



Razões correlacionadas a omissão de cuidados de enfermagem*

Reasons correlated with omission of nursing care

Motivos correlacionados con la omisión de cuidados de enfermería

Como citar este artigo:

Oliveira MCN, Leite HDCS, Lopes VCA, Cruz JVOM, Vasconcelos CDA, Nogueira LT. Reasons correlated with omission of nursing care. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20220171. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0171en>

- Maria Clara Nascimento Oliveira¹
- Hilda Dandara Carvalho Santos Leite¹
- Vanessa Caminha Aguiar Lopes¹
- João Victor Oliveira Matos Cruz¹
- Claudia Daniella Avelino Vasconcelos¹
- Lídyia Tolstenko Nogueira¹

* Extraído da dissertação: “Preditores ambientais para a omissão dos cuidados de enfermagem”, Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2020.

¹ Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Teresina, PI, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the reasons correlated with the omission of nursing care in a university hospital. **Method:** Analytical cross-sectional design, developed in a university hospital in Northeast Brazil, from January to February 2020. The study population consisted of nurses and nursing technicians who worked in direct patient care. The Brazilian version of the Missed Nursing Care Survey was applied in a convenience sample consisting of 227 participants (79 nurses and 148 nursing technicians). Univariate and bivariate statistics were calculated in the software Statistical Package for Social Science, version 26.0. **Results:** The most omitted nursing care was walking three times a day or as prescribed (70.9%). The most prevalent reason was an unexpected increase in the volume and/or severity of patients in the unit (93.0%). Positive, albeit weak, correlations were found between overall care omission, as well as omissions by priority level, and reasons for omission given by nurses and nursing technicians ($p < 0.05$). **Conclusion:** The study showed that the omission of nursing care covered all five dimensions of the instrument, mainly correlated with labor and material resources.

DESCRIPTORS

Nursing Care; Patient Safety; Patient Outcome Assessment; Risk Management; Health Evaluation.

Autor correspondente:

Maria Clara Nascimento Oliveira
Rua Padre Isidoro, 8617, Todos os Santos
64088-590 – Teresina, PI, Brasil
clarasgas@gmail.com

Recebido: 08/05/2022
Aprovado: 30/09/2022

INTRODUÇÃO

A preocupação global com a omissão de cuidados de enfermagem deriva da identificação de eventos adversos decorrentes de atrasos ou não realização de cuidados de alta, intermediária e baixa complexidade na assistência à saúde, especialmente hospitalar. Esse conjunto de fatos corrobora a necessidade de direcionar esforços para compreender as razões que levam a equipe de enfermagem a omitir elementos do cuidado no contexto dos recursos laborais e materiais, comunicação, dimensão ética e estilo de gerenciamento/liderança institucional^(1,2).

A equipe de enfermagem é responsável pela proteção do paciente, em busca constante de meios que impeçam ou minimizem ações danosas nos âmbitos físico, psíquico, ético e moral. Porém, esse trabalho é desafiador, especialmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, e erros no processo de assistência à saúde podem e irão acontecer, porque errar é humano, e requerem a compreensão das razões que favorecem sua ocorrência. Assim, garantir a qualidade e a segurança da assistência é o que impulsiona os profissionais e líderes no gerenciamento do cuidado como centro do processo⁽³⁾.

A omissão de cuidados refere-se a qualquer cuidado que o paciente necessita e que não é realizado ou é oferecido com atraso. Dessa forma, quando o cuidado é executado de maneira errada será denominado de atos/erros de omissão⁽⁴⁾. Contudo, estudos vêm sugerindo que erros por omissão são muito mais prevalentes e prejudiciais^(5,6). O cuidado omitido tem sido apontado como preditor significativo para efeitos adversos referentes a erros de medicação, desenvolvimento de lesões por pressão e, em casos mais graves, óbito, além de insatisfação do paciente com o serviço de saúde, aumento do tempo de internação, acarretando elevados gastos para as instituições de saúde, e insatisfação dos profissionais de enfermagem^(5,6).

Diante disso, pesquisas têm sido realizadas para compreender as razões atribuídas por profissionais de enfermagem para a omissão de cuidados⁽⁵⁻⁷⁾. A equipe de enfermagem desempenha um importante papel na realização da assistência segura e de qualidade aos pacientes. Contudo, diversos fatores influenciam nesta prática, como a infraestrutura, a gestão do serviço, déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho e a quantidade insuficiente de material, um cenário que implica diretamente no aumento de episódios de omissão de cuidados, podendo ocasionar eventos adversos⁽⁷⁾.

