

## Validação do MISSCARE-BRASIL – instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem<sup>1</sup>

Lillian Dias Castilho Siqueira<sup>2</sup>  
Maria Helena Larcher Caliri<sup>3</sup>  
Vanderlei José Haas<sup>4</sup>  
Beatrice Kalisch<sup>5</sup>  
Rosana Aparecida Spadoti Dantas<sup>6</sup>

Objetivo: analisar as propriedades métricas de validade e confiabilidade do instrumento MISSCARE-BRASIL. Método: pesquisa metodológica conduzida pela avaliação da validação de construto e confiabilidade, por meio da análise fatorial confirmatória; validação de grupos conhecidos, validação de construto convergente, análise da consistência interna e confiabilidade teste-reteste. A amostra consistiu de 330 profissionais de enfermagem, dos quais 86 participaram da fase reteste. Resultados: Dos 330 participantes, 39,7% eram auxiliares, 33% técnicos, 20,9% enfermeiros e 6,4% enfermeiros com funções administrativas. A análise fatorial confirmatória demonstrou que a versão brasileira do instrumento é, adequadamente, ajustada à estrutura dimensional proposta pelos autores do instrumento original. A correlação entre “satisfação com a função” e “satisfação com o trabalho em equipe” e as variáveis de omissão do cuidado foram moderadas (coeficiente de correlação de Spearman = 0,35;  $p < 0,001$ ). Os resultados do teste t de Student indicaram a validade de grupos conhecidos. Profissionais de unidades fechadas relataram menores níveis de omissão do cuidado em comparação com as outras unidades. A análise da confiabilidade evidenciou fortes correlações, com exceção de “estilo de gerenciamento/liderança institucional” (coeficiente de correlação intraclassa (ICC)=0,15;  $p=0,04$ ). A consistência interna foi adequada (alfa de Cronbach maior do que 0,70). Conclusão: o MISSCARE-BRASIL mostrou-se válido e confiável no grupo estudado. A aplicação do MISSCARE-BRASIL pode contribuir na identificação de soluções para a omissão do cuidado de enfermagem.

Descritores: Estudos de Validação; Cuidados de Enfermagem; Pesquisa Metodológica em Enfermagem; Segurança do Paciente; Enfermagem; Análise Fatorial.

<sup>1</sup> Artigo extraído da tese de doutorado “Validação do MISSCARE-BRASIL – Instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem”, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> PhD, Enfermeira, Hospital Universitário, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Professor Visitante, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

<sup>5</sup> PhD, Professor Titular, School of Nursing, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, Estados Unidos da América.

<sup>6</sup> PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### Como citar este artigo

Siqueira LDC, Caliri MHL, Haas VJ, Kalisch B, Dantas RAS. Validation of the MISSCARE-BRASIL survey – A tool to assess missed nursing care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2975. [Access   ]; Available in: \_\_\_\_\_ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2354.2975>.   

URL

## Introdução

O ambiente de trabalho nos hospitais tem sido descrito como rápido e imprevisível, propiciando interrupções e erros na assistência de enfermagem, pois os profissionais estão, constantemente, movendo-se de uma atividade para outra e gerenciando informações de variadas fontes. Além disso, muitas vezes, trabalham em duas ou mais tarefas simultaneamente, podendo apresentar altas taxas de descontinuidade na execução de seu trabalho<sup>(1)</sup>. Diante de múltiplas demandas e recursos insuficientes, os profissionais, não raro, sentem-se impossibilitados de cumprir todos os cuidados de enfermagem requeridos e, ao estabelecerem prioridades, optam por não completar certos cuidados em muitas situações. Nessas circunstâncias, o cuidado prestado resulta vulnerável de ser abreviado, atrasado ou, simplesmente, omitido<sup>(2)</sup>.

O fenômeno da omissão ou falta de prestação de cuidados de enfermagem é definido como todo e qualquer aspecto do cuidado requerido pelo paciente que é atrasado ou omitido (em parte ou por completo)<sup>(2)</sup>. Esse fenômeno foi descrito, inicialmente, em estudo qualitativo<sup>(3)</sup>, por meio de 25 grupos focais, desenvolvido com pessoal de enfermagem de unidades médico-cirúrgicas (107 enfermeiros, 15 técnicos e 51 assistentes de enfermagem) de dois hospitais norte-americanos. Os participantes, separados por categoria profissional, foram questionados quanto à presença de omissões do cuidado em seu local de trabalho e quanto às razões para essas omissões. A autora, então, identificou nove temas relacionados à falta de prestação dos cuidados de enfermagem: deambulação, mudança de decúbito, alimentação, ensino do paciente, planejamento da alta hospitalar, apoio emocional, higiene, documentação do balanço hídrico e vigilância. Quanto às razões, os sete temas que surgiram foram: número reduzido de pessoal, tempo requerido para as intervenções de enfermagem, utilização precária dos recursos do pessoal, pobre trabalho em equipe, delegação ineficaz, hábito e negação<sup>(3)</sup>.

