-estruturada. A entrevista semi-estruturada segundo Fortin e colaboradores (2009, p. 376) é utilizada quando pretende “compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes”, nomeadamente nos casos em que se deseja obter informações particulares sobre um tema. Neste tipo de entrevista o entrevistado tem liberdade para se posicionar favorável ou não sobre o tema, sem se prender à pergunta formulada, pois combina perguntas fechadas e abertas (Minayo, 2010).

A entrevista foi realizada através do telefone, esta é uma estratégia para a obtenção de dados que permite a comunicação interpessoal sem um encontro face-a-face (Gonçalo & Barros, 2014). Os mesmos autores revelam ainda que a utilização da entrevista telefónica tem vindo a aumentar, sobretudo na recolha de dados na área de saúde. Uma das explicações para o crescimento da popularidade da entrevista telefónica como método de investigação científica

é que esta é o reflexo dos avanços tecnológicos e das mudanças sociais. Esta opção foi mais viável porque requer menor disponibilidade dos profissionais em tempo laboral e não necessita de um espaço adequado para realização da entrevista.

O número de entrevistas teve como base a amostragem por saturação, que segundo Thiry-Cherques (2009) deve ter em conta o ponto de saturação, este é definido como o momento em que o acréscimo de dados e informações não altera a compreensão do fenómeno em estudo, sendo um indicador que possibilita determinar a validade de um conjunto de observações. Considerou-se que o ponto de saturação foi alcançado com 16 entrevistas, visto nas últimas não ter acrescentado novas informações.

1.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Na análise dos dados referentes à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes no estudo, foi utilizado a estatística descritiva simples.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, tiveram em média uma duração de 20 a 30 minutos e posteriormente transcritas para uma melhor análise da informação recolhida. Durante a transcrição dos dados colhidos ouve-se várias vezes o que foi gravado e escreveu-se tudo, inclusive pausas, mudanças de entoação e outras variações ocorridas na entrevista. (Szimanski, 2011).

Para a análise das entrevistas utilizou-se a abordagem metodológica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2010). A fase organização da análise subdivide-se em pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados em bruto e interpretação desses resultados (Bardin, 2010).

Na primeira das etapas da pré-análise, faz-se uma leitura flutuante, de forma a conhecer o material do estudo. Ocorrem os recortes do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de algumas das modalidades de codificação para o registo dos dados (Bardin, 2010, p. 126).

Na exploração do material “ocorre a descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus submetido ao estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos” (Mozzato & Grzybovski, 2011, p. 735) e inicia-se a definição das categorias, classificando os elementos constitutivos de um conjunto caracterizados por diferenciação e realizando o

reagrupamento por analogia por meio de critérios definidos previamente no sentido de propiciar a realização da inferência (Bardin, 2010). Faz-se ainda a exploração do material que vai identificar as unidades de registo com o objetivo de fazer a categorização. Na última tarefa desta etapa, o investigador deve identificar as unidades de contexto nos documentos para que lhe permita compreender as unidades de registo.

A fase final da etapa organização da análise contempla o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação. Durante a organização da análise, Bardin (2010, p.127) propõe que tendo “à disposição resultados fíéis e significativos, pode o investigador propor inferências e adiantar interpretações a propósitos dos objetivos previstos, ou que digam respeito” ao surgimento de resultados inesperados.

Feita a codificação das unidades de registo e das unidades de contexto, precisa-se classificar o conjunto de recortes ou elementos relativamente dispersos selecionados nas etapas anteriores, mas só classificar não permite a realização da análise, para obter resultados o investigador deve reagrupar os sintagmas por analogia, atentando para os seguintes critérios semântico (categorias temáticas), sintático (os verbos e os adjetivos), léxico (classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos e dos sentidos próximos) e expressivo (Bardin, 2010). Por ser uma etapa complexa, o investigador precisa ter amplo domínio do referencial teórico da metodologia e, até, leituras do desenvolvimento de análises de conteúdo como proposto Bardin (2010, p. 146) que também orienta para alguns cuidados ao referir que para “(...) classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. O que vai permitir o seu agrupamento é a parte comum existente entre eles.”

A categorização é feita em duas etapas: o inventário, quando se isolam os elementos; e a classificação, que implica repartir os elementos e identificar um nível de organização às mensagens e tem por objetivo principal permitir, por “condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto” (Bardin 2010, p. 147-148). A análise de conteúdo assenta, de modo implícito, na crença de que a “categorização (transposição de dados em bruto a dados organizados) não introduz desvios (por excesso ou por recusa) no material, mas que dá a conhecer índices invisíveis, ao nível dos dados em bruto” (Bardin, 2010, p. 147) por isso, deve-se ter em conta um conjunto de critérios de qualidade para facilitar a seleção das categorias, que foram sintetizadas:

- A exclusão mútua apenas pode ser classificada em apenas uma categoria. Não existir ambiguidades no momento do cálculo (multicodificação).
- A pertinência. A categoria é pertinente quando está adaptada ao material escolhido, e quando pertence ao quadro teórico definido.
- A objetividade e a fidelidade. O organizador da análise deve definir claramente as variáveis que trata, assim como deve precisar os índices que determinam a entrada de um elemento numa categoria.
- A produtividade. Um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados férteis: férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos.

A última parte desse percurso teórico é a interpretação dos resultados feita na Análise de Conteúdo por meio da inferência, que para Bardin (2010, p. 41) é a “operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras”.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo contempla a caracterização dos participantes e os resultados que emergiram da análise do corpus das entrevistas. Com a análise das entrevistas conseguiu-se dar resposta aos objetivos propostos conhecendo assim a percepção dos enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem omissos, as razões subjacentes e ainda conhecer as propostas destes para mitigar a ocorrência de cuidados omissos.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram um total de 16 enfermeiros, 56,3% (n = 9) do sexo feminino e 43,8% (n=7) do sexo masculino. A média (\bar{x}) da idade é de 34,50 anos com desvio padrão (DP) de 6,05 anos, com mínimo (mín.) e máximo (máx.) de 28 e 53 anos, respetivamente.

Quanto à formação académica verificou-se que 18,8% (n = 3) referem serem licenciados sem outra formação académica adicional; 6,3% (n=1) detém uma pós-graduação, 12,5% (n = 2) são mestres e 75% dos enfermeiros (n = 12) reportam deter o título de “enfermeiro especialista” atribuído pela Ordem dos Enfermeiros dos quais 6,3% (n=1) tem Especialidade em Saúde Comunitária e 68,7% (n=11) tem Especialidade em Médico-Cirúrgica.

O tempo médio de exercício profissional é de 13,6 anos (DP = 5,19), com mínimo de 6 anos e máximo de 28 anos.

Os enfermeiros revelam trabalhar, em média, 36,81 horas por semana relativamente às 35 horas contratualizadas, sendo que realizam no mínimo as 35 horas e no máximo 40 horas semanais.

Todos os enfermeiros detêm experiência profissional além do serviço de urgência, 56,3% (n=9) num serviço além do serviço de urgência e 43,8% (n=7) em mais que um serviço além do serviço de Urgência.

Quanto à formação denota-se uma preocupação por parte enfermeiros em manter-se atualizados, tendo realizado formação em diversos temas no último ano 81,3% dos enfermeiros (n=13), contestando com 18,8% (n=3) que não fez qualquer tipo de formação no último ano.

Alguns enfermeiros realizaram mais que uma formação, sendo a formação mais usual no âmbito da urgência e emergência, tendo uma frequência maior na área de formação relacionadas com Suporte Básico de Vida, Suporte Avançado de vida, Transporte de doente crítico, triagem e trauma. Seguida de formação no âmbito da especialidade em que se encontram a frequentar e um investimento na área da gestão estando a frequentar a pós-graduação nesta área. Manifestaram interesse em outras áreas tais como a infeção e gestão de risco, SClínico e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e noutras áreas de interesse além de enfermagem, tendo alguns participantes participado em mais que um curso.

O resumo dos dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros encontra-se na tabela 1.

Tabela 1- Dados Sociodemográficos e profissionais dos Enfermeiros

		N	%	Medi a	DP	Min	Ma x
Género	Masculino	7	43,8				
	Feminino	9	56,3				
	Total	16	100,0				
Idade				34,5	6,0 5	28	53
Formação académica	Licenciatura	3	18,8				
	Pós- graduação	1	6,3				
	EMC	9	56,3				
	ESC	1	6,3				
	Mestrado	2	12,5				
Tempo de experiência profissional				13,63	5,1 88	6	28
Tempo de experiência Profissional na urgência				8,94	4,7 39	1	19

Horas de trabalho/semana				36,81	2,3 16	35	40
Experiência profissional além do SU	Mais um serviço	9	56,3				
	Mais que um serviço	7	43,8				
Formação no último ano	Formação	13	81,3				
	Sem Formação	3	18,8				
Formação	SBV, SAV, TDC, triagem e trauma	6					
	No âmbito da especialidade	4					
	P.G em gestão	3					
	Infeção e gestão de risco	3					
	SClinico e CIPE	3					
	Outras áreas	2					

Denota-se que a população estudada é jovem com uma média de idades de 34,5 anos, com grande experiência profissional e preocupada em manter-se atualizada em diversos domínios provavelmente associada à complexidade do serviço de urgência.

2.2 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados que emergiram da análise das entrevistas foram reunidos em unidades de registo (palavras, frases, parágrafos), agrupadas tematicamente em categorias iniciais e intermédias as quais possibilitam as inferências. Por este processo indutivo ou inferencial,

procura-se não apenas compreender o sentido da fala dos entrevistados, mas também buscar-se-á significação ou outra mensagem (Fossá, 2003). Resultaram do processo de codificação das entrevistas transcritas, as seguintes categorias que são apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 - Categorias resultante da análise de conteúdo das entrevistas.

Categorias iniciais		Categorias intermédias
Realidade percebida sobre os CEO		Conhecimento dos enfermeiros sobre CEO
		Comparação entre serviços
		Cuidados autónomos ou interdependentes
Cuidados omissos mais frequentes no SU	Cuidados autónomos	Alimentação
		Posicionamento
		Comunicação
		Cuidados de Higiene
		Conforto e Bem estar
		Eliminação
	Cuidados interdependentes	Envolvimento dos familiares/apoio emocional
		Registos
		Segurança e vigilância
		Monitorização de Sinais Vitais
		Administração da terapêutica com mais de 30 min após a sua prescrição
Fatores que levam à ocorrência de cuidados omissos	Relacionadas com o serviço	Escassez de recursos humanos/fluxo elevado de doentes
		Recursos materiais/acessibilidade/organização/Kit de alimentação
		Falta de responsabilização e protocolos
		Organização dos setores/ Espaço físico
	Relacionadas com o profissional	Modelo biomédico com Alert®
		Formação, experiência prévia, motivação/individuais
		Trabalho em equipa/ comunicação

	Priorizar manobras de life saving
Sentimentos relacionados com a existência de cuidados omissos	Tristeza, angustia, frustração
	Injustiça, impotência
	Conformação, resignação
	Diminuição da satisfação profissional
Perceção dos enfermeiros sobre os CEO e seus superiores hierárquicos.	Conhecimento
	Estratégias já adotadas
Propostas para diminuir a existência de cuidados omissos.	Estrutura física
	Recursos materiais
	Recursos humanos
	Protocolos/normas/integração
	Trabalho em equipa/método de trabalho/comunicação
	Responsabilização/fatores individuais
	Reconhecimento/ medidas de motivação
	Exemplos superiores/liderança/gestão
	Formação/discussão
	Ferramentas informáticas, aplicativos mais dirigidos para os cuidados autónomos de enfermagem

a) Realidade percecionada sobre os Cuidados de Enfermagem Omissos

Denota-se que a maioria dos participantes conhecia a definição dos CEO, como sendo qualquer aspeto do atendimento exigido do paciente que é omitido, em parte ou inteiro, ou significativamente atrasado tal como ilustra o seguinte testemunho: “*são aqueles cuidados dificilmente mensuráveis, talvez, é difícil a definição em si, também podem ser cuidados significativamente adiados. Algo que não fizeste e estivesse planeado, ou seja, que esteja a fugir ao planeamento*” (E3)

No entanto, verificou-se ainda que alguns participantes consideram os cuidados omissos como sendo cuidados que foram realizados mas não foram registados “*os cuidados que são prestados que de certa forma não são documentados*” (E8), “*Serão aqueles cuidados que tu prestas mas não são notificados*”(E15). Isto demonstra que estes enfermeiros preferem não

incorrer em falhas na prestação direta de cuidados mostrando valorizarem mais os cuidados do que a produção de registos (Figueiroa-Rego, 2003). *“são os cuidados que tu praticas mas que no fundo não consegues registar se os fizeste ou não”* (E2, E6, E15). Os registos não espelham o que é realmente feito, como foi referido pelos participantes, no entanto, facilmente se pode incorrer na questão, tal como Marinis (2010) defende, se não é registado é porque não aconteceu.

Já outros participantes consideram os cuidados omissos como os cuidados que deveriam ter sido realizados, mas que por diversos fatores foram omitidos.

“algo que não fizeste e estivesse planeado, ou seja, que esteja a fugir ao planeamento” (E3, E11, E16), *“das necessidades que as pessoas não conseguem satisfazer, que por diversos motivos os enfermeiros não as satisfaz”* (E5), *“acabam por ser postos um bocadinho de lado (...) uma vez que a seguir vamos ter que prestar esses cuidados mais urgentes a outra pessoa”* (E7), *“É a parte que se deveria melhorar mais, a parte da comunicação com o doente é que não se faz”* (E12).

Existem ainda os cuidados que os enfermeiros omitiram por falta de conhecimento ou esquecimento. *“Por lapso ficam por fazer, ou não são validados, aquilo que não é contabilizado”* (E9, E14), *“não estão tão sensibilizadas para o que deveriam executar”* (E10).

Face a uma apreciação global dos estudos já desenvolvidos nesta área podemos depreender que estamos perante um assunto atual, controverso e promissor. Os participantes estão familiarizados com o assunto, embora ainda não haja um consenso na sua definição. Denota-se que 2 participantes tinham desconhecimento do conceito na totalidade como se pode ver pelo relato: *“Nunca ouvi falar”* (E1), *“Por acaso é um termo que eu nunca ouvi!”* (E4).

Este facto, mostra a necessidade de aprofundar este tema e divulgá-lo pelos enfermeiros, uma vez que um dos focos dos enfermeiros deve ser a adoção de comportamentos favoráveis à segurança do paciente. Para minimizar os CEO só a educação continua permite formar profissionais competentes, mais conscientes deste problema e assim propor estratégias que minimizem erros e os CEO tendo em vista a melhoria da qualidade.

De forma a não enviesar os resultados da entrevista, principalmente de quem não tinha presente o conceito sobre os cuidados de enfermagem omissos, foi explanado em todas as entrevistas, a definição do conceito, para que todos pudessem concluir a entrevista.