Considerando a importância de se investigar as razões de omissão no contexto de hospital universitário e o impacto positivo de se identificar os cuidados omitidos e suas razões associadas, possibilitando produção de informações essenciais para evitar e prevenir a continuidade da sua ocorrência, este estudo teve como objetivo avaliar as razões correlacionadas à omissão de cuidados de enfermagem em um hospital universitário. Delimitou-se como questão de pesquisa: “Como se apresentam as razões atribuídas por enfermeiros e técnicos de enfermagem para a omissão de cuidados de enfermagem?”.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Delineamento transversal analítico, com vistas à mensuração da omissão de cuidados de enfermagem e verificação das razões de omissão correlacionadas.

POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO

A população elegível compreendeu 307 profissionais de enfermagem (104 enfermeiros e 203 técnicos de enfermagem) que atuavam nos postos de internação e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital universitário do Nordeste do Brasil. A instituição que oferece assistência em todas as especialidades de média e alta complexidade conta com 190 leitos para internação, 15 leitos para UTI e salas cirúrgicas, assim como para cirurgias odontológicas, ambulatoriais e buco-maxilo-faciais. É filiada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) desde 2013, e atua sob o modelo assistencial de Enfermagem Primária, cujo processo de implantação foi iniciado em 2015 e efetivado em 2016⁽⁸⁾.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Os critérios de inclusão foram: exercer exclusivamente atividades assistenciais no local e ter, no mínimo, um ano de atuação na instituição. Foram excluídos os residentes de enfermagem e os profissionais de licença médica no período da coleta de dados.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A seleção dos participantes foi por meio da técnica de amostragem por conveniência e objetivou incluir os profissionais que se encontravam em atividade e que atenderam aos critérios de inclusão. Logo, 227 participantes compuseram a amostra final, distribuídos em 79 enfermeiros e 148 técnicos de enfermagem. Os participantes foram abordados pelos pesquisadores, no início ou ao final dos turnos da manhã, tarde e noite, que explicaram os objetivos e a relevância do estudo.

COLETA DE DADOS

O MISSCARE-BRASIL foi desenvolvido por Kalisch e Williams em 2009. Foi utilizada a versão brasileira do *Missed Nursing Care Survey* (MISSCARE-Brasil), instrumento que mensura a omissão dos cuidados de enfermagem e analisa as suas causas, composto por 56 itens, distribuídos em 28 itens que questionam a frequência com que cada cuidado não é realizado pela equipe de enfermagem de sua unidade, medidos por meio de escala *Likert* de cinco pontos (1-nunca é realizado a 5-sempre é realizado), e 28 itens que investigam as razões para a não realização do cuidado de enfermagem na unidade, medidos por meio de escala do tipo *Likert* de quatro pontos (1-não é uma razão a 4-razão significativa). Neste estudo, a coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro a fevereiro de 2020, período no qual não estava presente a determinação da COVID-19 como uma pandemia no Brasil, e foi utilizada a classificação de prioridade dos cuidados omitidos, em que foram elencados cuidados de mais alta (7 itens), intermediária (13 itens) e mais baixa prioridade (8 itens), conforme referencial nacional⁽¹⁾.

As razões de omissão foram organizadas conforme as cinco dimensões admitidas na estrutura do MISSCARE-Brasil: recursos laborais (8 itens), recursos materiais (4 itens), comunicação (10 itens), dimensão ética (3 itens) e estilo de gerenciamento/liderança institucional (3 itens)⁽⁹⁾. Antes das análises, os códigos de resposta referentes aos itens das partes A e B foram invertidos; assim, os valores mais altos corresponderam a níveis mais altos de omissão e aos motivos mais importantes. Os valores da consistência interna

dos cinco domínios da parte B do MISSCARE-BRASIL, que correspondeu ao estudo de validação deste instrumento, resultaram em um alfa de Cronbach superior a 0,70⁽⁷⁾.

Para operacionalização do estudo, foi obtida a lista de enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam nos postos de internação e nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), não havendo nenhuma dificuldade em relação a aceitação da participação. Após explicação quanto aos objetivos do estudo e assinatura do consentimento, o participante recebeu um envelope contendo o MISSCARE-Brasil. O tempo médio de preenchimento do instrumento foi de 15 minutos. Foram realizadas instruções quanto ao preenchimento e o participante optava por responder aos instrumentos ao longo do turno de trabalho ou por preencher na residência. Nesses casos, a entrega era combinada para a data do plantão seguinte que o participante possuísse na escala de serviço.

ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Após a inversão dos escores, as respostas foram dicotomizadas e, portanto, as alternativas “é ocasionalmente omitido”, “raramente é realizado” e “nunca é realizado” implicaram em cuidados omitidos, e as alternativas “geralmente é realizado” e “sempre realizado” representaram o cuidado realizado. As respostas sobre os motivos também foram dicotomizadas, considerando como razão da omissão as opções “motivo significativo” e “motivo moderado” e como não razão da omissão, “motivo pouco significativo” e “não é motivo”. A prevalência de omissão de cada cuidado foi calculada dividindo-se o número de práticas de omissão do cuidado pela quantidade total de respostas que esse elemento obteve, multiplicado por 100. O mesmo procedimento foi utilizado para as razões de omissão⁽⁴⁾.

Os dados foram processados no *software* IBM® SPSS® 26.0 e foram calculadas estatísticas descritivas (média, desvio padrão, mínimo, máximo e frequências). Na análise inferencial, foram verificadas as características dos profissionais conforme o cargo, sendo utilizado o teste Qui-Quadrado de *Pearson* para as variáveis qualitativas e o teste *t* de *Student* para as quantitativas. Relações entre omissão de cuidados (geral e por nível de prioridade) e razões de omissão atribuídas por enfermeiros e técnicos de enfermagem foram verificadas por meio do teste de correlação de *Pearson*. Foram significativas as relações com $p < 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS

Foram seguidas as normatizações éticas nacionais e internacionais para pesquisas com seres humanos. O estudo foi autorizado pelo hospital universitário e foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob parecer 3.563.800 no ano de 2019. Esta pesquisa está em conformidade com a Resolução 466/12 e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias.

RESULTADOS

A amostra foi composta, principalmente, pelo sexo feminino (186; 81,9%) em ambas as categorias profissionais, sem diferença significativa de idade ($p = 0,393$), cujas médias (\pm desvio padrão) foram de 38,5 ($\pm 7,7$) anos para os técnicos de enfermagem e 37,7 ($\pm 5,4$) para os enfermeiros. Foi significativa a proporção de técnicos de enfermagem que possuíam nível superior (59;

39,9%) ($p < 0,001$), sendo que 25 (16,9%) informaram ter formação fora da área de enfermagem. Outros 44 (29,7%) possuíam pós-graduação *lato* ou *stricto sensu*, em que a maioria correspondia a alguma especialização na área de enfermagem (31; 20,9%), e os demais em outras áreas. A frequência de enfermeiros com pós-graduação (75; 94,9%) também foi significativa ($p < 0,001$).

A maioria dos profissionais do corpo de enfermagem era lotada em unidades de internação (180; 79,3%). Técnicos de enfermagem apresentaram tempo médio de experiência no setor significativamente maior em comparação com os enfermeiros ($4,4 \pm 2,0$ versus $3,7 \pm 1,9$; $p = 0,018$). Dentre os 22 profissionais com intenção de deixar o cargo, 18 (81,8%) eram técnicos de enfermagem ($p = 0,085$). Foi verificada frequência significativa de técnicos de enfermagem dentre os profissionais insatisfeitos com o cargo (53; 84,1%; $p < 0,001$). Dentre as características ocupacionais, somente setor/unidade apresentou associação estatisticamente significativa com a omissão de cuidados gerais ($p < 0,001$), sendo apontada por 96 (94,1%) profissionais que atuavam nas unidades de internação.

As prevalências gerais de omissão de cuidados de enfermagem de alta prioridade variaram de 56 (24,7%), quanto à aspiração das vias aéreas, a 6 (2,6%), para monitoramento da glicemia capilar. Técnicos de enfermagem reportaram uma frequência significativamente superior de percepção quanto à omissão da aspiração de vias aéreas ($p < 0,001$). O cuidado de prioridade intermediária mais reportado foi deambulação (161; 70,9%), sendo o mais prevalente no geral. Maiores prevalências foram apontadas por enfermeiros, com exceção de cuidados com lesões de pele/feridas, que foram mais prevalentes entre os técnicos de enfermagem (10; 6,8%).