Ao analisar o conceito da omissão dos cuidados de enfermagem, autores sugerem a presença de implicações negativas para os resultados da assistência aos pacientes, contingência tal capaz de ameaçar a segurança desses<sup>(2)</sup>. As referências exemplificam, ainda, que falhas na mudança de decúbito, no banho ou na deambulação de pacientes acamados podem contribuir para a ocorrência de úlceras por pressão e enfraquecimento dos pacientes; e a não realização da higiene oral de pacientes criticamente doentes pode aumentar o risco de pneumonia<sup>(2)</sup>. Dessa forma, torna-se fundamental a utilização de um instrumento capaz de investigar a extensão e a natureza do fenômeno, auxiliando a identificação da percepção

dos profissionais de enfermagem quanto à omissão dos cuidados, bem como as razões atribuídas pelos mesmos para esta omissão.

Para tanto, o instrumento MISSCARE foi desenvolvido a fim de mensurar a omissão dos cuidados de enfermagem e analisar as suas causas. O instrumento foi construído e validado nos Estados Unidos, partindo de uma amostra de 1098 profissionais de enfermagem e compreende itens que englobam 24 cuidados básicos de enfermagem na parte A e 17 razões para a omissão na parte B<sup>(4)</sup>.

No Brasil, a adaptação cultural e a análise da consistência interna do instrumento MISSCARE para uso no país foi iniciada e descrita previamente<sup>(5)</sup>. Já em outro estudo conduzido posteriormente, o instrumento original foi ampliado, com a inclusão de itens referentes a cuidados de enfermagem que são omitidos, bem como com a distinção de razões intrínsecas a tal omissão no contexto brasileiro (dados não publicados). O instrumento em questão é denominado MISSCARE-BRASIL.

O objetivo deste estudo foi validar o instrumento MISSCARE-BRASIL para possibilitar investigações acerca do fenômeno no contexto brasileiro.

## Método

Estudo metodológico com delineamento transversal. A validação do instrumento MISSCARE-BRASIL envolveu a avaliação das suas propriedades psicométricas relacionadas à validade de construto e confiabilidade, mediante análise fatorial confirmatória, validação de grupos conhecidos, validação de construto convergente, análise da consistência interna (alfa de Cronbach) e teste-reteste.

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (protocolo CAAE nº38506614000005393). A autora do instrumento original concedeu autorização para a sua validação e uso no Brasil.

O MISSCARE original é composto por 41 itens e objetiva quantificar a falta de prestação dos cuidados de enfermagem. Apresenta uma seção de informação geral com itens para caracterização sócio-demográfica e profissional; a parte A, com 24 itens relacionados aos cuidados omitidos ou não realizados; e a parte B, com 17 itens referentes às razões para a não realização dos cuidados de enfermagem. Contém três fatores ou domínios na parte B: recursos laborais (cinco itens), recursos materiais (três itens) e comunicação/trabalho em equipe (nove itens). O instrumento MISSCARE-BRASIL possui 28 itens na parte A e 28 itens na parte B.

Regulados por uma escala tipo Likert, na parte A, os itens podem ser pontuados de um a cinco, sendo que um corresponde a maiores níveis de omissão e cinco, ausência de omissão. Na parte B, os itens podem ser pontuados de um a quatro, sendo que um corresponde à razão significativa para a omissão e quatro como não sendo razão para a omissão.

A pesquisa foi realizada em um hospital de ensino, de grande porte, do interior do Estado de São Paulo. O hospital é uma autarquia pública estadual, associada à Universidade de São Paulo para fins de ensino, pesquisa e prestação de serviços médico-hospitalares. Para seleção dos participantes, foi admitida a modalidade de amostragem aleatória simples de grade populacional. Assim, os partícipes foram eleitos de acordo com os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, todos vinculados ao hospital ora assinalado, profissionais lotados nas diferentes unidades e que tivessem, no mínimo, um mês de vínculo empregatício no setor em que atuavam. Ressalte-se a exclusão daqueles que estavam gozando férias ou em licença médica.

