

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Cuidados de enfermagem omissos num contexto hospitalar português: perceção dos enfermeiros sobre estratégias minimizadoras

Missed nursing care in a Portuguese hospital: nurses' perceptions of minimizing strategies

Cuidados de enfermagem omitidos en un entorno hospitalario portugués: percepción de los enfermeros sobre estrategias minimizadoras

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

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

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

Resumo

Enquadramento: Os cuidados de enfermagem omissos (CEO) são uma problemática existente nos contextos da prática clínica. O conhecimento contextual das razões subjacentes a esta problemática convida os gestores a implementar diretrizes minimizadoras de CEO, redesenhando as práticas dos enfermeiros.

Objetivos: Identificar estratégias percecionadas pelos enfermeiros de um hospital de oncologia como minimizadoras de CEO.

Metodologia: Estudo exploratório, descritivo, transversal de natureza qualitativa assente em pressupostos do estudo caso. Amostra de meio, constituída por 10 enfermeiros das especialidades médicas de um hospital oncológico, com aplicação de entrevista semiestruturada, entre setembro e outubro de 2018. Obtido consentimento informado dos participantes.

Resultados: Os participantes identificaram como ferramentas passíveis de minimizar os CEO e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem a Conscientização do erro, a Formação, a Comunicação, a Adequação de recursos e a Mudança da cultura organizacional.

Conclusão: Os CEO comprometem a qualidade do atendimento e aumentam a vulnerabilidade dos doentes. A adoção das estratégias identificadas poderá constituir uma mais-valia para a organização estudada e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem omissos; segurança do doente; oncologia; estratégias; melhoria contínua da qualidade

Abstract

Background: Missed nursing care (MNC) is a problematic issue in clinical settings. The contextual knowledge of the reasons underlying it calls for managers to implement guidelines for minimizing MNC and redesigning nurses' practices.

Objectives: To identify strategies perceived by the nurses in an oncology hospital to minimize MNC.

Methodology: Exploratory, descriptive, cross-sectional study with a qualitative approach based on case study assumptions. Environmental sample composed of 10 nurses from the medical specialties of an oncology hospital. Semi-structured interviews were applied from September to October 2018. All participants gave their informed consent.

Results: Nurses identified the following strategies to minimize MNC and improve the quality of nursing care: Error awareness, Training, Communication, Adequacy of resources, and Change in the organizational culture.

Conclusion: MNC compromises the quality of care and increase patient vulnerability. Adopting the identified strategies can benefit the organization studied and improve the quality of care.

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

Resumen

Marco contextual: Los cuidados de enfermería omitidos (CEO) son una problemática que se da en los contextos de la práctica clínica. El conocimiento contextual de las razones que subyacen a esta problemática invita a los gestores a implementar directrices minimizadoras de CEO, mediante el rediseño de las prácticas de los enfermeros.

Objetivos: Identificar estrategias percibidas por los enfermeros de un hospital de oncología como minimizadoras de CEO.

Metodología: Estudio exploratorio, descriptivo, transversal, de naturaleza cualitativa basado en los presupuestos del estudio de caso. Muestra de medio constituida por 10 enfermeros de las especialidades médicas de un hospital oncológico, se aplicó la entrevista semiestructurada entre septiembre y octubre de 2018. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes.

Resultados: Los participantes identificaron como herramientas capaces de minimizar los CEO y mejorar la calidad de los cuidados de enfermería la Conciencia del error, la Formación, la Comunicación, la Adecuación de recursos y el Cambio de la cultura organizativa.

Conclusión: Los CEO comprometen la calidad de la atención y aumentan la vulnerabilidad de los pacientes. La adopción de las estrategias identificadas podrá constituir un valor añadido para la organización estudiada y mejorar la calidad de la atención prestada.

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

Autor de correspondência

Ivo Cristiano Soares Paiva

E-mail: ivopaiva3@esenfc.pt

Recebido: 01.09.20

Aceite: 28.01.21



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

FCT
Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia

Como citar este artigo: Paiva, I. C., Amaral, A. F., & Moreira, I. M. (2021). Cuidados de enfermagem omissos num contexto hospitalar português: perceção dos enfermeiros sobre estratégias minimizadoras. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20146. <https://doi.org/10.12707/RV20146>



Introdução

A qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança do doente são uma obrigação ética, porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis no doente, no enfermeiro e nas organizações (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Nos ambientes da prática de enfermagem em que se procura a excelência do exercício profissional dos enfermeiros, torna-se importante identificar barreiras que condicionam a obtenção dos melhores resultados para que se otimizem os processos dos sistemas de saúde. É, assim, tão importante identificar quais as estratégias que podem ser adotadas para limitar a ocorrência dos cuidados de enfermagem omissos (CEO) quanto avaliar a sua incidência ou analisar as razões que estão subjacentes à omissão dos cuidados de enfermagem (Recio-Saucedo et al., 2018).