Associações significativas foram identificadas para participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente ($p = 0,020$; 60,8% versus 44,6%), mudança de decúbito do paciente a cada duas horas ($p = 0,028$; 54,4% versus 39,2%), atendimento das solicitações para administração de medicamentos prescritos em quinze minutos ($p = 0,041$; 41,8% versus 28,4%), higiene bucal ($p = 0,041$; 38,0% versus 25,0%), higienização do paciente prontamente após cada eliminação ($p = 0,001$; 38,0% versus 17,6%) e hidratação do paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda ($p = 0,012$; 16,5% versus 6,1%).

Dentre os cuidados de mais baixa prioridade, as prevalências de omissão de cuidados de enfermagem variaram de 134 (59,0%), quanto a sentar o paciente fora do leito, a 24 (10,6%), referente ao uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda. Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar foi um elemento com omissão mais prevalentemente reportada pelos técnicos de enfermagem ($p = 0,041$; 33,1% versus 20,3%), enquanto registro completo no prontuário do paciente de todos os dados necessários foi significativamente mais relatado pelos enfermeiros ($p < 0,001$; 27,8% versus 9,5%).

Quanto às razões de omissão, na dimensão recursos laborais, aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade (211; 93,0%) e número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (203; 89,4%) foram as mais prevalentes, com concordância entre as categorias profissionais. Grande quantidade de admissões e altas ($p = 0,029$), número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional ($p = 0,047$) e número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com

problemas de saúde ($p = 0,049$) foram razões significativamente mais apontadas pelos técnicos de enfermagem. Enfermeiros, por outro lado, citaram com frequência mais significativa o profissional ter mais de um vínculo empregatício ($p = 0,001$).

Em recursos materiais, as razões mais prevalentes foram materiais/equipamentos indisponíveis (200; 88,1%) ou sem funcionamento adequado quando necessário (196; 86,3%), com frequências equilibradas entre os grupos de profissionais. Quanto à comunicação, distribuição de pacientes por profissional não equilibrada (163; 71,8%) e não fornecimento, por outros profissionais da equipe, da assistência no momento em que era necessário (154; 67,8%) foram as razões com maiores frequências, sendo que a primeira foi significativamente mais percebida pelos técnicos de enfermagem ($p = 0,003$). Além disso, tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio (140; 61,7%), dentro da equipe de enfermagem (133; 58,6%) e com a equipe médica (145; 63,9%) apresentaram frequências muito próximas entre os profissionais da equipe de enfermagem.

Na dimensão ética, o profissional não ter postura ética e não ter compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição (110; 48,5%) foi a razão mais frequente, sendo que as demais referem-se à negligência (100; 44,1%) e ao receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego (95; 41,9%). Quanto ao estilo de gerenciamento/liderança institucional, a razão mais prevalente foi falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (142; 62,6%), seguido de falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe (122; 53,7%), sendo significativamente mais apontada pelos técnicos de enfermagem. As relações verificadas entre a omissão de cuidados de enfermagem gerais e as razões de omissão estão apresentadas na Tabela 1.

Foram verificadas correlações positivas (diretas), porém fracas, entre a omissão de cuidados gerais, bem como por nível de prioridade, e algumas razões de omissão atribuídas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, cujos coeficientes variaram de 0,131 a 0,163, nas cinco dimensões do MISSCARE-Brasil.

Tabela 1 – Correlação entre a omissão de cuidados gerais e por nível de prioridade do cuidado e as razões de omissão de acordo com a equipe de enfermagem ($n = 227$) – Teresina, PI, Brasil, 2020.