Os enfermeiros participantes, quando questionados sobre a existência de cuidados omissos nos serviços onde tinham experiências profissionais prévias ao serviço de urgência, reconhecem que os cuidados no SU como sendo o serviço onde ocorrem mais cuidados omissos comparativamente aos outros serviços que trabalharam anteriormente. *“Existem mais cuidados omissos no serviço de urgência” (E1, E2) “Nitidamente na urgência” (E4) “No serviço de urgência, sem dúvida” (E6)(E8)*. Estas afirmações são acompanhadas de pleonasmos transmitindo a plena convicção destes enfermeiros sobre a maior existência de CEO na urgência.

Um participante não respondeu à questão colocada pela pouca experiência além do serviço de urgência como demonstra o relato: *“Não foi um grande exemplo o serviço de imagiologia visto que não estavam lá internados, não tenho forma de comparar” (E5)* e apenas um dos participantes afirmou que os cuidados omissos eram mais frequentes no internamento face ao serviço de urgência. *“Muito sinceramente, no internamento, nos serviços onde trabalhei” (E14)*.

O SU surge como um local onde aparentemente estão reunidas as condições para a ocorrência de um maior número de cuidados omissos, este fato, é percecionado pela maioria dos participantes. Estes afirmam que há maior ocorrência de cuidados omissos face a outras experiências profissionais. Tal acontecimento já havia sido atestado também por Moreno e colaboradores (2015) ao referirem que os doentes com problemas de saúde agudos são doentes frequentemente mais sujeitos à omissão de cuidados. Tendo em conta que o serviço de urgência é o local, por excelência, onde existem mais situações agudas, graves e emergentes, pode considerar-se que tal como os participantes referem este é um local propício para a ocorrência de cuidados omissos, generalizado por Jones et al. (2015) que refere o cuidado de enfermagem perdido como sendo um problema global e extremamente significativo em contexto hospitalar.

Os participantes relataram que os cuidados autónomos (baseadas em decisões profissionais do enfermeiro e totalmente geridas pelo enfermeiro) são mais vezes omitidos *“os cuidados autónomos são os que são mais vezes omitidos” (E2, E6, E9, E10, E11)*, face aos cuidados de enfermagem interdependentes. Segundo os participantes este facto deve-se ao próprio contexto de urgência, à tipologia de doente e ao carácter urgente das intervenções, sendo os cuidados interdependentes considerados emergentes *“põem em risco a pessoa são mais urgentes e esses são interdependentes” (E7)*, *“ao programa informático utilizado, “próprio*

modelo do Alert® acaba por nos condicionar, o facto de termos algo para validar”(E8) “como temos os vermelhos para a apagar”(E5) “os que estão dependentes de nós e do nosso planeamento se não fizermos agora podemos fazê-los um pouco mais tarde. Enquanto os interdependentes, principalmente aqueles que dependem da prescrição médica são mais facilmente executados segundo o modelo biomédico” (E3).

E ainda é determinado pela própria priorização, convicção do enfermeiro. Para os enfermeiros entrevistados são as suas convicções que os levam a decidir sobre a realização ou não de determinado cuidado cuja priorização/omissão se baseia na perceção sobre o que consideram acarretar um maior/menor impacto no estado de saúde do doente *“acabamos por dar prioridade à tarefa em si que é requisitada” (E4).*

Constata-se que os enfermeiros entrevistados privilegiam a realização de cuidados de enfermagem decorrentes de intervenções interdependentes, face aos cuidados autónomos, cujo, o interveniente, o prescriptor e o executante, são o mesmo, como é relatado igualmente nos estudos apresentados por Ball et al., (2014), Timmings et al., (2017) e Willis et al., (2015); Hernández-Cruz et al., (2017) e Herderson et al., (2017). A priorização pela realização de cuidados interdependentes pode dever-se ao facto de a prescrição ser realizada por outros grupos profissionais e o enfermeiro pode estar sujeito a crítica/penalização face à omissão desse cuidado prescrito. No entanto, houve relatos em que é evidente que, na opinião dos participantes, os cuidados interdependentes também foram omitidos, dado que consideram que muitos dos cuidados interdependentes são realizados, mas significativamente atrasados. *“Os interdependentes acho que falham mais” (E1, E12, E14), “Se nós começarmos a pensar na nossa prática de cuidados, muitas vezes, temos prescrito pelo medico e nós não temos tempo de fazê-los em meia hora” (E13).*

b) Cuidados de enfermagem omissos mais frequentes no SU

Os entrevistados identificaram como tipologia os CEO mais frequentes, os cuidados autónomos tais como a alimentação, os posicionamentos, a comunicação, os cuidados de higiene, o conforto e bem-estar, a eliminação, o envolvimento dos familiares/ apoio emocional, os registos e ainda aspetos na área da segurança e vigilância. Mas, também reportaram como uma dimensão de CEO os cuidados interdependentes como a monitorização de sinais vitais e a administração da terapêutica com mais de 30 minutos após a sua prescrição.

Dos cuidados considerados fundamentais, a alimentação é considerada um dos CEO mais vezes mencionado pelos participantes. Este é considerado um cuidado que ao ser realizado é significativamente adiado face a outros cuidados que os enfermeiros consideram prioritários. *“a alimentação, acho que é um cuidado que se vai adiando” (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E10, E11, E16)* *“a parte da alimentação dos doentes, que muitas vezes fica para trás” (E6)*. Mas também é um cuidado, tal como o testemunho de alguns participantes, parece um cuidado subvalorizado: *“desde a alimentação, tudo que é necessidade humana fundamental” (E8)*; *“A alimentação também, acho eu, que é outra das coisas, muitas das vezes passa despercebida” (E12)*.

A necessidade de manter a postura corporal de acordo com a sua limitação clínica ou grau de dependência também é considerado um dos CEO mais relatados pelos enfermeiros a seguir a alimentação. Este também surge como um cuidado autonomo que é muitas vezes omissos *“Os cuidados com os posicionamentos” (E1, E2, E4, E7, E11, E13, E15, E16)*. Tal como acontece na alimentação este cuidado é muitas vezes adiado face a outras intervenções que os enfermeiros consideram prioritárias. Os enfermeiros reconhecem a sua importância, mas perante tantas exigências têm de fazer opções e estão constantemente a priorizar cuidados.

“Penso que às vezes também os próprios posicionamentos podem ser considerados omissos, na medida que vamos adiando se nos aparecer algo que consideramos prioritário, isto é, sabemos que devia ser 2/2 ou 3/3 horas mas acabamos por adiar quando surgem coisas mais prioritárias”(E3), “NHF diretas e depois cuidados indiretos” (E8).

O excesso de trabalho foi apontado como a causa para tal omissão *“Quando são muitos doentes em termos de cuidados de posicionar o doente, acho que também falha um bocado, às vezes porque não há tempo” (E12)*.

A comunicação quer com o doente, quer com a família é um cuidado de enfermagem reportado pelos enfermeiros entrevistados como fundamental, no entanto, é visto como um dos CEO frequente.

“E se calhar ainda outro importante a comunicação, também se pode considerar um cuidado. A comunicação quer com os familiares, quer com a própria pessoa, no sentido de dar apoio. A verbalização com a pessoa, em todo o sentido se calhar é das coisas que passam mais e se calhar é aquela que menos pensamos” (E7).

Os enfermeiros sabem que a comunicação, nomeadamente a escuta ativa é uma competência e, como tal, é preciso tempo e esforço para fazê-la de forma eficaz, algo que não conseguem devido à falta de tempo: “*escuta ativa, as pessoas tem necessidade de falar e nós não conseguimos, muitas vezes*” (E5).

A comunicação entre enfermeiro/doente também é referida pelos participantes como um dos CEO: “*Muitas vezes não temos o à vontade ou não estamos disponíveis para comunicar com o doente e esse faz parte dos cuidados omissos* (E13), “*A comunicação é um dos fatores que falha e que devíamos apostar mais, é importante haver comunicação, tanto na equipa como com os doentes*” (E6). A comunicação no cuidar deve ser holística, considerando a pessoa como um todo e evidenciando respeito pelo doente como pessoa e não como um corpo alvo de intervenções de enfermagem como foi referido por muitos participantes, por isso, torna-se fundamental que cada enfermeiro reflita as suas práticas e invista no desenvolvimento de competências comunicacionais, na medida em que a comunicação se assume como a essência do cuidar, tornando possível a prestação de cuidados de enfermagem humanizados, interdisciplinares, competentes e personalizados (Stefanelli & Carvalho, 2005).

Os enfermeiros chegam mesmo a não informar previamente o doente para o cuidado que irá ser prestado, valorizando a técnica e não a comunicação como um direito do doente e um instrumento importante em enfermagem. “*A parte de explicar os procedimentos, como andamos sempre a correr e com pressa, se calhar não fazemos tanto essa parte como devíamos*” (E6), “*A comunicação...*” (E8, E9, E13).

Os participantes reportam ainda aspetos fundamentais como a apresentação, a obtenção do consentimento como algo omissos que parece ser comum na prática dos enfermeiros face ao volume de trabalho.

“O acolhimento, talvez nunca dizemos quem somos, não nos apresentamos, aquela parte toda das coisitas, não é só por nós, comunicação” (E11), “*Acho que desde o início a comunicação é importante, devemos comunicar, o que fazes, porque é que fazes, falta informação...*” (E12).

Além da comunicação com o doente também a comunicação com a família foi mencionada como um CEO muito frequente: “*Comunicação entre a equipa, com o doente com a família* (E2)”. Segundo Pereira (2008, p.18), “a informação prestada ao doente e à família constitui uma das armas mais poderosas no que se refere à ajuda necessária à aceitação, à confrontação da doença e à adaptação às mudanças que ocorrem”. A comunicação possibilita, assim, a

interação entre o enfermeiro e o doente/família, proporcionando o estabelecimento de um relacionamento humano que permita atingir os objetivos dos cuidados de enfermagem. De acordo com Saiote (2010), fatores como o estado de saúde do doente, a gravidade da situação, o ambiente que o rodeia e a dificuldade em comunicar com o familiar, contribuem para o aumento da ansiedade e insegurança da família. Neste sentido, é essencial que os cuidados de enfermagem não se fundamentem apenas na interação entre o enfermeiro e o doente, mas também na interação entre o enfermeiro e a família, uma vez que a doença é um processo coletivo que afeta toda a unidade familiar.

Em relação aos cuidados de higiene também os participantes os consideraram omissos, demonstrando que os cuidados de higiene parecem não ser uma prática comum pela especificidade do serviço, já que os doentes devem permanecer no serviço apenas o tempo necessário para ser estabilizados e orientados.

“é raro, veres alguém fazer cuidados de higiene aos doentes da urgência, quer seja oral, quer seja corporal no serviço” (E1), “a higiene” (E2, E9, E14, E16), “Penso que a higiene oral, fazemos um pouco mais localizado e não num todo (E3), “Higiene oral, sem dúvida” (E5).

Os cuidados de conforto e bem-estar segundo os entrevistados são um cuidado realizado raramente, denota-se que é um conceito complexo e difícil de definir pelos participantes, no entanto, este conceito foi bem identificado como um fenómeno individual e holístico, que envolve não só a componente física, como a componente emocional e espiritual, reconhecido pelos participantes pela sua relevância na profissão e no trabalho de enfermagem.

“É raro tu chegares ao pé do doente e perguntares o que é que ele precisa, ou o que ele não precisa (...) não consegues dar o apoio necessário aquele doente” (E1), “saber como a pessoa está” (E7), medidas de conforto (E10), o apoio emocional (E13), “e alguns autocuidados, tipo higiene e conforto” (E14).

A eliminação é outro dos CEO que é muitas vezes perdido como demonstra os testemunhos dos participantes. Muitos problemas que foram mencionados não têm propriamente a ver com a eliminação, mas sim com a necessidade de ajuda na deambulação para satisfazer tal necessidade, pela situação clínica em que os doentes ficam condicionados ao leito.

“Acompanhamento dos doentes ao WC (...) tens um doente que está sujo mas tu sozinho não consegues lá ir, porque ele não se mexe, tens de estar à espera. Tudo vai ficando a espera e depois acaba por ser um novelo” (E1), “e sei lá um dos cuidados que às vezes fica para trás tem a ver com as necessidades de eliminação

em que os doentes nos pedem para ir à casa de banho, isto ou aquilo e nós nem sempre temos tempo logo, por aí” (E6), “eliminação” (E7).

Os participantes referem ainda os cuidados prestados aos doentes com incontinência urinária e fecal como sendo um dos CEO *“às vezes vemos fraldas à pressa, mudamos assim tudo à pressa, entendes? Começamos de uma ponta à outra” (E12).* Muitas vezes também são realizados mas significativamente atrasados *“muitas vezes, já me aconteceu, as pessoas pedem arrastadeira e acabaram por urinar na fralda porque nós não conseguimos chegar a tempo, a eliminação, também” (E5).*

O envolver a família nos cuidados é outro dos CEO identificado, embora os participantes reconheçam a sua importância, muitas vezes é realizada, mas não é registada ou outras vezes subvalorizada face a outros cuidados mais emergentes.

“A parte do apoio à família que tem dias que até fazes mas não registas e não tens como mostrar que o fizeste” (E2), “O apoio familiar” (E3), “A comunicação quer com os familiares” (E7), “Estamos a falar de cuidados diretos ao doente, se quisermos ir para a parte familiar, também acontece” (E8).

Os registos de enfermagem também são um cuidado omissos que os participantes mencionaram, relativamente a esta atividade, nota-se que os enfermeiros privilegiam a prestação direta de cuidados face à documentação dos mesmos, pelo que os registos são por vezes omissos relativamente aos cuidados prestados: *“A parte do apoio à família que tem dias que até fazes mas não registas e não tens como mostrar que o fizeste” (E2), “A nível de registos” (E15, E16).* Este achado coaduna-se com Silva (2006) que refere que 30 a 40% do tempo de cuidados de enfermagem é passado em atividades de processamento de informação. O *“tempo despendido pelos enfermeiros a documentar compete com o tempo disponível para os cuidados diretos aos clientes” (Silva, 2006, p18): “Vai muito por aquilo que escreves ou não escreves, o posicionamento, a higiene a alimentação, se não registares não fica nada como tu fizeste” (E2).*

Outro dos cuidados omissos mencionado foi a segurança e a vigilância. É importante dar a conhecer que ainda há enfermeiros que consideram que a prestação de cuidados está em causa, pois não estão reunidas condições para a prestação de cuidados em segurança e com a devida vigilância da situação clínica do doente, pondo assim em risco a qualidade dos cuidados.

“a segurança em função do doente. A nossa segurança, a vigilância a segurança do doente” (E9).

Em relação aos cuidados interdependentes surge a administração da terapêutica até 30 minutos após a sua prescrição, como um CEO quando a terapêutica é administrada, mas significativamente atrasada.