Esta investigação tem como objetivo identificar as estratégias minimizadoras dos CEO percebidas pelos enfermeiros de um hospital de oncologia, com o propósito de mitigar o fenómeno no contexto estudado.

Enquadramento

A qualidade em saúde é um conceito dinâmico, motivo pelo que se torna importante avaliar a perceção da qualidade junto dos profissionais para melhor direcionar as estratégias da organização. Assim, será possível tornar o exercício da prática de cuidados mais compatível com o contexto e os objetivos das instituições, de forma a atender melhor às necessidades dos doentes (Ribeiro et al., 2017).

A estratégia prioritária definida para a qualidade é a segurança do doente, que consiste em tornar os cuidados mais seguros, reduzindo os danos causados na prestação de cuidados e garantindo que cada pessoa e família são envolvidas como parceiras nos cuidados (Agency for Healthcare Research and Quality, 2016).

Os enfermeiros são, habitualmente, incapazes de completar os cuidados planeados e, embora necessários, são cuidados omitidos ou atrasados da prática diária do enfermeiro - originando CEO e deixando os doentes mais vulneráveis (Kalisch et al., 2009).

No estudo desenvolvido por Paiva (2019), emergiram cinco razões para a ocorrência de CEO, sendo elas relacionadas com o enfermeiro, como a negligência/desvalorização, o dolo e as crenças e com a organização, como a escassez de recursos e a cultura organizacional.

A gestão da qualidade dos cuidados pressupõe a adoção de programas capazes de comprovar um padrão de excelência assistencial, a partir da melhoria contínua do contexto e, neste sentido, as estratégias percebidas como minimizadoras dos CEO permitem que os papéis, responsabilidades e trabalho dos enfermeiros sejam reestruturados para garantir que a totalidade dos cuidados é executada e que a qualidade dos cuidados é melhorada (Kalisch et al., 2009).

Questão de Investigação

Quais as estratégias minimizadoras de cuidados de enfermagem omissos percebidas pelos enfermeiros de um hospital de oncologia?

Metodologia

Estudo exploratório, descritivo e transversal de natureza qualitativa assente em pressupostos do estudo de caso.

A população-alvo integrou enfermeiros que exerciam a sua atividade profissional nas unidades de internamento de especialidades médicas, há mais de 1 ano, de uma instituição de saúde de oncologia. A técnica de amostragem utilizada foi a amostra de meio, constituída por 10 enfermeiros, selecionada intencionalmente pela maior acessibilidade ao investigador tendo previamente sido obtido o consentimento informado.

Foram elaborados um questionário de autorresposta para caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes e um guião de entrevista semiestruturada para exploração do objeto de estudo.

A recolha de dados realizou-se de 5 de setembro a 9 de outubro de 2018, foi interrompida pela saturação da informação obtida. As entrevistas tiveram uma duração média de 50 minutos.

Após a realização de cada entrevista, os dados gravados em áudio foram transcritos e analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin e os dados constantes do questionário foram tratados através de análise estatística descritiva.

Foram assegurados os princípios éticos inerentes à natureza desta investigação e assegurada a destruição do material obtido durante a colheita e exploração dos dados. Obteve parecer favorável da comissão de investigação e ética da unidade de saúde em estudo (Parecer n.º: TI 12/2020).

Resultados

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

O tempo médio de exercício profissional foi de 14,9 anos ($DP = 6,03$), com mínimo e máximo de 4 e 23 anos, respetivamente e os participantes exerciam funções nos serviços estudados há 11,9 anos ($DP = 5,5$) com mínimo e máximo de 2 e 17 anos, respetivamente. Todos os participantes exerciam a sua atividade por turnos e 70% revelaram trabalhar, em média, mais 5 horas semanais relativamente às horas contratualizadas; 20% têm um mestrado e 20% dos enfermeiros reportaram deter o título de enfermeiro especialista, atribuído pela Ordem dos Enfermeiros.

Da análise de conteúdo dos dados recolhidos obtive-se como estratégias para a minimização de CEO a Conscientização do erro, a Formação, a Comunicação,



a Adequação de recursos e a Mudança da cultura organizacional.

