


ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL) 

Cuidados de enfermagem omissos em oncologia: explorar o problema de um contexto português

Missed nursing care in oncology: exploring the problem of a Portuguese context
Cuidados de enfermagem omitidos en oncología: explorando el problema en un contexto portugués

Ivo Cristiano Soares Paiva ¹ <https://orcid.org/0000-0002-8024-6734>António Fernando Salgueiro Amaral ² <https://orcid.org/0000-0001-9386-207X>Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira ² <https://orcid.org/0000-0002-6371-003X>

¹ Instituto Português de Oncologia de Coimbra de Francisco Gentil, EPE, Coimbra, Portugal

² Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC), Coimbra, Portugal

Autor de correspondência

Ivo Cristiano Soares Paiva

E-mail: ivopaiva3@esenfc.pt

Recebido: 25.08.20

Aceite: 14.12.20

Resumo

Enquadramento: Os cuidados de enfermagem omissos (CEO) comprometem a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente. O conhecimento contextual das razões subjacentes aos CEO permite redesenhar as práticas dos enfermeiros e melhorar a satisfação dos intervenientes no processo de cuidar.

Objetivo: Identificar as razões percecionadas pelos enfermeiros de um hospital de oncologia como promotoras de CEO.

Metodologia: Estudo exploratório, descritivo, transversal de natureza qualitativa assente em pressupostos do estudo caso. Amostra de meio, constituída por 10 enfermeiros com aplicação de entrevista semiestruturada. Foram cumpridos os pressupostos éticos.

Resultados: As razões identificadas para a ocorrência de CEO relacionaram-se com o contexto – Escassez de recursos e a Cultura organizacional – e com o enfermeiro – Negligência/desvalorização, o Dolo e as Crenças.

Conclusão: Com o conhecimento produzido, podem-se implementar diretrizes específicas minimizadoras de CEO direcionadas às razões identificadas e consequentemente garantir a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem omissos; segurança do paciente; oncologia; gestão da qualidade

Abstract

Background: Missed nursing care (MNC) compromises health care quality and patient safety. The contextual knowledge of the reasons for MNC allows redesigning nurses' practices and improving the satisfaction of those involved in the care process.

Objective: To identify the reasons for MNC perceived by nurses of an oncology hospital.

Methodology: Exploratory, descriptive, cross-sectional study with a qualitative approach based on assumptions of the case study research. The sample consisting of 10 nurses with application of semi-structured interviews. All ethical assumptions were met.

Results: The reasons for MNC were associated with the context – Scarcity of resources and Organizational culture – and the nurse – Negligence/devaluation, Willful misconduct, and Beliefs.

Conclusion: The knowledge produced can contribute to the implementation of specific guidelines directed at the identified reasons for reducing MNC and, consequently, improving health care quality.

Keywords: missed nursing care; patient safety; medical oncology; quality management

Resumen

Marco contextual: Los cuidados de enfermería omitidos (CEO) comprometen la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente. El conocimiento contextual de las razones que subyacen a los CEO permite rediseñar las prácticas de los enfermeros y mejorar la satisfacción de los implicados en el proceso de atención.

Objetivo: Identificar las razones percibidas por los enfermeros de un hospital oncológico como promotoras de CEO.

Metodología: Estudio exploratorio, descriptivo, transversal, de naturaleza cualitativa, basado en la hipótesis del estudio de casos. Se utilizó una muestra de 10 enfermeros y se aplicó la entrevista semiestructurada. Se cumplieron todos los presupuestos éticos.

Resultados: Las razones identificadas por las que ocurren los CEO estaban relacionadas con el contexto – Escasez de recursos y Cultura organizativa – y con el enfermero – Negligencia/desvalorización, Duelo y Creencias.

Conclusión: Con los conocimientos producidos se pueden implementar directrices específicas para minimizar los CEO, dirigidas a las razones identificadas y, en consecuencia, garantizar la mejora de la calidad de los cuidados prestados.

Palabras-clave: cuidados de enfermería omitidos; seguridad del paciente; oncología médica; gestión de la calidad



Como citar este artigo: Paiva, I. C., Amaral, A. F., & Moreira, I. M. (2021). Cuidados de enfermagem omissos em oncologia: explorar o problema de um contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6), e20138. <https://doi.org/10.12707/RV20138>



Introdução

A crescente preocupação com os cuidados de enfermagem omissos (CEO) transforma este fenómeno num forte indicador de qualidade dos cuidados em saúde (Kalisch et al., 2009; Santos, 2018).

