



Mestrado em Gestão em Enfermagem
Dissertação de Natureza Científica

**O ambiente da prática de enfermagem e a omissão dos
cuidados num hospital central**

The nursing practice environment and the miss care in a central hospital

Anabela Maria Casimiro Proença



Lisboa
2024



Mestrado em Gestão em Enfermagem

Dissertação de Natureza Científica

**O ambiente da prática de enfermagem e a omissão dos
cuidados num hospital central**

The nursing practice environment and the miss care in a central hospital

Anabela Maria Casimiro Proença

Orientadora: Maria Filomena Mendes Gaspar
Coorientadora: Elisabete Maria Garcia Teles Nunes

Lisboa

2024

No tempo em que vivemos; nas esquinas inesperadas onde nos confundimos,
onde nos interrogamos sobre o percurso.

Temores e dúvidas são condições nesta corrente em que, afinal, crescemos.

Ah! Sem dúvida. Na inquieta missão de nos inconformarmos.

Hélder Pacheco (Os dias comuns)

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar, e à coorientadora Professora Doutora Elisabete Maria Garcia Teles Nunes, um reconhecido agradecimento pela atenção, disponibilidade e sabedoria na ajuda à concretização desta “caminhada”.

À enfermeira gestora e aos enfermeiros colegas de serviço, que me apoiaram e encorajaram. Bem como aos enfermeiros participantes neste estudo, por colaborarem com as suas opiniões e sem os quais este estudo não seria possível.

À minha família e amigos pelo apoio incondicional, por acreditarem em mim e pelo pouco tempo disponível para eles.

ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - American Psychological Association

APE – Ambiente da Prática de Enfermagem

CEO – Cuidados de Enfermagem Omissos

DGS – Direção-Geral da Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

et al. – e outros

etc. – et cetera

ICN – International Council of Nurses

IHI - Institute for Healthcare Improvement

IOM- Institute of Medicine

Máx. – Máximo

Mín. – Mínimo

MNC- Missed Nursing Care

NPE – Nursing Practice Environment

NWI-R-PT –Nursing Work Index – Revised – versão portuguesa

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

Pág. – Página

PES-NWI - Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

PNSD- Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes

Refª. – Referência

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN4CAST – Nurse Forecasting in Europe

séc. – século

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPQS - Sociedade Portuguesa de Qualidade em Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TQM - Total Quality Management

UE – União Europeia

UP – úlceras de pressão

RESUMO

O conceito de Cuidados de Enfermagem Omissos (CEO) refere-se à omissão ou falha nas atividades do cuidado de enfermagem necessárias para o bem-estar do utente. Ocorre quando as intervenções de enfermagem planeadas ou necessárias não são realizadas, ou concluídas, dentro do prazo adequado. O ambiente de prática de enfermagem (APE) envolve características organizacionais que podem facilitar ou limitar a prática profissional do enfermeiro, e surge com influência na qualidade, na segurança e nos cuidados omissos. Examinar a relação entre o APE e os CEO em serviços de internamento de adultos de um hospital central, foi o objetivo deste estudo.

Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional, envolvendo enfermeiros na prestação direta dos cuidados. Foi empregue um questionário com duas escalas validadas para Portugal, a Nursing Work Index-Revised-versão portuguesa (avalia o APE), e a MISSCARE (avalia os CEO). A análise dos resultados fez-se por estatística descritiva e inferencial, com recurso ao SPSS 29.

A maioria da amostra era composta por enfermeiras licenciadas com idade média de 32 anos, 8,7 anos de experiência profissional e trabalhavam em serviços de medicina interna. Classificaram o APE como favorável ($\bar{x} = 3,17$), mas os itens *Remuneração satisfatória* e *Participação nas decisões organizacionais* foram considerados desfavoráveis. Os cuidados mais omitidos incluíram a *Participação em reuniões interdisciplinares* e a *Deambulação 3xdia*. A dimensão *Cuidados para a capacitação e autonomia* ($\bar{x}=3,17$) obteve a media mais baixa. As principais razões para a omissão foram *o Inadequado número de elementos na equipa*, *Aumento inesperado do número ou gravidade dos doentes* e *Situações de doentes urgentes*. A dimensão com a menor media global foi *Dotação de Profissionais* ($\bar{x}=2,05$).

A análise dos resultados revelou que o APE não influenciou significativamente dimensões da MISSCARE como *Cuidados Instrumentais* e *Avaliação do doente e documentação*. No entanto, o APE apresentou um efeito preditor sobre as dimensões *Gravidade e Fluxo de Doentes* ($p=0,008$), *Comunicação na equipa* ($p=0,010$), e *Dotação de Profissionais* ($p<0,001$). A melhoria destes aspetos do APE permitirá menos CEO.

Palavras - chave: enfermagem, ambiente de trabalho, cuidados de enfermagem omissos, qualidade dos cuidados de saúde, segurança do paciente.

ABSTRACT

The concept of Missed Nursing Care (MNC) refers to the omission or failure of nursing care activities necessary for the user's well-being. It occurs when planned or necessary nursing interventions are not carried out, or completed, within the appropriate time frame. The nursing practice environment (NPE) involves organizational characteristics that can facilitate or limit the professional practice of nurses, and appears to influence quality, safety and missed care. Examining the relationship between NPE and MNCs in adult inpatient services at a central hospital was the objective of this study.

A quantitative, descriptive, cross-sectional and correlational study was carried out, involving nurses in the direct provision of care. A questionnaire was used with two scales validated for Portugal, the Nursing Work Index-Revised-portuguese version (evaluates the NPE), and the MISSCARE (evaluates the MNC). The results were analyzed using descriptive and inferential statistics, using SPSS 29.

The majority of the sample were licensed nurses with a mean age of 32 years, 8.7 years of professional experience, and worked in internal medicine services. They classified the NPE as favorable ($\bar{x} = 3.17$), but the items Satisfactory remuneration and Participation in organizational decisions were considered unfavorable. The most missed care included Participation in interdisciplinary meetings and 3x daily walking. The dimension Care for empowerment and autonomy ($\bar{x}=3.17$) obtained the lowest average. The main reasons for omission were the Inadequate number of members on the team, Unexpected increase in the number or severity of patients and Urgent patient situations. The dimension with the lowest global average was Staffing ($\bar{x}=2.05$).

The results analysis revealed that the NPE did not significantly influence MISSCARE dimensions such as Instrumental Care and Patient Assessment and Documentation. However, the NPE had a predictive effect on the dimensions of Severity and Patient Flow ($p=0.008$), Team Communication ($p=0.010$), and Professional Staffing ($p<0.001$). Improving these aspects of NPE will allow for less missed care.

Keywords: nursing, work environment, missed nursing care, quality of health care, patient safety.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	14
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1. Ambiente da Prática de Enfermagem	18
2. Cuidados de Enfermagem Omissos	21
2.1. Modelo de cuidados de enfermagem omissos	23
2.2. Cuidados regulamente omissos e razões para a omissão	25
3. Qualidade dos Cuidados	28
4. Segurança dos Cuidados	32
5. Gestão em Enfermagem	35
PARTE II – TRABALHO EMPIRÍCO	39
1. Metodologia	40
1.1. Tipo de estudo	40
1.2. Amostra	41
2. Instrumento de Recolha de Dados	43
2.1. Escala Narsinga work index-revised-versão portuguesa	43
2.2. Escala miscarei	45
2.3. Recolha e tratamento de dados	47
3. Procedimentos Éticos	49
4. Apresentação de Resultados	50
4.1. Caracterização da amostra	50
4.2. Ambiente da prática de enfermagem	51
4.3. Cuidados de enfermagem omissos	54
4.4. Relação entre o ambiente da prática de enfermagem e os cuidados de enfermagem omissos	57
5. Discussão dos Resultados	64
5.1. Limitações do estudo e sugestões para o futuro	74

CONCLUSÃO	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÊNDICES	91
Apêndice I. Pedido de autorização para uso da Escala NWI-R-PT	
Apêndice II. Pedido de autorização para uso da Escala MISSCARE versão portuguesa	
Apêndice III. Consentimento informado	
Apêndice IV. Questionário “O Ambiente da Prática de Enfermagem e a Omissão dos Cuidados num hospital central.”	
Apêndice V. Parecer da Comissão de Ética	
Apêndice VI. Tabela de frequências da NWI-R-PT	
Apêndice VII. Tabela da frequência de omissão dos cuidados MISSCARE	
Apêndice VIII. Tabela da frequência das razões para a omissão dos cuidados MISSCARE	
Apêndice IX. Tabela de correlação de Parsons	
Apêndice X. Tabelas da Regressão Linear das dimensões sem relação estatística significativa entre NWI-R-PT e MISSCARE	
Apêndice XI. Tabelas da Estatística Resumo da Regressão Linear	
Apêndice XII. “Os Cuidados de Enfermagem Omissos em contexto hospitalar: scoping review”	

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Estrutura conceitual para análise da relação entre o ambiente da prática de enfermagem e os cuidados de enfermagem omissos.....	20
Figura 2. Modelo dos Cuidados de Enfermagem Omissos.....	25

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1. Classificação dos valores do coeficiente de Alpha de Cronbach (α).....	46
Quadro 2. Classificação dos valores do coeficiente de Correlação de Pearson (r).....	47

ÍNDICE TABELAS

	Pág.
Tabela 1. Caraterização da amostra (n=182).....	51
Tabela 2. Análise descritiva da MWI-R-PT por dimensões/itens.....	52
Tabela 3. Análise descritiva da MISSCARE- Satisfação do Enfermeiro.....	54
Tabela 4. Análise descritiva da MISSCARE- Cuidados Omitidos por dimensões/itens.....	55
Tabela 5. Análise descritiva das Razões para a omissão de Cuidados- MISSCARE, por dimensões/itens.....	57
Tabela 6. Matriz de Correlação de Pearson entre NWI-R-PT e a MISSCARE.....	59
Tabela 7. Influência das variáveis sociodemográficas (Preditoras) na Satisfação enfermeiro variável dependente (MISSCARE), modelo de regressão linear (n=182).....	60
Tabela 8. Influência das variáveis sociodemográficas (Preditoras) na Razão - Gravidade e fluxo de doentes (variável dependente MISSCARE), modelo de regressão linear (n=182).....	60
Tabela 9. Influência do APE (NWI-R-PT) nos CEO (MISSCARE) - Eficiência na alimentação e medicação (variável dependente), modelo de regressão linear (n=182).....	61
Tabela 10. Influência do APE (NWI-R-PT) nos CEO (MISSCARE) - Razão Dimensão Comunicação na equipa (variável dependente), modelo de regressão linear (n=182).....	62
Tabela 11. Influência do APE (NWI-R-PT) nos CEO (MISSCARE) - Razão Dimensão Gravidade e fluxo de doentes (variável dependente), modelo de regressão linear (n=182).....	63
Tabela 12. Influência do APE (NWI-R-PT) nos CEO (MISSCARE) - Razão Dimensão Dotação de profissionais (variável dependente), modelo de regressão linear (n=182).....	63

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado de Gestão em Enfermagem, foi realizada uma dissertação de natureza científica com o tema “O ambiente da prática de enfermagem e a omissão dos cuidados num hospital central”. O presente estudo aborda o ambiente da prática de enfermagem (APE) e os cuidados de enfermagem omissos (CEO), como temas major.

A escolha do tema partiu do interesse pessoal tendo em conta o contexto hospitalar onde exerce funções, e pelo facto dos conceitos de APE e CEO, serem importantes no campo da enfermagem pois têm impacto nos resultados em saúde. O conhecimento da realidade permite intervir e modificar as práticas dos enfermeiros, com a possibilidade de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados (Luciano et al., 2019; Silva et al., 2020).

O conceito de CEO refere-se à omissão do cuidado de enfermagem necessário para o bem-estar do utente. É um fenómeno que ocorre quando as intervenções de enfermagem planeadas ou necessárias não são realizadas, ou concluídas, dentro do prazo adequado (Kalisch et al., 2009; Bragadóttir et al., 2020). É um problema que afeta negativamente os resultados do utente e vários estudos têm demonstraram que cuidados de enfermagem omissos são prevalentes em hospitais nos EUA e na Europa (Sworn & Booth, 2020; Jones et al., 2022).

Lake (2002) definiu o APE como um conjunto de características organizacionais que facilitam ou constroem a prática profissional e contribui positiva ou negativamente, para o desenrolar da prestação dos cuidados de enfermagem ao utente.

O ambiente de prática profissional do enfermeiro é um preditor dos cuidados de enfermagem omissos. Um ambiente de trabalho favorável e dotado de recursos adequados pode reduzir a probabilidade da omissão dos cuidados, melhorar a segurança e os resultados dos utentes. A melhoria das condições de trabalho pode apoiar as equipas de enfermagem e garantir uma assistência integral ao utente (Lake et al., 2021).

Os estudos apontam que o ambiente em que os enfermeiros trabalham e as exigências a que a profissão está sujeita, colocam grande pressão nos enfermeiros. Como resultado, os enfermeiros priorizam os cuidados essenciais que precisam prestar aos utentes, o que pode conduzir à omissão dos cuidados.

Alenezi et al. (2020) apontaram a falta de pessoal e condições de trabalho inadequadas em serviços de enfermagem, como fatores causais para cuidados omitidos e menor satisfação dos utentes. Sworn e Booth (2020) identificaram fatores associados à omissão de cuidados em ambientes hospitalares, incluindo carga de trabalho excessiva, falta de pessoal e pressão psicológica que fazem com que os enfermeiros priorizem cuidados básicos e deixem de lado cuidados importantes, afetando a experiência e a segurança dos utentes. Aiken et al. (2021) confirmaram que o aumento da carga de trabalho e a escassez de enfermeiros estão diretamente associados à omissão dos cuidados em diferentes contextos hospitalares. O estudo destacou que melhorar as condições de trabalho e o apoio da gestão, poderia reduzir significativamente a omissão dos cuidados. Lake et al. (2021) analisaram especificamente a relação entre o ambiente de trabalho dos enfermeiros e a omissão dos cuidados, e verificaram que ambientes com baixa qualidade de recursos e alto nível de stress, aumentam as chances da omissão dos cuidados, afetando negativamente a segurança e a qualidade do atendimento.

Tendo por base as afirmações anteriores, é relevante conhecer a realidade do contexto em que exerce, pelo que delineou como questão de investigação, qual a relação existente entre o APE e os CEO em serviços de internamento de adultos, num hospital central?

O objetivo geral do estudo foi examinar a relação entre o ambiente da prática de enfermagem e os cuidados de enfermagem omissos, em serviços de internamento de adultos num hospital central. Especificamente pretendeu caracterizar o APE nos serviços de internamento num hospital central, identificar quais os CEO nos serviços de internamento num hospital central e analisar a relação entre o APE e os CEO num hospital central.

O estudo com metodologia quantitativa, descritiva, transversal e correlacional, teve duas partes distintas.

A primeira parte referente ao enquadramento teórico para contextualização do tema, abordou o APE, os CEO, a Qualidade dos cuidados, a Segurança dos Cuidados e a repercussão para a Gestão em enfermagem.

Na segunda parte referente ao enquadramento empírico, foi justificada a problemática em estudo, apresentado o instrumento de recolha de dados, definidos os procedimentos éticos, desenvolvida a metodologia e apresentados/discutidos os

resultados da aplicação do instrumento de recolha de dados. No capítulo da discussão dos resultados, foram também mencionadas as limitações do estudo, deixadas sugestões para aplicação na prática da enfermagem e futuras investigações.

Seguiu-se a conclusão, com a síntese das várias partes do trabalho e principais conclusões. Por último, surgem as referências bibliográficas e apêndices.

O presente estudo teve por base uma revisão scoping sobre os cuidados de enfermagem omissos em contexto hospitalar desenvolvida pela investigadora, que permitiu aprofundar o tema.

O trabalho foi elaborado segundo as normas APA (American Psychological Association), 7ª edição, em vigor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2023).

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Ambiente da Prática de Enfermagem

O foco e a intervenção dos enfermeiros na prática dos cuidados baseiam-se na complexa interdependência pessoa/ambiente, uma vez que o ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que influenciam e condicionam estilos de vida e se repercutem no conceito de saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2002).

O APE centra-se no contexto onde os cuidados são prestados e inclui uma combinação apropriada de habilidades, sistemas que facilitam a tomada de decisão partilhada, relações eficazes entre os elementos da equipa, partilha responsável do poder e ambiente físico. É um conjunto de características organizacionais que facilitam ou constroem a prática profissional, e que contribuem positiva ou negativamente, para o desenrolar da prestação dos cuidados de enfermagem ao utente (Lake, 2002).

O conceito de APE tem sido amplamente estudado e analisado desde a década de 80 do séc. XX, sendo referido como uma variável que influencia os resultados dos cuidados de enfermagem. Neste campo da pesquisa são referências Christine E. Lake e Linda H. Aiken. As suas investigações demonstraram consistentemente que um APE positivo e favorável à prática da enfermagem está associado a melhores resultados para os utentes, incluindo menor incidência de complicações, menor taxa de mortalidade hospitalar e maior satisfação do utente (Aiken et al., 2012; Lake et al., 2020).

O Conselho Internacional de Enfermeiros alertou para a importância do APE com a publicação do documento "Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade". Nele, refere-se existir uma crise global na força de trabalho de enfermagem, sendo uma das razões apontadas os ambientes de trabalho pouco saudáveis que conduzem ao afastamento e abandono da profissão (International Council of Nurses. [ICN], 2007). Pelo contrário, os ambientes favoráveis apoiam a excelência e retêm os enfermeiros. O seu efeito benéfico recai desde a satisfação do enfermeiro aos resultados dos doentes, à inovação, e está documentado por evidências (Dutra & Guirardello, 2021).

O contexto, e as condições em que se prestam os cuidados de saúde, condicionam a sua efetividade e integralidade. Logo, o APE é um indicador de qualidade porque tem implicações nos resultados para os utentes (Park et al., 2018; Lake et al., 2020).

Não se pode esquecer que a atualidade mostra uma complexidade crescente nos ambientes da prática, com influência no enfermeiro, no utente, na segurança e na qualidade. Um APE adequado e de qualidade inclui recursos suficientes (capacidade de resposta organizacional), boas relações no trabalho, autonomia na tomada de decisão e serviços de apoio adequados (Chen et al., 2019). Hospitais com bons ambientes de trabalho apresentam profissionais e utentes mais satisfeitos, e evidências de melhor qualidade e segurança dos cuidados de saúde (Nascimento & Jesus, 2024).

Uma equipa de enfermagem estável está associada a perceções favoráveis dos fatores do ambiente de prática de enfermagem, carga de trabalho adequada, autonomia para tomar decisões e baixos níveis de burnout (Chen et al., 2019). Um ambiente favorável influencia os cuidados prestados e a segurança do utente, com menor número de quedas, erros na administração dos medicamentos, desenvolvimento de úlceras por pressão e infeções associadas aos cuidados de saúde (Dutra & Guirardello, 2021). Nos hospitais com melhores ambientes de trabalho, há menos preocupações com a qualidade dos cuidados por parte dos enfermeiros e os utentes têm significativamente menos riscos de morte e falhas no atendimento (Lake et al., 2020). Dutra et al. (2019) referem que as evidências mostram que um ambiente favorável à prática e uma perceção positiva dele por parte dos enfermeiros, tem um alto impacto na redução da ocorrência de faltas nos cuidados de enfermagem.