Conscientização do erro

A Conscientização do erro surge como estratégia para minimizar a problemática aos níveis individual, na medida em que cada profissional não tem “noção da gravidade dos CEO” (E1) e institucional, onde a instituição deveria “dar relevo a cuidados de enfermagem potencialmente omissos e estudar cada causa” (E8).

Para os participantes, “sem consciência dos atos e das suas consequências, não vale a pena!” (E3) procurar mitigar a problemática e aludem a reflexão sobre os CEO como a tomada consciência para posterior melhoria das suas práticas: “A melhor estratégia passa pela conscientização: sabermos o que não fazemos e quais as consequências dos nossos atos (ou a falta deles). O que podemos e como devemos melhorar” (E2). Contudo, os enfermeiros entrevistados referem que a sobrecarga de trabalho a que estão sujeitos lhes causa “falta de tempo para refletir sobre os cuidados” (E6), embora reconheçam que é a desculpa usada habitualmente para justificar a existência de CEO, admitindo, no entanto que não é só por falta de tempo que eles existem: “é um fator determinante na existência dos CEO mas não é só...” (E10).

Para alguns entrevistados, é importante que a não efetivação de determinado cuidado seja assumida e documentada com a razão subjacente, por forma a “transpor a barreira do ignorar” (E5), sendo o cuidado omissivo intencional e não por ignorância ou dolo.

“É importante refletir sobre as práticas e assumir que se fez ou não determinado cuidado . . . mas sabias que tinhas de o fazer” (E5).

A conscientização do erro e da omissão de cuidados na área autónoma do enfermeiro foi a mais referida pelos participantes e esse processo de conscientização poderá levá-los a “atribuir novamente importância às ações autónomas” (E6, E9). A “iniciativa e motivação” (E3) de cada enfermeiro seriam as melhores ferramentas para a promoção da conscientização e conseqüente mudança comportamental.

Os enfermeiros reportam também a conscientização do erro a nível institucional que poderia ser corrigido através da adequação de programas formativos às necessidades das equipas de enfermagem e demais profissionais, uma vez que “a instituição, no global, dá formação, mas não aponta as necessidades das equipas” (E5, E6).

Também a este nível é identificada a necessidade de a instituição “procurar estratégias que permitissem aos profissionais falarem e apoiarem-se entre si” (E3, E6, E9, E7; E10) pois as situações complexas que estes gerem diariamente podem contribuir para a existência de CEO e, em associação, disponibilizar adequadamente “sistemas de segurança para proteção do colaborador (por exemplo a Saúde Ocupacional)” (E8).

Formação

A Formação é identificada como a melhor estratégia para “despertar mentalidades” (E10) e “capacitar as pessoas”

(E6), quer se trate da formação autodirigida, formação em serviço para enfermeiros e outros profissionais da instituição, bem como para o cuidador informal.

O conhecimento que cada enfermeiro tem sobre si, e do contexto em que exercem a sua atividade, bem como as necessidades sentidas, são razões que os levam a procurar formação específica, “que muitos de nós não têm” (E3, E10) com o propósito de terem conhecimentos e os poderem transferir para a prática: “Eu procuro formação para trazer algo mais para beneficiar de quem cuido” (E5).

Para os entrevistados, a formação adquirida com benefícios para o serviço é a melhor forma de atualizar conhecimentos e mudar práticas clínicas e, caso os enfermeiros sejam dispensados oficialmente pela instituição, deviam ser responsabilizados a apresentar as conclusões aos seus pares para que possam surgir “no serviço as mudanças, com algo de novo para a equipa. . .” (E3, E8, E9).

Também a existência de CEO e a conscientização destes podem ser, por si, o fator desencadeante da procura de formação uma vez que “os enfermeiros devem ter formação específica na área, mediante a incidência dos CEO” (E2).

A formação em serviço devia sofrer a influência do enfermeiro gestor como elemento dinamizador, “deveria ser o promotor das formações” (E1), onde as ações formativas deviam ser promovidas por diferentes elementos da equipa. Este aspeto é promotor da motivação profissional, na medida em que permite “refletir sobre a sua prática” (E1, E6) e ocorrer com alguma periodicidade, “mais regulares e com disponibilidade para que todos tenham acesso. . . [a formação deveria ser] sucinta e mais resumida, as pessoas acabam por receber mais a informação e retê-la” (E7, E8).

São reportados o “Journal Club” (E5), “o role play ou o centro de escuta” (E6) como estratégias a adotar para motivar os enfermeiros a participarem na formação e a analisarem construtiva e criticamente a sua prática clínica.