“Dar medicação com mais de meia hora, também temos muito” (E2, E4, E13, E14, E15, E16), “Depois devido também ao fluxo de trabalho há atrasos em tudo nas colheitas, na medicação” (E6), “com a medicação também há embora apesar de isso tudo se consegue fazer essa gestão, mais de meia hora acontece” (E8).

A monitorização de sinais vitais também é referida pelos enfermeiros entrevistados como um CEO frequente. Os participantes consideram importante a avaliação dos sinais vitais na avaliação inicial e durante a permanência do SU com uma monitorização mais frequente. Este facto prende-se com a tipologia de doentes que se encontram numa fase aguda e por isso, podem apresentar uma maior instabilidade hemodinâmica. No entanto, quando é reconhecida instabilidade hemodinâmica os doentes ficam monitorizados continuamente permitindo uma maior vigilância.

“e por vezes avaliação de sinais vitais numa fase inicial do doente pela equipa de enfermagem” (E10), “Avaliação da dor, avaliação de sinais vitais” (E13); “Se calhar uma observação mais cuidada do doente, como a avaliação dos sinais vitais mais frequente também” (E15).

Os achados destes CEO estão assim de acordo com os estudos já apresentados. No estudo português realizado por Santos (2018) noutro contexto, os enfermeiros reportaram como os CEO mais frequentes: “confortar/falar com as pessoas internadas”, “elaborar ou atualizar planos de cuidados de enfermagem”, “educar doentes e familiares”, “documentar os cuidados de enfermagem de forma adequada”, “higiene oral” e “vigilância adequada dos doentes”. No estudo desenvolvido por Paiva (2019), apuraram-se outros CEO como o “comunicar com o doente e família”, “ensino ao doente e família”, “documentar os cuidados de enfermagem”, “elaborar ou atualizar planos de cuidados” e “alimentação” “monitorização de sinais vitais/glicémia capilar”, “cuidados de higiene oral”, “cuidados de higiene corporal”, “posicionamentos” e “levantar e deambulação”; por último, e no âmbito das atividades interdependentes, surge como CEO a “identificação e administração da terapêutica até 30 minutos após a sua prescrição” e “cuidados de manutenção com dispositivos médicos” que vão de encontro com os nossos achados, denotando-se os cuidados autónomos como os CEO mais frequentemente omissos.

A referência à comunicação e o envolvimento dos familiares como sendo CEO frequentes vai ao encontro da natureza dos cuidados omissos identificados em estudos anteriormente efetuados por Kalish (2006) e Ausserhofer *et al.* (2014), que também concluíram que os CEO são maioritariamente de ordem psíquica, como o confortar/falar com os doentes e desenvolver, atualizar os planos de cuidados de enfermagem, o apoio emocional e psicológico, a avaliação dos doentes recém-admitidos, a documentação dos cuidados de enfermagem. A perceção dos enfermeiros entrevistados coincide com a perceção do paciente sobre os cuidados mais frequentemente perdidos pois estes referem os cuidados individuais, a planificação da alta e a educação. (Moreno, Moreno & Interrial, 2015; Phelan, McCarthy & Adams, 2018). A administração da terapêutica até 30 minutos após a sua prescrição também é referida como um CEO como já havia sido corroborado por Maloney *et al.*, (2015) em que os participantes também referiram a administração não atempada da medicação.

Dos cuidados fundamentais, a eliminação foi percecionada como um dos CEO específico em contexto de urgência que pode ser explicado pelas condicionantes físicas, pela falta de recursos humanos, a acessibilidade e a especificidade dos doentes que recorrem à urgência com agudização da doença e do agravamento do seu grau de dependência. Estes novos resultados corroboram com as conclusões de Kalisch e Lee, (2012) e Rehem *et al.*, (2017), que referiram a existência de diferenças significativas quando se analisa a problemática dos CEO com diferentes desenhos de investigação e se usam diferentes instrumentos de recolha de dados. Este novo dado coaduna-se com as especificidades do serviço de urgência e dos seus doentes, bem como a existência de picos elevados de afluência de doentes que exigem que os enfermeiros realizem o atendimento por prioridades. Além deste achado mais específico, outro aspeto a refletir é a existência de um elevado número e diversidade de CEO apresentados pelos participantes. Este fato salienta o SU como um serviço propício para a ocorrência de CEO, no entanto, apesar das particularidades do contexto de serviço de urgência pode dizer-se que os resultados encontrados mostram alguma semelhança com os cuidados mais frequentemente omissos nos hospitais em vários países europeus (Ausserhofer *et al.*, 2014, Ball *et al.*, 2014) e portugueses (Santos, 2018; Paiva, 2019) estando ainda relacionados com os resultados obtidos sobre os cuidados omissos nos estudos de Kalish (2006).

c) Fatores que levam à ocorrência de cuidados de enfermagem omissos

No que alude aos fatores que contribuem para a ocorrência de CEO, mencionadas pelos entrevistados, podem ser divididos em fatores relacionados com o serviço e com as características do enfermeiro. As que estão relacionados com o serviço compreendem: a dotação dos recursos humanos vs fluxo de doentes elevado, os recursos materiais, a falta de responsabilização e de protocolos, organização dos setores e estrutura física e a existência de um modelo biomédico/Alert®. Os fatores que estão relacionados com os profissionais são: a formação/experiência, os fatores motivacionais, o trabalho em equipa/comunicação e a priorização dos cuidados de life saving.

Os enfermeiros reconhecem que a existência de CEO se deve ao ambiente singular de um serviço de urgência, ao elevado fluxo de doentes e à necessidade de estar em constante atualização dos planos de enfermagem, isto é, é necessário que o enfermeiros tenham flexibilidade para conseguir priorizar cuidados perante a entrada de novos doentes: *“o facto de estares num serviço de urgência e estar constantemente a entrar novos doente, novas situações, sermos constantemente solicitados para novas intervenções”* (E9).

Consideram o SU como sendo um sítio de maior imprevisibilidade e com uma dinâmica diferente: *“(..) a urgência também é mais imprevisível do que dos outros sítios onde trabalhei em que a dinâmica era diferente”* (E15). O elevado fluxo de doentes, aumenta a carga de trabalho: A sobrelotação relacionada com o fluxo elevado de doentes tem-se tornado um fenómeno amplamente estudado, ubíquo e internacional (Direcção Geral de Saúde, 2012). Muitos SU reportam estar a funcionar aproximadamente, ou mesmo, na capacidade máxima sendo esta uma preocupação também sentida pelos participantes.

“Infelizmente pelo número de doentes que recorrem à urgência e também por falta protocolos de atuação do serviço, facilita essa dualidade de situações, ou seja, por um lado as pessoas acabam por não fazer, umas vezes porque não têm tempo” (E1), *“(..) um fluxo excessivo de doentes, relativamente a nossa capacidade de resposta* (E4, E8, E9, E12, E14, E15), *“fluxo de trabalho”* (E6, E11, E13, E16).

O fluxo elevado de doentes leva a uma diminuição do rácio enfermeiro/doente e consequentemente a um aumento dos CEO: *“os rácios, como sabemos, é algo que interfere, quando as dotações são melhores, claro que (...) há essa redução dos cuidados omissos”* (E3). Denunciando o reduzido rácio de enfermeiros por doente obrigando os enfermeiros a criar hierarquias de cuidados, deixando algumas atividades parcial ou totalmente por realizar

“Do excesso de procura dos utentes, das características dos cuidados em serviço de urgência e o rácio enfermeiro doente também influencia bastante” (E7).

A escassez de recursos humanos nota-se principalmente devido à elevada afluência ao SU, à imprevisibilidade do número de admissões de doentes no SU e consequentemente picos de volume de trabalho excessivo, que leva à incapacidade de gerir os recursos humanos face às necessidades em tempo real. Além desta inconsistência o SU ainda tem uma tipologia específica de doentes que se caracterizam principalmente por se encontrarem em fase aguda e que exigem maior grau de cuidados de enfermagem aos quais os profissionais priorizam por ordem de gravidade, ou seja, como estes mencionam por manobras de life saving.

Os participantes referem como os fatores relacionados com o serviço, a falta de recursos materiais ou não estarem prontamente disponíveis como um fator que pode levar à ocorrência de cuidados omissos:

“Por vezes há falta de recursos materiais, sim há coisas que numa situação de urgência, no meu ponto de vista são básicos, e que não deveriam ser alvo de espera” (E1); “Existe falta de recursos materiais” (E2); “Alguns cuidados são adiados pela inexistência de materiais” (E3).

A reposição do material, segundo os participantes, é da responsabilidade dos enfermeiros quando poderia ser delegada: *“Depois as reposições deviam ser por níveis e não deviam fazer parte das nossas funções, porque isso vai nos tirar e prender a certas e determinadas coisas, não nos libertando para os cuidados essenciais e das nossas funções” (E1)*, o facto de estarem responsáveis pela reposição de material diminui o tempo de prestação de cuidados ao doente, não rentabilizando assim os recursos humanos qualificados. Além da reposição consideram muito tempo dispendido para providenciar material que não está em stock: *“falta de kit de alimentação, deveria haver kits próprios e condições próprias” (E1)*, *“Alguns cuidados são adiados pela inexistência de materiais” (E3).*

A inexistência de protocolos é percecionada pelos participantes como um fator que contribui para a ocorrência de cuidados omissos, pois estes consideram a padronização uma ferramenta essencial para melhorar a qualidade da assistência prestada:

“falta de existência de protocolos que eu acho que são essenciais e fundamentais para uma boa organização. Acho que a criação de protocolos para que as pessoas saibam exatamente o que tem de fazer, e toda a gente trabalhe da mesma forma, não é por carolice, porque depois toda a gente faz conforme lhe dá jeito, não, as coisas

se tiverem predefinidas, as pessoas sabem que é assim que tem de atuar e tem de ser avaliadas por aquilo que cumprem ou que não cumprem” (E1).

O facto de estar protocolizado permite cuidados mais uniformes, maior coerência e menos erros, não deve ser deixado ao critério de cada enfermeiro, pois cada um prioriza os cuidados de diferentes formas: *“dependendo da equipa, das pessoas que estão lá, é como tudo” (E4); “se habitualmente já não o fazemos ou nos predispomos a fazer, ou seja, a alimentação, quando está mau não dá para fazer, mas quando está bom tendencialmente também não o vamos fazer” (E8).*

O enfermeiros tem tendência de atender primeiro aos cuidados interdependentes que estão prescritos, desvalorizando os cuidados autónomos como parte integrante das funções dos enfermeiros: *“a falta de atenção dos enfermeiros aos seus cuidados autónomos, a falta de valorização dos cuidados autónomos” (E16).* Os enfermeiros que não dispõem da descrição das intervenções, tem uma maior ocorrência de erros (Sales et al, 2018).

A organização dos setores a estrutura física, ou seja, APE foi apontada como um dos fatores que levam à ocorrência dos CEO. Essa reestruturação da urgência tal como a mudança de paradigma na organização dos próprios setores da urgência e a melhoria das condições físicas, já está prevista pela administração, mas é um projeto que tem sido constantemente adiado, estando claramente inadequada a estrutura como demonstram os seguintes testemunhos: *“Toda a estrutura física deveria ser organizada, faz parte do plano das obras da urgência” (E1), “O espaço físico também influencia” (E7),* mas também à organização do próprio setor. Para estes devia haver alguém responsável pelo setor e pela articulação de setores de forma a melhorar a transmissão essencial do utente e transferência de responsabilidade, *“(…) há uma má articulação entre os próprios setores no sentido de tu poderes ter alguém responsável dentro de cada sector que te possa dar o feedback (E1) “às vezes um bocadinho de falta de organização” (E4).*

Em relação à organização e manutenção de equipamentos, deveria haver alguém responsável, pois permite ao enfermeiro restringir-se aos cuidados ao doente sem estar preocupado com a as condições de manutenção do material.

“organização de equipamento, é uma área que fica um pouco a desejar, mas também depende muito da disponibilidade de cada sector, mas em termos de organização de equipamento e da pessoa que está na sala, fica muita coisa por organizar no início de cada “(E10); “a desorganização” (E16).

Outro fator singular ao SU é a prestação de cuidados segundo o modelo biomédico e com o sistema informático Alert®. Os enfermeiros reconheceram que a sua prática é influenciada pelo modelo biomédico, centrando-se maioritariamente na doença e no seu tratamento secundário:

“Enquanto os interdependentes, principalmente aqueles que dependem da prescrição médica são mais facilmente executados segundo o modelo biomédico, faz com que agente atue, ou seja, mais terapêutica, principalmente em contexto de urgência (E3), “estamos mais focados na parte interdependente e técnica, pelo cariz da urgência” (E6).

O sistema informático Alert® direcionado ao Serviço de Urgência e aos cuidados interdependentes.

“Nos interdependentes está prescrito, e algo do género, acabas por fazer e tens o sistema informático que te ajuda e que está constantemente a lembrar o que tens de fazer, por exemplo, no caso de alimentação não tens nada que te lembre que tens de fazer” (E8), “sermos constantemente solicitados para novas intervenções” (E9), “provavelmente por falta de disponibilidade do profissional e também por nós nos centrarmos demasiado nas intervenções interdependentes”

Os participantes referem que trabalham muito à tarefa em vez de se privilegiar o método individual do enfermeiro responsável

Os participantes referem que: *“não dá para fazer mais nada, é só apagar os vermelhos” (E12), “O próprio modelo do alert acaba por nos condicionar, o facto de termos algo para validar. Quando temos de validar se calhar fazemos mais” (E3); “como temos os vermelhos para a apagar, se calhar, acabamos por não satisfazer tanto os cuidados autónomos” (E5).*

Para os participantes a prática de cuidados de enfermagem em contexto de serviço de urgência continua a seguir o modelo biomédico, com enfoque tecnicista, funcionalista que trata o ser humano como um ser físico acabando por dar menos importância a questões sobre aspetos mais humanizados, psicológicos como podemos identificar quando revisitamos a lista dos cuidados percebidos como mais frequentemente omissos. Os enfermeiros trabalham privilegiando o modelo biomédico clássico dando relevo ao diagnóstico da doença e tomando como papel principal da enfermagem a execução da prescrição médica como vimos que os enfermeiros priorizam os cuidados de enfermagem interdependentes em detrimento dos autónomos. Além de seguirem o modelo biomédico os enfermeiros utilizam um sistema operativo, ALERT® que segundo estes, este sistema informático condiciona as ações de enfermagem para as prescrições médicas, visto que trabalham muito à tarefa em detrimento de priorizarem o método de trabalho do enfermeiro responsável. *“trabalham*

muito à tarefa, não há a responsabilização de um enfermeiro” (E10). Silva (2017) defende o método do enfermeiro responsável como o método que melhora a qualidade dos cuidados. Embora seja difícil em contexto de urgência adotar este método, dado as especificidades deste contexto, poderia ser um investimento a ser considerado, pois melhora a qualidade, a segurança e a humanização dos cuidados.