Na distinção do tamanho da amostra, considerou-se o balanceamento amostral adequado, objetivando estimar o tamanho mínimo para que fosse possível a realização da análise fatorial confirmatória<sup>(6)</sup>. Dessa forma, conhecendo previamente a população, composta por 1618 profissionais de enfermagem, optou-se pela participação de, no mínimo, 300 desses profissionais. Houve, ainda, a adição, para esse valor, de 20%, em função de prováveis perdas por conta de recusas, férias, afastamentos e licença saúde. Para a análise da confiabilidade teste-reteste, considerou-se o Coeficiente de Correlação Intraclasse esperado de  $CCI=0,7$ , entre os escores de segurança, admitindo-se que este não fosse inferior a  $ICC=0,5$ , para poder de 90%, considerando-se nível de significância  $\alpha=0,05$ . Empregando-se a versão 13 do aplicativo Power Analysis and Sample Size (PASS), o número mínimo de 86 participantes foi estabelecido.

O MISSCARE-BRASIL é autoaplicável e, após os procedimentos relacionados aos aspectos éticos, os questionários foram entregues em um envelope de papel pardo, diretamente aos participantes e, posteriormente, recolhidos, sem identificação. No entanto, havia um código para que os participantes pudessem ser localizados caso fossem escolhidos para integrar a fase do reteste, realizada com 86 profissionais, transcorrido o intervalo de 15 dias, tempo estimado pela pesquisadora para que os participantes não se recordassem das respostas dadas na primeira aplicação do instrumento.

Posteriormente à aplicação do MISSCARE-BRASIL na amostra destacada, procedeu-se a testes estatísticos moderados pelo software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 17.0. Para o preenchimento

dos valores ausentes e o aumento do número total de casos, foram feitas imputações nas partes A e B do instrumento, correspondendo à substituição dos valores não respondidos pelas médias dos sujeitos, a partir das respostas conhecidas de outros itens. Realizou-se a reversão dos códigos das respostas aos itens de ambas as partes A e B do instrumento, sendo (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1), para a parte A; e (1=4) (2=3) (3=2) (4=1), para a parte B, conforme orientação da autora do instrumento original, por e-mail.

Buscou-se apurar se a versão brasileira do instrumento conseguiu medir o fenômeno estudado com clareza e confiabilidade, permitindo a compreensão do escopo previamente designado. Nesse caso, as respostas ao instrumento foram submetidas à Análise Fatorial Confirmatória (AFC), pelo aplicativo ou módulo International Business Machines (IBM) SPSS, Analysis of Moment Structures (AMOS), versão 16. A AFC foi efetuada mediante modelos de equações estruturais, com os 28 itens da parte B do MISSCARE-BRASIL, buscando confirmar a estrutura fatorial das razões para a omissão dos cuidados. A estrutura do instrumento original abrange três fatores: recursos materiais, recursos laborais e comunicação. A estrutura do MISSCARE-BRASIL admite esses três fatores e mais outros dois: dimensão ética e estilo de gerenciamento/liderança institucional. Neste estudo, o modelo foi ajustado considerando critérios fadados a determinar a similaridade entre as matrizes de variância-covariância observadas na amostra e aquela predita pelo modelo que está sendo testado. Saliencia-se que a obtenção de modelo adequado para interpretação confirma a validade do instrumento.

Para a verificação da validade de constructo convergente, foram hipotetizadas correlações positivas entre o nível de satisfação dos profissionais e as variáveis de omissão dos cuidados de enfermagem do instrumento MISSCARE-BRASIL, por meio do coeficiente de correlação de Spearman, considerando-se os coeficientes <0,30, de fraca magnitude; entre 0,30 e 0,49, de moderada magnitude; e iguais ou acima de 0,50, de forte magnitude.