Os temas poderiam englobar desde “pequenas atualizações” (E7) até à capacitação dos profissionais para a manipulação de novos dispositivos médicos, adequando a oferta formativa às necessidades identificadas: “Formação com materiais específicos (do tipo de dispositivo, como se manipula, que tipo de cuidados aquele dispositivo deve sofrer) ou relativamente à linguagem CIPE. . . Existe lacunas de entendimento” (E6, E7, E8).

A formação deveria integrar também os profissionais médicos, trabalhando a forma de “prescrever corretamente” (E8) e os assistentes operacionais, que “carecem de formação adequada e suficiente” (E9). “Talvez fossem alertados para determinadas atitudes e mudassem alguns comportamentos” (E8, E9): “O sistema tem prescrita terapêutica às 4 horas da madrugada, por defeito, como lactuloses ou nistatina; é um erro de prescrição que poderia ser colmatado, pela discussão da situação dos doentes” (E8).

Também o cuidador informal do doente internado deve ser alvo de formação para que se possa reduzir a possibilidade da ocorrência de cuidados omissos no domicílio:

“É premente a coresponsabilização da família . . . e até é bom . . . porque é uma possibilidade de integração no processo terapêutico e até reduzir a possibilidade de omissão de cuidados” (E5).

A este nível, salientam ainda que se “investirmos na formação do familiar, . . . permitimos que este tenha uma outra relação com o doente e redefinimos o nosso tempo útil [durante o internamento] para outras atividades” (E5).

Comunicação

A Comunicação surge como uma categoria enquanto estratégia englobando a comunicação entre pares e entre enfermeiros e os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

No que concerne à comunicação entre pares, os enfermeiros entrevistados realçam o momento da passagem de turno como um momento em que “demoramos muito tempo por falta de método” (E5, E6) e onde “pode não haver continuidade [dos cuidados] quando não são transmitidos” (E8). No entendimento dos participantes, “poderia haver um documento global onde passaríamos a informação” (E5, E6).

Para os enfermeiros entrevistados, a “incapacidade de pedir ajuda e de trabalhar em equipa” (E6) poderia ser minimizada se se criassem momentos que permitissem a análise de incidentes críticos como “oportunidades de crescimento conjunto” (E3).

Para a amostra, a comunicação dos resultados e indicadores de qualidade são assumidos pelos enfermeiros como reforço à motivação profissional, “é importante haver o feedback das nossas intervenções” (E4) em “momentos próprios, criados pelo chefe e em equipa, abordar os aspetos menos positivos e tentar melhorar” (E6): “O serviço devia funcionar por indicadores: x dias sem úlceras de pressão, sem quedas, sem infeções urinárias... Ou quantos doentes entraram com ‘ajuda total’ e saíram ‘independentes’. . . Tudo isto são dados que fazia bem serem partilhados.” (E4).

Assim, os enfermeiros reiteram a necessidade de “um líder forte e que tenha o potencial de motivar a equipa e de nos fazer sentir bem com aquilo que fazemos (E4)”, uma vez que “a liderança numa equipa é fundamental” (E4). Os enfermeiros gestores deveriam ser alvo de rotação entre os serviços, pois “podia ser que surgissem pessoas novas com ar fresco, com novidades” (E9). “Saber ouvir, aceitar críticas e sugestões” (E10) são habilidades que o enfermeiro gestor deve possuir: “Se tiveres um chefe mais democrático, com estilo de liderança mais humanista, que saiba fazer o reconhecimento dos seus pares, é claro que ajuda.” (E7).

Os participantes sugerem ainda a existência de um enfermeiro afeto à coordenação de cuidados que poderia prestar “apoio burocrático em circunstâncias como a admissão do doente, orientar exames ou transferências” (E8) e permitiria “evitar interrupções na prestação de cuidados” (E8) e “melhorar a predisposição dos enfermeiros para a prática de cuidados dado que facilita a gestão de prioridades” (E7).

Também a comunicação entre as equipas de enferma-

gem e médica é fundamental para assegurar a prestação de cuidados eficazes e eficientes. Os enfermeiros relatam a necessidade de “remarem todos para o mesmo objetivo” (E1, E9). A realização de “reuniões de serviço com resultados a transmitir à equipa” (E1) e “o trabalho conjunto entre todos os profissionais” (E8, E10) seriam opções úteis a implementar.