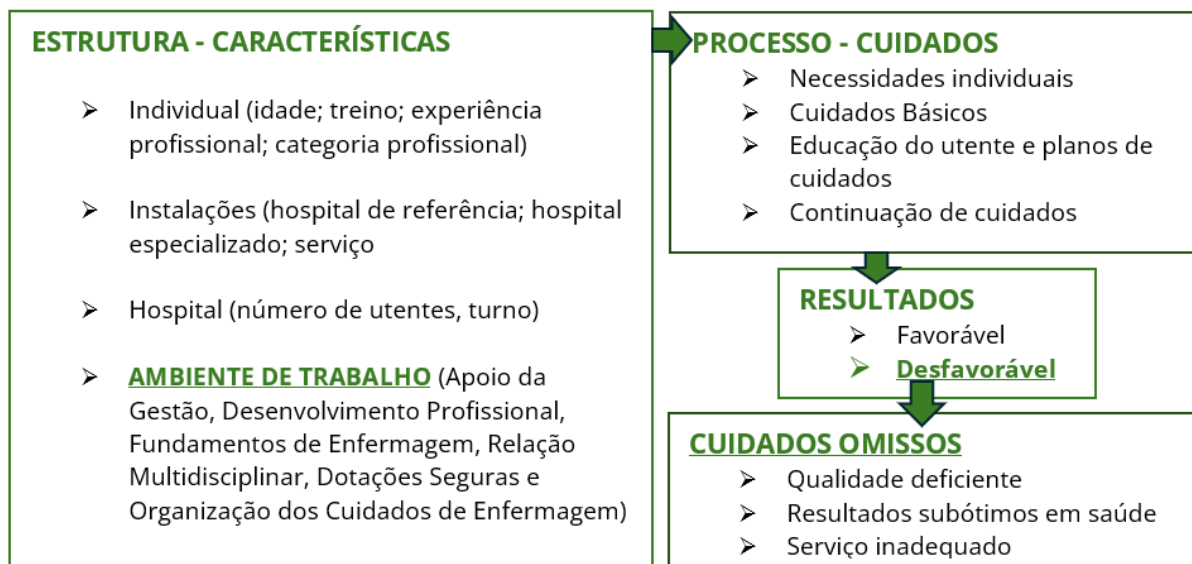
Desta forma, o APE, a segurança do utente e a omissão de cuidados são fatores que estão interligados. Existem evidências de que um APE desfavorável pode influenciar a ocorrência das omissões nos cuidados de enfermagem, assim como um APE favorável pode reduzir os índices de omissão de cuidados (Zeleníková et al., 2020; Lake et al., 2020). Lake et al. (2020) referem que, em hospitais com melhores ambientes e mais pessoal de enfermagem, a prevalência e frequência de cuidados omitidos diminuíram significativamente. O efeito das mudanças no ambiente de trabalho sobre os cuidados perdidos foi superior ao do rácio de pessoal.

Em Portugal, o número de enfermeiros tem aumentado ao longo dos anos, contudo é ainda insuficiente face às necessidades do país. Em dezembro de 2022, o número era de 83.538, o que perfaz um rácio de 8,1 enfermeiros por 1.000 habitantes. Apesar do crescimento face a 2021, continua abaixo da média da OCDE de 8,8 enfermeiros/1.000 habitantes (OE, 2024).

Os enfermeiros gestores devem prestar atenção às dimensões avaliadas negativamente no APE e agir no sentido da melhoria do ambiente para assegurar a qualidade dos cuidados, o que terá repercussões positivas ao nível da gestão dos serviços e da efetividade dos cuidados. Como referem Hessels et al. (2015), melhorias nos fatores de risco modificáveis no APE podem reduzir o risco de omissão dos cuidados de enfermagem.

O APE influencia os resultados dos cuidados ao nível do estado funcional dos utentes, e estes resultados são uma medida sensível aos cuidados de enfermagem. A monitorização do ambiente de prática permite detetar as falhas e implementar processos de melhoria contínua. Estratégias de formação contínua são características de APE favoráveis, pois garantem uma formação atualizada e o aperfeiçoamento das competências dos enfermeiros, contribuindo para a sua satisfação e realização profissional.

Figura 1. Estrutura conceitual para análise da ligação entre o ambiente da prática de enfermagem e os cuidados de enfermagem omissos.



Fonte: Elaboração do próprio

2. Cuidados de Enfermagem Omissos

O presente capítulo procura enquadrar e fundamentar um dos conceitos centrais nesta investigação. Definem-se o que são CEO, apresenta-se a evolução da investigação neste domínio mencionada na literatura, os fatores, as causas, e as consequências dos mesmos. Abordar-se-á o Modelo dos Cuidados de Enfermagem Omissos (do inglês *Missed Nursing Care Model*), referencial teórico base desta investigação. Nos capítulos subsequentes, centrar-nos-emos na qualidade e segurança dos cuidados, quando associadas aos CEO.

A palavra “omissão” no dicionário de língua portuguesa (Porto Editora, 2024) significa ato ou efeito de omitir, de deixar de fazer ou de dizer algo, aquilo que se omitiu, falta, lacuna ou falta de ação no cumprimento de um dever. Ao longo dos tempos, e transpondo o conceito da omissão para o cuidado de enfermagem, poder-se-á dizer que sempre esteve presente. Evoluiu em resposta aos avanços da prática da enfermagem, das mudanças nas políticas da saúde e da compreensão crescente dos direitos e necessidades dos utentes.

Nas fases iniciais da enfermagem, a omissão nos cuidados de enfermagem era frequentemente resultado de uma falta de conhecimento científico e de estruturação organizacional nos hospitais. A escassez de recursos, a falta de padrões da prática e a falta de supervisão adequada contribuíam para a possibilidade da omissão nos cuidados (Kalisch et al., 2019). Com o desenvolvimento de padrões da prática e educação na enfermagem, houve uma redução gradual ao nível dessas omissões.

Movimentos de reforma hospitalar, como os promovidos por Florence Nightingale, destacaram a importância da qualidade dos cuidados e da responsabilidade dos profissionais de enfermagem em atender às necessidades dos utentes, enfatizando a importância da vigilância (Morley et al., 2020). A introdução de legislação e regulamentação em saúde, especialmente no século XX, ajudou a estabelecer padrões mínimos dos cuidados e responsabilidades profissionais dos enfermeiros (Ball et al., 2018).

O aumento da conscientização sobre a segurança do utente a partir do final do século XX provocou uma ênfase renovada na prevenção das omissões nos cuidados. As organizações de saúde passaram a implementar sistemas de relatórios de incidentes e eventos adversos para identificar áreas de preocupação e implementar medidas

corretivas (Jones et al., 2021). Avanços tecnológicos na área da saúde, como a introdução de sistemas de informação e registros eletrônicos dos utentes, contribuíram para reduzir o potencial das omissões nos cuidados (Alonso-Díaz et al., 2022).

Uma cultura de segurança nos sistemas de saúde, que promove a comunicação aberta, a aprendizagem contínua e a responsabilidade partilhada pelos cuidados prestados, tem sido fundamental na redução das omissões nos cuidados. Na enfermagem, provocou a mudança de uma abordagem reativa para uma abordagem mais proativa e preventiva, com foco crescente na qualidade, na segurança e na responsabilidade profissional (Lucero et al., 2020).

A Enfermagem é o maior grupo profissional dentro da área da saúde, no entanto, a crescente exigência e a falta de recursos estão a conduzir a lacunas na prestação dos cuidados. A escassez da força de trabalho é uma crise de saúde pública que se fará sentir cada vez mais nos próximos anos. O ICN referiu no relatório “Manter e Reter em 2022 e Mais Além”, uma possível escassez de 13 milhões de enfermeiros em todo o mundo, apontando como razões as más condições de trabalho, falta de recursos, ausência de práticas reguladoras adequadas e políticas restritivas à atuação do enfermeiro (Buchan et al., 2022).

Os cuidados de enfermagem omissos surgem neste âmbito, e a literatura tem crescido, fornecendo evidências quanto aos seus efeitos negativos sobre a qualidade e segurança dos cuidados (Babaei et al., 2024). Quando os enfermeiros enfrentam múltiplas exigências, falta de pessoal ou ambientes desfavoráveis, podem ser forçados a omitir partes essenciais do cuidado. Isso pode resultar na não realização, atraso ou adiamento de cuidados clínicos, emocionais ou administrativos, levando ao que se designa como cuidados de enfermagem omissos (Abere et al., 2024).

Segundo a literatura, várias designações descrevem o fenómeno, como “cuidados de enfermagem omissos” (Kalisch et al., 2009), “tarefas deixadas por fazer” (Sochalski, 2004), “racionalização de cuidados” (Schubert et al., 2008) ou “cuidados incompletos” (Jones et al., 2015). Optou-se pela designação de “Cuidados de Enfermagem Omissos” tendo em conta o referencial teórico *Missed Nursing Care Model*.

O fenómeno foi primeiramente descrito por Kalisch (2006), que identificou nove atividades de cuidados regularmente omitidas e sete razões principais. Desde então,

vários estudos confirmam a relação entre ambientes de trabalho desfavoráveis e maior prevalência de cuidados omissos (Park et al., 2018).

O ambiente de prática e a segurança dos utentes estão intrinsecamente ligados à omissão de cuidados. Estudos recentes mostram que melhorias no ambiente de trabalho, nomeadamente em liderança, recursos humanos e apoio organizacional, reduzem significativamente os cuidados omissos (Dutra & Guirardello, 2021; Moura et al., 2020). Edfeldt et al. (2024) destacam ainda que a omissão dos cuidados representa um risco direto à segurança do doente, especialmente em contextos cirúrgicos.

A monitorização do fenómeno deve ser contínua. Estratégias como a formação contínua e uma cultura de comunicação e segurança, podem contribuir para a minimização da omissão dos cuidados (Moura et al., 2020). Ambientes que promovem a partilha de responsabilidades e incentivam o desenvolvimento profissional reduzem a ocorrência de falhas.

2.1. Modelo dos cuidados de enfermagem omissos

O Modelo de Cuidados de Enfermagem Omissos (Figura 2) é o quadro de referência que serviu de alicerce à presente investigação.

O modelo é uma teoria de médio alcance e o conhecimento teórico é transferível para o contexto clínico, mais concreto, prático. Sustenta a atividade profissional do enfermeiro, permitindo também a descrição e leitura dentro de uma linguagem disciplinar, desenvolvida por Kalisch et al. (2011). Este modelo tem como base teórica os três conceitos do “Modelo de Qualidade Assistencial” de Donabedian: a estrutura, o processo e o resultado.

A “Estrutura” refere-se à infraestrutura do hospital, à unidade onde se assiste o utente e às características individuais do enfermeiro; o “Processo” concerne os cuidados de enfermagem prestados e os cuidados de enfermagem omitidos, e o “Resultado” diz respeito aos efeitos diretos dos cuidados de enfermagem sobre os resultados dos utentes. Desta forma o cuidado omissos é o resultado de três elementos: um problema - escassez de recursos/tempo, um processo - tomada de decisão clínica para priorizar e/ou racionalizar os cuidados e um resultado - cuidado omitido (Kalisch et al., 2011).

Neste modelo identificam-se quatro tipos de antecedentes externos para o cuidado omissos, são a procura de cuidados pelos utentes, a disponibilidade de recursos

em mão de obra, a existência de recursos materiais e o trabalho em equipa/comunicação. É em função destes antecedentes que o enfermeiro determina a sua necessidade de priorizar cuidados. Especificamente, nos antecedentes que contribuem para os CEO estão incluídos recursos como o perfil do pessoal, a categoria, o tempo de serviço, a experiência profissional, o serviço designado e turno. Incluem-se o trabalho em equipa, a delegação ineficaz, a escassez de pessoal, a alta rotatividade, a recusa em realizar alguns aspetos do cuidado, a relação enfermeiro/utente, a má utilização de recursos humanos e longas jornadas de trabalho. Os recursos materiais englobam os materiais, equipamentos e materiais de consumo clínico, necessários à prática clínica. Na comunicação surge a ineficácia na comunicação, entre os setores de apoio, a equipa médica e/ou de enfermagem (Kalisch et al., 2009).

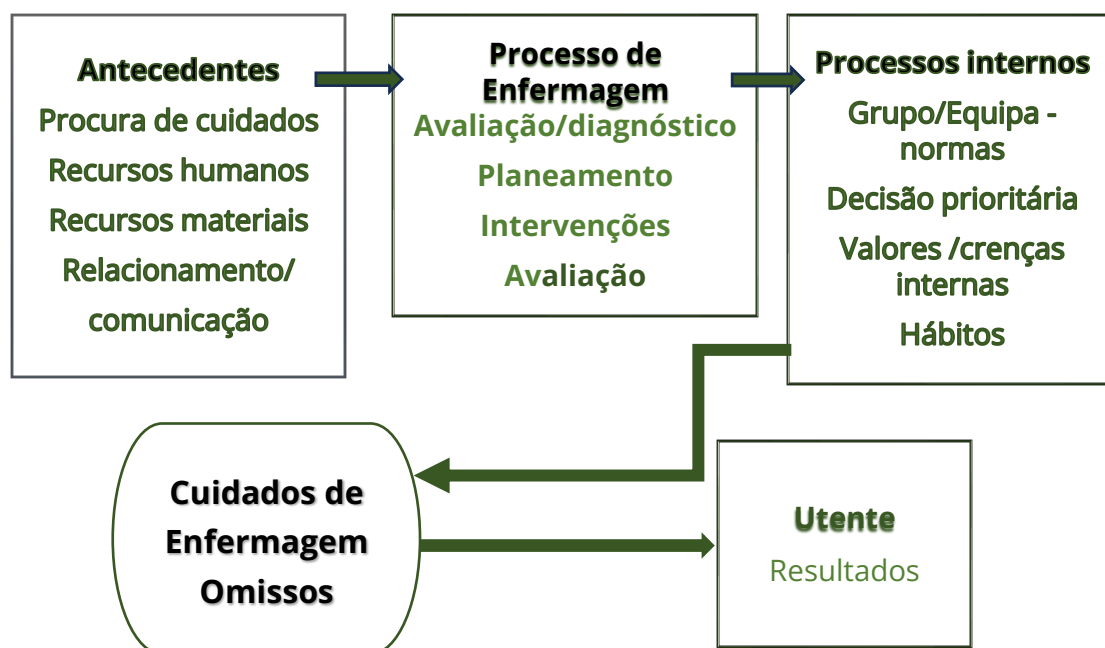
No “Processo de Enfermagem” faz-se a avaliação diagnóstica inicial, o planeamento dos cuidados, as intervenções e a avaliação dos cuidados em função do tipo de utente e das suas reais necessidades. Este planeamento será feito em função dos antecedentes externos presentes, o que poderá não corresponder às exigências do utente e da situação clínica (Kalisch et al., 2011).

Por sua vez os “Processos Internos” dos enfermeiros influenciam a escolha dos cuidados a completar, omitir ou retardar, em função das normas da equipa dentro da qual atuam, de acordo com tomadas de decisão quanto a prioridades, de acordo com as crenças, valores e atitudes que têm sobre os seu papel e responsabilidades, e de acordo com hábitos entendidos como cuidados omitidos não percebidos ou não prejudiciais para o utente, por rotina, que se tornam uma decisão não consciente de omissão de um cuidado (Kalisch et al., 2011).

O modelo identifica as características organizacionais como fatores facilitadores, ou não, à prática dos enfermeiros. O número das atividades de enfermagem omitidas mede a extensão da omissão que é um importante preditor da qualidade e segurança assistencial (Kalisch et al., 2011).

De acordo com este modelo tanto as características da unidade, como da equipa de enfermagem estão vinculadas aos resultados dos utentes. Podem resultar em tempos de internamentos mais longos e recuperações mais lentas, maiores custos para o cuidado com consequências negativas para a satisfação, a qualidade e segurança da assistência hospitalar. São estes os tema-chave surgidos na literatura, face ao impacto negativo dos CEO nos resultados para os utentes.

Figura 2. Modelo dos Cuidados de Enfermagem Omissos



Fonte: Elaboração do próprio, adaptado do Modelo Missed Nursing Care (Kalisch et al., 2009)

2.2. Cuidados regulamente omissos e razões para a omissão

Os estudos recentes confirmam que a redução do número de enfermeiros se traduz na não realização ou no atraso de cuidados essenciais, nomeadamente conforto, comunicação, mudança de decúbito, alimentação, educação para a saúde, atualização dos planos de cuidados e, por vezes, até administração de medicação (Edfeldt et al., 2024).

Entre os principais fatores associados aos Cuidados de Enfermagem Omissos destacam-se:

Carga de trabalho e rácios enfermeiro/utente – Rácios inadequados aumentam a carga de trabalho e estão consistentemente ligados à realização incompleta das tarefas (Haftu et al., 2019; Iman et al., 2023; Joseph et al., 2022; Lake et al., 2020). A introdução de rácios obrigatórios pode reduzir significativamente a incidência de CEO (Mills & Dudlle, 2022).

Fatores organizacionais / ambiente de trabalho – Ambientes favoráveis, com boas relações interprofissionais e cultura de apoio, associam-se a menores taxas de CEO

(Bragadottir et al., 2020; Chaboyer et al. 2021; Chegini et al., 2020; Dutra & Guirardello, 2021; Pan & Lin, 2021; Lake et al., 2020; Senek et al., 2020).

Características dos enfermeiros – Experiência, qualificação e liderança partilhada estão ligadas a melhor gestão do tempo e menor probabilidade de omissões (Abere et al., 2024; Chiappinotto & Palese, 2022; Du et al., 2020; Dutra et al., 2019).

Características dos utentes – Maior complexidade clínica e dependência, podem exigir cuidados adicionais, logo aumentam o risco de omissões quando os recursos são limitados (Abere et al., 2024; Albsoul et al., 2019).

Comunicação – Barreiras comunicacionais dentro da equipa dificultam a coordenação dos cuidados e contribuem para CEO, (Bragadottir et al., 2020; Chaboyer et al. 2021; Chegini et al., 2020; Lima et al., 2020; Pan & Lin, 2021).

Pressão de tempo – Limitações de tempo surge como justificação direta para a omissão de cuidados, é necessário tempo adequado para garantir a realização de todas as tarefas (Griffiths et al., 2019).

Liderança e gestão – A competência do enfermeiro gestor, apoio organizacional e disponibilidade de recursos materiais e humanos são determinantes na prevenção dos CEO (Lake et al., 2020; Gurková et al., 2021; Taskiran et al., 2022). O enfermeiro gestor é fundamental para reconhecer e abordar as questões da carga de trabalho, solicitar os recursos adequados e apoiar a equipa de enfermagem (Chiappinotto & Palese, 2022).

As principais causas relatadas incluem falta de pessoal, tempo insuficiente, delegação ineficaz, ambiente desfavorável e deficiências de comunicação ou recursos (Pan & Lin, 2021).

Por fim, os cuidados mais frequentemente omitidos são as intervenções autónomas do enfermeiro, como o posicionamento, a educação do utente/família, o planeamento da alta, o apoio emocional e a higiene (Iman et al., 2023; Edfeldt et al., 2024).

É pertinente recordar que o exercício profissional do enfermeiro se insere num contexto de atuação multiprofissional. Nas atividades interdependentes assume a responsabilidade pela implementação de uma prescrição que é elaborada por outro profissional, enquanto nas autónomas, assume a prescrição e a sua implementação. Neste sentido, perante a necessidade de estabelecer prioridades, são privilegiadas

intervenções interdependentes de enfermagem com prejuízo para as intervenções autónomas de enfermagem.

Iman et al. (2023) salientam que os enfermeiros priorizam as atividades técnicas em detrimento das não clínicas onde apresentam níveis mais elevados de CEO, o que prejudica a assistência da enfermagem holística. Um estudo realizado em Portugal pelo consórcio RN4CAST (Braga et al., 2018), indicou a educação do doente/família e a comunicação com o doente, como os CEO mais frequentes com prevalência de aproximadamente 50%.