Os fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes que afetam a segurança do doente e a omissão da prestação de cuidados de enfermagem podem conduzir a danos físicos e emocionais no doente e/ou família, e na reputação e economia dos serviços de saúde, tornando imperioso o seu controlo (Despacho nº 1400-A/2015). É fundamental a caracterização da problemática dos CEO em profundidade, conhecendo as razões que lhe subjazem para se desenvolverem estratégias minimizadoras da sua ocorrência (Amaral, 2014).

Neste sentido, partindo dos resultados de Santos (2018), que identificou como CEO incidentes no contexto analisado “confortar/falar com os doentes”, “elaborar ou atualizar planos de cuidados”, “educar doentes e familiares”, “documentar os cuidados de enfermagem de forma adequada”, “higiene oral” e “vigilância adequada dos doentes”, esta investigação tem como objetivo identificar quais as razões percebidas pelos enfermeiros de um hospital de oncologia como promotoras de CEO.

Enquadramento

CEO são aqueles que, embora necessários, são omitidos ou atrasados na prática diária do enfermeiro (Kalisch et al., 2009). Esta definição foi revista em 2015 por Jones, Hamilton e Murry, tendo sido acrescentada a designação de *unfinished care*, indissociando a omissão de cuidados do processo de racionalização executado pelo enfermeiro. Para melhor compreender o fenómeno dos CEO, para além da sua identificação, deve-se analisar o processo de tomada de decisão que leva o enfermeiro à priorização dos cuidados.

Num estudo realizado numa instituição de oncologia, Paiva (2019) identificou múltiplos CEO: CEO autónomos na dimensão relacional do cuidar (“comunicar com o doente/família” e “ensino ao doente e família”), na dimensão instrumental da prestação de cuidados (“alimentação/hidratação”, “cuidados de higiene oral”, “cuidados de higiene corporal”, “posicionamentos” e “levantar e deambulação”); nas atividades de suporte à prestação de cuidados (“documentar os cuidados de enfermagem” e “elaborar ou atualizar planos de cuidados”) e CEO interdependentes como a “monitorização de sinais vitais/glicémia capilar”, a “identificação e administração da terapêutica até 30 minutos após a sua prescrição” e os “cuidados de manutenção com dispositivos médicos” (Paiva, 2019).

Da literatura emergem múltiplos fatores preditores de CEO podendo estar relacionados com o doente e família, com a instituição prestadora de cuidados e com o enfermeiro (Bragadóttir et al., 2016; Cho et al., 2017; Dehghan-Nayeri et al., 2015; Kalisch et al., 2014; Papastavrou et al., 2016).

No que diz respeito ao doente e família, o agravamento súbito do estado clínico do doente, a complexidade dos cuidados, o conhecimento melhorado sobre os seus direitos e o aumento previsto do volume de trabalho surgem como fatores preditores de CEO (Rehem et al., 2017). Ainda a este nível, as interrupções sofridas pelo enfermeiro

durante o turno de trabalho condicionam a organização e a prestação de cuidados (Cho et al., 2017; Kalisch et al., 2014).

A omissão de cuidados pode estar relacionada, segundo Ausserhofer et al. (2014), com a instituição prestadora de cuidados e, a este respeito, são identificados problemas de gestão dos recursos materiais (atraso ou rutura de fornecimento de medicamentos ou materiais e equipamentos indisponíveis ou desadequados à prestação de cuidados) como conducentes de CEO (Moreno-Monsiváis et al., 2015).

A dotação de enfermeiros e de outros recursos humanos é um fator transversal identificado em inúmeros estudos, traduzido na revisão da literatura de Jones et al., (2015). Para Ausserhofer et al. (2014) e Dehghan-Nayeri et al. (2015), a falta de trabalho em equipa e o fraco clima de segurança hospitalar sugerem que a filosofia da prestação de cuidados, as falhas de gestão e os estilos de liderança inadequados favorecem um ambiente propício a CEO e a ausência de políticas de melhoria da qualidade e de relações intraprofissionais e interdisciplinares saudáveis promove a ocorrência de CEO dados os défices de comunicação na organização (Cho et al., 2017).

O enfermeiro também é um elemento a considerar enquanto fator promotor de CEO, em que a insatisfação profissional, a falta de vinculação e a intenção de abandonar o local de trabalho, a elevada taxa de absentismo e o não desenvolvimento da formação académica surgem como fatores que ocorrem para a existência desta problemática (Ausserhofer et al., 2014).