Adequação de recursos

A Adequação de recursos afigura-se como uma categoria a considerar enquanto estratégia minimizadora de CEO, englobando recursos materiais que deveriam ser corretamente ativados, já que existem, mas “quem tem que os ativar, não os ativa” (E4), e os recursos humanos melhor alocados, pois assim “podíamos coordenar melhor os recursos profissionais que temos” (E3). Na ótica dos enfermeiros, atualmente “a falta de recursos humanos devia ser colmatada” (E4), estabelecendo-se as dotações seguras “de enfermeiros e de assistentes operacionais” (E1, E3, E4, E5, E6, E7), mas também de enfermeiros especialistas enquanto mais-valia para as equipas, pois constituiriam elementos de referência no apoio a “outros colegas que não têm essa formação” (E6) e canalizados para a prestação de cuidados da sua área de intervenção, uma vez que “têm competências para isso, existem no serviço e deviam ser valorizados” (E8, E10). Para os enfermeiros entrevistados, a adequada dotação de recursos conduziria à diminuição da sobrecarga de trabalho e “os CEO seriam minimizados” (E1, E2, E4, E6, E9).

Também é reportada, pelos enfermeiros entrevistados, a necessidade de contratar “mais psicólogos” (E5, E10), “afetos a 100% a cada serviço” (E9) e de dotar o serviço de saúde ocupacional de elementos suficientes para responder às necessidades dos colaboradores, pois há enfermeiros “há três meses à espera para a médica ver um exame” (E10).

A necessidade de suprimir a escassez de recursos materiais é ainda abordada na medida em que “se tivermos número e qualidade de equipamento para que possamos fazer as coisas com a dedicação necessária” (E4, E7, E9). Assim, a aquisição de “equipamentos adaptativos para os cuidados de higiene como cadeiras sanitárias, transferes horizontais, equipamentos para lavar a cabeça do doente no leito” (E1, E4, E9, E10), “mais esfigmomanómetros” (E10), “colchões de pressão alterna ou equipamento antiderrapante” (E9), “computadores e a última versão do programa de registo” (E7, E8, E9) são reportados como necessários para a prática clínica.

Relativamente ao material informático, os participantes reiteram ainda a necessidade de “haver um computador por enfermeiro no turno da manhã . . . porque só há 3 computadores na sala de enfermagem” (E9) ou de “cada profissional trazer um pequeno tablet no bolso” (E5).

A respeito da falta de condições estruturais, “termos salas privadas, gabinetes de acolhimento ou enfermarias mais pequenas que nos permitam ter espaços com privacidade para falar com o doente” (E6), “adaptar os quartos de banho à tipologia dos doentes” (E10) ou construir “outra sala de banhos, por exemplo” (E10) emergiram

como soluções passíveis de adoção.

Mudança da cultura organizacional

A Mudança da cultura organizacional surge como um fator a considerar na minimização dos CEO, mas posteriormente à conscientização do erro ao nível organizacional, após a instituição “aceitar que eles existem e falar abertamente sobre eles [CEO]” (E6) e “identificar os CEO e procurar minimizá-los” (E5). Só depois deste reconhecimento será possível a reestruturação dos serviços de enfermagem.

Para os participantes, a mudança da cultura organizacional passa por uma “gestão mais humanizada e preocupada com a pessoa, o colaborador” (E7).

Os enfermeiros reiteram a necessidade de padronizar a prestação de cuidados para que “os cuidados que efetuamos aos doentes sejam realizados, por todos os profissionais (E2)” seguindo os mesmos princípios, “a existência de protocolos definidos, escritos” (E5) evitando o livre arbítrio e implementados “depois de discussões públicas no serviço, fruto da reunião de pontos fortes” (E6).

Os protocolos devem ser abrangentes, contemplando desde cuidados relativos aos “dispositivos médicos e manipulações associadas” (E6), “de como proceder relativamente à família e ao doente” (E5), às tarefas delegadas, “para estar especificado como é que se faz” (E5), para assegurarem uma prestação de cuidados segura.

Os participantes defendem a criação da figura do profissional gestor de caso responsável por garantir o cumprimento de “um plano global, multidisciplinar, de cuidados que englobe as várias dimensões dos cuidados ao doente e família e depois ser reavaliado ou alterado” (E5) mediante as respostas da pessoa ao plano instituído.

Enquanto estratégia de melhoria da cultura organizacional, os enfermeiros identificam a necessidade de reformular o sistema de auditoria. Segundo eles, a “auditoria é entendida como retaliadora” (E5) e o “sistema de auditoria serve simplesmente para reprovar o que não fizeste bem” (E4) e devia centrar-se numa perspetiva construtiva no sentido da promoção da qualidade dos cuidados. A realização da auditoria “deveria ser realizado num turno inteiro” (E5), uma vez que os auditores ao consultarem o processo de enfermagem informático, podem obter falsas não-conformidades, uma vez que o enfermeiro tomará conhecimento delas “a partir das duas ou três da tarde [aquando da documentação dos cuidados, e sem o auditor presente]” (E5).