Para apreciar a validade de construto com o auxílio de grupos conhecidos, os escores médios da omissão do cuidado e o número de cuidados omitidos (por participante) foram calculados e analisados. Esse escore total é a média da omissão do cuidado, identificada para cada um dos elementos do cuidado de enfermagem apresentados na parte A do instrumento. Hipotetizou-se, pois, que os profissionais de enfermagem, atuantes em setores fechados, com maiores níveis de satisfação e sem planos de deixar o cargo, indicariam menores níveis de omissão dos cuidados de enfermagem. Os itens

relacionados à omissão dos cuidados foram tratados de forma dicotomizada. Elementos do cuidado foram considerados omitidos, se as respostas "ocasionalmente, raramente ou nunca" eram relatadas. Foi empregado teste t de Student para amostras independentes, que objetivam comparar a existência ou não de diferenças entre as médias dos grupos ou critérios estudados. Além disso, recorreu-se ao d de Cohen para se classificar a magnitude da diferença entre as médias, como sendo pequena ( $d < 0,20$ ), moderada ( $\geq 0,20$  a  $< 0,50$ ) e grande ( $\geq 0,50$ ).

Por fim, para estimar a consistência interna, foi empregado o coeficiente alfa de Cronbach, sendo estabelecido como evidência satisfatória alfa de Cronbach  $> 0,70^{(7)}$ . Na avaliação da estabilidade da medida, dispôs-se do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), cuja interpretação dos valores aplicou a classificação que considera confiabilidade baixa os valores menores do que 0,4; confiabilidade de moderada a boa entre 0,4 e 0,74; e confiabilidade excelente os valores iguais ou

acima de 0,75. Todas as análises inferenciais adotaram nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ).

## Resultados

Compuseram o estudo 330 profissionais de enfermagem, sendo 131 (39,7%) auxiliares, 109 (33,0%) técnicos, 69 (20,9%) enfermeiros e 21 (6,4%) enfermeiros com função administrativa. A idade média dos participantes foi de 39,9 anos; do total, 255 (77,3%) eram do sexo feminino. Em relação ao nível educacional mais elevado, com exceção dos 90 enfermeiros, dentre os outros participantes, a maioria havia terminado o ensino médio (183; ou seja, 55,5%) e nível técnico em enfermagem (140; isto é, 42,4%). A maioria (95,5%) dos profissionais trabalhava mais do que 30 horas/semana, contavam com mais de 10 anos de experiência no cargo (52,1%) e mais de cinco anos de experiência no setor de internação (54,8%). Mais de 80% dos funcionários não tinham planos de deixar o cargo ou função atual no próximo ano.

Tabela 1 – Análise Fatorial Confirmatória do MISSCARE-BRASIL, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015.

			Coefficientes de regressão não padronizados	Erro- padrão	Razão crítica	Cargas fatoriais	p*
Item B11	←	Comunicação	1				0,670
Item B5	←	Comunicação	0,865	0,091	9,473	0,574	<0,001
Item B16	←	Comunicação	1,034	0,097	10,708	0,658	<0,001
Item B15	←	Comunicação	1,08	0,099	10,896	0,671	<0,001
Item B13	←	Comunicação	1,06	0,076	13,94	0,712	<0,001
Item B8	←	Comunicação	0,833	0,093	8,958	0,541	<0,001
Item B14	←	Comunicação	0,994	0,092	10,794	0,665	<0,001
Item B7	←	Comunicação	0,858	0,093	9,204	0,557	<0,001
Item B12	←	Comunicação	0,985	0,09	10,996	0,678	<0,001
Item B24	←	Comunicação	0,976	0,095	10,289	0,629	<0,001
Item B10	←	Recursos materiais	1				0,733
Item B6	←	Recursos materiais	0,881	0,082	10,773	0,645	<0,001
Item B9	←	Recursos materiais	1,092	0,069	15,854	0,783	<0,001
Item B23	←	Recursos materiais	0,945	0,094	10,047	0,605	<0,001
Item B1	←	Recursos laborais	1				0,611
Item B4	←	Recursos laborais	1,076	0,081	13,23	0,663	<0,001
Item B3	←	Recursos laborais	0,816	0,101	8,087	0,529	<0,001
Item B2	←	Recursos laborais	0,736	0,101	7,282	0,467	<0,001
Item B17	←	Recursos laborais	1,139	0,112	10,155	0,713	<0,001
Item B19	←	Recursos laborais	0,966	0,11	8,755	0,584	<0,001
Item B27	←	Recursos laborais	1,091	0,117	9,359	0,638	<0,001
Item B28	←	Recursos laborais	1,051	0,118	8,937	0,603	<0,001
Item B18	←	Dimensão ética	1				0,817
Item B20	←	Dimensão ética	0,971	0,065	15,043	0,781	<0,001
Item B25	←	Dimensão ética	1,047	0,066	15,829	0,818	<0,001
Item B21	←	Gerenciamento	1				0,763
Item B22	←	Gerenciamento	0,986	0,075	13,158	0,78	<0,001
Item B26	←	Gerenciamento	0,787	0,086	9,118	0,553	<0,001