Também os interesses individuais do enfermeiro e o seu sentido de moralidade podem influenciar a ocorrência de CEO, na medida em que priorizam os cuidados relativos às tarefas físicas e as que decorrem de ações interdependentes (Ausserhofer et al., 2014; Bragadóttir et al., 2016). A identificação dos fatores que se relacionam com os CEO é mandatória para se implementarem estratégias passíveis de mitigação desta problemática (Dehghan-Nayeri et al., 2015).

Questão de investigação

Quais as razões promotoras de CEO percecionadas pelos enfermeiros de um hospital de oncologia?

Metodologia

Estudo exploratório, descritivo e transversal de natureza qualitativa assente em pressupostos do estudo de caso com parecer favorável da comissão de investigação e ética da unidade de saúde (Parecer n.º: TI 12/2020).

A população alvo foi constituída pelos enfermeiros que participaram no estudo de investigação realizado por Santos (2018; $n = 63$). Foram selecionados os enfermeiros que exerciam a sua atividade nas unidades de internamento, de especialidades médicas de uma instituição de saúde de oncologia, há mais de um ano.

A técnica de amostragem utilizada foi a amostra de meio, constituída por 10 enfermeiros, selecionada intencionalmente pela maior acessibilidade ao investigador e por demonstração de interesse na investigação.

Foram elaborados um questionário de autorresposta para caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes (variáveis sexo, idade, tempos de exercí-

cio profissional e na unidade, habilitações académicas e profissionais e carga e tipo de horário praticado) e um guião de entrevista semiestruturada (submetido a pré-teste constituído por três secções: contextualização da investigação, a estruturação da entrevista e a exploração do tema em análise).

A recolha de dados realizou-se de 5 de setembro a 9 de outubro de 2018 e as entrevistas foram realizadas pelo investigador principal e tiveram uma duração média de 50 minutos e decorreram num ambiente com os requisitos necessários à sua consecução.

Os participantes do estudo eram maioritariamente do sexo feminino (80%), com média (\bar{x}) de idades de 37,9 anos com desvio-padrão (DP) de 6,33 anos, com mínimo e máximo de 27 e 49 anos, respetivamente.

O tempo médio de exercício profissional foi de 14,9 anos ($DP = 6,03$), com mínimo e máximo de 4 e 23 anos, respetivamente e os participantes exerciam funções nos serviços estudados há 11,9 anos ($DP = 5,5$) com mínimo e máximo de 2 e 17 anos, respetivamente.

Relativamente às habilitações académicas, 20% têm um mestrado e 20% dos enfermeiros reportaram deter o título de “enfermeiro especialista” atribuído pela Ordem dos Enfermeiros.

Na amostra, todos os participantes exerciam a sua atividade por turnos e 70% revelaram trabalhar, em média, mais 5 horas por semana relativamente às horas contratualizadas. Após a realização de cada entrevista, os dados gravados em áudio foram transcritos e analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados [inferência e interpretação]) e os dados constantes do questionário foram tratados através de análise estatística descritiva, obtendo-se a saturação da informação à décima entrevista.

Foram assegurados os princípios éticos inerentes à natureza desta investigação e assegurada a destruição das gravações e transcrições das entrevistas, dos consentimentos obtidos e dos questionários preenchidos.

Resultados

Do processo da análise de conteúdo apurou-se como razões para a ocorrência de CEO, a Negligência/desvalorização, o Dolo, as Crenças, a Escassez de recursos e a Cultura organizacional.

Para os entrevistados, a Negligência/Desvalorização surge quando priorizam a realização de cuidados de enfermagem interdependentes face a cuidados autónomos. Para os entrevistados, tal acontece porque a omissão dos cuidados autónomos é mais difícil de ser objetivada embora reconheçam que é nesse domínio que podem acrescentar valor à enfermagem e “onde podemos fazer a diferença” (E9), “deixamos cuidados que são mais difíceis de operacionalizar. O apoio emocional a um doente, por exemplo é pouco operacionalizável . . . o que é certo é que prevaricas na comunicação e não na medicação” (E4; E5; E6; E10). Ainda nesta categoria surge a delegação de tarefas dos enfermeiros como resposta à “relutância relativamente ao corpo do outro” (E10), por se tratarem de cuidados “menos dignos” (E10) ou porque têm de redefinir as prioridades ao longo do seu dia de trabalho. Assim, é transferida a realização de atividades para os assistentes operacionais que “acaba por levar a cuidados que ficam por fazer” (E6) pois estes “não têm formação adequada, nem suficiente” (E8) para os desenvolver: “Muitos enfer-

meiros delegam a alimentação e os cuidados de higiene nos auxiliares, de forma errada” (E5; E6; E10).