Vários estudos apontam para o relato de pelo menos um cuidado de enfermagem omitido em cada turno. Uma revisão sistemática da literatura relata que 88% dos enfermeiros, em doze países europeus, omitiram alguns cuidados no seu último turno (Griffiths et al., 2019). Num estudo realizado no Brasil, 74,1% dos enfermeiros relataram que, durante o seu turno de trabalho, pelo menos um cuidado de enfermagem foi apontado como “nunca” ou “raramente” realizado (Dutra et al., 2019).

De acordo com a literatura internacional a implementação de medidas para minimizar CEO dependerão da análise de cada contexto por si. Os administradores hospitalares e os gestores de enfermagem devem reduzir os CEO através do equilíbrio entre os rácios doente/enfermeiro, da disponibilização de recursos humanos e materiais adequados, do aumento das oportunidades tecnológicas, educativas e de carreira (Taskiran et al., 2022).

Ambientes de trabalho com maior suporte e recursos adequados são essenciais para garantir que os enfermeiros possam prestar um cuidado completo, seguro e de alta qualidade.

3. Qualidade em saúde

A evolução do conceito de Qualidade em Saúde reflete mudanças significativas nas percepções, prioridades e abordagens para garantir cuidados de saúde eficazes e seguros. O conceito é transversal a todos os grupos profissionais e hierarquias, envolve os diferentes níveis da cadeia de gestão e respetivos gestores, bem como condiciona as práticas diárias das equipas multidisciplinares. É uma preocupação global assumida por organizações internacionais como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros, e por organizações nacionais como a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020).

A Qualidade em Saúde assumiu uma expressão marcante com Avedis Donabedian que desenvolveu um quadro conceptual para a compreensão do conceito, com o modelo constituído pelos três componentes: estrutura, processo e resultado. Definiu a Qualidade em Saúde como a prestação de cuidados que visam a maximização do bem-estar do cliente, depois de este tomar em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperadas, nas fases do processo da prestação de cuidados de saúde (Donabedian, 1988).

Na década de 1980 surgem os movimentos de melhoria da qualidade em saúde, como a abordagem Total Quality Management (TQM) e o Institute for Healthcare Improvement (IHI). Esses movimentos enfatizaram a importância da gestão dos processos, da medição do desempenho e do envolvimento de toda a equipe de saúde na busca pela qualidade (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2021; OMS, 2020).

Em 1999, o Institute of Medicine (IOM) e o relatório "Errar é Humano: construir um sistema de saúde mais seguro", trouxeram atenção renovada para a segurança do utente e a necessidade de uma cultura de segurança nos sistemas de saúde, com destaque na prevenção dos erros médicos e eventos adversos (Kohn et al., 2000).

No séc. XXI, a qualidade em saúde tornou-se cada vez mais multidimensional, incorporando a eficácia, a segurança dos cuidados, a acessibilidade, a eficiência, a equidade e a experiência do utente (Labrague & Cayaban, 2023; OMS, 2020;).

Atualmente, a qualidade em saúde é vista como um objetivo contínuo de melhoria, com uma ênfase crescente na integração das tecnologias de informação na comunicação, para melhorar a coordenação dos cuidados e compartilhar informações no interesse do

utente. Além disso, a pandemia de COVID-19 destacou a importância da resiliência do sistema de saúde e da capacidade de se adaptar rapidamente a mudanças e crises (Buchan et al., 2022).

A evolução do conceito de qualidade em saúde reflete uma mudança do foco da abordagem centrada na doença para uma abordagem holística, centrada no utente e orientada para os resultados. Há uma ênfase crescente na segurança, eficiência e equidade dos cuidados na saúde (Babaei et al., 2024; OMS, 2020).

A OMS em 2006 definiu Qualidade em Saúde como um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos, resultados de saúde positivos para os utentes e com eficiência na utilização dos recursos disponíveis. Considerou a qualidade em saúde como uma relação entre profissionais e utentes/populações, que visa os melhores resultados desejáveis em saúde de acordo com o conhecimento atual. Por sua vez, a OCDE em 2010 salientou as três dimensões da qualidade: a eficácia, a segurança e o foco nos utentes. Assim, a Qualidade em Saúde refere-se à prestação de serviços de saúde que são seguros, eficazes, centrados no utente, oportunos, eficientes e equitativos (OCDE, 2021; OMS, 2020).

Os princípios-chave associados à qualidade dos cuidados (OMS, 2020), são:

Segurança do utente é o componente crítico da qualidade, inclui a prevenção de eventos adversos, dos erros médicos, a identificação e gestão do risco, bem como a promoção de práticas seguras em ambientes de cuidados de saúde;

Cuidados centrados no utente implicam abordar as necessidades, preferências e valores dos utentes. Um cuidado centrado no utente envolve participação ativa do utente no processo de tomada de decisões, o respeito pela sua individualidade, e a promoção da comunicação eficaz;

Base em evidências para garantir que os cuidados de enfermagem sejam fundamentados nas melhores práticas e nas últimas evidências científicas disponíveis. A eficácia clínica advém da capacidade dos serviços de saúde alcançarem resultados desejáveis com base em evidências, ou seja, a qualidade é aprimorada com intervenções comprovadamente eficazes;

Educação e Desenvolvimento Profissional ligados à qualidade e ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Ênfase na necessidade de garantir que

os profissionais estejam atualizados com as práticas mais recentes e possuam as habilidades necessárias para fornecer cuidados de alta qualidade;

Colaboração interprofissional é crucial para a qualidade dos cuidados, envolve comunicação aberta e cooperação entre diferentes membros da equipa de saúde para fornecer cuidados integrados e coordenados;

Oportunidade e Acessibilidade, a qualidade deve ser acessível a todos, independentemente de fatores como localização geográfica, status socioeconómico ou outras disparidades. Os utentes devem receber os cuidados no momento certo, e ter acesso aos serviços necessários sem barreiras injustificadas;

Eficiência, implica o uso dos recursos, a minimização dos desperdícios, a otimização dos processos, e a gestão eficiente dos mesmos;

Gestão de Recursos, incluindo pessoal, infraestruturas e tecnologia, é vital para garantir a qualidade dos cuidados;

Experiência do Utente, a qualidade em saúde é avaliada através do utente, inclui aspetos como a satisfação, a comunicação efetiva, o respeito pela dignidade e consideração pelas necessidades emocionais e psicossociais.

Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde tem subjacente o princípio da qualidade em saúde e a Enfermagem, enquanto ciência da saúde, procurou dar resposta a esse princípio. A OE tem procurado criar sistemas e definir Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enunciou seis categorias de enunciados para a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros respeitantes à satisfação do cliente, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e autocuidado, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem (OE, 2012).

A evolução do conceito de qualidade para a enfermagem reflete as mudanças na prática clínica, na gestão dos cuidados, na abordagem holística, baseada em evidências e centrada no utente. Há um crescente ênfase na promoção da autonomia do utente e no autocuidado, com os enfermeiros a desempenharem um papel ativo na educação do utente para que estes tomem decisões informadas sobre a sua saúde (Babaei et al., 2024; Dutra & Guirardello, 2021).

Desde o final do século passado houve um movimento crescente em direção à prática baseada em evidências na enfermagem, com a incorporação de pesquisas e evidências científicas na tomada das decisões clínicas. Isso contribui para melhorar a

qualidade dos cuidados, garantindo que as intervenções sejam baseadas nas melhores práticas disponíveis (Aberé et al., 2024; Labrague & Cayaban, 2023).

4. Segurança dos cuidados

A segurança em saúde é mais do que “a prevenção do erro”, é um conceito dinâmico. Esta preocupação encontra-se expressa em diversos enunciados de organizações mundiais, como sejam a OMS, OCDE, o ICN e nacionais como a OE. A evolução do conceito ao longo do tempo reflete mudanças nas perceções sobre os riscos associados aos cuidados de saúde e as medidas necessárias para garantir a segurança dos utentes.

Durante o século XX, houve uma consciencialização crescente sobre os erros médicos e as consequências para os utentes. O relatório “Errar é Humano: Construir um Sistema de Saúde Mais Seguro” do Institute of Medicine's (IOM), publicado em 1999, trouxe atenção para a prevalência dos erros médicos e a necessidade de uma cultura de segurança nos sistemas de saúde. O relatório veio confirmar não só o direito que os utentes têm a cuidados seguros, bem como a importância de implementar medidas de melhoria neste campo. Assumiu a segurança do utente como uma componente crítica da qualidade, bem como a premissa de que errar é humano e o caminho para evitar novo erro não passa pela culpabilização individual, mas sim pela prevenção futura com aprendizagem coletiva, após a análise das causas dos erros. Só assim será alcançada a qualidade dos cuidados (Kohn et al., 2000).

Na atualidade há uma grande ênfase na aplicação de abordagens baseadas em evidências para melhorar a segurança dos cuidados de saúde. Isso incluiu o desenvolvimento de diretrizes clínicas, protocolos de segurança e intervenções comprovadamente eficazes para prevenir eventos adversos e erros médicos. A tecnologia desempenha um papel importante na segurança dos cuidados de saúde através da implementação dos sistemas de registo eletrónico em saúde, da verificação eletrónica de medicamentos, e do uso da inteligência artificial.

Há o reconhecimento da importância de uma cultura de segurança nos sistemas de saúde que promova a comunicação aberta, o trabalho em equipe e a aprendizagem contínua com os erros. O papel ativo dos utentes na sua própria segurança também é enfatizado, encorajando-os a fazer perguntas, relatar preocupações e participar ativamente nas decisões relacionadas ao seu cuidado.

A evolução do conceito de segurança dos cuidados na saúde reflete uma mudança da abordagem reativa para uma abordagem proativa e preventiva, com foco crescente na identificação e diminuição dos riscos para garantir a segurança dos utentes.

Na Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, a segurança do doente surgiu associada ao direito à proteção da saúde, sendo uma componente fundamental. As pessoas têm direito a cuidados adequados, de acordo com as boas práticas da qualidade e segurança na saúde.

Em Portugal, a área da segurança do doente tem vindo a ser trabalhada mais exaustivamente desde 2008/09, aquando da adesão aos desafios da Aliança Mundial para a Segurança do Doente da OMS. O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 definiu a qualidade organizacional como prioridade, e no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, a segurança do doente foi definida como prioridade estratégica. O mais recente PNSD 2021-2026 tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação dos cuidados de saúde no sistema de saúde, e exige o envolvimento ativo de todos. Inclui contextos próprios dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a tele saúde, sem esquecer os princípios que sustentam a área da segurança do doente. Engloba a cultura de segurança, a comunicação e a implementação contínua de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Direção Geral da Saúde [DGS], 2022).

O PNSD constitui-se como uma ferramenta de apoio a gestores de topo, lideranças intermédias, gestores de risco e profissionais de saúde, exigindo um envolvimento ativo na governação, coordenação e operacionalização nos diferentes níveis dos cuidados. Pretende-se aumentar a segurança na prestação dos cuidados de saúde tendo como foco o utente e os seus cuidadores.

A segurança do utente quando associada a CEO pode resultar em mais eventos adversos e levar a resultados negativos (alguns indicadores como maiores taxas de mortalidade, de infeções, de UP e quedas). Se atendermos a Kalisch (2016), os cuidados omissos podem ser entendidos como um “erro por omissão”, logo menos segurança e menos qualidade nos cuidados de enfermagem.

A omissão dos cuidados de enfermagem tem consequências negativas nos resultados em saúde, tais como cuidados com menor qualidade, menos satisfação do doente, menor satisfação profissional dos enfermeiros, aumento dos eventos adversos,

aumento da duração da hospitalização e aumento dos reinternamentos (Chaboyer et al., 2021), além de contribuir para uma visão negativa da sociedade relativamente aos enfermeiros (Paiva-Santos et al., 2022).

Os enfermeiros desempenham um papel crucial na identificação dos riscos, na implementação de protocolos de segurança e na comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde.

5. Gestão em Enfermagem

A debilidade dos sistemas de saúde, tanto a nível nacional como internacional, tornou-se óbvia nos últimos anos — Portugal não é exceção. A pandemia de COVID-19 destacou ainda mais a necessidade de resiliência e adaptação rápida dos sistemas (Buchan et al., 2022). A adoção de tecnologias inovadoras e a escassez de pessoal de saúde, levaram a que a coordenação e integração dos serviços de saúde se tenha tornado cada vez mais exigente para administradores e gestores, com implicações diretas na liderança em enfermagem.

A gestão em enfermagem tem adquirido substancial importância ao longo dos anos, porque os enfermeiros assumiram não só os cuidados, mas também as atividades de gestão dos serviços.

A gestão em enfermagem envolve a aplicação de princípios administrativos e organizacionais para coordenar e liderar atividades relacionadas com a prática da enfermagem. Envolve a administração eficaz dos recursos e processos dentro de uma unidade de saúde, departamento ou organização. Dubois et al. (2013) referem que ao enfermeiro gestor compete a participação na tomada de decisão institucional ao mais alto nível de gestão, a organização plena dos serviços com decisão descentralizada, autonomia para os enfermeiros e independência no seu papel, colegialidade entre equipa multidisciplinar, e apoio aos colegas de trabalho e administração.

Em Portugal, o Decreto-Lei n.º 71/2019 institucionalizou estes princípios, atribuindo aos enfermeiros gestores funções de planeamento, coordenação, supervisão de competências e avaliação de qualidade e segurança dos cuidados (OE, 2019). Nos serviços hospitalares os enfermeiros gestores atuam em quatro grandes domínios: a gestão dos recursos humanos, a gestão dos cuidados, a gestão dos materiais e equipamentos, e a formação dos enfermeiros da sua equipa (promovendo ações de formação em serviço e facilitando o acesso à formação contínua).

O conteúdo funcional do enfermeiro gestor, permite-lhe ser um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança. Devem fazer a defesa dos princípios do serviço nacional de saúde e do respeito pela ética e deontologia do exercício profissional de enfermagem. Compete ainda ao enfermeiro gestor participar na determinação do número de postos de trabalho dos enfermeiros e enfermeiros especialistas, a prever no mapa de pessoal da sua unidade ou serviço, baseados em

instrumentos de cálculo validados que garantam a segurança dos cuidados de enfermagem.

Além disso, a gestão em enfermagem envolve a participação ativa em investigação, crucial para melhorar a liderança, a qualidade e a relação custo-benefício dos cuidados (Gray et al., 2020). Isso envolve a criação de uma cultura organizacional que valoriza a evidência baseada na pesquisa, fornecendo recursos e suporte para a aplicação das evidências na prática clínica. Devem garantir que as equipes tenham acesso às melhores evidências disponíveis, oferecendo treinamento, orientação e suporte para a aplicação dessas evidências na prestação dos cuidados.

Os gestores devem estar envolvidos em pesquisas para melhorar a liderança em enfermagem, a prestação de cuidados com qualidade, e a relação custo-benefício para o utente. A pesquisa em enfermagem é definida como um processo científico que valida e refina o conhecimento existente e gera novos conhecimentos que influenciam direta e indiretamente a enfermagem baseada em evidências (Gray et al., 2020). O contexto da implementação da prática baseada em evidências na prestação dos cuidados de saúde, é uma abordagem que envolve a integração da melhor evidência disponível, a experiência clínica do profissional e as preferências do utente para tomar as decisões sobre os cuidados de saúde.

A individualização dos cuidados está na base das atuais políticas da qualidade em saúde, em que a pessoa é vista como parceira no planeamento, desenvolvimento e avaliação dos cuidados, tem como foco a promoção da autonomia e do autocuidado (Sociedade Portuguesa de Qualidade em Saúde [SPQS], 2022). Neste sentido, como modelo de organização dos cuidados de enfermagem optou-se pelo Modelo de Cuidados Centrados no Doente, em que o utente é o centro do cuidado. Considera-se as suas necessidades, preferências e valores na tomada de decisões sobre o tratamento e planeamento dos cuidados.

Segundo Kitson et al. (2013), no sentido de excelência profissional e no desenvolvimento do seu corpo de conhecimento como ciência, é fundamental para a Enfermagem focar-se no incremento de competências para o desempenho centrado na pessoa – alvo primordial dos cuidados de Enfermagem. A abordagem centrada na pessoa torna-se uma prática de excelência ao abordar a pessoa de forma holística, para resolver as suas dificuldades do dia-a-dia, considerando-a como um especialista na sua

experiência vivencial. Coloca a ênfase na participação e capacitação, respeitando a pessoa além da deficiência ou doença.

Kitson et al. (2013) desenvolveram um modelo conceptual dos cuidados com três dimensões interrelacionadas, a relação estabelecida, a integração dos cuidados, e o contexto onde os cuidados são prestados, e prevê a prática em torno do cuidado fundamental centrado na pessoa. Pretende explicar, orientar e potencialmente prever a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros aos utentes, cuidadores e familiares.

O referencial teórico Cuidados Fundamentais Centrados na Pessoa engloba o resultado para o utente e o enfermeiro, e os objetivos são alcançados através da gestão ativa do processo da prática, envolve o enfermeiro e o utente trabalhando conjuntamente para integrar as três dimensões centrais, de forma a alcançar os resultados. No centro está a relação entre os paciente e enfermeiro, e a relação baseia-se num compromisso do enfermeiro para cuidar do utente, e de outros significativos (Kitson et al., 2019).

A qualidade dos cuidados prestados aos utentes está diretamente relacionada com a qualidade do ambiente organizacional onde decorre a prática profissional dos enfermeiros, é assegurada através da participação ativa dos enfermeiros gestores, e pode ser influenciada pelas condições, circunstâncias e características que cercam e afetam a prática dos cuidados de enfermagem. Os gestores podem utilizar o modelo de Kitson para orientar o processo da implementação de práticas baseadas em evidências, nos serviços/unidades ou organizações, através da adoção de intervenções que atendam às necessidades específicas do contexto local e da avaliação continua dos resultados para garantir a eficácia das mudanças implementadas.

É precisamente a preocupação que este modelo demonstra com a qualidade e segurança dos cuidados que levou à escolha deste como referencial teórico em gestão de enfermagem para este trabalho.

A qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem, para além da relevância que têm para a organização de saúde, são irrevogavelmente determinadas pelo agir do enfermeiro. O enfermeiro é, em primeira instância, o prestador desses cuidados e por conseguinte um dos intervenientes que melhor pode dar resposta aos objetivos da organização. Ao identificar as reais necessidades do utente, pode adequar a sua intervenção e gerir recursos no sentido de satisfazer essas mesmas necessidades.

Pode ser proactivo para poder promover a saúde e prevenir a doença, integrando a efetividade, a eficiência, e a equidade. Portanto, a gestão em enfermagem e o modelo de Kitson estão interligados na busca por promover a prática baseada em evidências e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Desta forma, estar-se-á a contribuir para ganhos em saúde, para os utentes e para a sociedade em geral. A gestão de pessoas e liderança no serviço engloba a orientação dos enfermeiros numa atuação congruente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e a gestão de conhecimentos e capacidades dos enfermeiros da equipa. A liderança relacional, a autonomia profissional e modelos centrados no utente apresentam-se como elementos-chave na melhoria contínua da qualidade em enfermagem.

PARTE II - TRABALHO EMPÍRICO

1. Metodologia

Neste capítulo fez-se a descrição metodológica do tipo de estudo, da amostra e do tratamento estatístico dos dados.

Tal como referido anteriormente, o APE possui características organizacionais que podem facilitar ou limitar a prática profissional do enfermeiro, logo pode ter influência nos cuidados omissos. Um ambiente de trabalho favorável e dotado de recursos adequados pode reduzir a probabilidade da omissão dos cuidados, melhorar a segurança e os resultados dos utentes.

Assim a pergunta de investigação formulada foi, qual a relação entre o APE e os CEO nos serviços de internamento de adultos, de um hospital central?