\*p = probabilidade, valor de p

Tabela 2 – Resultados da validade de grupos conhecidos do MISSCARE-BRASIL, considerando a satisfação dos profissionais quanto a cargo, profissão, trabalho em equipe, plano de deixar o cargo/função e comparação entre os setores. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015

Variáveis	Escore médio omissão					Número de cuidados omitidos por participante			
	n (%)	Média	DP*	p†	d‡	Média	DP*	p†	d‡
Satisfação com o cargo/função									
Satisfeitos	205 (62,1)	1,70	0,40	<0,001	0,79	3,6	3,47	<0,001	0,82
Insatisfeitos	125 (37,8)	2,05	0,51			7,0	5,32		
Satisfação com a profissão									
Satisfeitos	250 (75,8)	1,77	0,44	<0,001	0,57	4,34	4,22	0,001	0,50
Insatisfeitos	80 (24,2)	2,03	0,52			6,57	5,21		
Satisfação com o trabalho em equipe									
Satisfeitos	179 (54,2)	1,72	0,45	<0,001	0,54	3,86	4,10	<0,001	0,50
Insatisfeitos	149 (45,2)	1,97	0,47			6,08	4,83		
Plano de deixar o cargo/função									
Sim	60 (18,1)	2,1	0,60	0,007	0,67	7,12	6,26	<0,001	0,65
Não	267 (80,9)	1,79	0,43			4,31	3,88		
Setor									
Unidades fechadas§	68 (20,6)	1,66	0,44	0,001	0,47	3,44	3,52	0,001	0,41
Outros	262 (79,4)	1,88	0,47			5,26	4,74		

\*DP - desvio-padrão; †p - probabilidade, valor de p; ‡d - d de Cohen (magnitude do efeito); §Unidades Fechadas - unidade de terapia intensiva/unidade coronariana, unidade de terapia imunológica, unidade de transplante de medula óssea, oncologia, hematologia/quimioterapia

Com relação à análise da validade de constructo, esta foi sistematizada pelo aplicativo AMOS e demonstra o coeficiente de regressão e as cargas fatoriais dos cinco fatores. O fator comunicação apontou cargas fatoriais entre 0,54 e 0,71. As cargas fatoriais do fator recursos materiais variaram entre 0,60 e 0,78. As cargas fatoriais do fator recursos laborais variaram de 0,46 a 0,71. O fator dimensão ética apontou cargas fatoriais entre 0,78 e 0,81 e, finalmente, o fator gerenciamento expressou cargas fatoriais entre 0,55 e 0,78. O índice de ajuste comparativo (CFI) obtido neste estudo foi CFI~0,9. A Tabela 1 revela o resultado da CFA, isto é, a análise fatorial para o instrumento MISSCARE-BRASIL.

A validação de constructo convergente foi verificada por correlações positivas entre o nível de satisfação profissional e as variáveis de omissão dos cuidados de enfermagem do instrumento MISSCARE-BRASIL. Houve correlação de moderada magnitude entre as variáveis "Satisfação com o cargo/função" e "Satisfação com o trabalho em equipe", com as variáveis de omissão do instrumento (Spearman  $r_s=0,35$ ;  $p<0,001$ ). Ademais, constatou-se correlação fraca entre a variável "Satisfação com a profissão" e as variáveis de omissão, em que o coeficiente de correlação de Spearman variou de 0,22 a 0,24. As correlações positivas indicam que as variáveis covariam na mesma direção; ou seja, à medida que a insatisfação aumenta, aumentam os escores e o número de cuidados omitidos (correlação positiva).

Os resultados do teste t de Student evidenciaram a validade de construto a partir de grupos conhecidos. Profissionais com maiores níveis de satisfação e os profissionais que não tinham plano de deixar o cargo/função percebiam menos omissão dos cuidados de enfermagem (menores médias) em suas unidades e, do mesmo modo, conforme hipotetizado, profissionais das unidades fechadas relataram menores níveis de omissão dos cuidados de enfermagem, em relação às outras unidades. Tais resultados estão dispostos na Tabela 2.