Para os enfermeiros entrevistados, a auditoria ao ter como propósito “avaliar o resultado e não o processo” (E1), não tem a possibilidade de avaliar os CEO que podem ocorrer durante a prestação de cuidados e que não são traduzidos no sistema de documentação, pelo que creem que seria importante que o auditor “acompanhasse o enfermeiro pois veria muitas falhas que não se traduzem no sistema de registo” (E1): “A forma como os cuidados são prestados. . . atividades de processo é onde [os auditores] deveriam de estar centrados desde sempre” (E6).

Contrariamente, há enfermeiros que referem que “fazer a avaliação do processo dos cuidados pode conduzir à

desconsideração do doente” (E7).

As “auditorias deviam de ser monitorizadas (E10)” com transmissão dos resultados aos enfermeiros auditados, com o propósito da “reflexão sobre os cuidados e a motivação” (E5), garantindo a adequação das estratégias do serviço às necessidades organizacionais.

Também a “função de auditor devia de ser reformulada” (E6) para uma função de facilitador da reflexão, para numa “atitude proativa, explicar o que vai fazer e deixá-lo [ao enfermeiro auditado] à-vontade” (E6). O enfermeiro-gestor também deveria ter uma visão positiva com o propósito da melhoria contínua dos cuidados: “o chefe de equipa devia de ver as auditorias como algo positivo e não punitivo e informar [a equipa] das não-conformidades” (E4, E5, E6).

Os enfermeiros reportam a necessidade de tornar “a plataforma informática mais simples, estando todas as aplicações de registo interligadas” (E1, E3, E4, E6, E9, E10) para evitar “a duplicação de registos” (E2), e consequentemente a possibilidade de “omissão e erro de registo” (E5).

Para os entrevistados, a aglutinação das diversas plataformas de registo permitiria a “ligação entre o processo de enfermagem e o Sistema de Classificação de Doentes [SCD]” (E9): “Ao avaliares um doente só te deviam aparecer as intervenções relacionadas com esse nível de dependência e a classificação devia ser automática baseada nos status, assumia-os.” (E2, E3, E5, E9).

Apesar da utilização de uma linguagem padronizada, os enfermeiros reiteram a necessidade de “o sistema ser alterado consoante a especificidade de cada serviço” (E1, E4, E10) dado que “alguns focos não fazem sentido na nossa prática” (E1) ao invés da “necessidade institucional” (E5).

Discussão

Das estratégias identificadas pelos participantes para minimizar a incidência de CEO, a Conscientização do erro surge como prioritária na medida em que é importante valorizar os cuidados de enfermagem para que possam ser reportados como omissos.

A reflexão sobre a reflexão-na-ação afigura-se como uma estratégia válida para consciencializar o enfermeiro sobre a sua prática, onde o ambiente em que a prestação de cuidados ocorre, o modo de interação com os problemas, informação e valores dos intervenientes assumem particular relevância (Schön, 2000).

A sensibilização da instituição para as ofertas formativas adequadas às necessidades dos enfermeiros (prestadores de cuidados e gestores) e a valorização do local de trabalho como espaço privilegiado para a prevenção dos riscos profissionais, a proteção e promoção da saúde e o acesso dos trabalhadores a esse serviço deviam ser aprimoradas (Organização Internacional do Trabalho, 2019).

A Formação é o mais importante fator de mudança na prática profissional, que permite adquirir e aplicar conhecimentos elaborados e aprofundados no âmbito do exercício profissional, surgindo a formação autodirigida

como estratégia individual a implementar no combate ao fenómeno dos CEO onde o enfermeiro, a partir da confrontação consigo, com os outros e com o mundo, é capaz de transformar as suas perspetivas, formando-se e transformando-se, sendo um agente de mudança, contribuindo para a melhoria da prática clínica (Trindade, 2014).

A formação em serviço e nos diferentes contextos da organização foi apontada como estratégia para uniformizar a formação entre os diferentes elementos da equipa, sendo o *role play*, o centro de escuta ou o *journal club* referidos como passíveis de adoção, tendo como objetivo a reflexão sobre como os enfermeiros atuam e quais os comportamentos que necessitam de melhorar (Lachance, 2014). Também a formação aos cuidadores informais enquanto estratégia preventiva da ocorrência de CEO foi referida. A capacitação do convivente significativo é útil para redefinir a relação deste com o doente e para permitir o desenvolvimento de outras atividades aos outros doentes, pelo enfermeiro (Direção-Geral da Saúde, 2014).

A Comunicação surge como uma categoria a considerar enquanto estratégia promotora da minimização dos CEO.