De forma a responder à pergunta criaram-se os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Examinar a relação entre o Ambiente da Prática de Enfermagem e a Omissão dos Cuidados de Enfermagem, nos serviços de internamento de adultos num hospital central.

Objetivos Específicos

Caraterizar o APE nos serviços de internamento num hospital central.

Identificar quais os CEO nos serviços de internamento num hospital central.

Analisar a relação entre o APE e os CEO num hospital central.

1.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com metodologia quantitativa, descritiva, transversal e correlacional.

A pesquisa quantitativa é uma metodologia formal, objetiva e sistemática que usa a contagem ou a medição para descrever variáveis, testar relações e examinar interações de causa e efeito. Os resultados obtidos devem refletir a realidade de forma a poderem ser generalizados e envolver a aplicação de tendências ou tendências gerais. O cenário de vida real onde se aplica o estudo corresponde à configuração descritiva quantitativa (Gray et al., 2020).

É descritiva porque pretende estudar, compreender e explicar determinada situação, de forma a dar resposta à questão de investigação (Carmo & Ferreira, 2008).

A pesquisa correlacional envolve a investigação sistemática das relações entre duas ou mais variáveis que foram identificadas em teorias, observadas na prática, ou ambas. Se as relações existem, o pesquisador determina o tipo (positivo ou negativo) e o grau ou força das relações (Gray et al., 2020). Neste caso concreto, avaliou-se a relação entre o APE (variável independente) e CEO (variável dependente).

É do tipo transversal segundo o alcance temporal, uma vez que a obtenção dos dados ocorreu num único momento a cada participante (Carmo & Ferreira, 2008).

1.2. Amostra

A população é constituída por 1628 enfermeiros, 368 enfermeiros especialistas e 56 enfermeiros gestores. A amostra é do tipo de conveniência e não probabilística, constituída por 182 enfermeiros. Não se procedeu a calculo amostral.

Os critérios de inclusão definidos foram enfermeiros na prestação direta de cuidados de enfermagem, em serviços de internamento de adultos num hospital central (departamentos de Medicina, Cirurgia geral, e Especialidades Médicas e Cirúrgicas), com pelo menos 1 ano de exercício profissional, e 6 meses nos respetivos serviços. A escolha dos serviços teve por base a homogeneidade das características dos serviços.

O tempo de exercício na profissão e no serviço foi considerado porque se relaciona com a maturidade e consolidação profissional. Este período de tempo é considerado fundamental para que o profissional de enfermagem já tenha vivenciado situações suficientes que possam contribuir para esta investigação. É através da experiência que o enfermeiro aprende o que é relevante nas diferentes situações, a fazer uso de conhecimentos e habilidades, a gerir recursos e adaptar condutas a situações mais ou menos complexas.

Benner (2005) refere que a integração na vida profissional exige aprendizagens técnicas, onde a competência é sublimada pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos mediante a prática, a experimentação e a partilha de saberes, em contexto de trabalho, numa busca constante de atingir a perícia. O enfermeiro iniciado é aquele que inicia funções num serviço, sendo recém-formado, ou mesmo profissional com experiência, mas que desconhece ou não se encontra familiarizado com os objetivos e as rotinas inerentes aos cuidados prestados no novo serviço.

Assim, os períodos considerados permitem que o enfermeiro tenha conhecimento do contexto de atuação, dos regulamentos, normas e rotinas do local onde exerce funções, e estabelecer relações com colegas/ equipa multidisciplinar, utentes e familiares.

2. Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento escolhido foi o questionário que é um processo de recolha sistematizada de dados suscetíveis de poderem ser comparados, de forma a responder a uma questão anteriormente formulada. Tratou-se de um questionário estruturado com perguntas diretivas, não implicando que o investigador e inquiridos interagissem presencialmente (Carmo & Ferreira, 2008).

As escalas escolhidas para aplicar no questionário tiveram em conta a sua pertinência no estudo da temática do APE e dos CEO, e o facto de já se encontrarem validadas para a população portuguesa.

O questionário na forma de autorrelato escrito foi composto por quatro partes. Na primeira apresentou-se o consentimento informado (Apêndice III), na segunda parte aplicou-se a escala para avaliação do APE (NWI-R-PT), na terceira parte aplicou-se a escala para avaliação dos CEO (MiSSCARE) e na quarta parte os dados sociodemográficos sexo, idade, tempo de exercício profissional, tempo de exercício no presente serviço, grau académico, funções e serviço onde exerce funções (Apêndice IV).

2.1. Escala nursing work index-revised-versão portuguesa

Aiken & Patrician (2000), com base numa revisão de literatura, desenvolveram a NWI-R ($\alpha=0,96$) uma escala baseada na teoria da sociologia das organizações, profissões e trabalho. Os conceitos abordavam as dimensões físicas, cognitiva, psicossocial e profissional do ambiente de trabalho da enfermagem.

A escala NWI-R foi traduzida e adaptada para o contexto cultural português por Benito & Lucas (2015) e avaliada quanto às propriedades psicométricas por Anunciada et al. (2022). Foi pedida autorização prévia para a sua utilização (Apêndice I).

É um instrumento válido para avaliar a qualidade do APE e a sua relação com a satisfação no trabalho, a retenção de profissionais e a qualidade dos cuidados prestados. Apresenta uma precisão e consistência interna $\alpha=0,91$, pelo que é fiável e pode ser empregue em diferentes contextos da prática clínica, pesquisa e gestão de enfermagem.

A NWI-R-PT é constituída por 31 afirmações classificadas por escala de Likert de cinco pontos, com "Discordo totalmente", "Discordo", "Não concordo, nem discordo", "Concordo" e "Concordo totalmente". Abrange 6 dimensões:

Apoio da Gestão ($\alpha=0.86$) - Os enfermeiros sentem-se apoiados pela gestão; Espaço para discussão dos clientes entre a equipa de enfermagem; Enfermeiro gestor é bom líder e gestor; Enfermeiro gestor visível e acessível à equipa de enfermagem; Elogio e reconhecimento por um trabalho bem feito; O Enfermeiro gestor defende a equipa de enfermagem nas tomadas de decisão, mesmo em conflito com outros técnicos; Os enfermeiros gestores consultam a equipa de enfermagem sobre problemas e procedimentos diários.

Desenvolvimento profissional ($\alpha=0.81$) - Remuneração satisfatória; Oportunidades de desenvolvimento profissionais e de carreira, Os enfermeiros têm oportunidade de participar nas decisões da política organizacional; Oportunidade de evolução; Equipa de enfermagem incentivada a prosseguir estudos académicos; A administração ouve e responde às preocupações dos colaboradores.

Fundamentos de Enfermagem ($\alpha=0.69$) - O cuidado de enfermagem é baseado num modelo de enfermagem e não no modelo biomédico; Os enfermeiros têm oportunidade de integrar grupos de trabalho de enfermagem e da organização; Utilização de diagnósticos de enfermagem; Planos de cuidados de enfermagem são transmitidos verbalmente entre enfermeiros; A equipa de enfermagem tem enfermeiros experientes que conhecem a organização; Cada serviço de enfermagem determina as suas políticas e procedimentos.

Relação multidisciplinar ($\alpha=0.77$) - Boa relação entre equipa multidisciplinar; Os profissionais de saúde trabalham em equipa multidisciplinar; Existe colaboração multidisciplinar; O ambiente de trabalho é agradável, atrativo e confortável.

Dotações seguras ($\alpha=0.65$) - Dotação suficiente de enfermeiros na equipa; Dotações suficientes para prestação de cuidados; Flutuação de enfermeiros para as dotações estarem igualadas entre serviços.

Organização dos Cuidados de Enfermagem ($\alpha=0.59$) - Flexibilidade na alteração de horário de trabalho; Método de trabalho individual; Enfermeiros de um serviço nunca têm de flutuar para outro serviço; Os enfermeiros participam ativamente no desenvolvimento dos seus horários. (Anunciada et al., 2022).

2.2. Escala misscare

A escala MISSCARE é uma ferramenta para medir a omissão dos cuidados de enfermagem, desenvolvida por Kalisch & Williams (2009). Registou um alfa de Cronbach global 0,89, variando entre 0,64 - 0,86. Foi projetada para identificar situações em que os cuidados necessários podem ser omitidos, e os enfermeiros são solicitados para relatar a frequência e as razões para tal. Os dados obtidos podem ser relacionados com variáveis como o número de enfermeiros, com combinações de competências e horas por dia por utente, escolaridade do enfermeiro, taxas de rotatividade, satisfação de enfermagem, intenção de saída do profissional, trabalho em equipa, resultados clínicos, etc.

Foi validada para Portugal por Loureiro (2019), e foi pedida autorização prévia para a sua utilização (Apêndice II). A versão portuguesa apresentou propriedades semelhantes de consistência interna variando de 0,59 - 0,89, com um alfa global de 0,86. A versão portuguesa manteve o mesmo número de itens da versão original, embora o número de dimensões tenha passado de três para cinco.

A MISSCARE está organizada em três partes:

1ª Parte - **Satisfação Profissional** é avaliada por três questões com escala de Likert de cinco pontos “Muito satisfeito”, “Satisfeito”, “Neutro”, “Insatisfeito” e “Muito Insatisfeito”.

2ª Parte – Nos **Cuidados Omitidos** são apresentados 24 itens e pede-se aos enfermeiros que os classifiquem através da escala do tipo Likert de cinco pontos, “Sempre Omisso”, “Frequentemente Omisso”, “Ocasionalmente omisso”, “Raramente omisso” e “Nunca omisso”. Os itens referem-se a cuidados de enfermagem e abrangem 5 dimensões.

Cuidados Instrumentais ($\alpha=0,88$) - Cuidados à boca; Banho/cuidados à pele; Lavar as mãos, Monitorização da glicémia; Cuidados e avaliação de acessos vasculares; e Cuidados à pele/feridas.

Avaliação do doente e documentação ($\alpha=0,85$) - Sinais vitais como prescrito; Monitorização de entradas e saídas; Avaliações do doente em cada turno; Reavaliações focalizadas de acordo com a condição do doente; e Documentação Completa de todos os dados.

Pontualidade na resposta ao doente e equipa ($\alpha=0,85$) - Assistir na necessidade de uso de sanitário nos 5 min após pedido; Assistir a reuniões interdisciplinares; Resposta ao toque/chamada nos primeiros 5 min; Solicitações de medicação SOS em 15 min; e Avaliar a eficácia dos medicamentos.

Cuidados para capacitação e autonomia do doente ($\alpha=0,74$) - Deambulação 3xdia ou conforme planeado; Posicionar a cada 2 horas; Suporte emocional ao doente/família; e Planeamento da alta e ensino; Ensinar o doente.

Eficiência na alimentação e medicação ($\alpha=0,71$) - Alimentar o doente com alimentos ainda quentes; Preparar refeições para doentes que se alimentam autonomamente; e Administração de medicamentos dentro de 30 min antes ou depois do horário agendado.

3ª Parte - As Razões para os CEO no próprio serviço" são avaliadas por 17 afirmações através da escala de tipo Likert de quatro pontos: "Razão significativa", "Razão moderada", "Razão menor" e "Não é razão para o cuidado omissa". Abrangem 5 dimensões:

Comunicação em equipa ($\alpha=0,89$) - Inadequada passagem de informação no turno ou unidade de origem; Tensão ou falha de comunicação com outros departamentos auxiliares de apoio; Tensão ou falhas de comunicação na equipa de enfermagem; Tensão ou falhas de comunicação com equipa médica; e Assistente operacional não comunicou o cuidado que não foi prestado.

Recursos materiais ($\alpha=0,89$) - Materiais e equipamentos não disponíveis; Materiais e equipamentos não funcionam.

Gravidade e fluxo de doentes ($\alpha=0,64$) - Situações de doentes urgentes; Aumento inesperado do nº ou gravidade dos doentes; e Elevada atividade de admissão e alta.

Gestão e organização ($\alpha=0,56$) - Distribuição não equilibrada de doentes; Medicamentos não disponíveis; e Outros departamentos não prestam os cuidados necessários.

Dotação de profissionais ($\alpha=0,68$) - Inadequado nº de elementos na equipa; Número inadequado de pessoal assistencial e/ou administrativo; Falta de apoio dos membros da equipa; e Profissional ausente ou indisponível. (Loureiro, 2019).

2.3. Recolha e tratamento de dados

A recolha de dados fez-se de 20 de fevereiro a 18 de março de 2024, nos serviços seleccionados para a amostra. Os questionários foram entregues em envelopes, aos enfermeiros gestores, e posteriormente distribuídos aos enfermeiros do serviço. Após o preenchimento foram colocados em novo envelope, e recolhidos pelo investigador em data previamente acordada.

A análise dos dados foi feita através da estatística descritiva e inferencial, com recurso ao SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 29.

Foram calculadas estatísticas descritivas com medidas de tendência central e dispersão (desvio-padrão). Nas variáveis medidas com escalas que permitem a ordenação (ordinais), usaram-se testes estatísticos que permitem a análise da natureza e intensidade da relação entre elas. Em amostras ($n > 30$) a distribuição tende a ser normal, independentemente das distribuições que estas apresentem, pelo que se optou pela realização de testes paramétricos pela sua robustez (Gray et al., 2020).

A avaliação da consistência interna das escalas, fez-se através do coeficiente Alpha de Cronbach (α).

Quadro 1. Classificação dos valores de coeficiente Alpha de Cronbach (α)

Valor de α	Classificação
$\alpha \geq 0,9$	Muito Boa
$0,8 \leq \alpha < 0,9$	Boa
$0,7 \leq \alpha < 0,8$	Razoável
$0,6 \leq \alpha < 0,7$	Baixa
$\alpha < 0,6$	Inaceitável

Fonte: Gray et al., (2020)

Usou-se o Coeficiente da correlação de Pearson porque este tipo de análise indica a forma como duas variáveis variam em conjunto, medindo a intensidade e a direção da relação entre elas, com o respetivo teste de significância do r . No Quadro 2 pode ver-se que o r varia entre -1 e 1, e se a correlação apresentar o valor ($r=0$) não existe qualquer associação entre as variáveis. O sinal indica a direção positiva ou negativa da relação entre as variáveis, e o valor indica a força dessa relação (Gray et al, 2020).

Quadro 2. Classificação dos valores de Correlação de Pearson r

Valor da correlação	Correlação positiva	Correlação negativa
Fraca	0,00 a 0,29	0,00 a -0,29
Moderada	0,30 a 0,49	-0,49 a -0,30
Forte	0,50 a 1,00	-1,00 a -0,50

Fonte: Gray et al., (2020)

Utilizou-se a regressão linear que permite avaliar a relação funcional entre duas variáveis, possibilitando estabelecer relações de causa-efeito através da identificação da variável independente e da variável dependente (Gray et al., 2020).

Em todos os testes estatísticos assumiu-se como nível de significância α ou erro máximo admissível, a regra de decisão de 5% ($\alpha = 0.05$) e 0,001 ($\alpha=1\%$).

3. Procedimentos éticos

Asseguraram-se os pressupostos do voluntariado, anonimato, confidencialidade e consentimento informado dos inquiridos, com possibilidade de o participante desistir em qualquer ponto do questionário. No pedido de consentimento informado foi fornecida a informação relativa ao estudo e foram garantidos os pressupostos acima referidos (Apêndice IV).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) salienta que a investigação enquanto área de intervenção da enfermagem (artigo 9º) é um dever e um direito do enfermeiro, pelo que este deve participar em investigação. O código deontológico dos enfermeiros anexado ao estatuto da OE, diz no artigo 106º - Do dever de sigilo, o enfermeiro assume o dever de manter o anonimato da pessoa, sempre que o seu caso for utilizado entre outros, em situações de investigação. O mesmo documento assume ainda princípios como a defesa da liberdade e da dignidade humana, os deveres de informação, os deveres de respeito da intimidade e os direitos de salvaguardar os direitos de populações (OE, 2015).

Foi também garantida a proteção dos dados relativos às pessoas singulares de acordo com a Lei n.º 58/2019, transpondo a Diretiva (UE) 2016/680 do Parlamento e do Conselho Europeu, de 27 de abril de 2016, que aprova as regras relativas ao tratamento de dados pessoais para efeitos de prevenção, deteção e investigação.

Exportadas os dados do questionário para um ficheiro do SPSS 29, este foi armazenado em pasta com acesso exclusivo do investigador e orientador.

O estudo não envolveu utentes nem consulta de processos clínicos, mas careceu de aprovação prévia das entidades competentes (Comissão de Ética e Direção de Enfermagem do hospital central e respetivos Enfermeiros Gestores dos Departamentos de Medicina, Cirurgia, Especialidades Médicas e Cirúrgicas). O parecer favorável da Comissão de Ética Refª. N.º 234/23 apresenta-se no Apêndice V.

4. Apresentação dos Resultados

Neste capítulo fez-se a apresentação dos resultados obtidos no estudo segundo a seguinte ordem: caracterização da amostra, caracterização do APE, caracterização dos CEO e das razões, e por última relação entre o APE e os CEO.

4.1. Caracterização da amostra

O questionário foi aplicado aos enfermeiros na prestação direta dos cuidados (n=409), nos serviços de internamento de adultos selecionados.

Houve uma taxa de resposta de 51,3% (n=210), mas apenas 44,4% (n=182) foram considerados válidos, tendo em conta os critérios já apresentados e o preenchimento completo dos questionários.

Os participantes apresentaram uma média de idade de $32,0 \pm 9,0$ anos, com mínima de 22 e máxima de 63 anos. A classe de idade mais representativa com 53,3%, foi dos enfermeiros com (20-29) anos. Predominaram os profissionais do sexo feminino com 80,2% (n=146).

A média do tempo de experiência profissional foi $8,7 \pm 8,5$ anos, com predomínio da classe (0,5-10) anos em 75,3% dos profissionais. Quanto ao tempo de permanência no serviço atual a média foi $6,1 \text{anos} \pm 6,1$ anos, com predomínio da classe (0,5-10) anos em 85,7% dos profissionais. A amostra foi constituída maioritariamente por enfermeiros dos serviços de medicina interna 52,2% (n=95).

Os enfermeiros licenciados representaram 75,3% (n=137) da amostra, 16,5% (n=30) tinham uma Pós-graduação, e 1,1% enfermeiros tinham apenas o bacharelato (n=2). A maioria exercia funções de Enfermeiro 89,0% (n=162) e 10,4% (n=19) como enfermeiro especialista. A Especialidade predominante foi a Enfermagem de Reabilitação 7,7% (n=14).

Os dados apresentados constam da Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=182)

	n	%	\bar{x}	Mo	Mín	Máx	DP
Sexo							
Feminino	146	80,2					
Masculino	35	19,2					
Outro	1	0,5					
Idade/anos							
(20-29)	97	53,3	32,0	24,0	22,0	63,0	9,0
(30-39)	51	28,0					
(40-49)	18	9,9					
(50-59)	15	8,2					
(60-69)	1	0,5					
Tempo de exercício profissional/anos							
(0,5-10)	137	75,3	8,7	6,0	1,0	39,0	8,5
(11-20)	27	14,8					
(21-30)	12	6,6					
(31-40)	6	3,3					
Tempo de exercício no serviço atual/anos							
(0,5-10)	156	85,7	6,1	4,0	0,5	34,0	6,1
(11-20)	19	10,4					
(21-30)	5	2,7					
(31-35)	2	1,1					
Serviço							
Cirurgia geral	6	3,3					
Especialidades cirúrgicas	33	18,1					
Especialidades médicas	48	26,4					
Medicina interna	95	52,2					
Funções							
Enfermeiro	159	87,4					
Enfermeiro Chefe de equipa/ Coordenador	4	2,2					
Enfermeiro especialista	19	10,4					
Habilitações académicas							
Bacharelato	2	1,1					
Licenciatura	137	75,3					
Mestrado	13	7,1					
Pós-graduação	30	16,5					
Especialidade							
Sem Especialidade	162	89,0					
Enfermagem Médico-cirúrgica	3	1,6					
Enfermagem de Reabilitação	14	7,7					
Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica	2	1,1					
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1	0,5					

4.2. Ambiente da prática de enfermagem

Procedeu-se à análise estatística das diferentes dimensões da NWI-R-PT através do cálculo das medidas de tendência central, de dispersão, frequências e avaliação da

consistência interna da escala. No APE considerou-se a resposta “Não concordo/nem discordo” como neutra ($\bar{x} = 2,5$), valores de médias inferiores consideraram-se como desfavoráveis e superiores como favoráveis.