Outra razão para a existência de CEO é o Dolo. Como referido pelos participantes, estes têm consciência de que, por vezes, não realizam determinado cuidado “por desleixo. . . desleixo pelo trabalho que dá” (E8). Há uma intencionalidade e um sentido de moralidade percebidos no discurso dos enfermeiros entrevistados para a não efetivação dos cuidados sobretudo daqueles que “exigem tempo, atenção e dedicação” (E7) dado o acréscimo do volume de trabalho, seja pelas condições físicas do enfermeiro ou por razões de cariz pessoal demonstrando intencionalidade para a não efetivação dos cuidados: “Trata-se de não fazeres porque não te apetece fazer . . . e nós sabemos que isso também acontece na nossa prática” (E3; E4); “Se tenho tempo e se me apetece. . . sento-me e falo com o doente. Quem diz falar, diz prestar outro cuidado qualquer” (E10); “Chegar depois da hora, ainda se vai vestir. . . tomar o pequeno-almoço . . . depois vai ao telemóvel . . . e pronto . . . a assiduidade aos cuidados já está comprometida” (E10).

Da análise das entrevistas, emergem as Crenças dos enfermeiros, uma vez que são as convicções dos enfermeiros que os levam a decidir sobre a realização ou não de determinado cuidado, pois pode “já não valer a pena [prestar determinado cuidado]” (E3), preterindo os cuidados que consideram terem um menor impacto no estado de saúde do doente, ou que são menos importantes para o doente atendendo ao seu estado clínico e não sobre o que o doente considera como menos importante para si: Acabamos sempre por prevaricar em cuidados que achamos menos importantes; não é que seja menos importante para o doente, mas naquele momento, temos de fazer uma opção e optamos por esses que achamos que são menos importantes e fazem menos mal. (E4; E5; E9)

A Escassez de recursos humanos e materiais surge como categoria de razões que conduzem à existência de CEO. Os enfermeiros entrevistados reportam o reduzido número de “enfermeiros e auxiliares” (E2) e a sobrecarga de trabalho como comprometedores da qualidade dos cuidados prestados e potencialmente geradores de CEO: “Os CEO passam exatamente pelas excessivas cargas de trabalho, de doentes ao teu cuidado, o rácio número de horas de cuidados/enfermeiro” (E4).

A sobrecarga de trabalho está associada à falta de tempo disponível para dar resposta às exigências diárias, o que leva a que liguem “o despacha” (E3), pois têm de ter tudo feito no final do turno de trabalho e não têm “tempo suficiente para refletir sobre os cuidados” (E6). No entanto, reconhecem que a falta de tempo é a desculpa usada habitualmente para justificar a existência de CEO, “ela serve de ótima desculpa” (E7): “é um fator determinante na existência dos CEO mas não é só e não podemos atribuir a culpa aos outros” (E10).

Os participantes evidenciam que a complexidade dos cuidados ao doente/família, quer pelo estado clínico deste, quer pelo questionamento da diáde doente/família sobre a situação, leva ao desgaste emocional e físico dos enfermeiros: “a complexidade dos doentes e famílias exigem muito de nós e é claro que não podemos fugir a isso” (E1). Para os enfermeiros entrevistados, também a permanência dos familiares de referência durante o internamento e a necessidade de também eles serem alvo de cuidados, “extenua e tira-nos muito tempo da prestação de cuidados, até aos outros doentes” (E2): “onde o doente mais independente é mais negligenciado porque exige menos

atenção, comparativamente ao doente agravado” (E7). O cansaço revelado pelos enfermeiros, a incapacidade de resposta às necessidades de cuidados, a desmotivação e a falta de reconhecimento pelo trabalho são fatores que, segundo os participantes, contribuem para o CEO: “o pessoal mais velho está cansado e às vezes desleixamos” (E2; E4); “Nós trabalhamos e gostamos de ver o nosso trabalho reconhecido pelos doentes e famílias, e quando não acontece também nos afeta” (E2; E3; E4); “Muitos estão desmotivados e tem que ver com fatores económicos” (E1; E2; E10).