Além destes fatores relacionados com o serviço que levam à ocorrência de CEO, temos os fatores relacionados com os profissionais. Os participantes consideram que os fatores individuais/motivacionais e a sua formação/experiência prévia, influenciam o desempenho e contribuem para ocorrência de CEO. A integração é considerada uma parte importante da formação e deve ser estruturada para promover o desenvolvimento profissional adaptado à urgência.

“Primeiro as integrações não são feitas como deve ser, os enfermeiros quando surgem para substituir surgem todos de certa e determinada forma e são integrados um bocado a correr o que não permite que as pessoas se adaptem, e depois não existem os tais protocolos, ou seja, cada um é integrado consoante o enfermeiro que lhe calha, (...) quando o exemplo não parte de cima no sentido é assim que se faz (...) outras simplesmente se borrifam para aquilo” (E1). *“falha um bocadinho grande na parte aquando da entrada de novas pessoas” (E2).*

Além da integração é muito importante a formação base, as experiências profissionais prévias e o back ground do profissional, pois permite uma melhor avaliação da situação e priorização dos cuidados.

“Perceção de cada profissional acerca dos cuidados e de fatores pessoais (...) própria organização do próprio profissional que pode ou não fazer, a priorização dos seus cuidados, das experiências anteriores, o background que ele tem, experiências profissionais, isso aí sim acredita que influência” (E3); “a formação que as pessoas tem de base, importando muito a educação e experiência dos profissionais” (E2).

A formação e a experiência dos enfermeiros desempenham um papel fundamental na composição e dinâmica da força de trabalho de enfermagem, na qualidade e relevância do cuidado e no desenvolvimento da capacidade institucional em saúde como também é defendido por Soto-Fuentes e colaboradores, (2014) que estabeleceram uma relação entre uma equipa de enfermagem com menos qualificações e o maior número de cuidados omissos (Ball et al., 2014; Bruyneel et al., 2015; Winset et al., 2016).

Os fatores individuais e motivacionais dos enfermeiros são considerados fatores mais importantes que o rácio de enfermeiros, pois muitas vezes, o rácio maior de enfermeiro/doente não é sinónimo de melhoria na prestação de cuidados. Segundo os enfermeiros participantes depende mais do enfermeiro per si e da sua motivação para fazer mais e melhor, ou seja, da sua eficiência.

“o mesmo, às vezes, com metade dos doentes, por exemplo 20 doentes, não é possível, dependendo da equipa, das pessoas que estão lá, é como tudo. Não é por haver mais recursos humanos que as coisas correm melhor, às vezes, até é ao contrário, depende de pessoa para pessoa como é obvio, mas tens a noção que tens de dar mais” (E4).

Se não houver motivação pode-se correr o risco de não se realizarem os cuidados por falta de responsabilização e meretismo: *“se habitualmente já não o fazemos ou nos predispomos a fazer” (E8)* *“No momento, às vezes aquilo está tão calmo e nós não fazemos na mesma, porque já lhe perdemos o hábito” (E11)*, *“Depende também dos profissionais, acho que sim também” (E12).*

A satisfação no trabalho nos serviços de saúde está envolvida na qualidade da prestação de cuidados, daí a importância de sua mensuração nos trabalhadores das instituições de saúde. A reduzida satisfação no trabalho leva ao aumento da intenção de abandonar a profissão sendo que este é um dos fatores que pode estar associado a cuidados omissos (Ausserhofer et al., 2014).

Também Pérez-Zapata et al, (2014) relatam estudos realizados sobre a qualidade de vida no trabalho em funcionários da saúde e apontam a presença de uma fraca motivação intrínseca, acrescenta ainda que há evidências de que a presença de variáveis de gestão, como sobrecarga de trabalho, salário e escassez de tempo disponível, influenciam desfavoravelmente a sensação de bem-estar vivenciada pelos trabalhadores e afeta o desempenho no trabalho e o estado de saúde, levando à presença de altos níveis de ansiedade.

Outro fator mencionado para a existência de CEO foi a comunicação e o trabalho em equipa. Sabe-se que a comunicação é uma das principais competências necessárias para o enfermeiro. Muitos dos participantes referem-na como um fator que ainda podia ser aprimorado nas várias vertentes com o doente, família e com a equipa tanto de enfermagem como a equipa multidisciplinar de forma a tornar os cuidados mais eficientes: *“mediante a equipa que está, mediante a coordenação, o entrosamento entre a equipa e tudo mais, a própria comunicação, influência” (E4).*

Constataram dificuldades relacionais entre a equipa, não conseguindo todas as vantagens que o trabalho em equipa pode oferecer, como uma maior produtividade:

“teres uma equipa em que trabalham enquanto equipa e não teres uma equipa que não trabalha enquanto equipa, (E2); “outras vezes temos o problema com a equipa médica também não há comunicação que nos permite (...) muitas vezes, não há comunicação inter equipa, ou então considerando uma equipa de su interdisciplinar” (E13).

Também Kalisch et al., (2009) reportaram as falhas comunicacionais entre os profissionais, como uma das razões que promovem a ocorrência de CEO e comprometedoras da qualidade dos cuidados prestados. Semelhantes conclusões foram obtidas por: Ausserhofer et al., (2014) que referiram o clima organizacional e a falta de trabalho em equipa como fatores que podem estar relacionados com os CEO.

Os participantes consideram as manobras de life saving e a existência do modelo biomédico/Alert como fatores específicos do serviço de urgência. Uma vez que é no SU que se tratam doentes com doença aguda, que muitas vezes recorrem em situações de emergência e necessitam de uma intervenção da equipa de saúde rápida e eficaz, em que é necessário priorizar cuidados tendo em vista a sobrevivência do doente: *“Priorização de outras tarefas, neste caso priorizar coisas que achamos mais importantes, mais life saving, mais em contexto de urgência, principalmente” (E3).*

Dando ênfase aos cuidados interdependentes pelo tipo de doentes, que necessitam de intervenção imediata por apresentar risco de vida:

“Eu penso que no SU tem a ver com o próprio cariz do serviço, em que as pessoas que recorrem precisam de uma intervenção imediata e rápida que muitas vezes, está relacionada com medicação, colheitas e com procedimentos técnicos, interdependentes, e como assim é, os cuidados de enfermagem autónomos muitas vezes ficam omissos, estamos mais focados na parte interdependente e técnica, pelo cariz da urgência.” (E6), “das características dos cuidados em serviço de urgência” (E7), “foste por prioridades” (E8), “vais por prioridades e mesmo assim, mal conseguiste chegar lá” (E11).

Face ao exposto encontramos uma grande variedade de fatores que contribuem para a ocorrência de CEO, em contexto de urgência, mais do que os estudos apresentados até então. Este achado é facilmente explicado pelas particularidades do serviço de urgência. Além da grande quantidade de fatores mencionados, foram descritos fatores específicos deste contexto. Os fatores específicos compreendem as manobras de life saving, a valorização do

modelo biomédico incentivado pelo próprio sistema operativo Alert® que se encontra mais direcionado para as intervenções interdependentes e de uso exclusivo da urgência.

d) Sentimentos em relação à existência de cuidados omissos

Os enfermeiros perante a existência de cuidados omissos na urgência apresentam diversos sentimentos. Do corpus de análise foram considerados quatro categorias: tristeza/ angústia /frustração, injustiça/impotência, conformação/ resignação e conseqüentemente diminuição da satisfação profissional.

Os profissionais manifestam vivenciar tristeza, angústia e frustração como podemos constatar pelos os testemunhos a seguir descritos:

“No momento é frustrante” (E4, E14); “cheguei a chorar em casa porque a senhora pediu arrastadeira e não consegui chegar a tempo e a pessoa estava perfeitamente consciente e orientada, portanto sentia-me mal, não sei bem qual o sentimento que pode descrever isso, mas impotência, frustração, tristeza, angústia, por aí” (E5); “Sinto-me frustrada às vezes quando não tenho tempo (...) isto deixou-me angustiada, frustrada em relação aos cuidados” (E11); “Não me sinto bem, claro, como é obvio” (E12); “O sentimento muitas das vezes é tipo de frustração é de queres literalmente fazer mais e não consegues” (E15).

Outros sentimentos manifestados pelos participantes são de injustiça e impotência:

“para todos os efeitos, trabalhamos todos no mesmo sítio, somos todos iguais, quer que tu faças 20 e eu não faça nada” (E1), “há pessoas que se esforçam, outras nem tanto, e como é uma equipa em constante renovação, com cada vez mais elementos novos e recentes, acaba por ser mais complicado lidar com tudo isto” (E4), “Muitas vezes sinto-me como não atingindo o meu objetivo central, sinto-me, quer dizer, sinto-me incapaz!” (E13), “É essa parte que me deixa mais incomodada e me faz pensar que podia ter feito mais e não fiz, não consigo chegar a todo lado e não tenho tempo” (E14), “talvez de impotência muitas das vezes” (E16).

Quando os enfermeiros são confrontados ao longo do tempo com os cuidados omissos e muitas vezes não têm estratégias para os minorar surge a conformação e resignação:

“Quer queiramos quer não, tudo isto é gerido como se fosse uma fabrica, tanto os profissionais como os doentes são números” (E1), “Mas há muita coisa que não é feita, podíamos fazê-lo de outra forma, mas não temos disponibilidade para o fazer” (E2) “se nós não tivermos essa perceção depois nem sabemos o que não fazemos. Às vezes é preciso termos essa perceção do que é que se deve fazer e do que se não deve fazer, para refletir acerca da existência desse cuidado omissos” (E3), “Enquanto lá estou é correr para tentar fazer as coisas, mas quando saio tento desligar ao máximo” (E4) “Tenho pena e acho que devemos todos pensar um pouco nisso” (E6), “pelo facto de estarmos há tanto tempo no mesmo serviço acabamos por

desvalorizar as coisas e adaptamo-nos aquela realidade” (E7), “É obvio que agente pensa e acabamos por nos adaptar, percebe-se que falhamos e falhamos constantemente, mas temos de nos adaptar e saber qual a nossa realidade e acabas por não valorizar” (E9), “Nós só quando falamos nisso é que começamos a ter outra percepção sobre as coisas porque no decorrer do dia a dia, começa a ficar tão mecanizado o teu método de trabalho, tão agarrado ao computador e ao Alert® que depois acabas por nem te aperceberes aquilo que deverias ter executado e acabaste por não executar” (E10), “Desmotivação, desmotivação... Vou dar a volta para quê? Não tenho auxiliar? Acho que as pessoas andam assim meias desmotivadas em relação a fazer as coisas” (E11).

Por último, a diminuição da satisfação profissional que é experienciada pelos enfermeiros perante a existência de cuidados omissos. Este sentimento deve-se a aspetos tais como a inexistência de reconhecimento, responsabilidade e autonomia, ou fatores extrínsecos que apareceram como maiores causadores de insatisfação sendo a falta de qualidade da supervisão, o relacionamento com a equipa e as condições de trabalho. Muitos dos sentimentos já mencionados são o indício desta diminuição da satisfação profissional crescente:

“traz muito mais satisfação profissional quando chegas ao final do turno e tens ideia que esses cuidados omissos foram minimizados, ou se calhar nem sequer existiram, aí a satisfação profissional é maior” (E8).

Ao analisar a opinião dos participantes acerca de como estes se sentem em relação à existência de cuidados omissos percebemos que, a presença de CEO é um assunto que não lhes é indiferente e que lhes traz variados sentimentos que podem ser prejudiciais em termos de saúde psíquica e da sua produtividade, originando cuidados de menor qualidade ou maior número de cuidados omissos. O trabalho em contexto de urgência e emergência tem como objeto de trabalho a pessoa gravemente doente, que precisa de cuidados imediatos devido ao risco de instabilidade hemodinâmica e conseqüente risco de vida. Perante isto, alguns estudos já discutem os níveis de estresse dos profissionais atuantes em contexto de urgência, por ser considerado um ambiente de trabalho potencialmente stressante por causar desgaste físico e/ou mental aos trabalhadores, com efeitos deletérios na saúde (Gomes, Santos & Carolino, 2013).

Podemos considerar que, tal como nestes estudos, os trabalhadores de enfermagem em contexto de urgência manifestam algum desgaste emocional face à presença de CEO e próprios do contexto de urgência.

A presença de tais sentimentos sugere que os enfermeiros estão expostos a situações extremas, em termos quantitativos, cognitivos e emocionais, que carecem de ser reconhecidos e controlados de modo a não comprometer a qualidade dos cuidados (Abdul, Abdul-Mumin & Naing, 2017; Dempsey & Assi, 2018; Ilic et al., 2017). De acordo com Dias (2012), é importante que os profissionais de saúde, na sua prática diária, reúnam duas condições elementares: ter boa saúde mental e ter satisfação no trabalho. Exige-se assim definir estratégias para melhorar a saúde mental e aumentar a satisfação no trabalho de forma a produzir sentimentos mais positivos. Algumas das estratégias podem passar pela adoção de uma atitude sistemática proactiva, o reconhecimento do seu trabalho por parte dos superiores hierárquicos, os reforços positivos, manifestados nas atitudes e comportamentos dos gestores. É essencial que os profissionais se sintam motivados e satisfeitos para melhorar o ambiente organizacional e diminuir o número de cuidados omissos (Ausserhofer et al., 2014; Phaneuf, 2005).

e) Perceção dos enfermeiros sobre os CEO e os superiores hierárquicos.

São muitos os desafios e dificuldades sentidas pelos enfermeiros em contexto de urgência, este cenário é bem visível face aos vários cuidados omissos e aos sentimentos que estes proporcionam aos profissionais. Este ponto tenta dar a conhecer o que os enfermeiros e superiores hierárquicos têm feito até agora em relação aos CEO.

Individualmente tem havido a preocupação em melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente com a diminuição de CEO:

“Comuniquei por escrito à chefe alguns problemas do serviço” (E1), “Da minha parte, tento fazer um de cada vez, para não ficar assim tanta coisa para trás. Tentar iniciar naquele doente e fazer o máximo naquele doente e depois então continuar no doente a seguir” (E2), “eu tenho-me esforçado” (E5), “Em relação a mim pessoalmente, tem a ver com a reflexão, auto estima e capacidade de trabalho de cada um” (E9), “Uma pessoa esforça-se” (E14).

Em relação à equipa de enfermagem nota-se as diferentes perspetivas. Por um lado, reconhece-se esforço e preocupação da equipa: *“acho que temos evoluído a tentar cada vez mais reduzir os cuidados omissos, nota-se que há essa preocupação” (E3); “há pessoas que se esforçam, outras nem tanto” (E4)* por outro, deixam transparecer a desmotivação em que se encontra a equipa e que se reflete no ambiente de prestação de cuidados levando a que haja um aumento dos CEO:

“Por parte da equipa, já notei mais que agora, se bem que esta altura também não é uma altura típica, mas acho que as pessoas também tem dias que aldrabam um bocadinho as coisas.(E2); “sei de colegas que tem esse tempo e não os prestam na mesma” (E5); “temos pensado mais sobre a parte dos cuidados autónomos, em fazer o nosso trabalho que é autónomo” (E6); “Eu acho que no ponto de vista da equipa há um esforço grande até por essa satisfação profissional que traz” (E8, E14); “acho que não colaboram muito para ajudar”(E12).