Os enfermeiros participantes no estudo consideram o APE, de uma forma global, favorável $\bar{x} = 3,17$ (Tabela 2). O item apontado como mais desfavorável ($\bar{x} = 1,70$) diz respeito à *Remuneração satisfatória*, seguido de *Os enfermeiros têm oportunidade de participar nas decisões da política organizacional* ($\bar{x} = 2,26$), ambos dizem respeito à dimensão *Desenvolvimento Profissional*, que no global também obteve a média mais baixa da escala ($\bar{x} = 2,49$), desfavorável. O Item mais favorável diz respeito à *Flexibilidade na alteração do horário de trabalho* ($\bar{x} = 3,91$) e a dimensão com a média mais elevada foi *Fundamentos de Enfermagem* ($\bar{x} = 3,55$).

Relativamente à frequência verificou-se que os itens *Remuneração satisfatória* (n=157; 86,3%) e *Participação nas decisões da política organizacional* (n=111; 61,5%), obtiveram as maiores percentagens das respostas desfavoráveis (Apêndice VI).

O valor de consistência interna da escala ($\alpha = 0,89$) foi considerado Bom.

Tabela 2. Análise descritiva da NWI-R-PT por Dimensões/itens

APE Dimensões/Itens	Mín	Máx	\bar{x}	S	α
Dimensão Apoio da Gestão	1,63	5,00	3,40	0,72	0,86
Os enfermeiros sentem-se apoiados pela gestão	1,00	5,00	3,13	1,07	
Espaço para discussão dos clientes entre a equipa de enfermagem	1,00	5,00	3,87	0,84	
Enfermeiro gestor é bom líder e gestor	1,00	5,00	3,42	1,05	
Enfermeiro gestor visível e acessível à equipa de enfermagem	1,00	5,00	3,74	1,01	
Elogio e reconhecimento por um trabalho bem feito	1,00	5,00	2,85	1,04	
O Enfermeiro gestor defende a equipa de enfermagem nas tomadas de decisão, mesmo em conflito com outros técnicos	1,00	5,00	3,51	1,06	
Os enfermeiros gestores consultam a equipa de enfermagem sobre problemas e procedimentos diários	1,00	5,00	3,48	0,08	
Valorização de novas ideias sobre os cuidados a prestar	1,00	5,00	3,19	0,94	
Dimensão Desenvolvimento Profissional	1,00	4,17	2,49	0,64	0,75
Remuneração satisfatória	1,00	4,00	1,70	0,80	
Oportunidades de desenvolvimento profissionais e de carreira	1,00	5,00	2,50	0,91	

Os enfermeiros têm oportunidade de participar nas decisões da política organizacional	1,00	4,00	2,26	0,99	
Oportunidade de evolução	1,00	5,00	2,82	0,97	
Equipa de enfermagem incentivada a prosseguir estudos académicos	1,00	5,00	3,34	1,04	
A administração ouve e responde às preocupações dos colaboradores	1,00	5,00	2,35	0,93	
Dimensão Relação Multidisciplinar	1,50	5,00	3,38	0,71	0,81
Boa relação entre equipa multidisciplinar	1,00	5,00	3,49	0,90	
Os profissionais de saúde trabalham em equipa multidisciplinar	1,00	5,00	3,48	0,88	
Existe colaboração multidisciplinar	1,00	5,00	3,35	0,83	
O ambiente de trabalho é agradável, atrativo e confortável	1,00	5,00	3,19	0,93	
Dimensão Fundamentos de Enfermagem	2,17	4,83	3,55	0,49	0,77
O cuidado de enfermagem é baseado num modelo de enfermagem e não no modelo biomédico	1,00	5,00	3,40	0,85	
Os enfermeiros têm oportunidade de integrar grupos de trabalho de enfermagem e da organização	1,00	5,00	3,24	0,91	
Utilização de diagnósticos de enfermagem	1,00	5,00	3,71	0,86	
Planos de cuidados de enfermagem são transmitidos verbalmente entre enfermeiros	1,00	5,00	3,71	0,92	
A equipa de enfermagem tem enfermeiros experientes que conhecem a organização	1,00	5,00	3,92	0,76	
Cada serviço de enfermagem determina as suas políticas e procedimentos	1,00	5,00	3,32	0,88	
Dimensão Dotações Seguras	1,00	4,67	2,66	0,84	0,58
Dotação suficiente de enfermeiros na equipa	1,00	5,00	2,64	1,18	
Dotações suficientes para prestação de cuidados	1,00	5,00	3,03	1,16	
Flutuação de enfermeiros para as dotações estarem igualadas entre serviços	1,00	5,00	2,33	1,04	
Dimensão Organização dos Cuidados de Enfermagem	1,75	5,00	3,35	0,66	0,47
Flexibilidade na alteração de horário de trabalho	1,00	5,00	3,91	1,03	
Método de trabalho individual	1,00	5,00	3,65	0,93	
Enfermeiros de um serviço nunca têm de flutuar para outro serviço	1,00	5,00	3,21	1,11	
Os enfermeiros participam ativamente no desenvolvimento dos seus horários	1,00	5,00	2,62	1,18	
Global			3,17		0,89

4.3. Cuidados de enfermagem omissos

Procedeu-se à análise estatística da MISSCARE através do cálculo das medidas de tendência central, de dispersão, frequência e avaliação da consistência interna da escala.

NA **1ª Parte** relativa à *Satisfação do Enfermeiro* considerou-se o “Neutro” ($\bar{x}=2,5$). “Muito satisfeito” e “Satisfeito” consideraram-se como satisfação dos enfermeiros ($\bar{x}<2,5$), e Valores ($\bar{x}>2,5$) consideraram-se como insatisfação dos enfermeiros com as opções “Insatisfeito” e “Muito insatisfeito”.

De uma forma geral, e como se constata na Tabela 3, considerou-se que os enfermeiros estavam insatisfeitos com a profissão ($\bar{x}=2,99$), com a sua situação atual ($\bar{x}=3,09$), com o seu trabalho em equipa ($\bar{x}=2,91$) e em serem enfermeiros ($\bar{x}=2,98$).

Tabela 3. Análise descritiva da Satisfação do Enfermeiro (MISSCARE) por itens

	MISSCARE	Min	Max	\bar{x}	S	α
1ª Parte	Satisfação do Enfermeiro	1,00	4,67	2,99	0,64	0,09
	Quão satisfeito está na sua situação atual	1,00	5,00	3,09	1,07	
	Quão satisfeito está em ser enfermeiro	1,00	5,00	2,98	1,21	
	Quão satisfeito está com o nível de trabalho em equipa na sua unidade	1,00	5,00	2,91	0,92	

Na **2ª Parte** respeitante à regularidade dos CEO, considerou-se que “Sempre omissos”, “Frequentemente omissos” e “Ocasionalmente omissos”, com médias ($\bar{x} \geq 1,0 \leq 3,0$), representavam os cuidados omitidos. As alternativas “Raramente omissos” e “Nunca omissos”, com médias ($\bar{x} > 3,0 \leq 5,0$), representavam os cuidados realizados.

Na Tabela 4 verificou-se que, no global, os cuidados foram realizados ($\bar{x}=3,55$).

Os itens dos cuidados mais omitidos foram *Assistir a reuniões interdisciplinares* ($\bar{x}=2,69$) e *Deambulação 3x/dia ou conforme planeado* ($\bar{x}=2,86$). A dimensão com a média global mais baixa foi *Cuidados para a capacitação e autonomia* ($\bar{x}=3,17$).

Os cuidados de enfermagem menos vezes omissos foram o *Banho/cuidados à pele* ($\bar{x}=4,19$), a *Monitorização da glicémia* ($\bar{x}=4,19$) e os *Cuidados à pele/feridas* ($\bar{x}=4,13$), todos pertencentes à dimensão *Cuidados Instrumentais* que obteve a maior média global ($\bar{x}=3,90$).

Tabela 4. Análise descritiva dos Cuidados Omitidos (MISSCARE), por dimensões/itens

Dimensões/Itens MISSCARE		Min	Max	\bar{x}	S	α
2ª Parte Cuidados Omissos	Cuidados instrumentais	1,00	5,00	3,91	0,94	0,91
	Cuidados à boca	1,00	5,00	3,49	1,07	
	Banho/cuidados à pele	1,00	5,00	4,19	1,06	
	Lavar as mãos	1,00	5,00	3,88	1,21	
	Monitorização da glicémia	1,00	5,00	4,19	1,16	
	Cuidados e avaliação de acessos vasculares	1,00	5,00	3,57	1,07	
	Cuidados à pele/feridas	1,00	5,00	4,13	1,08	
	Avaliação do doente e documentação	1,00	5,00	3,80	0,94	0,88
	Sinais vitais como prescrito	1,00	5,00	4,02	1,21	
	Monitorização de entradas e saídas	1,00	5,00	3,73	1,31	
	Avaliações do doente em cada turno	1,00	5,00	4,01	1,08	
	Reavaliações focalizadas de acordo com a condição do doente	1,00	5,00	3,78	1,10	
	Documentação Completa com todos os dados necessários	1,00	5,00	3,50	0,96	
	Cuidados para a capacitação e autonomia	1,40	5,00	3,17	0,69	0,62
	Deambulação 3xdia ou conforme planeado	1,00	5,00	2,86	1,07	
	Posicionar a cada 2 horas	1,00	5,00	3,04	1,11	
	Suporte emocional ao doente/família	1,00	5,00	3,27	1,08	
	Planeamento da alta e ensino	1,00	5,00	3,52	1,16	
	Ensinar o doente	1,00	5,00	3,17	0,98	
	Pontualidade e resposta ao doente/equipa	1,40	5,00	3,37	0,74	0,69
	Assistir na necessidade de uso de sanitário nos 5 min após pedido	1,00	5,00	3,25	1,01	
	Assistir a reuniões interdisciplinares	1,00	5,00	2,69	1,26	
	Resposta ao toque/chamada nos primeiros 5 min	1,00	5,00	3,50	1,14	
	Solicitações de medicação SOS em 15 min	1,00	5,00	3,73	1,11	
	Avaliar a eficácia dos medicamentos	1,00	5,00	3,71	0,94	
	Eficiência na alimentação e medicação	1,00	5,00	3,52	0,91	0,66
	Alimentar o doente com alimentos ainda quentes	1,00	5,00	3,65	1,09	
	Preparar refeições para doentes que se alimentam autonomamente	1,00	5,00	3,53	1,34	
Administração de medicamentos dentro de 30 min antes ou depois do horário agendado	1,00	5,00	3,37	1,07		
global			3,55			

Os itens com maiores frequências de omissão (Apêndice VII) foram *Deambulação 3xdia ou conforme planeado* (n=135, 74,2%) e *Assistir a reuniões interdisciplinares* (n=132, 72,5%).

Refira-se que todos os cuidados apresentaram alguma percentagem de “*Sempre omissos*”, sendo os mais referidos *Assistir a reuniões interdisciplinares* (n=42, 23,1%), *Preparar refeições para doentes que se alimentam autonomamente* (n=22, 12,1%) e *Monitorização de entradas e saídas* (n=17, 9,3%).

Também, todos os cuidados apresentaram alguma frequência de “*Nunca omissos*”, sendo os mais referidos a *Monitorização da glicémia* (n=98, 53,8%), o *Banho/cuidados à pele* (n=89, 48,9%), os *Sinais vitais como prescrito* (n=84, 46,2%), e os *Cuidados à pele/feridas* (n=82, 45,1%).

Na **3ª Parte**, quanto às razões para a omissão dos cuidados, considerou-se que “*Razão significativa*”, “*Razão moderada*” e “*Razões menores*” com médias ($\bar{x} \geq 1,0 \leq 3,0$), eram razões para a omissão dos cuidados de enfermagem. Considerou-se “*Não é razão para o cuidado omissos*” valores de médias ($\bar{x} > 3,0 \leq 4,0$).

Na globalidade verificou-se uma média ($\bar{X}=2,34$), e todas as dimensões das razões contribuíram para a omissão dos cuidados.

Surgiu como maior razão o *Inadequado nº de elementos na equipa* ($\bar{x}=1,99$), pertencente à dimensão com a menor média global *Dotação de Profissionais* ($\bar{x}=2,05$). O *Aumento inesperado do nº ou gravidade dos doentes* ($\bar{x}=2,00$) e *Situações de doentes urgentes* ($\bar{x}=2,08$), pertenciam à segunda razão global de maior contributo para a omissão dos cuidados de enfermagem, a dimensão *Gravidade e Fluxo de Doentes* ($\bar{x}=2,17$). A *Tensão ou falhas de comunicação com equipa médica* ($\bar{x}=2,11$) surgiu como 3ª razão mais apontada para CEO.

Analisadas as frequências das razões que mais justificaram a omissão dos cuidados (Apêndice VIII), surgiram *Tensão ou falhas de comunicação com equipa médica* (n=172, 94,6%), *Tensão ou falha de comunicação com outros departamentos auxiliares de apoio* (n=167, 91,8%), e *Aumento inesperado do nº ou gravidade dos doentes* (n=166, 91,3%).

As razões não consideradas como causa da omissão, mais apontadas, foram *Profissional ausente ou indisponível* (n=53, 29,1%), *Distribuição não equilibrada de doentes* (n=43, 23,6%) e a *Falta de apoio dos membros da equipa* (n=43, 23,6%).

A escala MISSCARE obteve quanto à fiabilidade e consistência interna global $\alpha=0,88$, considerado Bom.

Tabela 5. Análise descritiva das Razões para a omissão dos Cuidados (MISSCARE), por dimensões/itens

Dimensões/Itens MISSCARE		Min	Max	\bar{x}	S	α
3ª Parte Razões para a omissão de Cuidados	Razão Comunicação na equipa	1,00	4,00	2,60	0,58	0,77
	Inadequada passagem de informação no turno ou unidade de origem	1,00	4,00	2,76	0,86	
	Falta de apoio dos membros da equipa	1,00	4,00	2,81	0,91	
	Tensão ou falha de comunicação com outros departamentos auxiliares de apoio	1,00	4,00	2,54	0,78	
	Tensão ou falhas de comunicação na equipa de enfermagem	1,00	4,00	2,70	0,91	
	Tensão ou falhas de comunicação com equipa médica	1,00	4,00	2,11	0,87	
	Assistente operacional não comunicou o cuidado que não foi prestado	1,00	4,00	2,48	0,89	
	Profissional ausente ou indisponível	1,00	4,00	2,82	0,98	
	Razão Recursos Materiais	1,00	4,00	2,33	0,88	0,86
	Materiais/equipamentos não disponíveis	1,00	4,00	2,35	0,90	
	Materiais/equipamentos não funcionam	1,00	4,00	2,31	0,96	
	Razão Gravidade e Fluxo de Doentes	1,00	4,00	2,17	0,84	0,74
	Situações de doentes urgentes	1,00	4,00	2,08	1,09	
	Aumento inesperado do nº ou gravidade dos doentes	1,00	4,00	2,00	0,92	
	Elevada atividade de admissão e alta	1,00	4,00	2,42	1,04	
	Razão Gestão e Organização	1,00	4,00	2,56	0,67	0,49
	Outros departamentos não prestam os cuidados necessários	1,00	4,00	2,65	0,85	
	Distribuição não equilibrada de doentes	1,00	4,00	2,66	0,97	
	Medicamentos não disponíveis	1,00	4,00	2,38	1,00	
	Razão Dotação de Profissionais	1,00	4,00	2,05	0,87	0,62
Inadequado nº de elementos na equipa	1,00	4,00	1,99	1,05		
Número inadequado de pessoal assistencial e/ou administrativo	1,00	4,00	2,12	0,98		
\bar{x} global				2,34		

4.4. Relação entre o ambiente da prática de enfermagem e os cuidados de enfermagem omissos

Estudou-se o grau de associação entre as dimensões do APE (NWI-R-PT) e as dimensões dos CEO (MISSCARE), através da correlação de Pearson (Apêndice IX).

A Tabela 6 mostra a correlação efetuada, e o modelo é estatisticamente significativo nas seguintes dimensões:

Apoio da Gestão (AG)

- *Eficiência na Alimentação e Medicação* ($r=-0,174$, $\rho=0,019$), correlação negativa fraca significativa;
- *Razão - Comunicação na Equipa* ($r=0,181$, $\rho=0,014$), correlação positiva fraca significativa;
- *Razão - Gestão e Organização* ($r=0,183$, $\rho=0,013$), correlação positiva fraca significativa.

Relação Multidisciplinar (RM)

- *Razão - Comunicação na Equipa* ($r = 0,271$, $\rho < 0,001$), correlação positiva fraca significativa.

Fundamentos de Enfermagem (FE)

- *Razão - Gestão e Organização* ($r = 0,161$, $\rho = 0,030$), Correlação positiva fraca significativa.

Dotações Seguras (DS)

- *Razão - Gravidade e Fluxo de Doentes* ($r = 0,175$, $\rho = 0,018$), correlação positiva fraca significativa;
- *Razão - Gestão e Organização* ($r = 0,157$, $\rho = 0,035$), correlação positiva fraca significativa;
- *Razão - Dotação de Profissionais* ($r = 0,355$, $\rho < 0,001$), correlação positiva moderada significativa.

Organização dos Cuidados de Enfermagem (OC)

- *Razão - Comunicação na Equipa* ($r = 0,204$, $\rho = 0,006$), correlação positiva fraca significativa;
- *Razão - Gestão e Organização* ($r = 0,210$, $\rho = 0,004$), correlação positiva fraca significativa.