A análise da confiabilidade do MISSCARE-BRASIL, por meio da estabilidade da medida (teste/reteste) para os fatores, expressou correlações positivas e de forte magnitude (comunicação ICC=0,62;  $p<0,001$ ; recursos materiais ICC=0,53;  $p<0,001$ ; recursos laborais ICC=0,66;  $p<0,001$ ; dimensão ética ICC=0,64;  $p<0,001$ ), exceto para o fator estilo de gerenciamento/liderança institucional (ICC=0,15;  $p=0,04$ ). Verificou-se, também, a confiabilidade pela consistência interna para a parte A e para os cinco fatores da parte B. Os valores do alfa de Cronbach registraram-se maiores que 0,70, considerados aceitáveis para a consistência interna.

## Discussão

Este estudo metodológico teve como finalidade explicitar as propriedades psicométricas da versão adaptada e ampliada do instrumento MISSCARE, o MISSCARE-BRASIL, para a sua utilização com

profissionais de enfermagem brasileiros. O interesse e a propensão no desenvolvimento deste estudo pautaram-se nas evidências da literatura nacional sobre a ausência de um instrumento válido e confiável para mensurar o fenômeno omissão dos cuidados de enfermagem. A literatura internacional demonstra que as avaliações relacionadas ao instrumento podem subsidiar a gestão dos serviços de enfermagem, uma vez que as ações de enfermagem apresentam substancial contribuição para a qualidade da assistência dos serviços de saúde e, portanto, para a segurança dos pacientes.

Assim como nos estudos originais, no contexto norte-americano<sup>(4,8)</sup>, os resultados deste estudo brasileiro retratam o predomínio de profissionais do sexo feminino, com tempo de experiência acima de 10 anos e com a carga horária de trabalho acima de 30 horas por semana. Nos EUA, preponderam profissionais com o nível de bacharelado em enfermagem; já no Brasil, a saliência está na atuação dos profissionais de nível técnico, contrastando o nível educacional dos membros das equipes de enfermagem desses dois países.

Foi comprovado, mediante análise fatorial confirmatória, que o modelo testado incluiu uma estrutura pentafatorial, pois, além dos três fatores originalmente desenvolvidos, a partir da introdução dos novos itens, foram acrescentados outros dois: dimensão ética e estilo de gerenciamento/liderança institucional. As cargas fatoriais resultantes estabeleceram os elementos pertencentes a cada fator. Destaca-se que, quando os autores desenvolveram o instrumento original utilizando a análise fatorial exploratória, obtiveram três fatores para a parte B: comunicação/trabalho em equipe, recursos laborais e recursos materiais<sup>(4)</sup>.

Quanto à validade de grupos conhecidos, comparando-se, ainda, os resultados da validação no Brasil com o desenvolvimento do instrumento original em inglês, em ambos os estudos, hipotizou-se que os profissionais de enfermagem de unidades fechadas (como CTIs, por exemplo) relatariam menos omissão dos cuidados de enfermagem. Tal hipótese justifica-se pela melhor proporção enfermeiro/paciente em CTIs: "1:1" ou "1:2", enquanto enfermeiros de unidades de reabilitação cuidariam de mais pacientes<sup>(4)</sup>. De fato, em ambos os estudos, conforme previsto, a comparação das respostas de profissionais de unidades fechadas diferiram das unidades de reabilitação nos EUA, sintetizando igual divergência de unidades abertas no Brasil. Houve menos relatos de omissão nas unidades fechadas, reafirmando, com isso, a validação de grupos conhecidos nos dois países.

No presente estudo, considerando a validação de construto convergente, a análise dos valores do coeficiente de correlação de Spearman atestou uma

correlação moderada entre as variáveis "Satisfação com o cargo/função" e "Satisfação com o trabalho em equipe" com as variáveis de omissão do próprio MISSCARE-BRASIL. Da mesma forma, produziu-se uma correlação fraca entre a variável "Satisfação com a profissão" e as variáveis de omissão, em que o coeficiente de correlação de Spearman variou de 0,22 a 0,24.

A consistência interna, estimada pelo alfa de Cronbach, foi aceitável, tanto no Brasil, quanto nos EUA<sup>(4,8)</sup>, bem como a confiabilidade teste-reteste, que indicou medidas confiáveis e estáveis. Todos os cinco fatores do MISSCARE-BRASIL evidenciaram consistência interna, com alfa de Cronbach oscilando entre 0,77 e 0,90.