Em relação aos superiores hierárquicos é unânime que os enfermeiros consideram que estes têm conhecimento da existência de CEO. Mas a opinião dos enfermeiros diverge quanto à posição e das estratégias adotadas por estes. Os participantes apenas consideram os seus superiores hierárquicos mais próximos no seu discurso (chefe e coordenador), não referenciam hierarquias mais altas. Consideram-nos como os modelos de liderança e vislumbram-nos como detentores fundamentais para adoção de medidas de forma a diminuir os cuidados omissos.

Muitos participantes reconhecem o aumento do rácio de enfermeiros como uma estratégia já implementada, mas ainda insuficiente:

“A única diferença que eu vi até ao momento foi o aumento do rácio” (E6), “a nível de recursos humanos em que o número de enfermeiros tem vindo a aumentar por turno” (E8, E11, E12, E16), “Tirando o reforço da equipa, acho que não há grande interação da parte deles para que isto corra melhor”.(E9, E13), “havia uma preocupação no sentido de melhorar e de identificar aquilo que estava mal (...) a nível de recursos humanos aumentaram-nos, a nível de meios técnicos aumentaram-nos também, técnicos/ materiais” (E15).

Os enfermeiros têm sentido um esforço para os tentar motivar, consciencializar para os cuidados autónomos:

“tem tentado incentivar as pessoas” (E2), “com alteração da chefia que havia assim uma preocupação em haver mudança” (E5) “tem ajudado a consciencializar os cuidados que são realizados pela enfermagem, que são autónomos, que não ficam registados, que não ficam em lado nenhum e que nós temos de fazer mais, de nos focar mais nas nossas intervenções autónomas” (E6).

Notou-se uma melhoria na comunicação entre pares e da chefia para os enfermeiros. *“E até o nível de comunicação entre equipa e as chefias também melhorou” (E15), “um investimento na sua formação. (...) ao nível da organização dos cuidados e do ambiente de prestação de cuidados” (E16).*

Os participantes percecionam o esforço para uma aproximação na supervisão e uma melhor liderança:

“Penso que os superiores estão sensibilizados e isto será uma das metas deles” (E3), “Uma vez que temos o nosso superior imediato é o coordenador, e muitas das vezes a presença dele nos vários sectores não é tão frequentada quanto a desejada” (E4), “observava-nos de perto nas passagens de turno, chamava-nos a atenção, (...) é meio caminho andado para nós percebermos logo que temos de melhorar naquilo (...) a presença dela lá faz com que tenhamos mais cuidados naquilo que fazemos e estejamos mais atentos ao que estamos a fazer” (E6).

No entanto, muitos também reconhecem que apesar do esforço, não tem sido suficiente para melhorar os CEO. *“há tanta coisa mais urgente para fazer, que agora anda a pensar menos nisso” (E7), “no início parecia estar sensibilizada para isso e chamou-nos a atenção (...) foi absorvida pelo sistema e ninguém está incomodado com isso” (E10), “Não valorizam as sugestões e ou necessidades dos enfermeiros e do serviço” (E1).*

Apesar dos enfermeiros apontarem esforços por parte dos superiores hierárquicos para diminuir os CEO, estes demonstraram que as medidas adotadas ainda são insuficientes para diminuir os CEO. Também Dehghan-Nayeri et al., (2015) defendem que a cultura hospitalar, falhas na gestão e de liderança como promotores de um ambiente de trabalho inadequado e consequentemente, favorecedor de CEO.

f) Propostas para diminuir os cuidados de enfermagem omissos

Os enfermeiros propuseram algumas estratégias para mitigar os CEO, da análise do corpus das entrevistas realizadas, surgiram dez categorias:

Os participantes sugerem melhorias no ambiente físico, com mais conforto e segurança para os profissionais e adequar a estrutura ao fluxo de doentes de forma a melhorar a prestação de cuidados: *“Toda a estrutura física deveria ser organizada” (E1); “O que ajudava mesmo, era nós mudarmos de estrutura física e adaptarmos o nosso rácio a um sítio mais pequeno com mais condições” (E7).* O espaço físico inadequado para as atividades assistenciais causa descontentamento e sofrimento psíquico nos trabalhadores, deixa-os vulneráveis aos acidentes laborais e altera o processo de trabalho. Assim, um local confortável, espaçoso, com iluminação, ventilação, bem equipado com tecnologias necessárias à execução das tarefas, provisão necessária em recursos materiais de qualidade e quantidade adequadas e a própria organização destes nos diferentes sectores evita que os colaboradores se retraiam por conta de problemas operacionais e sejam capazes de melhorar a fluidez e otimizar os trabalhos (Sales et al., 2018).

A gestão dos recursos materiais foi vista pelos enfermeiros como uma medida a implementar: *“tem de haver mais material”* (E1, E2); *“Estarem mais disponíveis e de fácil acesso (...) as reposições deviam ser por níveis e não deviam fazer parte das nossas funções”* (E1); *“a nível de meios técnicos (...) técnicos/ materiais”* (E15).

Os medicamentos e equipamentos devem estar disponíveis e a funcionar adequadamente. A reposição de material deve ser feita por níveis ou delegada de forma rentabilizarem os recursos qualificados para uma melhor assistência e qualidade dos cuidados. Esses resultados são semelhantes aos relatados por Kalisch et al. (2011) e Kalisch e Williams (2009), que observaram o funcionamento e disponibilidade adequado como a oportunidade de prestar assistência de enfermagem de qualidade e segurança ao paciente.

Os enfermeiros citaram com frequência uma melhor gestão dos recursos humanos como medida a implementar: *“existência de mais recursos humanos”* (E2, E9, E11, E12, E13, E15, E16); *“As dotações que é sempre algo que devemos ter em consideração, os rácios”* (E3, E5, E7); *“o reforço do rácio enfermeiro doente”* (E14).

Sugerem que se deve aumentar o número de recursos humanos, ou seja, melhorar o rácio enfermeiro/doente aumentando assim a capacidade de resposta. Este facto interfere diretamente nos resultados do atendimento, pois como vimos os enfermeiros são forçados a reduzir ou, algumas vezes, não executar certas atividades, mesmo sabendo que isso possa aumentar o risco de resultados adversos para o paciente, estes dados são consistentes com os resultados relatados por Kalisch e Lee (2012). Tem de haver, por parte das instituições, relativamente às dotações dos serviços o cumprimento das dotações seguras, adequação da experiência e da formação acrescida à complexidade dos cuidados e, por vezes, o orçamento global do hospital é dirigido mais a outros setores, deixando a aposta com pessoal, nomeadamente de enfermagem para segundo plano. Contudo existem evidências que apontam que os custos com enfermeiros, em hospitais que têm maiores rácios, é compensado por menor tempo de internamento, menor taxa de internamento em cuidados intensivos, percentagem de infeções associadas aos cuidados de saúde inferiores e menores taxas de readmissão após a alta. E os que têm melhores dotações associado a pessoal experiente, apresentam menor índice de mortalidade e melhores indicadores, nomeadamente úlceras por pressão, quedas com lesões associadas e infeções do trato urinário (Aiken et al., 2018).

Estas conclusões são reforçadas pelo International Council of Nurses (2006), que refere que dotações insuficientes de enfermeiros põe em risco a qualidade dos cuidados, aumenta o risco de morte. Enfatiza ainda que as dotações inadequadas aumentam a insatisfação no local de trabalho, aumentam o stress e a predisposição para o abandono profissional, reforçando que hospitais com enfermeiros mais qualificados tem melhores resultados e menores taxas de mortalidade. As políticas atuais de redução de salários e substituição de enfermeiros por outros profissionais, têm resultado num impacto negativo nos cuidados e nos custos com cuidados (OE, 2018).

No entanto, apesar de ser consensual a falta de recursos humanos, este fator por si só é considerado insuficiente pelos participantes, pelo que referiram ser necessário mais medidas como a motivação, a responsabilização, a existência de protocolos, para que os enfermeiros melhorem o seu grau de eficiência na prestação de cuidados.

A padronização dos procedimentos é considerada uma ferramenta moderna que apoia a tomada de decisão do enfermeiro, possibilitando corrigir as não conformidades, pois permite que todos os trabalhadores prestem cuidados padronizados de acordo com os princípios técnico-científicos e, ainda, contribui para extinguir as distorções adquiridas na prática, tendo também finalidade educativa.

“a criação de protocolos para que as pessoas saibam exatamente o que tem de fazer, e toda a gente trabalhe da mesma forma (...) a criação de protocolos”(E1); “uniformizar cuidados” (E4); “implementar protocolos que melhorem a segurança” (E16).

A adoção de protocolos nos cuidados de enfermagem pode proporcionar maior satisfação nos enfermeiros e no doente, tendo como objetivo uma maior segurança na realização dos procedimentos, garantir a qualidade, implementar e controlar as intervenções de enfermagem.

Os enfermeiros participantes elencaram ainda a importância da existência de protocolos, aquando da integração de novos elementos, de forma a uniformizar e desenvolver os cuidados com as melhores evidências científicas, num clima de segurança: *“Eu acho que são extremamente importantes tanto em termos de atuação dos próprios profissionais do serviço, como para a integração dos novos elementos” (E1)*. Também Heidmann e colaboradores (2020), defendem os processos de padronização em contexto de urgência,

envolvendo todos os indivíduos de forma a construir o sentido para suas práticas, facilitar a realização dos procedimentos, contribuindo ainda para a integração de novos elementos.

Sabe-se que a Prática Baseada em Evidências (PBE), constitui um elo entre os resultados de pesquisas e sua aplicação prática, garantindo a melhoria da qualidade da assistência prestada aos doentes maior visibilidade da profissão ao demonstrar as bases científicas do seu cuidado (Oliveira, Carvalho & Rossi, 2015).

Os enfermeiros participantes referem o trabalho em equipa, a comunicação e a reorganização, como medidas a implementar para reduzir os CEO:

“Na formação e na forma de trabalhar (...) formação em trabalho de equipa.” (E2); “depende muito do espaço físico e do método de trabalho” (E7); “apostar mais na eficiência, seja do ponto de vista organizacional, seja do ponto de vista individual, podemos sempre ser mais eficientes, temos de avaliar todo o processo e conseguir ganhos de eficiência e essa eficiência traduz-se na diminuição de CEO” (E8); “tem havido algumas mudanças no sentido de organizar melhores os sectores de forma a dar uma resposta mais eficaz” (E9); “Eu acho que é tornar-se rotina, criar uma rotina de cuidados” (E11); “Trabalhando em equipa (...) Por exemplo os auxiliares ajudarem nas refeições, pronto, para darem refeições, ajudar nos cuidados” (E12); “Reorganização, em termos de equipa podíamos tentar reorganizar o trabalho de outra forma dentro de cada área de trabalho” (E13); “algumas alterações ao nível da organização dos cuidados e do ambiente de prestação de cuidados (...) aumentar a supervisão dos cuidados” (E16).

Considerando as especificidades do trabalho na área da saúde, tem-se defendido que o trabalho em saúde deve envolver práticas classificadas como multi, pluri, inter e transdisciplinaridade, por uma necessidade própria da evolução do conhecimento e da complexidade dos problemas de saúde na realidade atual (Matos, Pires & Sousa-Campos, 2009).

O trabalho em equipa é visto pelos participantes como fundamental para uma cultura de segurança eficaz. O envolvimento dos trabalhadores promove a integração e a contribuição com a instituição, o que permite a união de esforços, o surgimento de ideias e a realização de atividades com um alto desempenho e eficiência. A cooperação mútua entre as equipas e dentro da equipa resulta num maior aprimoramento nas habilidades de comunicação, o que facilita a resolução dos problemas. A comunicação funciona também como um instrumento de trabalho, principalmente para transmitir as mensagens de forma completa, sem barreiras ou ruídos (Heidmann et al., 2020). É importante fortalecer a comunicação efetiva entre todos

os membros da equipa de saúde, porque a comunicação é um dos principais elementos que favorecem a continuidade da assistência e ajudam a reduzir as omissões nos cuidados por meio da transferência adequada de informação. Os aspetos identificados neste estudo foram semelhantes a outros estudos já realizados que relatam a comunicação entre as unidades, o trabalho em equipa e a satisfação no trabalho interferem no cuidado (Maloney et al., 2015; McMullen et al., 2017; Schubert et al., 2008).

Os enfermeiros gostavam de ver ajustadas as suas necessidades a um ambiente onde pontua o trabalho em equipa, a autonomia e o bom relacionamento de forma a obter melhores resultados nos doentes.

Uma das estratégias passa pela responsabilização do trabalho realizado ou não realizado e os fatores individuais, ou seja, o brio próprio da pessoa.

“Há muitas pessoas que tanto faz terem muito trabalho como terem pouco, trabalham sempre da mesma maneira” (E2); “mas como em tudo e em todas as profissões, é a responsabilidade de cada um” (E4); “A responsabilização mais das pessoas, dos profissionais, em relação ao trabalho de cada um, haver uma divisão mais específica do trabalho, por pessoa, por sector por cada elemento” (E9).

Hoje sabe-se que o método individual de organização do trabalho, em que cada profissional realiza parcelas do trabalho sem uma integração com as demais áreas envolvidas, é uma das razões que dificulta a realização de um trabalho em saúde mais integrador e de melhor qualidade, tanto na perspetiva daqueles que o prestam como daqueles que o usufruem. Deve-se, por isso, incentivar o método de trabalho do enfermeiro responsável, uma vez que melhora a qualidade dos cuidados.

Os enfermeiros defendem que é necessário um novo modelo de valorização dos recursos humanos. É necessário ter em consideração o aumento do nível de qualificações, novas competências, responsabilidades e iniciativas e os fatores individuais que interferem diretamente na eficiência na prestação de cuidados. Surge assim a necessidade de maior responsabilização, mas ao mesmo tempo dar autonomia no trabalho como um espaço de decisão e intervenção nos processos de trabalho, bem como a oportunidade de influenciar as decisões sobre mudanças na organização do trabalho e nas condições de trabalho em geral (Kovács, 2006).

Os participantes referem que deve existir um ambiente de trabalho mais adequado ao desempenho das suas tarefas, e para isso, é necessário reconhecimento da qualidade do trabalho que desempenham e que haja motivação: *“Como não há uma fiscalização e não há uma valorização de quando se fazem as coisas bem, acaba-se por não se ir fazendo”* (E9); *“Motivar as pessoas”* (E11).