A problemática das falhas de comunicação, resultantes numa comunicação ineficaz, tem consequências nefastas para a segurança do doente, pelo que têm vindo a ser implementadas ferramentas de padronização de comunicação entre enfermeiros, nomeadamente a metodologia ISBAR (Identificação, Situação Atual e Antecedentes Pessoais, Avaliação e Recomendações) e que permite a diminuição de erros derivados do processo de comunicação na transição dos cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Também a prática colaborativa em saúde interprofissional parece reforçar o conceito de trabalho em equipa e surge como uma forma de fortalecer os sistemas de saúde e responder melhor às necessidades das pessoas, pois são oferecidos cuidados abrangentes, de alto nível de qualidade, articulando os diferentes serviços (Fernandes, 2014).

Sendo o papel dos colaboradores tão relevante quanto o dos líderes, onde a liderança é marcada pelo fortalecimento do grupo de trabalho e coordenação das atividades grupais, o desenvolvimento de habilidades de liderança é essencial para a prática, onde a satisfação profissional se revela de crucial importância, pois está relacionada com a forma como os enfermeiros se sentem no que respeita à sua vida profissional (Fernandes, 2014).

A Adequação de recursos, sejam eles humanos e/ou materiais, foram considerados pelos enfermeiros entrevistados como estratégias a adotar como promotoras da minimização da incidência da problemática em estudo. A eficiência dos serviços de saúde provém da qualidade da sua estrutura organizacional e são os seus agentes que a potenciam. Como tal, a melhoria dos recursos humanos e das dotações seguras assume-se como o capital que mais benefícios trará às organizações e aos sistemas de saúde (Regulamento n.º 743/2019).

A dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população-alvo e para a própria organização, não se tratando de um aumento de despesa, mas antes de um investimento com retorno garantido (Regulamento n.º 743/2019).

Também a adequação dos recursos materiais foi considerada como potencial estratégia tendo como objetivo principal colocar os recursos necessários no processo produtivo com qualidade, em quantidade adequada, no tempo correto e ao menor custo (Frederico, 2006).

Por último, a Mudança da cultura organizacional surge como um fator a considerar enquanto estratégia promotora da não ocorrência de CEO.

A organização hospitalar é um lugar privilegiado de interação social, onde a satisfação surge como uma construção social em que cada indivíduo é fonte e alvo de influência sendo que, posteriormente à realização das entrevistas em que os enfermeiros se demonstraram descontentes e desmotivados face à sua situação laboral, a Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) emanou orientações que possibilitaram aos profissionais usufruir de maior celeridade no processo de progressão da sua carreira, uma das principais reivindicações a marcar as negociações recentes entre os sindicatos e o Governo (Serviço Nacional de Saúde, ACSS, 2019) e, sendo a amostra entrevistada maioritariamente constituída por enfermeiros em contrato individual de trabalho (60%), pode-se considerar que será uma estratégia passível de abranger todos os enfermeiros e de melhoria do clima e bem-estar organizacionais.

A organização dos cuidados nos serviços é identificada como a tentativa de tornar o ambiente mais adequado e eficiente, onde a padronização de procedimentos surge como estratégia de uniformização das práticas para potencializar os resultados e minimizar os riscos associados à prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Sendo a auditoria um instrumento de administração utilizado na avaliação da qualidade dos cuidados prestados e/ou a comparação entre a assistência prestada e os padrões considerados aceitáveis, o sistema de auditoria também mereceu a análise dos enfermeiros entrevistados, demonstrando necessidade de revisão da forma como é realizada em termos práticos e concetuais (Nomura et al., 2016).

Os enfermeiros entrevistados realçam a auditoria interna, periódica de natureza normal e de limite parcial, como passível de mudança uma vez que os enfermeiros auditores limitam a amplitude das conclusões ou as recomendações finais do trabalho, pois é inexistente o acesso ao relatório de auditoria pelos enfermeiros auditados.

A documentação dos cuidados de enfermagem, como objeto de auditoria ou processo de continuidade de cuidados, é um aspeto relevante que espelha cuidados de enfermagem éticos e seguros. Sendo os registos uma das responsabilidades do enfermeiro, é imperativo que sejam precisos e claros, dentro da estrutura legal, ética e profissional (Ahmandi et al., 2019).

Neste sentido, o padrão de documentação utilizado na

instituição foi alvo de sugestões com necessidade de reformular as aplicações de registo, agilizar processos e condensar os diversos sistemas sectorizados, uma vez que a manipulação e uso destes sistemas podem ser geradores de stress para enfermeiros que tenham dificuldade no uso de tecnologias de informação (Ahmandi et al., 2019).