Considerando apenas os três fatores originais da parte B do instrumento, os valores dos alfas foram semelhantes aos valores obtidos pela versão original, sendo que o fator comunicação enunciou o maior valor<sup>(4,8)</sup>. Ressalta-se, ainda, que, embora o alfa de Cronbach para a parte A tenha sido calculado, a autora do instrumento original afirma que nem a análise com alfa de Cronbach tampouco a CFA seriam adequadas para a análise psicométrica da parte A do MISSCARE, por se tratarem de ações de enfermagem independentes.

A confiabilidade foi aferida, também, pelo teste-reteste, obtendo-se evidências de estabilidade temporal da medida, com valores do ICC considerados adequados e semelhantes à versão original, que foram de 0,87 para a Parte A e 0,86 para a parte B<sup>(4,8)</sup>. Cabe ressaltar que, no fator estilo de gerenciamento/liderança institucional, o valor do ICC anunciou um valor baixo, que pode ser explicado pelas médias do teste e reteste, bem distintas para esse fator.

A omissão das ações de enfermagem é um construto importante que pode, em parte, explicar os resultados negativos da assistência aos pacientes internados, como, por exemplo, o desenvolvimento de úlceras por pressão. É particularmente pertinente, podendo ser a base para a implementação de medidas gerenciais que fortaleçam os recursos humanos dentro das organizações, com número e competências específicas para oferecer uma assistência contínua, segura, de acordo com as necessidades dos pacientes, evitando a omissão do cuidado e seu impacto nos resultados assistenciais<sup>(9)</sup>.

No contexto nacional, em pesquisa qualitativa sobre a postura dos profissionais de enfermagem, diante das responsabilidades no cuidado aos pacientes, identificou-se que os profissionais não apresentam critérios definidos acerca das atividades e decisões a serem tomadas diante das necessidades do cuidado. Observou-se, igualmente, que os trabalhadores demoraram, em média, de quatro a trinta minutos para atender à chamada dos pacientes ou familiares, tempo esse sem relevância para

trabalhadores atarefados, mas com um significado de “eternidade” para os pacientes. Em períodos de escassez de funcionários, notou-se uma combinação entre os profissionais, em função da priorização da administração medicamentosa e da aferição de sinais vitais em detrimento de outras atividades. Adicionalmente, os participantes mencionaram o descontentamento com a própria atuação e a ausência de compromisso por parte de alguns membros da equipe de enfermagem. Apontaram, ainda, a escolha inadequada da profissão como um possível fator pessoal e uma das causas da falta de compromisso e de identificação com a profissão<sup>(10)</sup>.

Nesse contexto, a medida fornecida pelo instrumento MISSCARE-BRASIL tem aplicações potenciais para prática clínica e de pesquisa, podendo-se recorrer a ele para detectar situações específicas, relacionadas à omissão dos cuidados de enfermagem que configuram desafios para a qualidade da assistência de enfermagem, possibilitando, dessa forma, direcionar ações do profissional da saúde com vistas à resolução do problema.

Os resultados deste estudo e dos demais que focalizaram a omissão dos cuidados mostram que é um fenômeno global, por isso, chamam a atenção para a importância de um modelo explicativo dos erros centrados no sistema, cujas deficiências são geradas pela combinação entre falhas ativas (omissões, distrações, não cumprimento de normas, erros e esquecimentos) e condições latentes, como sobrecarga de trabalho, indefinição de tarefas, supervisão insuficiente, falhas de comunicação, recursos obsoletos, manutenção incorreta das instalações, reduzida padronização dos processos, formação profissional deficiente, pressão assistencial, tecnologia deficiente entre outros<sup>(11)</sup>. Nesse sentido, o instrumento permite ser utilizado em estudos que visam a aprofundar o conhecimento sobre as variáveis mediadoras e/ou moderadoras desse complexo fenômeno.

Uma limitação desta investigação deve ser aqui mencionada é o fato de se tratar de uma coleta de dados restrita apenas a um hospital público de ensino universitário do Estado de São Paulo. Logo, estudos mais alargados, multicêntricos, com amostras maiores, incluindo profissionais tanto de hospitais públicos quanto de instituições privadas de outras localidades e, até mesmo, de outras regiões do Brasil, precisam ser realizados para explorar o uso do instrumento, considerando as diferenças do contexto da prática profissional. Destaca-se, ainda, como limitação constatada, a coleta dos dados via autorrelato, em que a resposta dos participantes pode não ser totalmente verdadeira, pois envolve aspectos negativos da assistência. Isso remete à hipótese de que alguns participantes não estivessem dispostos a

indicar a presença da omissão do cuidado, apesar da cuidadosa atenção dada ao anonimato. Contudo, os custos elevados da observação direta de um grande número de profissionais de enfermagem limitaram o desenho metodológico e a ampliação da coleta de outras informações. Nessa perspectiva, sugere-se que outros estudos sejam realizados por meio de multimétodos.