Uma maior satisfação laboral leva à diminuição dos cuidados omissos e a uma melhoria na qualidade na prestação de cuidados. A valorização ou reconhecimento das pessoas é fundamental, pois são estes os agentes impulsionadores de todo o processo que desencadeia a produção de um serviço de qualidade (Arboleda-Posada et al., 2018). O reconhecimento faz com que os profissionais se sintam mais motivados para executarem as tarefas e participarem no seu desenvolvimento e na consolidação de políticas institucionais (Heidmann et al., 2020). Contreras (2013), defende que os factores que mais contribuem para aumentar o grau de satisfação laboral são: a promoção profissional e o reconhecimento no trabalho. Sabe-se que a produtividade e a realização profissional se associam à satisfação no trabalho, pois quanto mais satisfeitos os profissionais de saúde estiverem, maior o seu comprometimento com a organização e quando recompensados continuam a produzir melhor (Dias, 2012). Enfermeiros motivados e inseridos num bom ambiente de trabalho também contribui para a retenção dos enfermeiros nos serviços o que pode fazer diminuir custos, já que uma maior mobilidade destes profissionais exige sempre necessidade de tempo de integração e formação.

A valorização profissional, da carreira e das condições de trabalho promove uma melhoria nas condições de trabalho e um ambiente de trabalho positivo sendo fundamental para o bem-estar dos funcionários, doentes e a própria instituição. Os fatores que levam à insatisfação laboral são a carga laboral excessiva, trabalho por turnos, número de horas de trabalho elevadas, condições físicas e número de elementos das equipas, podendo provocar níveis elevados de burnout, fadiga e exaustão emocional.

De forma a mitigar os CEO os participantes reconhecem a liderança/gestão e os exemplos superiores como estratégias a ser implementadas. Os enfermeiros participantes reconhecem que na prática assistencial ou na área da gestão, é fundamental que o enfermeiro desenvolva a competência de liderança. Para estes os seus exemplos de liderança predominantes são o enfermeiro coordenador do turno e chefe.

“o nosso superior imediato é o coordenador, e muitas das vezes a presença dele nos vários sectores (...) a chefe tenta despertar para algumas coisas que falham e não deveriam falhar” (E4); “A chefe agora que está no serviço, ela foca-se bastante nisso, nos cuidados de enfermagem autónomos que não só por nós registados e nem são por nós tão valorizados como deviam ser. Ela pelo facto de vir de uma enfermaria acaba por batalhar nesse aspeto e também nos tem ajudado a consciencializar nos cuidados que são realizados pela enfermagem, que são autónomos” (E6); “No início quando ela chegou houve uma tentativa de chamar a atenção” (E10).

A liderança é ressaltada como inerente ao trabalho do enfermeiro, já que é este quem faz a coordenação do trabalho de enfermagem e de intermediário entre os diferentes profissionais da equipa de saúde (Almeida et al, 2011). Dentro das habilidades de liderança, são atributos: conhecimento, experiência, confiança, capacidade de trabalhar em equipa, de resolver problemas, autodesenvolvimento, relacionamento interpessoal, comprometimento e respeito entre a equipa e saber ouvir. Tal como defende McMullen e colaboradores (2017), temos de melhorar a liderança, torná-la mais forte e otimizar as estratégias institucionais, pois, se os profissionais que atuam na prestação direta de cuidados forem suficientemente apoiados nos seus esforços pelos seus líderes, prestarão cuidados de enfermagem mais seguros e eficientes.

Para os enfermeiros um bom gestor é aquele que consegue motivar o grupo, em prol do sucesso de toda a equipa *“a nossa chefe tem tentado ter uma atitude proactiva” (E13).*

A melhor forma de fazer isso é, por meio do exemplo, através da participação direta na execução das atividades que coordena, sendo este método visto pelos enfermeiros participantes como a melhor forma de instruir e motivar os trabalhadores a se dedicarem cada vez mais às suas funções *“A nossa chefe observava-nos de perto nas passagens de turno, chamava-nos a atenção (...) a presença dela lá faz com que tenhamos mais cuidados naquilo que fazemos e estejamos mais atentos ao que estamos a fazer” (E7).*

Outro aspeto valorizado pelos enfermeiros é uma forma de gestão participativa em que há capacidade de diálogo e de negociação *“houve uma melhoria até a nível de comunicação entre equipa e as chefias” (E15).* Os enfermeiros defendem ainda a autonomia da equipa na resolução de problemas, pois, tal como defende Heidmann (2020), melhora o clima organizacional, mas também a produtividade.

A formação/discussão é um dos fatores mais importantes para a mudança na prática profissional, pois, permite adquirir e aplicar conhecimentos elaborados e aprofundados no âmbito do exercício profissional, facultando uma atuação profissional mais elaborada, nomeadamente no que concerne aos recursos disponíveis e recorrendo à capacidade crítica e reflexiva individual (Rodrigues, 2011).

“Formação na área, sensibilizar as equipas para os cuidados omissos e avaliar a formação na área, saber quais são os cuidados que mais vezes são omissos e estratégias para a sua redução, acima de tudo a formação e a sensibilização nessa área é um primeiro passo e um passo importante” (E3); “formação mais regular, hoje em dia, tem de haver um plano de formação em determinadas áreas” (E5); “Elaborar um plano e levantamento das necessidades sobre os cuidados omissos e em função desses, sensibilizar a equipa para já sobre o que são cuidados omissos, depois elaborar uma lista de problemas, depois estabelecer um período de tempo e com base em registos em enfermagem ver se realmente as pessoas estavam a executar esses cuidados” (E10); “explicar a existência deles, nós se calhar não temos noção que omitimos tanta coisa, das meias horas e dos tempos” (E11); “formação para connosco, eu, por exemplo, sobre cuidados omissos” (E13); “identificar e comunicar às chefias e entre nós para podermos melhorar, acho que essa parte pode ser melhorada sempre. Depois implementar de novo, se calhar fazermos mais discussões entre nós, para podermos conversar entre nós e podermos melhorar essa parte, para podermos identificar as coisas e cada um contribuir para que todos melhoremos” (E15).

Para que haja construção de conhecimento, identidade e partilha e conseqüentemente uma melhoria dos cuidados, deve haver formação e discussão periódica, um plano de formação, pois os participantes consideram que é através destas estratégias que se pode promover o conhecimento, transformações e as mudanças necessárias. As propostas de formação e os momentos de discussão devem ser de acordo com as necessidades individuais e do serviço e depois tenham continuidade, pois, apesar de ter proporcionado incorporação de conhecimentos e mudanças nas condutas, sabe-se que os resultados alcançados dependem se esta educação ocorre de forma contínua (Duarte & Oliveira, 2012; Oliveira et al. 2013).

Para estes, a competência é acompanhada por uma combinação de conhecimento, habilidades e julgamento clínico na prática diária ou no desempenho do trabalho além da formação meramente académica. A formação contínua é o fator mais importante de mudança na prática profissional pois permite adquirir e aplicar conhecimentos elaborados e aprofundados no âmbito do exercício profissional, facultando uma atuação profissional mais baseada na evidência, nomeadamente no que concerne aos recursos disponíveis e recorrendo à capacidade crítica e reflexiva individual (Rodrigues & Lima, 2004).

Os gestores devem estimular a formação nas áreas mais específicas da urgência, mas também noutras áreas que fortaleçam o trabalho em equipa, a comunicação, a consciencialização dos cuidados omissos, pois são elementos essenciais, com vista a obter cultura de segurança positiva e assistência de qualidade com menos cuidados omissos.

Os enfermeiros reconhecem a importância de existirem aplicativos mais dirigidos para os cuidados autónomos de enfermagem. Ambicionam uma ferramenta computacional capaz de propiciar maior disponibilidade dos enfermeiros para as atividades assistenciais valorizando mais o trabalho autónomo do enfermeiro: *“aplicativos que nos permitam programar e que nos alertem para estes fatores”* (E3); *“Talvez o programa informático que usamos ser mais virado para os cuidados autónomos de enfermagem”* (E6).

As Tecnologias da Informação constituem um instrumento bastante utilizado no campo da saúde, sendo a informática um recurso cada vez mais presente no espaço de cuidado. A informática em enfermagem aplica os recursos tecnológicos na assistência, na gestão da assistência e do cuidado, com a finalidade de melhor acolher o paciente e oferecer um trabalho mais humanizado. Explorar as suas potencialidades e reconhecer as imensas possibilidades e aplicabilidades é imprescindível para a consciencialização dos profissionais utilizarem esta tecnologia computacional cada vez mais.

Na urgência os participantes sentem a necessidade da construção de um software que permita planear melhor o cuidado, que possa ajudá-los a aplicar ou modificar o julgamento clínico, subsidiar a tomada de decisão no processo de seleção de diagnósticos e intervenções de enfermagem, além de ser uma ferramenta de aprendizagem capaz de ampliar o conhecimento de profissionais. A Enfermagem, assim como outras áreas, tem necessidade de construção de aplicativos mais direcionados aos enfermeiros com o objetivo de otimizar a atividades desses profissionais e contribuir para uma melhor comunicação entre todos: *“igual no que está a vermelho para colher sangue está a vermelho que é para posicionar, sei lá, não sei explicar, era um bocado sermos obrigado a isto”* (E11). Trata-se de um campo ainda reduzido, mas com grande potencial e em crescimento, que tem chamando a atenção de investigadores para a importância da elaboração de novas tecnologias.

Os participantes identificaram várias propostas que permitem mitigar os cuidados omissos em enfermagem em contexto de urgência e tal como Lake (2002) muitas dessas propostas estão relacionadas com estratégias que permitem melhorar o ambiente para a prática de

cuidados de enfermagem, tais como: a autonomia de enfermagem, valorização de cuidados de elevada qualidade, enfermagem tida em alta consideração, enfermagem dinamizada pelos próprios líderes, contributo da enfermagem para as mudanças organizacionais, existência de uma carreira de enfermagem e progressões baseadas na competência e experiência, cultura de desenvolvimento profissional e colaboração da enfermagem com os gestores, pares e médicos.

Os enfermeiros ao terem consciência desta problemática devem ter um papel ativo procurando implementar as estratégias identificadas por estes. Estes metamorfismos exigem compromisso individual, mas também compromisso organizacional de forma que haja melhoria na qualidade, segurança e redução dos cuidados omissos.

Os enfermeiros entrevistados conseguiram assim responder aos objetivos propostos contribuindo muito para o conhecimento dos cuidados omissos em contexto de Urgência. A urgência foi identificada como um local propício para a ocorrência de CEO, identificando inúmeros CEO, os vários fatores que levam à ocorrência destes e identificadas estratégias passíveis de adoção em contexto de urgência para minimizar a problemática dos CEO.

Perante a perceção deste problema é necessário envolver os enfermeiros, gestores e administradores para melhorar o ambiente para a prática dos cuidados, valorizar os enfermeiros e capacitá-los de ferramentas terapêuticas e não terapêuticas que os tornem mais eficientes na realização dos cuidados de enfermagem de qualidade e em segurança.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros têm o dever de excelência de assegurar cuidados de qualidade e segurança e devem ainda controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional, promover a qualidade dos cuidados, de forma a realizar plenamente a obrigação profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Os cuidados omissos estão associados a cuidados de enfermagem com pouca qualidade e os enfermeiros tem o dever de se envolver para arranjar soluções para esta problemática.

Com esta investigação foi possível identificar qual a perceção dos enfermeiros sobre os cuidados omissos em contexto de urgência, identificar os cuidados mais frequentemente omitidos, conhecer os fatores que levam à ocorrência de CEO e ainda delinear algumas estratégias para minorar este problema em contexto de Urgência.

A ocorrência de CEO em contexto de urgência é uma questão significativa dado que na urgência estão reunidas condições únicas que levam frequentemente à ocorrência de maior número de CEO.

Os enfermeiros participantes têm a perceção da existência de cuidados de enfermagem omissos e referem-no como sendo mais frequentes na urgência do que noutros serviços já experienciados. Dentro dos cuidados de enfermagem omissos, os enfermeiros referem os cuidados autónomos como sendo os mais comuns quando comparados com os cuidados de enfermagem interdependentes e justificam este achado com as especificidades do SU. Assim, os CEO mais frequentes percecionados pelos enfermeiros foram: a alimentação, a eliminação, os cuidados de higiene, conforto e bem-estar, os posicionamentos, a comunicação, o envolvimento/comunicação com os familiares, a monitorização dos sinais vitais, os registos, a administração da terapêutica até 30 min após a sua prescrição, bem como aspetos na área da segurança e vigilância. Estes achados já foram apontados em outros estudos, com a exceção dos cuidados relacionados com a eliminação que surgiu como sendo um cuidado omissos específico em contexto de urgência. Como este estudo foi o primeiro a ser desenvolvido neste contexto também é esperado que existam achados diferentes face a outros contextos. Os cuidados com a eliminação surgem devido às condicionantes físicas, falta de recursos humanos e tipologia de doente, isto é, doentes em fase aguda da doença e com maior grau de dependência e gravidade.

As razões apontadas pelos participantes para a existência de cuidados omissos estão relacionadas com o serviço e com o profissional. Os fatores relacionados com o serviço compreendem os recursos materiais, falta de protocolos, organização dos setores e estrutura física, recursos humanos vs fluxo de doente elevado e ainda a prestação de cuidados segundo o modelo biomédico favorecido com o sistema informático Alert®. Os fatores relacionados com o profissional compreendem a priorização das manobras de life saving, formação/experiência e fatores motivacionais e o trabalho em equipa incluindo a comunicação. Muitas destes também foram as razões apontadas em estudos anteriores, no entanto, as manobras de live saving, o modelo biomédico e o próprio sistema informático foram apresentados como sendo singulares em contexto de urgência.

De forma a mitigar os CEO, os enfermeiros entrevistados, salientam uma melhor gestão de recursos materiais e humanos, readaptação da estrutura física, a existência de protocolos/normas/integração, melhoria no trabalho em equipa e comunicação, reorganização, uma maior responsabilização, reconhecimento e medidas de motivação, incrementação da formação/discussão sistemática, adequar as ferramentas informáticas e os aplicativos de forma a serem mais dirigidos para os cuidados autónomos de enfermagem e aliar os superiores, gestores e liderança para o investimento num ambiente propício para os cuidados de enfermagem.

Um dos aspetos relevantes deste estudo foi conhecer a problemática dos CEO em contexto de urgência, contexto ainda não estudado, podendo ser este conhecimento um mote para a reflexão e promotor de mudanças organizacionais. Todos os membros da organização quer os enfermeiros, quer os gestores devem estar comprometidos em tornar os cuidados de enfermagem mais eficientes, com maior qualidade e segurança, reduzindo assim o número de cuidados omissos praticados neste contexto.

Com esta investigação pretende-se que a informação gerada seja reconhecida como válida e que gere uma reflexão sobre a prática suficientemente capaz de influenciar o exercício profissional de forma a mitigar os cuidados de enfermagem omissos. Tal como OE (2001), defende, a qualidade exige reflexão, necessitando de definir objectivos no serviço e delineando estratégias para os atingir. Assumir a existência de CEO exige um compromisso de todos os intervenientes para traçar as diretrizes específicas identificadas como forma de minorar a problemática dos CEO no ambiente estudado.