Correlação (r^*)	Alta	Intermediária	Baixa	Geral
Recursos laborais				
Número inadequado de pessoal	0,070	0,092	0,153*	0,121
Situações de urgência dos pacientes	0,096	0,163*	0,074	0,128
Aumento inesperado do volume/gravidade dos pacientes	0,012	0,010	0,019	0,014
Número inadequado de pessoal	0,085	0,044	0,111	0,079
Grande quantidade de admissões e altas	0,034	0,021	0,015	0,005
Número elevado de enfermeiros com pouca experiência	0,074	0,031	0,074	0,065
Número elevado de profissionais doentes/com problemas de saúde	0,021	-0,004	-0,031	-0,009
O profissional tem mais de um vínculo empregatício	0,110	0,115	0,040	0,100
Recursos materiais				
Medicamentos indisponíveis quando necessários	0,144*	0,145*	0,148*	0,163*
Materiais/equipamentos indisponíveis quando necessário	0,154*	0,090	0,101	0,118
Materiais/equipamentos com funcionamento inadequado	0,046	-0,082	-0,022	-0,037
Planta física da unidade/setor inadequada	0,046	-0,011	-0,008	0,005
Comunicação				
Distribuição de pacientes por profissional não equilibrada	0,039	-0,024	-0,022	-0,008
Passagem de plantão inadequada	0,087	0,093	0,068	0,096
Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência	0,070	0,014	0,044	0,040
Membros da equipe não se ajudam entre si	0,082	-0,014	-0,008	0,008
Tensão/conflito/problemas de comunicação com outros setores	0,131*	0,095	0,071	0,109
Tensão/conflito/problemas de comunicação dentro da equipe de enfermagem	0,079	0,012	0,007	0,026
Tensão/conflito/problemas de comunicação com a equipe médica	0,058	0,010	0,014	0,027
Auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada	-0,059	-0,081	-0,122	-0,099
Profissional responsável pelo cuidado fora da unidade/setor ou indisponível	0,090	0,053	0,056	0,067
Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados	0,120	0,006	0,050	0,048
Dimensão ética				
Profissional sem postura ética/compromisso/envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição	0,106	0,134*	0,109	0,140*
Profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego	0,126	0,025	0,050	0,059
Profissional de enfermagem negligente	-0,030	-0,116	-0,112	-0,108
Estilo de gerenciamento/liderança institucional				
Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe	0,013	-0,083	-0,097	-0,073
Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado	0,000	0,031	-0,013	0,010
Falta de motivação para o trabalho	0,049	0,116	0,153*	0,122

*: $p < 0,05$; †: Coeficiente de correlação de Pearson.

Houve correlação fraca entre “situações de urgência dos pacientes” e a omissão de cuidados de prioridade intermediária ($r = 0,163$; $p = 0,014$), na dimensão recursos laborais.

Quanto aos recursos materiais, foram verificadas correlações entre “medicamentos indisponíveis quando necessários” e a omissão de cuidados de prioridade alta ($r = 0,144$; $p = 0,031$), intermediária ($r = 0,145$; $p = 0,029$), baixa ($r = 0,148$; $p = 0,026$) e geral ($r = 0,163$; $p = 0,014$), além de “materiais ou equipamentos indisponíveis quando necessário” com cuidados de alta prioridade ($r = 0,154$; $p = 0,020$). Na dimensão comunicação, foi identificada correlação entre “tensão/conflito e/ou problemas de comunicação com outros setores” e omissão de cuidados de alta prioridade ($r = 0,131$; $p = 0,049$).

Na dimensão ética, houve correlações entre “profissional sem postura ética/compromisso/envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição” e a omissão de cuidados de prioridade intermediária ($r = 0,134$; $p = 0,044$), bem como geral ($r = 0,140$; $p = 0,035$). Quanto ao estilo de gerenciamento/liderança institucional, foi verificada correlação entre a “falta de motivação para o trabalho” e a omissão de cuidados de baixa prioridade ($r = 0,153$; $p = 0,021$), conforme apresentado na Tabela 1.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos evidenciaram a existência de razões de omissão pontuais no contexto dos recursos laborais, recursos materiais, comunicação, dimensão ética e estilo de gerenciamento/liderança institucional correlacionadas à omissão em todos os níveis de prioridade dos cuidados de enfermagem. Ao mesmo tempo, as correlações diretas e fracas, combinadas às características dos profissionais, denotam um ambiente profissional com elementos muito particulares que parecem ser influenciados pela elevada capacitação dos profissionais e pela dinâmica da instituição focada na gestão da qualidade.

De fato, a literatura tem apontado que os cuidados omitidos podem variar de acordo com as características dos profissionais, como nível educacional, categoria profissional e experiência na unidade⁽¹⁰⁾. Neste estudo, a frequência de profissionais com formação até a pós-graduação ocupando cargo de técnico de enfermagem foi muito alta (69,6%), além de apresentarem associação significativa com insatisfação com o cargo, evidenciando um dos achados diferenciais desta pesquisa, visto que o hospital em foco possui profissionais com elevada qualificação executando atividades de nível médio/técnico, que podem ser subestimadas por insatisfação com o cargo ocupado, fraco compromisso com a equipe e com a instituição e aumento do desejo de deixar o emprego.