## Conclusões

Os resultados deste estudo demonstraram fortes e moderadas evidências de validade e confiabilidade do instrumento MISSCARE-BRASIL, quando adaptado para profissionais de enfermagem atuantes em hospital público de ensino, no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil.

Apoiado em tal escopo, a disponibilização desse instrumento, para o Brasil, tem como objetivo suprir a carência de instrumentos em condições de avaliar a omissão dos cuidados de enfermagem. Entretanto, como o país em apreço encerra rica diversidade cultural, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas, no intuito de testar a versão adaptada do instrumento em amostras populacionais distintas. Isso significa que a avaliação da sua utilização, na prática clínica, dependerá de outros e multiplicados esforços investigativos envolvendo diferentes contextos hospitalares do Brasil, abarcando, também, os estabelecimentos privados.

A aplicação do MISSCARE-BRASIL poderá auxiliar não apenas a avaliação da omissão de cuidados de enfermagem nas instituições de saúde brasileiras, tendendo a favorecer, com igual eficiência, a identificação de soluções para o referido fenômeno, juntamente com os profissionais envolvidos no cuidado.

## Referências

1. Kalisch BJ, Aebbersold M. Interruptions and multitasking in nursing care. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010; 36(3):126-32. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1553-7250\(10\)36021-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36021-1)
2. Kalisch BJ, Landstrom GJ, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2009; 65(7):1509-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
3. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual.* [Internet]. 2006 Oct/Dec [cited May 1, 2017];21(4):306-13. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Beatrice\\_Kalisch/publication/6809817\\_Missed\\_Nursing\\_Care\\_A\\_Qualitative\\_Study/links/004635314862b6feae000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Beatrice_Kalisch/publication/6809817_Missed_Nursing_Care_A_Qualitative_Study/links/004635314862b6feae000000.pdf)
4. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed

- nursing care. *J Nurs Adm.* 2009; 39(5):211-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5>
5. Siqueira LDC, Caliri MHL, Kalisch B, Dantas RAS. Cultural adaptation and internal consistency analysis of the MISSCARE survey for use in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2013 Apr [cited Jan 9, 2017];21(2):610-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000200610&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200610&lng=en).
6. Myers ND, Ahn S, Jin Y. Sample size and power estimates for a confirmatory factor analytic model in exercise and sport: a Monte Carlo approach. *Res Q Exerc Sport.* [Internet]. 2011 Sept [cited Jun 27, 2017]; 82(3):412-23. Available from: <https://www.statmodel.com/download/Myers,%20Ahn,%20&%20Jin,%202011.pdf>
7. Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res.* 2010; 68(4):319-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.006>
8. Kalisch BJ, Landstrom GJ, Williams RA. Missed nursing care: errors of omission. *Nurs Outlook.* 2009; 57(1):3-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007>
9. Valles JHH, Monsiváis MGM, Guzmán MGI, Arreola LV. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2016 Nov [cited Jan 9, 2017]; 24: e2817. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100424&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100424&lng=pt). Epub 21-Nov-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1462.2817>.
10. Cecere DBB, Silveira RS, Duarte CR, Fernandes GFM. Ethical commitment in nursing work at hospitalization scenery. *Enferm. Foco.* [Internet]. 2010 [cited Nov 12, 2016];1(2):46-50. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/13/14>.
11. Reason J. Human error: models and management. *BMJ.* [Internet]. 2000 Mar [cited Jun 28, 2017];320(7237):768-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf>

Recebido: 12.07.2017

Aceito: 07.10.2017

---

Correspondência:

Lillian Dias Castilho Siqueira  
Universidade Federal da Grande Dourados  
Hospital Universitário  
Rua Ivo Alves da Rocha, 558  
Bairro: Altos do Indaiá  
CEP: 79823-501, Dourados, MS, Brasil  
E-mail: [ldcsiqueira@usp.br](mailto:ldcsiqueira@usp.br)

**Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.