Tabela 6. Matriz de Correlação de Pearson entre a NWI-R-PT e a MISSCARE

	MISSCARE										
	SE	CI	AVD	CCA	PRD	EAM	RCE	RRM	RGFD	RGO	RDP
NWI R-PT	<i>r</i> <i>p</i>	<i>r</i> <i>p</i>	<i>r</i> <i>p</i>	<i>r</i> <i>p</i>	<i>r</i> <i>p</i>	<i>r</i> <i>p</i>	<i>r</i> <i>p</i>	<i>r</i> <i>p</i>	<i>r</i> <i>p</i>	<i>r</i> <i>p</i>	<i>r</i> <i>p</i>
AG	-0,124 0,094	-0,039 0,600	-0,098 0,187	-0,071 0,344	-0,083 0,265	-0,174 0,019	0,181* 0,014	0,055 0,457	0,073 0,326	0,183* 0,013	0,080 0,282
DP	-0,129 0,082	0,026 0,730	-0,089 0,234	0,017 0,825	0,003 0,969	-0,083 0,268	0,107 0,149	-0,048 0,517	-0,049 0,509	0,100 0,178	0,027 0,717
RM	-0,099 0,182	0,084 0,262	0,051 0,492	0,005 0,951	-0,010 0,895	0,002 0,974	0,271** <0,001	0,013 0,864	-0,030 0,692	0,102 0,169	-0,081 0,277
FE	-0,137 0,065	-0,051 0,491	-0,015 0,844	0,054 0,465	0,084 0,257	-0,005 0,948	0,100 0,178	-0,007 0,921	-0,118 0,114	0,161* 0,030	-0,031 0,675
DS	-0,091 0,220	-0,020 0,784	-0,028 0,709	0,048 0,517	0,045 0,544	-0,101 0,177	0,126 0,091	-0,005 0,942	0,175* 0,018	0,157* 0,035	0,355** <0,001
OC	-0,050 0,501	0,058 0,434	0,051 0,497	0,005 0,946	0,026 0,726	0,019 0,803	0,204** 0,006	0,051 0,494	0,143 0,055	0,210** 0,004	0,140 0,060

* $p < 0,05$ correlação significativa ** $p < 0,01$ correlação significativa

MISSCARE (variáveis dependentes): SE – Satisfação do Enfermeiro; CI- Cuidados instrumentais; AVD- Avaliação do doente e documentação; CCA-Cuidados para a capacitação e autonomia do Doente; PRD- Pontualidade e resposta ao doente/equipa; EAM- Eficiência na alimentação e medicação; RCE- Razão Comunicação na equipa; RRM- Razão Recursos Materiais; RGFD-Razão Gravidade e Fluxo de Doentes; RGO- Razão Gestão e Organização; RDP- Razão Dotação de Profissionais;

NWI-R-PT(variáveis independentes): AG- Apoio da Gestão; DP- Desenvolvimento Profissional; RM- Relação Multidisciplinar; FE- Fundamentos de Enfermagem; DS- Dotações Seguras; OC- Organização dos Cuidados de Enfermagem

Analisou-se o impacto das variáveis demográficas (idade, sexo, tempo de exercício profissional e tempo no atual serviço) sobre as *dimensões* da MISSCARE, e procedeu-se ao cálculo dos coeficientes de regressão linear.

A Tabela 7 mostrou, na regressão linear efetuada, que o modelo é estatisticamente significativo ($F=2,240$; $p=0,049$). O $R^2=0,052$ indica que 5,2 % da variância na *Satisfação do enfermeiro* é explicada pelas variáveis independentes incluídas no modelo:

- Idade - coeficiente ($\beta=0,049$, $p=0,003$), com correlação positiva estatisticamente significativa;

- Tempo de Exercício Profissional - coeficiente ($\beta = -0,043$, $p = 0,017$), com relação negativa e estatisticamente significativa.

Tabela 7. Influência das variáveis sociodemográficas na Satisfação do enfermeiro (MISSCARE), modelo de regressão linear (n=182)

Variáveis independentes (Preditoras)	Coeficiente da variável dependente (critério) da MISSCARE- <i>Satisfação do Enfermeiro</i>				
	β	p	F	R ²	R ² Ajustado
Variáveis independentes (Preditoras)		0,049*	2,440	0,052	0,031
Idade	0,049	0,003*			
Sexo	0,019	0,871			
Tempo de exercício profissional	-0,043	0,017*			
Tempo no atual serviço	-0,007	0,534			

* $p < 0,05$ estatisticamente significativa

A Tabela 8 mostrou que o modelo é marginalmente significativo no limite ($F=2,354$; $p=0,056$). O $R^2=0,051$ do modelo explica aproximadamente 5,1% da variância na percepção sobre *Gravidade e Fluxo de Doentes*.

A variável dependente *Razão-Dimensão Gravidade e fluxo de doentes* (MISSCARE) é explicada pela variável independente *Tempo no atual serviço* - coeficiente ($\beta = -0,041$; $p=0,004$) e tem relação negativa.

Tabela 8. Influência das variáveis sociodemográficas na Razão - Gravidade e fluxo de doentes (variável dependente MISSCARE), modelo de regressão linear (n=182)

Variáveis independentes (Preditoras)	Coeficiente da variável dependente (critério) MISSCARE: <i>Razão - Gravidade e fluxo de doentes</i>				
	β	p	F	R ²	R ² Ajustado
Variáveis independentes (Preditoras)		0,056	2,354	0,051	0,029
Idade	0,006	0,771			
Sexo	0,072	0,629			
Tempo de exercício profissional	0,020	0,396			
Tempo no atual serviço	-0,041	0,004*			

* $p < 0,05$ estatisticamente significativa

Não se verificou relação estatística significativa entre as dimensões do APE (NWI-R-PT) e as variáveis dependentes *Satisfação do enfermeiro, Cuidados Instrumentais, Avaliação do doente e documentação, Cuidados para a capacitação/autonomia do doente, Pontualidade na resposta ao doente/equipa, Razão - Recursos materiais, e Razão - Gestão e organização* da MISSCARE, conforme se pode ver no Apêndice X.

No entanto, verificou-se relação estatística significativa entre as dimensões do APE e as dimensões da MISSCARE *Dimensão Eficiência na alimentação e medicação, Razão - Dimensão Comunicação na equipa, Razão - Dimensão Gravidade e fluxo de doentes e Razão - Dimensão Dotação de profissionais* (estatística resumo dos modelos no Apêndice XI).

A Tabela 9 mostrou o impacto das variáveis independentes da NWI-R-PT na dimensão *Eficiência na alimentação e medicação* (MISSCARE).

A regressão linear efetuada mostrou que o modelo não é, no global, estatisticamente significativo ($F=1,717$; $p=0,120$). O $R^2=0,056$ explica 5,6% da variância. No entanto, a variável individual *Eficiência na alimentação e medicação* é explicada pela dimensão *Apoio da Gestão* - coeficiente ($\beta=-0,337$; $p=0,009$), que é estatisticamente significativa e apresenta uma relação negativa.

Tabela 9. Influência do APE (NWI-R-PT) nos CEO (MISSCARE) - Eficiência na alimentação e medicação (variável dependente), modelo de regressão linear (n=182)

Variáveis independentes do APE (Preditoras)-NWI-R-PT	Coeficiente da variável dependente (critério) da MISSCARE- Dimensão Eficiência na alimentação e medicação				
	β	p	F	R ²	R ² Ajustado
		0,120	1,717	0,056	0,023
APE Dimensão -Apoio da Gestão	-0,337	0,009*			
APE Dimensão - Desenvolvimento Profissional	0,023	0,868			
APE Dimensão - Relação Multidisciplinar	0,101	0,397			
APE Dimensão - Fundamentos de Enfermagem	0,078	0,617			
APE Dimensão - Dotações Seguras	-0,090	0,324			
APE Dimensão - Organização dos Cuidados de Enfermagem	0,170	0,161			

* $p<0,05$ estatisticamente significativa

A Tabela 10 mostrou na regressão linear que o modelo é estatisticamente significativo ($F=2,917$; $p=0,010$). O $R^2=0,091$ explica que 9,1% da variância na comunicação da equipa é explicada por este conjunto de variáveis.

A *Relação Multidisciplinar* é a única variável significativa ($\beta=0,201$; $p=0,007$) com impacto positivo na dimensão *Comunicação na Equipa*.

Tabela 10. Influência do APE (NWI-R-PT) nos CEO (MISSCARE) - Razão Dimensão Comunicação na equipa (variável dependente), modelo de regressão linear ($n=182$)

Variáveis independentes do APE (Preditoras)-NWI-R-PT	Coeficiente da variável dependente (critério) da MISSCARE- <i>Dimensão Razão - Comunicação na equipa</i>				
	β	p	F	R^2	R^2 Ajustado
		0,010*	2,917	0,091	0,060
APE Dimensão -Apoio da Gestão	0,040	0,613			
APE Dimensão - Desenvolvimento Profissional	-0,064	0,453			
APE Dimensão - Relação Multidisciplinar	0,201	0,007*			
APE Dimensão - Fundamentos de Enfermagem	-0,054	0,578			
APE Dimensão - Dotações Seguras	0,039	0,488			
APE Dimensão - Organização dos Cuidados de Enfermagem	0,083	0,273			

*** $p<0,05$ estatisticamente significativo**

Analisou-se o impacto das variáveis independentes do NWI-R-PT na dimensão *Gravidade e Fluxo de Doentes* (MISSCARE), que reflete a gestão da gravidade dos utentes e o fluxo do trabalho na equipa de enfermagem.

A Tabela 11 mostrou na regressão linear efetuada que o modelo é estatisticamente significativo ($F=2,982$; $p=0,008$). O $R^2=0,093$ indica que 9,3% da variância na dimensão é explicada pelas variáveis independentes:

- *Fundamentos de Enfermagem* coeficiente ($\beta=-0,333$, $p=0,018$), esta variável é estatisticamente significativa e apresenta uma relação negativa,
- *Dotações Seguras* coeficiente ($\beta=0,197$, $p=0,016$), esta variável é também significativa e apresenta uma relação positiva.

Tabela 11. Influência do APE (NWI-R-PT) nos CEO (MISSCARE) - Dimensão Razão Gravidade e fluxo de doentes (variável dependente), modelo de regressão linear (n=182)

Variáveis independentes do APE (Preditoras)-NWI-R-PT	Coeficiente da variável dependente (critério) da MISSCARE- <i>Dimensão Razão - Gravidade e fluxo de doentes</i>				
	β	p	F	R ²	R ² Ajustado
		0,008*	2,982	0,093	0,062
APE Dimensão -Apoio da Gestão	0,132	0,249			
APE Dimensão - Desenvolvimento Profissional	-0,193	0,118			
APE Dimensão - Relação Multidisciplinar	-0,035	0,746			
APE Dimensão - Fundamentos de Enfermagem	-0,333	0,018*			
APE Dimensão - Dotações Seguras	0,197	0,016*			
APE Dimensão - Organização dos Cuidados de Enfermagem	0,164	0,134			

***p<0,05** estatisticamente significativa

A Tabela 12 mostrou a regressão linear efetuada, e o modelo é estatisticamente significativo (F=5,877; p=<0,001). O R²=0,168 do modelo de regressão explica 16,8% da variância total. A variável dependente *Razão - Dotação de profissionais* (MISSCARE), é explicada pela variável independente *Dotações Seguras - coeficiente* ($\beta=0,403$; p=<0,001), cujo valor é positivo e estatisticamente muito significativo.

Tabela 12. Influência do APE (NWI-R-PT) nos CEO (MISSCARE)-Razão Dimensão Dotação de profissionais (variável dependente), modelo de regressão linear (n=182)

Variáveis independentes do APE (Preditoras)-NWI-R-PT	Coeficiente da variável dependente (critério) MISSCARE- <i>Dimensão Razão - Dotação de profissionais</i>				
	β	p	F	R ²	R ² Ajustado
		<0,001**	5,877	0,168	0,139
APE Dimensão -Apoio da Gestão	0,060	0,598			
APE Dimensão - Desenvolvimento Profissional	-0,090	0,462			
APE Dimensão - Relação Multidisciplinar	-0,192	0,072			
APE Dimensão - Fundamentos de Enfermagem	-0,154	0,269			
APE Dimensão - Dotações Seguras	0,403	<0,001**			
APE Dimensão - Organização dos Cuidados de Enfermagem	0,113	0,298			

** **p<0,001** estatisticamente muito significativa

5. Discussão dos Resultados

Neste capítulo fez-se a discussão dos resultados, tendo por base o confronto entre os resultados obtidos e os objetivos do estudo, bem como o modelo conceptual que sustentou a investigação. Os resultados foram sujeitos a crítica e confrontados com a literatura científica existente neste domínio, em especial artigos que tenham empregado as mesmas escalas.

Analisadas as características da amostra, verificámos que o sexo feminino foi o mais representativo com valores similares aos nacionais, no entanto a classe etária predominante foi (21-30) anos, diferindo dos valores apresentados pela OE. Apenas 10,4% dos enfermeiros eram especialistas, logo um valor significativamente inferior ao nacional. De acordo com os dados da OE, no final do ano 2022, o sexo feminino representava 82,7% dos enfermeiros, contra 17,3% do género masculino, e a classe etária mais representativa era dos (31-40) anos. Na categoria profissional 29,2% dos enfermeiros eram especialistas (OE, 2024).

Estes resultados poderão ser explicados por se tratar de um centro hospitalar com múltiplos campos de estágio para grande número dos alunos de enfermagem, onde posteriormente iniciam a carreira profissional. Muitas vezes funciona como “ponto de passagem” para instituições mais perto do domicílio de origem quando são criadas vagas. A entrada e saída de novos enfermeiros na instituição leva a que a classe de idades predominante seja inferior, e os profissionais de enfermagem não fazem carreira na instituição.

Para dar resposta ao objetivo específico **Caraterizar o APE nos serviços de internamento num hospital central**, importa discutir os principais resultados obtidos neste âmbito.

A versão portuguesa da NWI-R-PT (Anunciada et al., 2022) apresentou bons valores de consistência interna com um $\alpha=0,91$ global considerado Muito Bom, e a escala NWI-R original apresentava um $\alpha=0,96$ também considerado muito bom (Aiken & Patrician, 2000). Neste estudo o APE apresentou um $\alpha=0,89$ global considerado Bom.

O APE apresentou média global favorável ($\bar{x}=3,17$). A dimensão Desenvolvimento Profissional obteve a média mais baixa da escala ($\bar{x}=2,49$) e os Fundamentos de Enfermagem o valor mais alto ($\bar{x}=3,55$). Estes valores são similares aos obtidos por

Anunciada et al. (2022) com (\bar{x} =3,11) global também favorável, e as dimensões Desenvolvimento Profissional (\bar{x} =2,41) com o valor mais baixo e Fundamentos de Enfermagem (\bar{x} =3,55) com o valor mais alto.

Comparando com resultados de outros estudos em Portugal verificou-se alguma diferença. Paiva-Santos et. Al (2022), obteve um APE avaliado com uma média global desfavorável (\bar{x} =2,48) e apenas a dimensão Fundamentos da enfermagem para a qualidade dos cuidados teve uma avaliação global favorável. O estudo de Loureiro (2019) apresentava um APE desfavorável (\bar{x} =2,32) avaliado pela escala PES-NWI, com todas as dimensões do APE com valores <2,5, excetuando a dimensão Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados. Nesses estudos houve um fator em comum, a dimensão Fundamentos de Enfermagem obteve a média mais elevada da escala, tal como neste.

A nível internacional Gurková et al. (2021) obtiveram também os valores médios mais elevados na subescala Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, e a pontuação mais baixa na subescala Pessoal e adequação de recursos.

O resultado obtido revela a dimensão do APE que mais necessita de ser melhorada, nomeadamente o Desenvolvimento Profissional. Sugere que deveria existir um maior envolvimento dos enfermeiros nas decisões organizacionais e dos serviços, com maiores oportunidades de desenvolvimento profissional e de carreira.

Relativamente ao objetivo **Identificar quais os CEO nos serviços de internamento num hospital central** analisaram-se os resultados obtidos.

A versão da MISSCARE de Kalisch & Williams (2009) apresentou um alfa de Cronbach global de 0,89 considerado Bom. A versão portuguesa da MISSCARE apresentou propriedades semelhantes com um α =0,86 também Bom (Loureiro, 2019). Neste estudo as dimensões dos cuidados omitidos variarem entre 0,62 - 0,91, e as razões apontadas para a omissão dos cuidados 0,49 - 0,8. Obteve-se também um α =0,88 global considerado Bom.

Da comparação dos resultados com a literatura científica publicada neste domínio, surgiram pontos convergentes no que diz respeito à incidência e tipologia de CEO, assim como nas razões atribuídas.

Analisando a 1ª parte da MISSCARE quanto à Satisfação do enfermeiro, observaram-se médias que sugerem insatisfação a vários níveis, com a profissão, com a situação atual, com o trabalho em equipa e mesmo em ser enfermeiro. O $\alpha=0,09$ que indica a confiabilidade do instrumento para medir a consistência interna foi um valor baixo considerado inaceitável, sugerindo que os itens podem não estar bem correlacionados. O $S=0,64$ mostra uma variabilidade nas respostas, e estas abrangem todas as variáveis do intervalo (1,00 a 5,00), o que mostra que também há indivíduos muito insatisfeitos e outros muito satisfeitos.

A insatisfação generalizada poderá atribuir-se ao momento conturbado que a profissão atravessa, com múltiplas reivindicações ao nível da carreira, dos salários e das dotações de enfermeiros. Apesar de estatisticamente não se ter comprovado, poderá estar relacionado com os itens apontados como mais desfavoráveis do APE, a Remuneração satisfatória ($\bar{x}=1,70$) e Os enfermeiros têm oportunidade de participar nas decisões da política organizacional ($\bar{x}=2,26$). Ambos os itens dizem respeito à dimensão Desenvolvimento Profissional que no global obteve a média mais baixa da escala NWI-R-PT ($\bar{x}=2,50$).

Por outro lado, a pouca participação dos enfermeiros nas decisões organizacionais pode ser entendida como havendo uma relação de distanciamento com os gestores e/ou tratar-se de uma organização muito hierarquizada. A opinião dos enfermeiros é pouco valorizada na tomada de decisões e foi avaliada negativamente pelos inquiridos no item A administração ouve e responde às preocupações dos colaboradores ($\bar{x}=2,35$). De acordo com Aiken et al. (2009) investimento na formação dos enfermeiros e maior envolvimento destes na tomada de decisão e nas políticas hospitalares, conduzem a melhores níveis de produtividade e de satisfação.

A 2ª parte da MISSCARE é relativa à regularidade dos cuidados de enfermagem omitidos.

Neste estudo a Deambulação 3xdia ou conforme planeado, Assistir a reuniões interdisciplinares, Posicionar o doente a cada 2 horas, Ensinar o doente, Assistir na necessidade de uso de sanitário nos 5 min após o pedido e o Suporte emocional ao doente/família, constituíram os cuidados mais omitidos com valores superiores a 50%.

Os resultados obtidos estão em consonância com Lima et al. (2022), que num estudo realizado no Brasil apresentaram valores similares, com os cuidados mais

omitidos a serem a Deambulação 3x por dia ou conforme prescrito 58,3%, Assistir a reuniões interdisciplinares 55,6% e Oferta das refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos 53,1%. A omissão nas discussões multidisciplinares pode afetar a qualidade da assistência prestada ao doente, pois é capaz de suprimir as trocas de informações que poderiam influenciar nas condutas terapêuticas (Lima et al., 2020).

Num estudo de Chegini et al. (2020) o Planeamento da alta e ensino do doente, Apoio emocional ao doente e/ou família e Assistir a reuniões interdisciplinares foram os itens mais frequentemente perdidos pelos enfermeiros no Irão. As razões apontadas que mais contribuíram para CEO foram Recursos humanos, Recursos materiais, e Comunicação, o que também está de acordo com os resultados deste estudo.

A deambulação foi o cuidado de enfermagem mais omitido na maioria dos países em que se realizaram estudos sobre o tema CEO. A omissão no cuidado relacionado com a deambulação leva ao declínio funcional, pode aumentar o período de internamento, o nível de dependência dos utentes, e aumentar o número de complicações relacionadas à imobilidade, tais como o aparecimento de UP.

Kalisch et al. (2011) referiram que a deambulação pode ser vista como um cuidado não prioritário pelos enfermeiros, uma vez que pode ser compartilhado por outros profissionais de saúde, nomeadamente os fisioterapeutas. A omissão do cuidado referente à oferta de alimentos a doentes que se alimentam sozinhos segue o mesmo raciocínio, porque se trata também de um cuidado compartilhado, por vezes delegado nos familiares e técnicos auxiliares de saúde. Deveriam ser cuidados de colaboração e sob supervisão, de forma a garantir o seu cumprimento.

Ao contrário de estudos internacionais (Gurková et al., 2021; Kalisch et al., 2009), o item Banho/cuidados à pele surgiu como um dos cuidados menos omitido ($\bar{X}=4,19$) neste estudo. Pode estar relacionado com as funções atribuídas aos enfermeiros em Portugal, em que os cuidados de higiene e conforto são da responsabilidade do enfermeiro.