Ainda a este nível, a automatização do Sistema de Classificação de Doentes permitirá um significativo aumento de tempo dedicado aos utentes, com os potenciais ganhos em saúde que isso implicará (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Da literatura internacional, a implementação de medidas minimizadoras de CEO decorre da análise de cada contexto por si. Assim, é importante que sejam implementados mecanismos que conduzam à mudança das práticas e se avalie a efetividade das estratégias identificadas.

Conclusão

Garantir a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos doentes é o grande desafio para os enfermeiros.

Conhecer as estratégias que permitem minimizar os CEO identificados, num determinado contexto, fornece dados importantes para um eventual ajuste nos ambientes de prática dos enfermeiros uma vez que se deve mitigar a normalização do adiamento ou omissão de cuidados pelos enfermeiros, sendo elas: a Conscientização do erro, a Formação, a Comunicação, a Adequação de recursos e a Mudança da cultura organizacional.

É necessário trabalhar o ambiente da prática clínica, mas também os profissionais que nele coabitam, sendo a melhoria da qualidade uma questão de procura, contínua, de pequenas oportunidades para reduzir a complexidade desnecessária, o desperdício e o trabalho em vão, devendo ser considerada a efetividade clínica, a experiência dos doentes, a segurança dos cuidados e a otimização do desempenho organizacional.

Desta forma, este estudo pode fornecer algumas estratégias passíveis de implementação noutros contextos com tipologia de doentes ou prestação de cuidados semelhantes mediante avaliação prévia das razões que conduzem aos CEO.

Contribuição de autores

Conceptualização: Paiva, I. C., Amaral, A. F., Moreira, I. M.

Tratamento de dados: Paiva, I. C., Moreira, I. M.

Metodologia: Paiva, I. C., Amaral, A. F., Moreira, I. M.

Redação - rascunho original: Paiva, I. C.

Redação - análise e edição: Paiva, I. C., Moreira, I. M.

Referências bibliográficas

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2016). *2015 National Healthcare Quality and Disparities Report and 5th Anniversary Update on the National Quality Strategy*. <https://archive.ahrq.gov/research/findings/nhqdr/nhqdr15/index.html>
- Ahmandi, F., Asl, A., Tajabadi, A., & Vaismoradi, M. (2019). Unsafe nursing documentation: A qualitative content analysis. *Nursing Ethics*, 27(5), 1213-1224. <https://doi.org/10.1177/0969733019871682>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Manual do cuidador*. <https://biblioteca.sns.gov.pt/artigo/manual-do-cuidador-informal-de-utentes-dependentes/>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Fernandes, A. (2014). *Cuidar o futuro: A transformação das práticas colaborativas em saúde*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Frederico, M. (2006). *Organizações, trabalho e carreira*. Lusodidacta.
- Kalisch, B., Landstrom, G. & Hinshaw, A. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509-1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Lachance, C. (2014). Nursing journal clubs: A literature review on the effective teaching strategy for continuing education and evidence-based practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 45(12), 559-65. <https://doi.org/10.3928/00220124-20141120-01>
- Nomura, A., Silva, M., & Almeida, M. (2016). Qualidade dos registos de Enfermagem antes e depois da acreditação hospitalar em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2813. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0686.2813>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Sistema de classificação de doentes no SClínico já chegou ao CH Médio Tejo e CH do Porto*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projectos-piloto-sistema-de-classifica%C3%A7%C3%A3o-de-doentes-no-scl%C3%ADnico-j%C3%A1-chegou-ao-ch-m%C3%A9dio-tejo-e-ch-do-porto/>
- Organização Internacional do Trabalho. (2019). *Segurança e saúde no centro do futuro do trabalho: Tirando partido de 100 anos de experiência*. Bureau Internacional do Trabalho.
- Paiva, I. (2019). *Cuidados de enfermagem omissos: Perceções dos enfermeiros de um hospital de oncologia* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=qtkvMSP>
- Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O. C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G., & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2248-2259. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
- Regulamento n.º 743/2019 da Assembleia da República. (2019). Diário da República: II série, nº 184. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/124981040/details/normal>
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: Um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 89-100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Schön, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo: Um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Artmed.

- Serviço Nacional de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). Circular Informativa n.º 02/2019. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/02/Circular-Informativa-2_2019.pdf
- Trindade, R. (2014). A autoaprendizagem no ensino superior e a aprendizagem baseada na resolução de problemas: Perspetivas e questões. *Revista Lusófona de Educação*, 27, 43-57. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n27/n27a04.pdf>