Os participantes salientam o tempo despendido pelos enfermeiros auditores na avaliação do resultado dos cuidados de enfermagem, como necessário para a prestação direta de cuidados ao doente: “enquanto andam enfermeiros a avaliar outros enfermeiros, há doentes que precisariam desses enfermeiros para prestar cuidados no serviço” (E3). Os enfermeiros reportam que os recursos materiais ao não serem suficientes em número, como os equipamentos adaptativos para os cuidados de higiene ou de levante podem comprometer o conforto do doente, aspeto que privilegiam. De outra forma, os recursos materiais ao estarem desatualizados podem conduzir à alteração do planeamento dos cuidados e a que consumam muito tempo na documentação dos cuidados prestados: “os sistemas de informação e o equipamento informático são obsoletos. A aplicação está sempre a encravar” (E7). Na amostra entrevistada, há enfermeiros que admitem que o contexto dispõe de recursos necessários à prestação de cuidados, mas não devidamente alocados. Ainda referem que a hidratação do doente não implica a alocação de recursos específicos e é um CEO não havendo razão para o ser, pois não é a falta de material que condiciona a sua execução: “Olha a hidratação oral, temos tudo: água e copos no quarto do doente. E não lhe dou porquê? Não sei” (E9).

Também as condições estruturais podem comprometer a individualização e a qualidade dos cuidados, podendo-se estar a comprometer os cuidados ao próprio doente e/ou aos outros: “O frio e o calor . . . são fatores determinantes nos nossos cuidados” (E10); “Os quartos de banho não estão adaptados à tipologia dos nossos doentes: para entrar no poliban, levantar tanto os pés! As sanitas estão encostadas à parede e os doentes obesos têm dificuldade em se sentarem nelas. São falhas estruturais” (E10).

Ainda a respeito dos espaços físicos, os enfermeiros salientam que falta um ambiente privado para permitir a confidencialidade da informação obtida na abordagem a temas complexos:

Muitas vezes . . . não tens espaço com privacidade para falar com o doente. O espaço físico também é importante e acredito que as pessoas até pensem comunicar, mas em enfermarias com quatro doentes, abordar temas complexos, acho que ninguém aborda. (E6)

A Cultura Organizacional do serviço e da instituição surge como uma categoria que pode influenciar a ocorrência de CEO.

O não acolhimento da instituição a projetos inovadores desenvolvidos por enfermeiros e a falta de medidas de reconhecimento por parte dos “órgãos de chefia” (E4; E5; E9), como os processos de descongelamento e de progressão na carreira são geradores de sentimentos negativos e comprometedores do bem-estar organizacional: “A casa corta-nos as pernas quando tentamos fazer projetos de inovação ou implementar coisas diferentes. As pessoas não têm vontade de fazer nada” (E7); “Falta o desconge-

lamento e a progressão da carreira . . . o reconhecimento económico” (E2; E8; E9; E10).

A amostra entrevistada refere que “muitos estão desmotivados pelo papel da liderança” (E10), uma vez que estão muito tempo ausentes do serviço, o que condiciona a perceção que têm sobre a natureza, exigência e complexidade dos cuidados e estão mais centrados nos processos de avaliação da qualidade dos cuidados prestados, do que na gestão do capital humano: “E se tivéssemos um chefe que conhecesse os doentes. . . Até para poder distribuir de uma forma honesta e justa os doentes pelos enfermeiros” (E3; E6; E10). As falhas na comunicação entre os profissionais, como a ausência de trabalho em equipa e de espírito de entreajuda entre os elementos, condicionam a qualidade dos cuidados prestados uma vez que “cada um orienta o trabalho olhando para si, e não há trabalho em equipa, organização, e não há metas a alcançar” (E1; E3).

Os participantes referem ainda a importância da comunicação multidisciplinar na gestão dos dados recolhidos enquanto estratégia para a resolução de problemas, embora reconheçam que o encaminhamento dos dados obtidos nem sempre ocorre: “Se acedo a um conjunto de informações, mas se depois não encaminhar... Se nada fizer, perde-se o critério de resolução dos diagnósticos” (E5; E10). Também a comunicação entre pares foi alvo de análise pelos participantes que apontam a crítica negativa retaliadora para o enfermeiro quando é criticado, porque executa determinado cuidado da sua área específica de formação: “Porque se não há reabilitação, as pessoas que a fazem tornam-se criticadas. No turno a seguir, vou levar na cabeça porque andei a inventar” (E3).

Embora os participantes privilegiem o contacto com o doente em detrimento das atividades de documentação dos cuidados, consideram o padrão de documentação e a plataforma de registo “confusos e muito espartilhados” (E6), desadequados face às especificidades de cada contexto e às necessidades de cada doente: “Lês o registo e dá ideia que todos os doentes são iguais. Devias identificar o doente em questão . . . e não consegues” (E10); “Para o registo não ser omissivo, tenho de abrir um monte de janelas para justificar tudo... e não está estruturado para as necessidades do serviço, mas sim para as necessidades institucionais de auditoria” (E5; E9).