Os enfermeiros devem assim centrar-se no valor que acrescentam, medindo e aferindo os resultados obtidos pelos seus cuidados prestados para que os gestores e as organizações, que são os responsáveis por gerir os recursos disponíveis, reconheçam a sua importância e também procurem assegurar ambientes mais favoráveis á prestação de cuidados de qualidade, tornando o exercício da prática de cuidados com menos cuidados omissos e mais compatível com o dever de excelência dos enfermeiros.

Em pleno século XXI é urgente uma mudança de paradigma, de modo a adotarmos uma filosofia que coloque a qualidade no centro das preocupações, bem como a individualidade e a dignidade das pessoas que são cuidadas. Tal como Donabedian, (1988) defende uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado. Contudo, uma estrutura de qualidade não garante qualidade nos processos, assim como processos de qualidade não são garantia total de bons resultados. No entanto, bons resultados dificilmente serão obtidos com estrutura e/ou processo inadequados.

Como limitações deste estudo é possível apontar a escassez de literatura que permita comparar os resultados de um modo mais efetivo, em contexto de urgência. Assim, é importante que sejam realizados estudos posteriores neste contexto e que seja mais alargado, de modo a proporcionar mais conhecimentos acerca das diversas realidades e intervir de modo adequado em cada contexto ou serviço mediante as suas especificidades, ao nível da gestão e da equipa.

Dado que a maioria dos estudos analisados se centravam numa abordagem quantitativa considera-se que seria interessante serem desenvolvidos estudos com a mesma metodologia adotada nesta investigação, em serviços de urgência, a fim de permitir a comparação dos resultados e, porventura, aferir conclusões mais precisas.

Este estudo veio ainda demonstrar que se devem desenvolver mais estudos sobre a perceção dos enfermeiros em relação aos CEO e sobre a relação custo-benefício da assistência de enfermagem de qualidade para que os gestores possam defenir com rigor a prioridade na alocação de recursos. Hoje em dia, não é aceitável olhar apenas para o custo dos cuidados de enfermagem, mas sim pensar no benefício da qualidade dos cuidados de enfermagem nos resultados e na satisfação que proporcionam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdul, R. H., Abdul-Mumin, K., & Naing, L. (2017). Psychosocial work stressors, work fatigue, and musculoskeletal disorders: Comparison between emergency and critical care nurses in Brunei Public Hospitals. *Asian Nursing Research*, *11*(1), 13–18.
- Afilalo, J., Marinovich, A., Afilalo, M., Colacone, A., Léger, R., Unger, B., & Giguère, C. (2004). Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Academic Emergency Medicine*, *11*(12), 1302-1310.
- Aiken, L., Clarke, S., Cheung, R., Sloane, D., & Silber, J. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of American Medical Association*. *290* (12), 1617-1623
- Almeida, M. L., Segui, M.L. H., Maftum, M. A., Labronici, L. M., Peres, A M. (2011). Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. *Texto & Contexto Enfermagem*, *20*, 131-137.
- Amaral, A.F.S. (2010). A efetividade dos cuidados de enfermagem: modelos de análise. *Revista Investigação em Enfermagem.*, pp. 96-105
- Amaral, A. F. S. (2014). *Resultados dos cuidados de enfermagem qualidade e efetividade*. (Tese de doutoramento). Coimbra. Disponível em:< <http://hdl.handle.net/10316/28468>>
- American Nurses Association. (2000). *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- António, N. S., Rosa, Á., & Teixeira, A. (2016). *Gestão da Qualidade: De Deming ao modelo de excelência da EFQM* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Silabo.
- Arboleda-Posada., Gladys, I., & Cardona-Jiménez, J. L. (2018). Percepción de la satisfacción con la labor desempeñada y factores de motivación del personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del valle de Aburrá, 2011. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, *17*(35), 222-234.
- Ausserhofer D., Xander B., Busse R., Shubert M., Geest S., Rafferty, Ball j., Scott A., Kinnunen J. Heinen M., Sjetne I.S., Moreno-Casbas T., Kózka M., Lindqvist R., Diomidous M., Bruyneel L., Sermeus W., Aiken L.H. Schwendimann R., & RN4Cast consortium (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, *23*, 126-135, doi:10.1136/bmjqs-2013- 002318.
- Ball J.E., Bruyneel L., Aiken L.H., Sermeus W.; Sloane D.M., Rafferty A.M., Lindqvist R., Tishelman C., Griffiths P.& RN4Cast Consortium (2017). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study *International Journal of Nursing Studies*.

- Ball J.E., Murrells T, Rafferty AM, Morrow E., & Griffiths (2014). Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety online first*; 23: 116–125.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. (4ª. ed.) Lisboa: Edições 70.
- Batista, E.C., Matos, L.A.L.& Nascimento, A.B. (2017) A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11 (3);23-38. ISSN 1980-7031.
- Bruyneel, L., Li B., Ausserhofer D., & Lesaffre E. (2015) Organization of Hospital Nursing, Provision of Nursing Care, and Patient Experiences with Care in Europe. *Med Care Res Rev*.
- Carvalho, C.O.M. de, Sardenberg, C., Matos, A.C., Neto, M.C. & Santos, B.F.C. (2004). Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas. *J Bras Nefrol*, 26(4):216-222.
- Castner, J., Wu, Y. & Dean-Baar, S. (2015). Multi-Level Model of Missed Nursing Care in the Context of Hospital Merger. *Western Journal of Nursing Research*, 37: 4, pp.441-461, doi:10.1177/0193945914535670.
- Chapman, R., Rahman A., Courtney M., & Chalmers C. (2017) Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. *Journal of clinical nursing*;
- Cho, S.H., Kim, Y.S., Yeon, K.N., You, S.J., & Lee, I.D. (2015) Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *Nursing Work and Life*. 62 (2); 267-274.
- Cho, S.U., Mark, B.A., Knafl, G., Chang, H.E., & Yoon, H.J., (2017) Relationships Between Nurse Staffing and Patients' Experiences, and the Mediating Effects of Missed Nursing Care. *Nursing Scholarship*.
- Coleman, P., Irons, R., & Nicholl, J. (2001). Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emergency Medicine Journal*, 18 (6), 482-487.
- Conselho Internacional de Enfermeiros, (2007). Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho - cuidados de qualidade. International Council of Nurses. Genebra, Suíça
- Contreras, M.L. (2013). *Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería vinculados a una I.P.S de III nivel de atención*. (Dissertação de mestrado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Disponível em <https://www.bdigital.unal.edu.co/43104/>
- Crosby, P. B. (2005). Crosby's 14 Steps. *Quality Progress*, 60-64. Consultado em 12 de Maio . 2020. Disponível em <http://asq.org/qualityprogress/>
- Decreto lei nº 234/2008 do Ministerio da saúde (2008). Diário da República, Série I, nº234. <https://dre.tretas.org/dre/243229/decreto-lei-234-2008-de-2-de-dezembro>
- Dehghan-Nayeri, N., Ghaffari, F., & Shali, M. (2015). Exploring Iranian nurses' experiences of missed nursing care: a qualitative study: a threat to patient and nurses' health. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* . 29 (12), 276.

- Dempsey, C., & Assi, M. J. (2018). The impact of nurse engagement on quality, safety, and the experience of care: what nurse leaders should know. *Nursing Administration Quarterly*, 42(3), 278–283. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000305.
- Departamento da Qualidade em Saúde (2011). Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses: resultados do estudo piloto. *Direcção-Geral da Saúde e Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar*. Lisboa.
- Departamento da Qualidade em Saúde (2015). Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses: resultados do estudo piloto. *Direcção-Geral da Saúde e Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar*. Lisboa.
- Derlet, R. W., & Richards, J. R. (2000). Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Annals of emergency medicine*, 35(1), 63-68.
- Despacho 5613/2015 do Ministerio da saúde. *Diário da República n.º 102/2015, Série II, nº 5613*. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Dias, M. F. F. G. (2012). *A motivação dos enfermeiros em tempo de crise*. (Dissertação de Mestrado), Universidade do Porto, Portugal. Acedido em 20 de Maio (2020). Disponível em https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=129704
- Direção Geral de Saúde. (2014). Avaliação da cultura de segurança dos doentes em hospitais. *Norma 025/2013 de 20 de janeiro de 2014*. Ministério da Saúde. Portugal.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 44: 166-206.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260, 1743–1748. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 1115-1119.
- Donabedian, A. (2003). An introduction to quality assurance in health care. *New York: Oxford University Press*.
- Doran D.M., (2006) *Nursing Sensitive outcomes: State of the science* (2ªed). USA: Jones & Bartlett Publishers.
- Duarte, M.L.C & Oliveira, A.I. (2012) Compreensão dos coordenadores de serviços de saúde sobre educação permanente. *Cogitare Enferm* 17(3):506-12.
- Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas Interviews in qualitative research. *Educar Curitiba*, 24:213-225.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2018). *Normas de Elaboração e Apresentação da Dissertação/Trabalho de Projeto/Relatório Final de Estágio*. Coimbra, Portugal.

- European Foundation for Quality Management, (2013). *Overview of the Excellence Model of EFQM*. 1ª ed., Bruxelas, Bélgica: EFQM. Acedido a 06 de junho de 2020, em: http://www.efqm.org/sites/default/files/overview_efqm_2013_v1.pdf
- Fernandes, W. A. (2011). *O Movimento da Qualidade no Brazil*. 1ª ed., Essencial Idea Publishing. São Paulo.
- Figueiroa-Rego, S. (2003). Século XXI: Novas E Velhas Problemáticas Em Enfermagem: Sistemas De Informação E Documentação Em Enfermagem E Modelos De Cuidados Em Uso. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904. 7, (2): 34-47.
- Fontana, A. & Frey, J. (1994). *Interviewing: the art of science*. In N. Denzin e Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Califónia: Sage.
- Fortin, M.F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª Ed. Lusociência. Loures: ISBN: 972-8383-10-X.
- Fortin M.F., Côté J., & Filion F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta. Loures: ISBN: 978-989-8075-18-5.
- Fortin M.F., Grenier, R., & Nadeau, M. (1999). *Método de colheita de dados. O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência. Loures.
- Fortin, M. F; Grenier, R. & Nadeau, M. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lusociência, Loures.
- Fossá, M. I. T. (2003). *Proposição de um constructo para análise da cultura de devoção nas empresas familiares e visionárias*. Tese de Doutoramento em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes*. Lidel. Lisboa.
- Friese, C. R; Kalisch, B. J.; & Lee K. H., (2013) Patterns and Correlates of Missed Nursing Care in Inpatient Oncology Units. *Cancer Nurs*; 36 (6): 51-57.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed., São Paulo. Atlas
- Gomes, S.F., Santos, M.M., & Carolino, E.T. (2013). Riscos psicossociais no trabalho: Estresse e estratégias de coping em enfermeiros em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1282-1289. doi:10.1590/0104-1169.2742.2365.
- Gonçalo, C.S., & Barros, N.F. (2014). Entrevistas telefônicas na pesquisa qualitativa em saúde. *Saúde & Transformação Social*. 5(1): 22-26.
- Heidmann, A., Trindade, L. F., Schmidt, C.R., Loro, M.M, Fontana, R.T., & Kolankiewicz, A.C.B. (2020). Fatores contribuintes para consolidação da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar. *Escola Anna Nery*. 24 (1), Epub Acedido a 07 de Junho de 2020 em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0153>

- Herderson J. Willis E., Xiao L., & Blackman I. (2017). Missed care in residential aged care in Australia: An exploratory study. *Collegian*.
- Hernández-Cruz, R., Moreno-Monsiváis, M.G., Cheverría-Rivera, S. & Díaz-Oviedo, A.. (2017). Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Latino-Am. Enfermagem*. 25 (2877).
- Hernández-Valles, J.H, Moreno-Monsiváis, M.G., Interrial-Guzmán, M.G., & Vázquez-Arreola, L. (2016) Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 24 (2817).
- Ilic, I. M., Arandjelovic, M. Z., Jovanovic, J. M., & Nešic, M. M. (2017). Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout: Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna Pracy*, 68(2): 167–178. doi: 10.13075/mp.5893.00516
- Institute of Medicine, (1990). Medicare: A Strategy for Quality Assurance (Vol. I). (K. N. Lohr, Ed.) Washington D.C. : Institute of Medicine
- Irvine, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidged, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39.
- Irvine, D., Sidani, S. & McGillis H.L. (1998). Linking Outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*. (16): 449-453.
- International Council of Nurses (2006). Dotações seguras, salvam vidas.
- International Organization for Standardization (2018). Acedido em 2 de Abril de 2020, de <https://www.iso.org/the-iso-story.html>
- Johnson, M., Meridean, M., & Moorhead S (2000). Nursing Outcomes classification. *Mosby*. London.
- Jones, T.L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review International. *Journal of Nursing Studies*. 52(6): 1121-1137.
- Kalisch, B. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*. 21 (4): 306-313.
- Kalisch, B., Landstrom, G., & Hinshaw, A.S. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 65: 1509-17.
- Kalisch, B. & Lee, K. (2012). Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nursing Outlook*, 60, pp.32-39, doi:10.1016/j.outlook.2012.04.006.
- Kalisch, B., Tschannen, D., & Lee, K.H. (2011). Do staffing levels predict missed nursing care? International. *Journal for Quality in Health Care*; 23 (3).

- Kalisch, B. & Xie, B. (2014). Errors of omission: Missed nursing care. *Western Journal of Nursing Research*, 36, pp.875-890, doi:10.1177/0193945914531859.
- Kalisch, B. & Williams, R. (2009). The Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care. *J Nurs Adm.* 39 (5): 211-219.
- Kovács, I. (2006). Novas Formas de Organização do Trabalho e Autonomia no Trabalho. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (52), 41-65. Acedido em 23 de junho de 2020, em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292006000300003&lng=pt&tlng=pt.
- Lake, E. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*. nº 25, p. 176-188.
- Lega, F., & Mengoni, A. (2008). Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy*, 88 (2): 326- 338.
- Maloney, S., Fenci J.J., & Hardin S.R. (2015). Is Nursing Care Missed? A Comparative Study of Three North Carolina Hospitals. *MedSurg Nursing*, July-Aug. 229+
- Marinis, M.G., (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!' Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 19, nº 11/12: 1544-1552
- Matos, E., Pires D.E. & Sousa-Campos, G.W. (2009). Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde *Rev Bras Enferm.* 62 (6): 863-869. doi:10.1590/s0034-71672009000600010
- McMullen S.L., Kozik C.A., Myers G., Keenan K., Wheelock M., & Kalman M. (2017) Improving Nursing Care: Examining Errors of Omission. *Medsurg Nursing*. Jan-Feb. 26 (1).
- Merriam, S.B. & Tisdell, E.J. (2015). *Qualitative Research a Guide to Design and Implementation*. 4ª Ed. Jossey-Bass. A wiley Brand.
- Minayo, M.C.S. (2010). *Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. : Hucitec. São Paulo. p. 261- 297.
- Mitchel, P.H.; Ferketich, S.; & Jennings, B.M. (1998). Quality health outcomes model. Image: *Journal of Nursing Scholarship*, 30, 43-46.
- Moreno, M.M.G., Moreno, R.C., & Interrial, G.(2015) Omisión en atención de enfermería para pacientes hospitalizados. *Aquichan*. 15 (3): 329-338. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.2
- Mozzato, A. R. & Grzybovski, D. (2011). Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea*. 15(4): 731-747, jul./ago.

- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Northington, W. E., Brice, J. H., & Zou, B. (2005). Use of an emergency department by nonurgent patients. *The American journal of emergency medicine*, 23(2): 131-137
- Oliveira, A.R.S, Carvalho, E.C & Rossi, L.A. (2015). The Principles of Practice to The Nursing Outcomes Classification: perspectives on care strategies. *Ciênc Cuid Saúde* acessido em 20 de Agosto 2020 em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22034/14208>
- Oliveira, J.S.A, Cavalcante E.F.O, Macêdo, M.L.A.F, Martini, J.G. & Backes, V.M.S. (2013) Practice of permanent education by nursing care in health services. *J Nurs UFPE* acessido em:20 de junho 2020 <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3073/pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Tomada de Posição: Parecer nº 136/2007*. Lisboa, Portugal: Conselho Jurisdicional.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Condições do Exercício. Parecer jurisdicional. Parecer nº 248/2010*. Acessido em 10 de Maio de 2020 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer248_2010_CJ_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Guidance on developing quality and safety strategies with health system approach*. Recuperado a 06/06/2019 de http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf.
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021–2030*. 74.^a Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde. Geneva: World Health Organization
- Paiva, I.S.C. (2019). *Cuidados de Enfermagem Omissos: percepções dos enfermeiros de um hospital de oncologia*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Pande, P. S., Neuman, R. P., & Cavanagh, R. (2000). *The six sigma way: how GE, Motorola and other top companies are honing their performance*. New York: McGraw-Hill.

- Pereira, M. A. (2008). Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto. *Formasau*. Coimbra: ISBN: 978-972-8485-92-4.
- Pérez-Zapata, D., PeraltaMontecinos, J. & Fernández-Dávila, P. (2014). Influencia de variables organizacionales en la calidad de vida laboral de funcionarios del sector público de salud en el extremo norte de Chile. *Universitas Psychologica*, 13(2), 541-551. doi:10.11144/Javeriana. UPSY13-2.ivoc
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência. Loures:
- Phelan A., McCarthy S., & Adams E. (2018). Examining the context of community nursing in Ireland and the impact of missed care. *British Journal of Community Nursing*. January. 23 (1).
- Pisco, L. (2001). Perspectivas sobre a qualidade na saúde. *Qualidade em saúde*, 5: 4-6.
- Plano Nacional de Saúde. 2021-2030. Direcção geral da Saúde. Lisboa.
- Preuss, G. A. (1997). Labor, skills, and information in service delivery: An examination of hospital care. *Academy of Management*, 1, 282-286.
- Razzak, J. A., & Kellermann, A. L. (2002). Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile? *Bulletin of the World Health Organization*, 80(11): 900-905.
- Reason J. (1998). Achieving a safe culture: Theory and practice. *Work and Stress*. 12: 293-306.
- Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 27(11-12), 2248-2259. doi: 10.1111/jocn.14058.
- Rego, G. (2011). *Gestão Empresarial nos Serviços Públicos: Uma aplicação ao sector da saúde*. 3º Ed. Porto: Vida Económica,
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro *Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro*
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro *Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril*
- Rehem, M., Elhamid, M. & Elsalam, Y. (2017). Missed nursing care: observation versus perception in selected medical intensive care units, Egypt. *The International Journal of Health, Wellness and Society*, 7: 1. ISSN: 21569053.
- Reis, F. L. (2010) *Como elaborar uma dissertação de mestrado segundo bolonha*. Lisboa:
- Rodrigues, F.; Lima, M. (2004) - A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. *Revista de Gaúcha Enfermagem*. 25 (3): 314-22.
- Rodrigues, S. (2011). *Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida – Adaptação e Validação da Escala de Jefferson*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, Portugal

- Saiote, E. (2010). *A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos*. Dissertação de mestrado. Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa.
- Sales, C.B., Bernardes, A., Gabriel, C.S., Brito, M. F.P., Moura, A. A. & Zanetti, A.C. B.. (2018). Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 126-134. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>
- Santos, F. (2018). *Influência do Ambiente de Prática na Individualização dos Cuidados e nos Cuidados Omissos*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Schön, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo*. Artes Médicas Sul. Porto Alegre.
- Schubert, M., Glass, T., Clarke, S., Aiken, L., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D., Gesst, S. (2008). Rationing of Nursing Care and its Relationship to Patient Outcomes: The Swiss Extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care*; 20 (4): 227-237.
- Sidani, S.; Doran, D.M. & Mitchell, P.H.(2004). A Theory-Driven Approach to Evaluating Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*; 36(1): 60-65
- Silva, A. (2006). Sistemas de Informação em Enfermagem - Uma Teoria Explicativa da Mudança. *Edição Formasau*. Formação e Saúde e Escola Superior de Enfermagem de São João, Coimbra. ISBN 978-972-8485-76-4
- Silva, K.L., Évora, Y.D.M. & Cintra, C.S.J. (2015). Software development to support decision making in the selection of nursing diagnoses and interventions for children and adolescents. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 23(5): 927-35. Acedido em 22 Junho 2020. Em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/0104-1169-rlae-23-05-00927.pdf>
- Silva, M.T.M.C (2017). Método de trabalho de enfermeiro responsável - melhoria da qualidade. Tese mestrado em direcção e chefia de enfermagem. Porto.
- Slack, N., Chambers, S., & Johnston, R. (2002). *Administração da Produção*. 2ª ed. Atlas SA. São Paulo:
- Smith, J.G., Morin, K.H., Wallace, L.E., & Lake, E.T. (2017). Association of the Nurse Work Environment, Collective Efficacy, and Missed Care. *Western Journal of Nursing Research*.
- Soto-Fuentes, P., Reynaldos-Grandón, K., Martínez-Santana, D., & Jerez-Yáñez, O. (2014). Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan*, 14(1), 79-99. <https://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.1.7>
- Stefanelli, M. & Carvalho, E. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Manole. São Paulo:, ISBN: 85- 204-2196-2.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem*. Lusociência. Loures.

- Szymanski, Heloisa (2011) Entrevista reflexiva e grounded-theory: estratégias metodológicas para compreensão da resiliência em famílias. *Interamerican Journal of Psychology*, vol. 39, núm. 3, pp. 431-438
- Távora, K. F. (2009). *Aplicação da Metodologia Seis Sigma no Processo de Corte de uma Indústria Produtora de Capas para Bancos de Automóvel*. Tese Universidade do Porto, Faculdade de Economia. Porto:
- Thiry-Cherques, H. R. (2009) Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *Revista Brasileira de Pesquisas em Marketing*. 9 (1): 20-27.
- Timmings, F., Parissopoulos, S., Plakas, S. & Fouka, G. (2017). Economic recession in Greece and effects on quality nursing care. *Journal of Nursing Management*, pp.163-166, doi:10.1111/jonm.12477.
- Turato, E. (2005). *Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa*.
- Varrel C., Aberly E., Harvey C., Henderson J., Willis E., Hamilton P., Toffoli L., & Blackman (2014). Nurses and midwives perceptions of missed nursing care — A South Australian study. *Collegian*.
- Vuori, H. (1999). Development of quality assurance in health services. In *43rd European Quality Congress - Proceedings Book*. Forum Calidad, Madrid. pp. 61-67.
- Watson, G. H. (2005). Feigenbaum's Enduring Influence. *Quality Progress. ASQ* . Acedido em 2 de Março de 2020 em: <https://asq.org/>
- Willis E., Carryer J., Harvey C., Pearson M., & Henderson J. (2017) Austerity, new public management and missed nursing care in Australia and New Zealand. *Wiley*
- Willis, E., Henderson, J., Hamilton, P., Toffoli, L., Blackman, I., Couzner, L. & Verrall, C. (2015). Work intensification as missed care. *Labour and Industry: a journal of the social and economic relations of work*, doi:10.1080/10301763.2015.1060811.
- Winsett, R., Rottet, K., Schmitt, A., Wathen, E. & Wilson, D. (2016). Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks— Evaluating our work environment. *Applied Nursing Research*, 32, pp.128-133, doi:10.1016/j.apnr.2016.06.006.
- Winters, R. & Neville, S. (2012). Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing Cares in a new zealand hospital. *Nursing Praxis in New Zealand*, 28: 1, pp.19-28.
- World Health Organization (2010). *Regional Office for Europe. Portugal health system performance assessment*. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization (2011). *Conceptual framework for the international classification for patient safety: version 1.1. Final technical report*. Acedido a 13/01/2020 em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.

APÊNDICES

INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS

CODIGO _____

Exmo Senhor(a) Enfermeiro(a)

Venho desta forma solicitar a sua colaboração, contribuindo para a minha dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

O presente trabalho tem como tema a perceção dos enfermeiros sobre os cuidados omissos em contexto de Urgência, e a sua execução passa pela realização de uma entrevista que será gravada para posterior transcrição. Face ao tema apresentado os objetivos deste estudo são:

- Compreender a forma como os enfermeiros percecionam os cuidados omissos em contexto de Urgência;
- Identificar quais os cuidados omissos percecionados como mais frequentes e as principais razões percecionadas pelos enfermeiros para a ocorrência dos cuidados omissos em contexto de Urgência;
- Identificar medidas que possam diminuir os cuidados omissos percecionados pelos enfermeiros em contexto de urgência.

Como investigador comprometo-me a garantir total confidencialidade sobre os dados que me forem fornecidos e utilizar os dados somente para os fins desta investigação. No final da investigação os dados que constam neste questionário e entrevista serão destruídos e no decorrer do preenchimento não existirão quaisquer elementos que se possa identificar ou associar a resposta aos participantes garantindo assim o seu anonimato.

A recolha de dados é constituída por duas partes:

Na Parte I – caracterização sociodemográfica e profissional

Na Parte II –entrevista semiestruturada

Agradecendo desde já a sua disponibilidade e colaboração, lembro que da autenticidade das suas respostas vão depender os resultados finais deste trabalho.

Muito obrigada pela colaboração, Carina Martins

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu _____, reconheço que o processo de investigação descrito no formulário, que me foi explicado e me responderam a todas as minhas questões para minha satisfação. Eu compreendo a natureza e as suas vantagens (se as há) da minha participação no estudo, assim como os inconvenientes e riscos potenciais. Eu sei que posso colocar, agora ou mais tarde, questões sobre o estudo e o processo de investigação. Asseguraram-me que os dados relativos à minha pessoa serão guardados confidencialmente e que nenhuma informação será dada ou publicada revelando a minha identidade sem o meu consentimento.

Eu compreendo que sou livre em retirar-me do estudo a qualquer momento.

Pelo presente, eu consinto livremente em participar no estudo.

Assinatura do Participante:

Data ____ / ____ / _____

APÊNDICE II -Parecer da comissão de ética

COMISSÃO DE ÉTICA
da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)
Parecer Nº: 728/11_2020

Título do Projecto: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE CUIDADOS OMISSOS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA
Identificação das Proponentes Nome(s): Carina Ferreira Martins Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Investigador Responsável/Orientador: Carina Ferreira Martins; Rui Filipe Lopes Gonçalves
Relator: Filomena Girão

Parecer

<p>A – Resumo do Projecto Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem de tipo qualitativo, dirigido a enfermeiros em exercício das suas funções em serviços de urgência, com o objectivo de conhecer a sua percepção quanto à omissão de cuidados, as razões que lhe subjazem e as medidas que a possam minorar.</p> <p>B – Identificação das Questões com Eventuais Implicações Éticas</p> <p>B.1. A pertinência do estudo encontra-se devidamente justificada, sendo a metodologia proposta adequada à obtenção de resultados cientificamente válidos.</p> <p>B.2. Este estudo não apresenta riscos para os participantes visto que consiste apenas na recolha de dados através de entrevista semiestruturada.</p> <p>B.3. O presente estudo assegura o respeito pela autonomia dos participantes, garantindo que a decisão da sua participação é tomada de forma livre e consciente.</p> <p>B.4. O estudo refere ainda que a confidencialidade e a anonimização dos dados serão garantidas, não permitindo a identificação do profissional de saúde. De facto, embora sejam recolhidos dados relativos à idade, ao género e ao local de trabalho dos participantes, cremos que, tendo em conta a população envolvida, tal não permitirá a sua identificação.</p> <p>B.5. Não existem interesses financeiros nem conflitos de interesse a declarar.</p> <p>B.6. Os riscos e a sobrecarga sobre as participantes são proporcionais aos ganhos que se espera obter com o estudo.</p> <p>C – Conclusões Face ao exposto, propõe-se que a Comissão de Ética delibere dar parecer favorável à realização do presente estudo.</p> <p>O relator: _____</p>

Data: 14 / 12/2020 O Presidente da Comissão de Ética. _____ *Filomena Girão*

APÊNDICE III - Questionário para caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros.

Parte I

1. Sexo:

- Masculino
 Feminino

2. Idade: _____ Anos

3. Formação Acadêmica:

- Bacharelato
 Licenciatura
 Pós-graduação Qual _____
 Especialidade Qual _____
 Mestrado Qual _____
 Doutorado

4. Instituição onde Trabalha _____

5. Tempo total de Exercício profissional _____ anos

6. Tempo de exercício profissional no serviço no serviço de Urgência _____ anos,
_____ meses.

7. Horas de trabalho, em média, por semana no serviço de urgência _____

8. Tem experiência profissional em outro contexto além do serviço de urgência?

8.1 Quais? _____

9. No último ano fez algum tipo de formação?

- Sim
 Não

9.1 Se sim, que formação?

Parte II

1. Na sua perspetiva, o que são cuidados omissos?
2. Na sua experiência profissional existem mais cuidados omissos no serviço de urgência ou em outros serviços que já trabalhou?
3. Quais são os cuidados omissos mais percecionados por si em contexto de urgência?
4. Qual a sua perceção sobre a existência dos cuidados omissos nos cuidados autónomos e nos cuidados interdependentes de enfermagem?
5. Quais os fatores que levam à existência de cuidados omissos?
(Comunicação/trabalho em equipa; Recursos materiais; Recursos laborais).
6. Como se sente em relação à existência de cuidados omissos?
7. Na sua prática, ou na prática dos seus colegas o que tem feito para diminuir a existência de Cuidados omissos?
8. Considera que os seus superiores têm conhecimento da existência de cuidados omissos?
9. Na sua opinião o que tem sido feito pelos seus superiores, de forma a diminuir a existência dos cuidados omissos?
10. O que poderia ser implementado de forma a reduzir a incidência dos cuidados omissos?