A dimensão com mais cuidados omitidos foi Cuidados para a capacitação e autonomia ($\bar{x}=3,17$), por sua vez a Dimensão Cuidados Instrumentais ($\bar{x}=3,91$) obteve o menor valor de CEO. Estes resultados estão de acordo com diversos estudos que mostram que são as intervenções autónomas de enfermagem as mais omitidas, e as atividades menos omissas correspondem a intervenções interdependentes.

Kalisch (2006) refere que as atividades que são demoradas, como a educação do utente, são mais passíveis de serem omitidas. Chaboyer et al. (2021) referem que os itens mais frequentes de CEO são aqueles relacionados às intervenções autónomas do enfermeiro. Iman et al. (2023) salientam que os enfermeiros priorizam as atividades técnicas em detrimento das não clínicas onde apresentam níveis mais elevados de CEO.

Um estudo realizado em Portugal pelo consórcio RN4CAST (Braga et al., 2018), indicou a educação do doente/família e a comunicação com o doente, como os CEO mais frequentes com prevalência de aproximadamente 50%. Isto significava que os utentes que necessitavam desses cuidados, em mais de metade das vezes não foram atendidos. Logo, existe um desacordo com qualquer política de qualidade da saúde que coloque o bem-estar dos utentes como preocupação central.

Smith et al. (2018) referem que as atividades referentes às avaliações clínicas contínuas, tais como a lavagem das mãos, avaliação dos sinais vitais e glicémia capilar, são referidas pelos profissionais como “frequentemente” e “sempre” realizadas, tal como neste estudo.

Aiken (2015) refere que são privilegiadas intervenções interdependentes de enfermagem com prejuízo para as intervenções autónomas de enfermagem que têm um contributo preponderante nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Braga et al. (2018) referem que algumas atividades que podem não ter impacto imediato na saúde dos pacientes são deixadas de lado, embora possam ter impacto em outros indicadores importantes da qualidade em saúde.

Refira-se que a educação para a saúde ao utente e família, contribui para adesão e continuidade dos cuidados, bem como para a redução da probabilidade de reinternamentos (Lima et al, 2022). Em internamento, os Cuidados para a capacitação e autonomia são muitas vezes relegados face aos cuidados imediatos que garantem a sobrevivência do utente, ou então deixadas para último na escala de prioridades, e quase sempre realizados no dia da alta hospitalar. Isto contraria o cuidado centrado no utente. Kitson et al. (2013) referem que o enfermeiro tem o compromisso de comunicar as informações sobre o utente a outro pessoal, prestadores de cuidados relevantes e membros da família. Isso garante a consistência e a continuidade dos cuidados à medida que o paciente se desloca da dependência à independência, nas atividades de autocuidado.

Na 3ª parte da MISSCARE , as razões mais relevantes para a omissão dos cuidados pertenceram às dimensões Dotação de profissionais, Gravidade e fluxo de doentes e Recursos materiais. Estas razões evocadas estão de acordo com Kalisch et al. (2009), ao referirem que as razões mais comuns para a não prestação dos cuidados de enfermagem por completo, são atribuídas aos recursos humanos, materiais e à comunicação. A maioria da literatura internacional também aponta nesse sentido (Albsoul et al., 2019; Chaboyer et al. 2021; Dutra, et al., 2019; Gurková et al, 2021; Iman et al, 2023; Lima, et al.,2022). Evidenciam, sobretudo, a escassez de recursos humanos que os enfermeiros vivenciam diariamente na prestação dos cuidados.

Em resposta ao objetivo específico **Analisar a relação entre o APE e os CEO num hospital central** , realizou-se a correlação de Pearson e a regressão linear para confronto do efeito das variáveis independentes do APE (NWI-R-PT) nas variáveis dependentes dos CEO (MISSCARE). A literatura mostra que existe uma relação entre o fenómeno dos CEO e o APE, uma vez que os cuidados de enfermagem omissos são reduzidos com ambientes favoráveis à prática clínica da enfermagem (Lake et al., 2020).

Comparando a consistência interna das escalas (NWI-R-PT e MISSCARE), apresentaram boa consistência e fiabilidade, com um alfa global de 0,89 e 0,88 respetivamente. Ambas, apresentaram uma dimensão com valores considerados inaceitáveis. Na MISSCARE ($\alpha=0,49$) para a dimensão Razão- Gestão e Organização, e na NWI-R-PT ($\alpha=0,47$) para a dimensão Organização dos Cuidados de Enfermagem. Esse facto poderá dever-se à variabilidade nas respostas obtidas.

Relativamente à correlação de Pearson efetuada, apresentam-se os resultados da análise das dimensões do APE com impacto na MISSCARE.

O **Apoio da Gestão** teve correlação negativa na Eficiência na Alimentação e Medicação sugerindo que o apoio da gestão se relaciona com menor omissão de cuidados na alimentação e medicação. Teve impacto sobre na Razão - Comunicação na Equipa com a correlação positiva, indicando que maior apoio da gestão está associado a uma melhor comunicação na equipe. A Razão-Gestão e Organização apresentou correlação positiva sugerindo que maior apoio da gestão está associado a uma melhor perceção da gestão e organização dos cuidados.

Uma das funções do enfermeiro gestor é fornecer apoio e liderança eficaz aos enfermeiros da sua equipa. Compete ao enfermeiro gestor solicitar os recursos materiais e humanos suficientes para colmatar as falhas.

A **Relação Multidisciplinar** correlacionou-se positivamente com Razão Comunicação na Equipa indicando que uma melhor relação multidisciplinar está associada a uma comunicação mais eficaz na equipe. Falhas de comunicação a vários níveis (passagem de turno, relação médico enfermeiro, outros departamentos ou serviços, falta de apoio dentro da equipa) comprometem a prestação dos cuidados e não permitem uma adequada continuação destes.

Os **Fundamentos de Enfermagem** correlacionaram-se positivamente com Razão Gestão e Organização sugerindo que um maior foco nos fundamentos de enfermagem está associado a uma perceção melhorada da gestão e organização dos cuidados.

As **Dotações seguras** tiveram correlação com Razão Gravidade e Fluxo de Doentes indicando que dotações seguras estão associadas a uma melhor gestão da gravidade e do fluxo de doentes. A Razão-Gestão e Organização dos cuidados de Enfermagem apresentou correlação sugerindo que dotações seguras estão associadas a uma perceção positiva de gestão e organização. A Razão Dotação de Profissionais com correlação positiva indicou que dotações seguras estão fortemente associadas à adequada dotação de enfermeiros e rácios adequados.

A organização e distribuição do trabalho de enfermagem depende das normas e procedimentos de cada serviço, bem como da existência de enfermeiros experientes que possam apoiar enfermeiros mais inexperientes. Exige uma distribuição equitativa dos utentes, tendo em conta os recursos materiais e humanos existentes. Quando as dotações dos enfermeiros são as adequadas, a gravidade e fluxo dos doentes não constitui uma razão para a omissão dos cuidados. Rácios adequados para a prestação dos cuidados melhora a organização dos mesmos, e menos contribui para a omissão.

A **Organização dos Cuidados de Enfermagem** relacionou-se com Razão Comunicação na Equipa positivamente, indicando que uma melhor organização dos cuidados está associada a uma melhor comunicação na equipe. A transmissão adequada de informação permitirá adequada continuidade dos cuidados, com menos razão para a omissão de cuidados.

Realizada a regressão linear, entre as variáveis sociodemográficas e da NWI-R-T sobre a MISSCARE, apresenta-se a análise dos resultados obtidos.

Na literatura foram identificadas variáveis do domínio socioprofissional que estão associadas aos CEO pelo que se analisou o impacto das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, tempo de exercício profissional e tempo no atual serviço) sobre a MISSCARE, através da regressão linear.

A idade e o tempo de exercício profissional com direções opostas de impacto, foram as únicas variáveis significativamente associadas à Satisfação do enfermeiro (MISSCARE). Os resultados sugerem que a experiência de vida ou a maturidade podem contribuir para uma maior satisfação no trabalho, e o desgaste profissional ao longo do tempo, ou insatisfação acumulada com condições de trabalho, levam à insatisfação. Bragadóttir et al. (2020) referiram que a falta dos cuidados de enfermagem está associada a uma menor satisfação no trabalho de enfermagem. Os enfermeiros mais novos tendem a estar menos desencantados com a profissão, e enfermeiros mais velhos parecem ter atingido níveis mais altos de saturação e insatisfação. Os enfermeiros com mais experiência em enfermagem apresentaram menor probabilidade de satisfação, do que aqueles com menos de 2 anos de experiência.

Surgiu também relação estatisticamente significativa entre o Tempo de exercício no atual serviço e a dimensão Razão-Gravidade e fluxo de doentes. A associação negativa sugere que enfermeiros com maior tempo de trabalho no mesmo serviço relatam menos razão para falhas de cuidado relacionadas à gravidade e fluxo de doentes. Essa relação negativa pode refletir uma adaptação ao ambiente ou um melhor entendimento dos processos e fluxos do serviço.

Como já referido anteriormente, o APE apenas apresentou relação estatística significativa com as dimensões da MISSCARE Dimensão Eficiência na alimentação e medicação, Razão - Dimensão Comunicação na equipa, Razão - Dimensão Gravidade e fluxo de doentes e Razão - Dimensão Dotação de profissionais.

Os resultados obtidos forneceram informações sobre como as dimensões do APE (NWI-R-PT) estavam relacionadas com a **Eficiência na alimentação e medicação** (MISSCARE).

O modelo globalmente não alcança significância estatística, no entanto uma variável individual mostra significância estatística. A Eficiência na alimentação e medicação (MISSCARE), foi explicada pela variável independente Apoio da Gestão cujo

valor foi negativo. O coeficiente negativo indicava que uma percepção mais favorável de apoio da gestão estava associada a menor ocorrência de problemas relacionados à eficiência na alimentação e medicação. O Apoio da Gestão foi a única dimensão do APE que se mostrou estatisticamente significativa e inversamente relacionada aos problemas de eficiência. Isso sugere que um ambiente com forte apoio da gestão pode reduzir problemas na administração da alimentação e medicação. Sugere que um maior suporte do enfermeiro gestor se associa a menos omissões.

Os resultados forneceram uma análise da relação entre as dimensões do APE e a Comunicação na equipa (MISSCARE). Verificou-se que as dimensões do APE estão associadas de forma significativa com a **Comunicação na equipa**. O modelo é globalmente significativo R^2 explica 9,1% da variância. No entanto, apenas a Relação Multidisciplinar apresentou uma associação significativa e positiva, indicando que quando as relações multidisciplinares no ambiente da prática de enfermagem são melhores, a comunicação na equipa também tende a ser mais eficaz.

O impacto significativo desta dimensão reforça a importância de promover interações de colaboração integradas entre os profissionais de saúde, para melhorar a comunicação na equipa. De acordo com Smith et al., (2018) é provável que os cuidados sejam omitidos quando a comunicação entre os profissionais de saúde é interrompida, assim terá impacto na capacidade de prestar cuidados e aumentar a ocorrência de cuidados omissos. Desenvolver intervenções baseadas na melhoria da relação multidisciplinar pode ser uma estratégia para abordar falhas da comunicação, com impactos positivos na qualidade e segurança dos cuidados.

Os resultados apresentados avaliaram como as dimensões do APE se relacionaram com a **Razão - Gravidade e fluxo de doentes** (MISSCARE). Cerca de 9,3% da variância na dimensão Razão -Gravidade e Fluxo de Doentes pode ser explicada pelas dimensões do APE, sendo o modelo globalmente significativo. Há associação com duas dimensões estatisticamente significativas.

Fundamentos de Enfermagem com coeficiente negativo indicou que uma percepção mais positiva sobre os fundamentos de enfermagem, estava associada a uma menor influência da Gravidade e fluxo de doentes como razão para a omissão dos cuidados. A relação negativa indicou que um ambiente mais forte em fundamentos de enfermagem pode mitigar os problemas atribuídos à gravidade e fluxo de doentes. A

associação significativa e negativa sugere que promover um ambiente onde os fundamentos da prática de enfermagem (como a autonomia, a qualidade do cuidado e o suporte clínico) são enfatizados, pode reduzir o impacto das necessidades da gravidade e fluxo de doentes na ocorrência da omissão dos cuidados.

Dotações Seguras, o coeficiente positivo sugere que percepção melhor sobre dotações seguras está associado a um maior impacto percebido da Gravidade e fluxo de doentes. A relação positiva sugere que melhores percepções sobre dotações seguras pode aumentar a sensibilidade dos enfermeiros aos impactos da Gravidade e fluxo de doentes. Investigar se as dotações são adequadas às necessidades específicas de cada serviço pode fornecer informações para minimizar esse efeito.

Estudos apontam que baixo nível de pessoal combinado com um aumento inesperado da acuidade dos doentes nas enfermarias foi a causa mais percebida de CEO (Gurková et al., 2021; Zeleníková et al., 2019).

Os resultados obtidos avaliaram como as dimensões APE, estavam relacionadas com a percepção sobre **Razão - Dotação de profissionais** (MISSCARE).

O modelo foi altamente significativo indicando que as dimensões do APE têm uma relação relevante com a variável dependente Dotação de profissionais. Uma dimensão do APE teve influência sobre a percepção da Dotação de profissionais como razão para a omissão dos cuidados.

Dotações Seguras com coeficiente positivo, indicou que percepções melhores sobre dotações seguras estão fortemente associadas a uma maior percepção da dotação de profissionais como razão para a omissão dos cuidados. Foi a única variável preditora significativa no modelo, com um coeficiente positivo forte. Uma percepção mais favorável sobre a adequação das dotações está associada a uma maior sensibilização para questões de dotação de profissionais como motivo para a omissão dos cuidados.

A forte associação entre dotações seguras e a percepção de falhas relacionadas à dotação de profissionais indica a necessidade de reforçar estratégias para garantir níveis adequados de pessoal. Isso pode incluir auditorias regulares da carga de trabalho, ajuste de escalas e alocação de recursos humanos com base nas necessidades dos utentes.

Os resultados reforçam a importância que dotações adequadas têm para melhorar os resultados, e para reduzir percepções negativas que possam impactar na

qualidade dos cuidados. Isto indica que uma dotação segura de pessoal é o fator mais importante para melhorar a perceção sobre a adequação da dotação de profissionais na equipa de enfermagem, o que reforça que a dotação segura é o fator chave para influenciar positivamente a perceção dos enfermeiros.

Hessels et al (2015) referem que a omissão dos cuidados está muito relacionada com a dotação de enfermeiros porque se o número de pessoal de enfermagem não for adequado e proporcional ao número de doentes, os cuidados não serão realizados na sua totalidade. Indicaram que a quantidade de cuidado de enfermagem perdido em hospitais pode ser reduzida em 7,3-13,5% por meio de melhorias no ambiente da prática de enfermagem, à medida que se tenta construir e implementar misturas eficientes de recursos materiais e humanos para dar suporte à prestação de cuidados seguros e sem erros. Alcançar recursos humanos e materiais adequados é uma característica modificável do ambiente de trabalho do enfermeiro que, se melhorada, pode diminuir os cuidados de enfermagem perdidos (Smith et al., 2018).

Todos os intervenientes na carreira de enfermagem devem estar envolvidos na deteção e prevenção dos cuidados omissos, uma vez que as estratégias estabelecidas ao nível superior da gestão influenciam a prática da enfermagem. Logo, as estratégias para minimizar os cuidados omissos devem ser estabelecidas numa abordagem inclusiva de todo o sistema da prestação dos cuidados e ter em conta as características avaliadas como negativas no APE.

5.1. Limitações e sugestões do estudo

Uma das limitações do estudo prende-se com o facto de não se ter realizado cálculo amostral prévio, pelo que os dados obtidos não permitem fazer generalizações, e restringem-se as conclusões à amostra.

O termo Cuidados de enfermagem omissos surgiu como um conceito novo para a maioria dos enfermeiros, provocando alguma dificuldade na compreensão, mesmo com a explicação prévia escrita no questionário.

Por outro lado, a omissão dos cuidados de enfermagem pode ser entendida como pejorativa porque a palavra omissão remete para a não execução de algo, logo não fazer. Pode ser entendido como negligência profissional pelo que não é facilmente discutida

pelos enfermeiros. Sendo este estudo baseado no autorrelato os dados poderão, assim, estar enviesados.

Tal como referido por Kalisch et al. (2009), existe uma dualidade de postura nos profissionais de enfermagem, por um lado reconhecem que existem cuidados omissos, contudo não admitem que os efetuam, advindo desta situação sentimentos de culpa e de impotência face à situação, bem como temor por possíveis represálias dos superiores hierárquicos. Praticamente todos os enfermeiros reagem aos cuidados omissos de uma forma emocional, demonstrando: raiva, tristeza, frustração ou preocupação. Existe entre a maioria, um sentimento de baixa autoestima, por não estar a fornecer cuidados de enfermagem de qualidade.

Com vista à mudança das práticas importa desenvolver mais estudos nesta área, com amostras mais representativas, que utilizem confronto entre diversas fontes de informação, e métodos quantitativos e mistos.

Em futuras investigações será também importante saber o entender o que os utentes pensam e o que valorizam, quais as suas opiniões, para dessa forma ter uma abordagem centrada no utente.

Conclusão

Os estudos apontam que o ambiente em que os enfermeiros trabalham, e as exigências a que a profissão está sujeita, colocam grande pressão nos enfermeiros. Como resultado, os enfermeiros priorizam os cuidados essenciais que precisam prestar aos utentes, o que pode conduzir à omissão dos cuidados, comprometendo a qualidade, a segurança, a satisfação profissional e do utente. Uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, segura e centrada no utente, pressupõe não haver cuidados de enfermagem omissos.

O problema da omissão dos cuidados de enfermagem afeta universalmente todas as instituições de saúde. Os CEO podem servir como um indicador de segurança do utente, do ambiente de prática e da qualidade dos cuidados. Fatores intrapessoais, interpessoais, organizacionais e culturais podem contribuir para CEO. Foi a necessidade de conhecer a realidade do contexto em que trabalha que levou a esta investigação, de forma a identificar quais os CEO objetivados pelos enfermeiros, bem como as razões evocadas para tal, e como o APE se relaciona com estes.

O presente estudo teve por base uma revisão scoping sobre os cuidados de enfermagem omissos em contexto hospitalar, desenvolvida pela investigadora, o que permitiu aprofundar o tema (Apêndice XII). A sua elaboração serviu para orientar e esquematizar o pensamento sobre os cuidados de enfermagem omissos, as consequências e as causas do mesmo.

A amostra apresentou predomínio de enfermeiros do sexo feminino (79,9%), com média de 32,0 anos, 8,7 anos de experiência profissional e 6,1 no atual serviço. A maioria exercia funções de enfermeiro 87,4% (n=159) e 10,4% (n=19) como enfermeiro especialista. Eram maioritariamente enfermeiros dos serviços de medicina interna 52,2% (n=95).

O APE global foi avaliado como favorável ($\bar{x} = 3,17$). Os itens apontados como mais desfavoráveis foram a Remuneração satisfatória ($\bar{x}=1,70$) e Os enfermeiros têm oportunidade de participar nas decisões da política organizacional ($\bar{x} =2,26$), ambos respeitantes à dimensão Desenvolvimento Profissional, que no global obteve a média mais baixa ($\bar{x} =2,49$) desfavorável. O Item mais favorável diz respeito à Flexibilidade na

alteração do horário de trabalho ($\bar{x}=3,91$) e a dimensão com a média mais elevada foi Fundamentos de Enfermagem ($\bar{x}=3,55$).