Se a “capacidade para lidar com a tecnologia não é a mesma” (E4) entre enfermeiros, as “constantes interrupções” (E7) de que são alvo durante a documentação dos cuidados acabam por comprometer a elaboração ou atualização de planos de cuidados pois fazem “os registos no meio de confusão e apelos contínuos” (E5; E9).

Discussão

As razões apontadas pelos participantes como promotoras de CEO encontram expressão na literatura nacional e internacional que analisa a temática: Amaral (2015) já havia reportado a falta de recursos, a negligência ou desvalorização e os fatores do contexto de trabalho como aspetos que determinam os CEO corroborados pelas categorias Negligência/Desvalorização, Escassez de recursos e Cultura organizacional; quanto às categorias Crenças e Dolo, foram igualmente mencionadas nos trabalhos de Bragadóttir et al. (2016) e Chapman et al. (2016), sendo referidos os hábitos e os interesses individuais/sentido de moralidade do enfermeiro como fatores a considerar aquando do estudo da omissão de cuidados.

A Negligência/Desvalorização dos cuidados autónomos ou difíceis de objetivar face aos cuidados interdependentes já havia sido relatada nos estudos de Papastavrou et al. (2016), Timmins et al., (2017) e pode dever-se ao facto de a prescrição ser realizada por outros grupos profissionais e à crítica face à omissão desse cuidado; tal não ocorrerá na omissão do cuidado autónomo pois o prescritor e o executante é o mesmo e a possibilidade de julgamento por terceiros é menor.

Timmins et al. (2017) já haviam evidenciado a escassez de tempo disponível para executar todas as atividades previstas para o turno como um dos fatores que leva à delegação de tarefas, tendo os enfermeiros entrevistados referido a falta de tempo e a valoração que fazem dos cuidados como aspetos determinantes para essa delegação. Mediante o referido pelos enfermeiros de que nem sempre supervisionam, nem avaliam a execução da tarefa, e de acordo com a definição preconizada pela Ordem dos Enfermeiros (2007), que pressupõe que a delegação de tarefas em enfermagem implica a transferência de atividades para um indivíduo competente, funcionalmente dependente do enfermeiro, em que o enfermeiro mantém e retém a responsabilidade pela delegação, parece poder dizer-se que a delegação ineficaz de tarefas pode ser um fator determinante nos CEO. Em 2009, Kalisch et al. alertavam para que uma delegação de tarefas ineficaz estivesse na causa de CEO.

O Dolo emergiu como uma categoria que conduz à omissão de cuidados e tal facto já havia sido referido nos estudos realizados por Bragadóttir et al. (2016) e Chapman et al. (2016).

Sendo o dolo caracterizado pela vontade livre e consciente de um indivíduo de praticar uma determinada conduta, no que respeita à prática levada a cabo pelos enfermeiros, está relacionada com a omissão de determinado cuidado a prestar. A este nível podemos enunciar os diferentes elementos do dolo que são: a finalidade com que o enfermeiro decide não executar determinado cuidado; a determinação, para apurar se o cuidado é intencionalmente omitido pelo enfermeiro ou se foi uma mera resposta que conduziu o enfermeiro à atitude de omissão e a conformidade do enfermeiro de acordo com a deliberação de omissão e com os resultados obtidos (Decreto-Lei n.º 48/1995).

Na situação analisada, o dolo pode estar relacionado com a definição de um objetivo consciente pelo enfermeiro, decorrente da omissão do cuidado a prestar, a capacidade de determinar se a omissão do cuidado foi gerada pelo enfermeiro ou como resposta à escassez de recursos existentes e que comprometem a execução desse cuidado e a forma como o enfermeiro se identifica com a omissão de cuidados ou ajuíza criticamente os resultados que essa omissão produz.

O sentido de moralidade do enfermeiro é um aspeto relevante a considerar no que respeita à omissão consciente dos cuidados. Os enfermeiros avaliam se o doente necessita de um cuidado e decidem, ou não, executá-lo; e tendem a continuar a omiti-lo se isso não causar nenhum dano aparente para o doente (Bragadóttir et al., 2016).

As Crenças dos enfermeiros são outra das razões que conduzem aos CEO, em que as suas convicções, ideias e perceções consideradas absolutas e verdadeiras, são úteis ao juízo e priorização clínicas.

As crenças do enfermeiro são formadas a partir da visão que tem de si e do mundo, embora não exista demonstração, fundamento racional ou justificação empírica que as comprove, sendo influenciadas por fatores externos e

pelo meio social, pela cultura em que o enfermeiro se insere e trabalha (Kalisch et al., 2009).

Para os participantes, as suas convicções conduzem à decisão de realizar ou não determinado cuidado cuja priorização se baseia na perceção sobre o que consideram acarretar um maior impacto no estado de saúde do doente. Kalisch et al. (2009) já haviam reportado as crenças dos enfermeiros como potenciadoras de CEO, onde a escolha em executar, completar, atrasar ou omitir cuidados é influenciada por fatores internos ao enfermeiro, como as normas e protocolos na equipa prestadora de cuidados, os processos de tomada de decisão do enfermeiro, os seus valores internos, atitudes e crenças, as perspetivas individuais e os hábitos em omitir cuidados.

A Escassez de recursos foi outra categoria identificada como conducente ao aparecimento dos CEO.

As inadequadas dotações de enfermeiros e de outros profissionais que consigo colaborem surgem como o aspeto mais referido pelos enfermeiros entrevistados como um fator a considerar quando se versa o tema dos CEO. Tal fator já tinha sido identificado por Chapman et al. (2016) e Papastavrou et al. (2016).

O nível de exigência da pessoa doente/família por quem o enfermeiro é responsável e a volatilidade do volume de trabalho foram referidos por Kalisch (2014) e Cho et al. (2017) como razões promotoras de CEO, pois a complexidade das situações clínicas, o conhecimento melhorado do doente/família sobre os seus direitos, o número de doentes admitidos no serviço de forma inesperada e as altas clínicas não previstas traduzem-se em fatores potencialmente causadores de CEO.

Os enfermeiros entrevistados referiram trabalhar mais cinco horas por semana que as previamente contratualizadas e, de acordo com Ausserhofer et al. (2014), a redução da satisfação no trabalho, o aumento da intenção de abandonar a profissão e a rotatividade dos profissionais surgem como fatores adversos à prestação de cuidados de qualidade condicionados pelo aumento da carga horária. A falta de recursos materiais foi reportada como promotora de CEO nos estudos de Bragadóttir et al. (2016), de Chapman et al. (2016) e de Moreno-Monsiváis et al. (2015), enquadrando a falta de equipamentos adaptativos para os cuidados de higiene e conforto ou de levante, de equipamento de informática, de condições das infraestruturas como comprometedores da execução das atividades de enfermagem.

Também a Cultura organizacional surgiu como categoria que pode influenciar a omissão de cuidados, corroborando semelhantes conclusões obtidas por Ausserhofer et al. (2014) e Dehghan-Nayeri et al. (2015) que referiram a cultura hospitalar, o clima organizacional, falhas na gestão e de liderança e a falta de trabalho em equipa como fatores que podem estar relacionados com os CEO.

O não acolhimento da instituição de projetos inovadores é gerador de descontentamento nos enfermeiros e comprometedor do bem-estar individual e organizacional, onde também as medidas de reconhecimento sobre o trabalho desenvolvido por este grupo profissional são diminutas. Na opinião dos participantes, os estilos de liderança adotados pelos líderes das equipas são inadequados, condicionam a perceção que têm sobre a natureza, exigência e complexidade dos cuidados de enfermagem prestados, resultados que vão de encontro aos apresentados por Dehghan-Nayeri et al. (2015).

As falhas comunicacionais entre os profissionais já haviam sido referidas por Kalisch et al. (2009), como razões que

promovem a ocorrência de CEO. Os enfermeiros entrevistados, à semelhança do que concluíram Timmins et al. (2017), demonstraram que a comunicação ineficaz entre os pares e o inadequado trabalho em equipa são promotores da omissão de cuidados.

Para os enfermeiros, o método individual de trabalho pode constituir uma razão que conduz aos CEO, na medida em que dispensam a ajuda de terceiros elementos para a execução das atividades previstas, traduzida numa maior sobrecarga para os enfermeiros, como havia concluído Chapman et al. (2016).

O padrão de documentação e a plataforma de registo devido ao grau de complexidade exigida na sua operacionalização e as interrupções de que os entrevistados são alvo são considerados prejudiciais ao desempenho eficaz e eficiente das atividades de enfermagem. Já Kalisch et al. (2014) e Cho et al. (2017) haviam advertido que as interrupções causadas pelos familiares ou outros profissionais eram condicionantes à organização e prestação dos cuidados.