Os itens dos cuidados mais omitidos foram Assistir a reuniões interdisciplinares ($\bar{x}=2,69$) e Deambulação 3x/dia ($\bar{x}=2,86$). A dimensão com a média global mais baixa foi Cuidados para a capacitação e autonomia ($\bar{x}=3,17$). Os cuidados de enfermagem menos vezes omissos, recaíram sobre Banho/cuidados à pele ($\bar{x}=4,19$), Monitorização da glicémia ($\bar{x}=4,19$) e Cuidados à pele/feridas ($\bar{x}=4,13$), todos pertenciam à dimensão Cuidados Instrumentais que obteve a maior média global ($\bar{x}=3,90$).

A maior razão invocada para CEO foi o Inadequado nº de elementos na equipa ($\bar{x}=1,99$), pertencente à dimensão com a menor média global Dotação de Profissionais ($\bar{x}=2,05$). O Aumento inesperado do nº ou gravidade dos doentes ($\bar{x}=2,00$) e Situações de doentes urgentes ($\bar{x}=2,08$) pertencem à segunda razão global de maior contributo para CEO, a dimensão Gravidade e Fluxo de Doentes ($\bar{x}=2,17$).

No tocante à relação do APE com os CEO surgiram algumas relações estatisticamente significativas na regressão linear efetuada.

A variável dependente Eficiência na alimentação e medicação (MISSCARE), é explicada pela variável independente Apoio da gestão ($\beta=-0,337$; $p=0,009$). A variável dependente Razão - Comunicação na equipa (MISSCARE), é explicada pela variável independente Relação Multidisciplinar ($\beta=0,201$; $p=0,007$). A variável dependente Razão - Gravidade e fluxo de doentes (MISSCARE) é explicada pelas variáveis independentes Fundamentos de Enfermagem ($\beta=-0,333$; $p=0,018$), e Dotações Seguras ($\beta=0,197$; $p=0,016$). A variável dependente Razão - Dotação de profissionais (MISSCARE) é explicada pela variável independente Dotações Seguras ($\beta=0,403$; $p<0,001$).

Concluindo, o Apoio da Gestão é significativamente associado a várias dimensões da MISSCARE, especialmente na eficiência alimentar e medicamentosa, na comunicação na equipa, e na gestão e organização dos cuidados de enfermagem, destacando o seu papel na mitigação das omissões.

A Relação Multidisciplinar mostra uma correlação positiva com a comunicação na equipa, reforçando a importância da colaboração interdisciplinar. Os Fundamentos de Enfermagem e Dotações Seguras estão associados a melhorias na perceção da gestão e organização, mas as Dotações Seguras também têm impacto na adequação da dotação

dos enfermeiros e na gestão da gravidade e fluxo de doentes. A Organização dos Cuidados contribui positivamente para a comunicação na equipe e gestão da mesma.

Os resultados obtidos podem fornecer uma abordagem sistemática para avaliar e entender os fatores que contribuem para o fenómeno dos CEO. E, podem ser utilizados para melhorar as condições do trabalho, na gestão de recursos, na formação profissional continua, ou outras áreas que tenham impacto na prestação dos cuidados de enfermagem. Poderão definir-se estratégias operacionais específicas e domínios de melhoria, de forma a reduzir ou eliminar os CEO.

Os resultados mostram que não devem ser descurados os diferentes componentes do cuidar, independentemente das múltiplas solicitações a que o enfermeiro está sujeito. A relação com os utentes/cuidadores e os cuidados para a capacitação e autonomia do utente, são duas áreas que deverão ser melhoradas pois só desta forma o enfermeiro poderá mostrar a sua autonomia. Também o APE deverá ser melhorado nas áreas apresentadas como menos favoráveis, de forma a contribuir para a redução, ou minimização, dos cuidados de enfermagem omissos.

O enfermeiro gestor terá um papel preponderante ao solicitar os recursos materiais e humanos necessários à prestação efetiva de todos os cuidados, e garantir aos enfermeiros da sua equipa oportunidades de formação continua baseadas nas evidências mais recentes.

Não podemos esquecer que os CEO podem ser um preditor da diminuição da satisfação do utente e do enfermeiro, estão relacionados com o aumento de eventos adversos com conseqüente aumento dos custos económicos em saúde. Isto mostra a necessidade de um esforço consertado, entre enfermeiros na prática, gestores de enfermagem e administração hospitalar, para a obtenção de melhores resultados com cuidados centrados no utente, seguros e de qualidade.

A realização desta investigação se decorresse na presente época teria sido sujeito a algumas alterações, nomeadamente a introdução de mais variáveis sociodemográficas, tais como o turno realizado e o rácio enfermeiro/utente.

Este estudo contribuiu para uma compreensão mais ampla dos cuidados de enfermagem omissos em contexto da hospitalização e qual o impacto do APE nos CEO. Confirmou tendências semelhantes relacionadas à omissão dos cuidados de enfermagem ao nível internacional e nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abere, Y., Ayenew, Y. E., Aytnew, T. M., Erega, B. B., Yirga, G. K., Ewunetu, M., Ayalew, Y. G., Taye, B. T., Zewdu, M. B., Getahun, H. T., Sisay, T. G., Endalamaw, T. M., Gebrie, M. H., Mengesha, A. A., Alemu, B. A., & Belay, B. M. (2024). Magnitude and reasons for missed nursing care among nurses working in South Gondar Zone public hospitals, Amhara regional state, North central Ethiopia: Institution based cross sectional study. *BMC Nursing*, 23, 765. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02438-2>
- Aiken, L. H. (2015). Nursing research and health policy: Strengthening the connection. *Nursing Outlook*, 63(2), 129–130. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.01.001>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2009). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of nursing administration*, 39(7-8 Suppl), S45–S51. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181aeb4cf>
- Aiken, L. H., & Patrician, P. A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: the revised nursing work index. *Nursing research*, 49(3), 146–153. <https://doi.org/10.1097/00006199-200005000-00006>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., ... & Sermeus, W. (2021). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 30(6), 486–494. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011256>
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L., & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Clinical research ed.)*, 344, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>

- Albsoul, R., FitzGerald, G., Finucane, J., & Borkoles, E. (2019). Factors influencing missed nursing care in public hospitals in australia: An exploratory mixed methods study. *International Journal of Health Planning and Management*, 34(4), e1820–e1832. <https://doi.org/10.1002/hpm.2898>
- Alenezi, A. M., Aboshaiqah, A. E., & Baker, O. G. (2020). Workplace characteristics, self-efficacy and missing nursing care in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *International Nursing Review*, 67(2), 248–255. <https://doi.org/10.1111/inr.12573>
- Alonso-Díaz, L., García-González, J., & Martínez-Riera, J. (2022). Nursing care omissions and their relation to electronic health record systems: An integrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2564. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052564>
- Amaral, A. F. S., & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5(2), 66–74. https://www.researchgate.net/publication/289671002_Influencia_do_ambiente_d_a_pratica_nos_resultados_dos_cuidados_de_enfermagem
- Anunciada, S., Benito, P., Gaspar, F., & Lucas, P. (2022). Validation of psychometric properties of the nursing work index-revised scale in portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph19094933>
- Babaei, S., Amini, K., & Ramezani-Badr, F. (2024). Unveiling missed nursing care: A comprehensive examination of neglected responsibilities and practice environment challenges. *BMC Health Services Research*, 24, 977. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11386-1>
- Ball, J. E., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Murrells, T., & Tishelman, C. (2018). A cross-sectional study of ‘care left undone’ on nursing shifts in hospitals across Europe. *BMJ Quality & Safety*, 27(8), 638–646. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006715>

- Buchan, J., Catton, H., & Shaffer, F. A. (2022). *Sustain and retain in 2022 and beyond: The global nursing workforce and the COVID-19 pandemic*. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/system/files/2022-01/Sustain%20and%20Retain%20in%202022%20and%20Beyond%20FINAL.pdf>
- Benito, P. M. (2015). Adaptação e Validação do Nursing Work Index-Revised para o idioma e contexto português. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/16464>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2nd ed). Coimbra: Quarteto.
- Braga, C., Jesus, É., & Araújo, B. (2018). RN4Cast Study in Portugal: Nurses and care left undone. *Journal of Hospital Administration*, 7(2), 58. <https://doi.org/10.5430/jha.v7n2p58>
- Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., & Tryggvadóttir, G. B. (2020). Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1-2), 184-193. <https://doi.org/10.1111/jocn.15080>
- Buchan, J., Catton, H., & Shaffer, F. A. (2022). *Sustain and retain in 2022 and beyond: The global nursing workforce and the COVID-19 pandemic*. International Centre for Nurse Migration / International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/sustain-and-retain-2022-and-beyond>
- Carmo, H. & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia de investigação*. (2nd ed.). Universidade Aberta.
- Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B. O., & Grealish, L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 37(2), 82-91. <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>

- Chegini, Z., Jafari-Koshki, T., Kheiri, M., Behforoz, A., Aliyari, S., Mitra, U., & Islam, S. M. S. (2020). Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2205–2215. <https://doi.org/10.1111/jonm.13055>
- Chen, J., Ramalhal, T., & Lucas, P. (2019). Ambiente de prática de enfermagem e a satisfação dos enfermeiros em contexto hospitalar: uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 23(2):29–42. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v23i2.161>
- Chiappinotto, S., & Palese, A. (2022). Unfinished nursing care reasons as perceived by nurses at different levels of nursing services: Findings of a qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 3393–3405. <https://doi.org/10.1111/jonm.1380>
- Decreto-Lei nº71/2019 (2019). Altera o regime da carreira especial de enfermagem, bem como o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde. *Diário da República*, I Série (Nº101 de 27-05-2019), 2626 – 2642. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República*, II Série (Nº 187 de 24-09-2021), 96-103. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/93902021-171891094>
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Qualidade na saúde e segurança dos doentes*. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/politica-da-qualidade-do-dqs.aspx>
- Donabedian A. (1988). *The quality of care. How can it be assessed?*. *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Dubois, C. A., D'amour, D., Tchouaket, E., Clarke, S., Rivard, M., & Blais, R. (2013). Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization

- at unit level in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 25 (2), 110–117. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt019>
- Dutra, C. K. D. R., Salles, B. G., & Guirardello, E. de B. (2019). Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 53, e03470. <https://doi.org/10.1590/S1980220X2017050203470>
- Dutra, C. K. D. R., & Guirardello, E. B. (2021). Nurse work environment and its impact on reasons for missed care, safety climate, and job satisfaction: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(5), 2398–2406. <https://doi.org/10.1111/jan.14764>
- Edfeldt, K., Nyholm, L., Jangland, E., Gunnarsson, A.-K., Fröjd, C., & Hauffman, A. (2024). Missed nursing care in surgical care – a hazard to patient safety: A quantitative study within the inCHARGE programme. *BMC Nursing*, 23, 233. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01877-1>
- Godinho, N. (2023). *Manual para elaboração de trabalhos académicos e referenciação da escola superior de enfermagem de lisboa*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://www.esel.pt/node/6920>.
- Gray, J. R., Emeritus, P., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2020). Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. (9nd ed.). *Elsevier*. <https://elsevier.com/books/burns-and-groves-the-practice-of-nursing-research/gray/978-0-323-67317-4>
- Gray, J., Phillips, V. L., & Smith, T. (2020). The role of nurse managers in supporting evidence-based practice: A literature review. *Nursing Management*, 27(6), 22–29. <https://doi.org/10.7748/nm.2020.e1931>
- Griffiths, P., Maruotti, A., Recio Saucedo, A., Redfern, O. C., Ball, J. E., Briggs, J., Dall'Ora, C., Schmidt, P. E., & Smith, G. B. (2019). Nurse staffing, nursing assistants and

- hospital mortality: Retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Quality and Safety*, 28(8), 609–617. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008043>
- Gurková, E., Bartoníčková, D., & Mikšová, Z. (2021). Nursing work environment and unfinished nursing care in hospital settings – a scoping review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 12(3), 470-485. <http://dx.doi.org/10.15452/cejnm.2021.12.0015>
- Haftu, M., Girmay, A., Gebremeskel, M., Aregawi, G., Gebregziabher, D., & Robles, C. (2019). Commonly missed nursing cares in the obstetrics and gynecologic wards of tigray general hospitals; northern ethiopia. *PloS One*, 14(12), e0225814. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225814>
- Hessels, A. J., Flynn, L., Cimiotti, J. P., Cadmus, E., & Gershon, R. R. (2015). The Impact of the nursing practice environment on missed nursing care. *Clinical nursing studies*, 3(4), 60–65. <https://doi.org/10.5430/cns.v3n4p60>
- Imam, A., Obiesie, S., Gathara, D., Aluvaala, J., Maina, M., & English, M. (2023). Missed nursing care in acute care hospital settings in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Human Resources for Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00807-7>
- 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
- Jones, A., Smith, B., & Taylor, C. (2021). Patient safety and incident reporting: A systems approach to reducing harm. *Journal of Healthcare Quality*, 43(2), 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.jhq.2021.01.005>
- Joseph, B., Baldo, T., & Nelson, A. (2022). Nurse staffing and quality of care in critical care settings: A review. *Journal of Critical Care Nursing*, 39(2), 114–121. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000830>

- Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306–13. <https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006>
- Kalisch, B. J., Tschannen, D., Lee, K. H., & Friese, C. R. (2009). Hospital variation in missed nursing care. *American Journal of Medical Quality*, 24(6), 395–402. <https://doi.org/10.1177/1062860609346342>
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2011). 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. J. (2016). Errors of omission: How missed nursing care imperils patients. *Journal of Nursing Regulation*, 7(3), 64. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(16\)31094-7](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(16)31094-7)
- Kalisch, B. J., Xie, B., & Ronis, D. L. (2019). Predicting nursing care left undone using a nurse staffing model. *Health Services Research*, 54(1), 178–186. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13066>
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L. & Lyons, R. (2013). Reclaiming and redefining the fundamentals of care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs. *School of Nursing, the University of Adelaide*. www.health.adelaide.edu.au/nursing
- Kitson, A., Conroy, T., Wengström, Y., Profetto-McGrath, J., & Robertson-Malt, S. (2019). Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 152–160. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.016>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine. *National Academies Press* (US). <https://doi.org/10.17226/9728>
- Labrague, L. J., & Cayaban, A. R. (2023). Health care quality in the 21st century: A multidimensional approach to patient-centered care. *Journal of Nursing Management*, 31(2), 123–130. <https://doi.org/10.1111/jonm.13789>

- Lake E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in nursing & health*, 25(3), 176–188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Lake, E. T., Riman, K. A., & Sloane, D. M. (2020). Improved work environments and staffing lead to less missed nursing care: A panel study. *Journal of nursing management*, 28(8), 2157–2165. <https://doi.org/10.1111/jonm.12970>
- Lake, E. T., Sanders, J., Duan, R., Riman, K. A., Schoenauer, K. M., Chen, Y., & Aiken, L. H. (2021). A meta-analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and 4 sets of outcomes. *Medical Care*, 59(7), 679–685. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001548>
- Lei n.º 58/2019 (2019). Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. *Diário da República*, I Série (N.º 151 de 08-08-2019), 3 – 40. ELI: <https://files.dre.pt/1s/2019/08/15100/0000300040.pdf>
- Lei n.º 95/2019, de 04 de Setembro. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. *Diário da República*, I Série (N.º 169 de 04-09-2019), 55-69. ELI: https://www.iasaude.pt/attachments/article/6312/lei_95_2019_bases_saude.pdf
- Lima, M. B., Moura, E. C., Peres, A. M., Nascimento, L. R., Siqueira, R. M., & Costa, J. P. (2022). Cuidados de enfermagem omissos na perceção da equipa: Uma análise das razões. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21057. <https://doi.org/10.12707/RV21057>
- Loureiro, A. R. S. (2020). *Cuidados de enfermagem omissos e fatores relacionados*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].

Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
<http://web.esenfc.pt/?url=MSakpsHf>

- Lucero, R. J., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2020). Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1–2), 101–110.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15000>
- Luciano, R., Moraes, J. T., Silva, L. F., & Cunha, S. M. (2019). Ambiente de trabalho e cuidados de enfermagem omissos: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1078–1084. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0589>
- Mills, S. L., & Duddle, M. (2022). Missed nursing care in australia: Exploring the contributing factors. *Collegian*, 29(1), 125–135.
<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.07.002>
- Morley, G., Ives, J., Bradbury, A., & Irvine, F. (2020). What is ‘moral distress’ in nursing? A feminist empirical bioethics study. *Nursing Ethics*, 27(5), 1290–1304.
<https://doi.org/10.1177/0969733019874491>
- Moura, E. C. C., Lima, M. B., Peres, A. M., Lopez, V., Batista, M. E. M., & Braga, F. C. S. A. G. (2020). Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2103–2112. <https://doi.org/10.1111/jonm.12846>
- Nascimento, D. S., & Jesus, É. O. (2024). Ambiente de trabalho em enfermagem e qualidade dos cuidados: Uma revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 32, 45–54.
<https://doi.org/10.5892/rpesm.2024.32.45>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Código deontológico dos enfermeiros*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Anuário Estatístico. Ordem dos Enfermeiros*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio: Estabelece o regime da carreira especial de enfermagem*. Diário da República.
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/71-2019-122312854>
- Ordem dos enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *State of the World's Nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. Geneva: World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Quality of care: Key components and tools for measurement and improvement*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015257>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD indicators. Organisation for Economic Co-operation and Development*. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Paiva-Santos, F. M., Neves, T. M., Ventura, F. I., Tavares, J. P., & Amaral, A. F. (2022). A influência do ambiente de prática de enfermagem nos cuidados omisso e na individualização dos cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e22003.
<https://doi.org/10.12707/RVI22003>
- Pan, S.-P., & Lin, C.-F. (2021). Organizational communication and missed nursing care in oncology wards: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 9(6), 2750–2760.
<https://doi.org/10.1002/nop2.990>

Porto Editora – Omissão no dicionário infopédia da língua portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora. [consult. 2024-04-17 12:53:19]. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/omissao>

Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D. M., & Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the swiss extension of the international hospital outcomes study. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), 227–237. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn017>

Senek, M., Robertson, S., Ryan, T., Sworn, K., King, R., Wood, E., & Rafferty, A. M. (2020). Nursing care left undone in English National Health Service hospitals: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(10), e036921. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036921>

Silva, R. S., Padilha, K. G., & Peterlini, M. A. S. (2020). Patient safety climate and missed nursing care in intensive care units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3340. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3780.3340>

Smith, J. G., Morin, K. H., Wallace, L. E., & Lake, E. T. (2018). Association of the nurse work environment, collective efficacy, and missed care. *Western Journal of Nursing Research*, 40(6), 779–798. <https://doi.org/10.1177/0193945917734159>

Sochalski, J. (2004). Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Medical Care* 42(2), 67-73. https://journals.lww.com/lwwmedicalcare/abstract/2004/02001/is_more_better_the_relationship_between_nurse.9.aspx

Sociedade Portuguesa de Qualidade em Saúde (SPQS). (2022). A prática centrada na pessoa: da idiossincrasia do cuidar à inovação em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(10), e00278121. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00278121>

Sworn, K., & Booth, A. (2020). A systematic review of the impact of 'missed care' in primary, community and nursing home settings. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1805–1829. <https://doi.org/10.1111/jonm.12969>

Taskiran, B., Baykal, Ü., & Arslan, H. (2022). Reducing missed nursing care through strategic administrative interventions: A narrative review. *Journal of Hospital Administration*, 11(1), 22–29. <https://doi.org/10.5430/jha.v11n1p22>

Zeleníková, R., Gurková, E., Friganovic, A., Uchmanowicz, I., Jarošová, D., Žiaková, K., Plevová, I., & Papastavrou, E. (2020). Unfinished nursing care in four central european countries. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1888–1900. <https://doi.org/10.1111/jonm.12896>