Executar atividades que não estão relacionadas diretamente com o cuidar leva a que os enfermeiros tenham menos disponibilidade para estar com os doentes, podendo contribuir para a incidência de CEO ainda que a amostra entrevistada privilegie o contacto com a pessoa doente/família em detrimento das restantes atividades de suporte à prática, corroborando as opiniões de Ball et al. (2014). A colheita de dados decorreu num período particular em que os enfermeiros estavam descontentes com as políticas de desenvolvimento profissional implementadas pelas estruturas governamentais, que pode ter condicionado os achados obtidos.

Conclusão

Com esta investigação foi possível identificar as razões que, na perceção dos enfermeiros, promovem a ocorrência de CEO e estão relacionadas com as variáveis de estrutura do ambiente da prática, nomeadamente, com a escassez de recursos e com a cultura organizacional e com variáveis intrínsecas ao profissional, como a negligência/desvalorização de determinados cuidados, o dolo e as crenças dos enfermeiros.

A identificação das razões subjacentes à omissão dos CEO constitui uma mais-valia à organização e a que se definam estratégias para garantir que os cuidados de enfermagem são cumpridos na totalidade, tendo como objetivo garantir a segurança do doente.

Contribuição de autores

Conceptualização: Paiva, I., Amaral, A., Moreira, I.
Tratamento de dados: Paiva, I., Moreira, I.
Metodologia: Paiva, I., Amaral, A., Moreira, I.
Redação - preparação do rascunho original: Paiva, I.
Redação - revisão e edição: Paiva, I., Moreira, I.

Referências bibliográficas

- Amaral, A. (2014). *Resultados dos cuidados de enfermagem: Qualidade e efetividade* [Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral: Repositório Científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/28468>
- Amaral, A. (2015). Editorial. *Revista Sinais Vitais*, 118, 73. <http://www.sinaisvitalis.pt/index.php/revista-sinais-vitalis-publicacoes-78/>
- revistas-2015/715-sinais-vitalis-marco-2015
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Shubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., Ball, J., Scott, A., Kinnunen, J., Heinen, M., Sjetne, I. S., Diomidous, M., Bruyneel, L., Sermeus, W., Aiken, L. H., & Schwendimann, R. (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(2) 126-135. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>
- Ball, J., Murrells, T., Rafferty, A., Morrow, E., & Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23, 116-125 <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>
- Bragadóttir, H., Kalisch, B., & Tryggvadóttir, G. (2016). Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11-12), 1524-1534. <https://doi.org/10.1111/jocn.13449>
- Chapman, R., Rahman, A., Courtney, M., & Chalmers, C. (2016). Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), 170-181. <https://doi.org/10.1111/jocn.13433>
- Cho, S., Mark, B., Knafl, G., Chang, H., & Yoon, H. (2017). Relationships between nurse staffing and patients' experiences, and the mediating effects of missed nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(3), 347-355. <http://doi.org/10.1111/jnu.12292>
- Decreto-Lei n.º 48/1995 do Ministério da Justiça. (1995). *Diário da República: I Série A*, n.º 63. <https://dre.pt/application/conteudo/185720>
- 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(1), 1030-1038. <http://mjiri.iums.ac.ir/article-1-3276-en.pdf>
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). *Diário da República: II Série*, n.º 28. <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Jones, T., 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. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Kalisch, B., Landstrom, G., & Hinshaw, A. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509-1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Kalisch, B., Xie, B., & Dabney, B. (2014). Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. *American Journal of Medical Quality*, 29(5). <https://doi.org/10.1177/1062860613501715>
- Moreno-Monsiváis, M., Moreno-Rodríguez, C., & Interrial-Guzmán, M. (2015). Missed nursing care in hospitalized patients. *Aquichan*, 15(3), 318-328. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.2>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Tomada de posição: Parecer n.º 136/2007*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadas-positicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf
- Paiva, I. (2019). *Cuidados de Enfermagem Omissos: percepções dos enfermeiros de um hospital de oncologia*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [http://web.esenfc.pt/?url=qtkvM\\$P](http://web.esenfc.pt/?url=qtkvM$P)
- Papastavrou, E., Charalambous, A., Vryonides, S., Eleftheriou, C. & Merkouris, A. (2016). To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 48-56. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.01.002>
- 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), 31-47. <https://doi.org/10.18848/2156-8960/CGP/v07i01/31-47>
- Santos, F. (2018). *Influência do ambiente de prática na individualização dos cuidados e nos cuidados omissos*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc>



[pt/?url=jfBVdpoh](#)

doi.org/10.1111/jonm.12477

Timmins, F., Parissopoulos, S., Plakas, S., & Fouka, G. (2017). Economic recession in Greece and effects on quality nursing care. *Journal of Nursing Management*, 25(3), 163-166. <https://>