A associação encontrada entre uma maior prevalência de omissão de cuidados gerais e unidades de internação, neste estudo, pode ser explicada pela grande variedade de demandas exigidas por cada paciente, quando comparada às unidades de terapia intensiva, elevada carga de trabalho físico e mental, além da mais alta complexidade geral, tendo em vista tratar-se de um hospital universitário. A literatura evidencia que unidades de terapia intensiva contam com equipes com maior tempo de trabalho no setor e proporções estáveis de enfermeiros para pacientes que não necessitam da realização da maioria dos cuidados de baixa e intermediária prioridade⁽¹⁰⁾, o que também pode ter colaborado para o resultado encontrado.

Entre os cuidados de enfermagem omitidos prevaleceu os de prioridade intermediária, seguidos dos de prioridade mais baixa e, por último, os de prioridade mais alta. Estudos anteriores apontam que, devido à sobrecarga no ambiente de trabalho, os enfermeiros passam a priorizar cuidados essenciais, cujo efeito seria prejudicial em curto prazo^(1,2).

Análise de cuidados de enfermagem omitidos em três países, com base no modelo de Alfaro-Lefevre's de prioridades de cuidados, apontou que um menor nível educacional está associado à maior frequência de omissão de cuidados de enfermagem^(10,11). No presente estudo, a aspiração das vias aéreas destacou-se dentre os cuidados de enfermagem de alta prioridade, em que os técnicos de enfermagem reportaram maior frequência de percepção de omissão, tendo em vista a competência técnica e assistencial apresentada para identificar incidentes e questionar as deficiências do serviço de enfermagem.

O conjunto de cuidados de prioridade intermediária omitidos e significativamente percebidos pelos enfermeiros caracterizou atividades que, se omitidas ocasionalmente, não provocarão desfechos negativos imediatos para o paciente, como a participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, atendimento das solicitações para administração de medicamentos prescritos em quinze minutos, higiene bucal, higienização logo após cada eliminação, hidratação, deambulação e até mesmo a mudança de decúbito a cada duas horas. Contudo, em internações de longa permanência, o somatório de omissões de cuidados de enfermagem para um mesmo paciente apresenta forte chance de ocasionar instabilidades que podem atrasar o processo de recuperação ou mesmo agravar o quadro de saúde, aumentando a probabilidade de desfechos negativos^(8,11).

Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar foi um elemento com omissão mais prevalentemente reportada pelos técnicos de enfermagem neste estudo. Ao desenvolver educação em saúde com a família e o paciente, a equipe está garantindo a continuidade do cuidado, adesão e a redução da probabilidade de readmissão no serviço⁽⁴⁾. Em contrapartida, registro completo no prontuário do paciente de todos os dados necessários foi significativamente mais relatado pelos enfermeiros dentre os cuidados de mais baixa prioridade. Essa negligência compreende um grave problema, visto que o registro resguarda o profissional judicialmente quanto à assistência prestada, comprovando a realização do cuidado⁽⁶⁾.

A avaliação das razões de omissão por dimensões do MISSCARE-Brasil evidenciou altas prevalências quanto aos recursos laborais, em que a equipe de enfermagem percebeu maior omissão em razão da grande quantidade de admissões e altas, número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional, número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde e o profissional ter mais de um vínculo empregatício. Esses dados corroboram os resultados obtidos em estudos nacionais e internacionais, que apontaram correlação significativa entre o aumento da quantidade de pacientes por profissionais e a elevação da taxa de cuidados omitidos^(2,4,12).

Um acréscimo desta pesquisa correspondeu à confirmação da correlação entre situações de urgência dos pacientes e a omissão de cuidados de nível intermediário, especialmente ao considerar o contexto das unidades de internação, que comumente não estão em alerta para esses casos comparativamente às unidades de terapia

intensiva. Estudo brasileiro destacou que quanto maior for o grau de dependência de um paciente maior será o número de horas despendido no cuidado direto e indireto realizado pela equipe de enfermagem, logo o aumento das situações de urgência acarretará em mais pacientes demandando uma elevada carga horária de cuidados sob responsabilidade de um único profissional⁽⁴⁾.

A interferência de problemas relacionados com recursos materiais na omissão de cuidados foi evidenciada, de modo que, independentemente do nível de prioridade do cuidado, profissionais enfrentam problemas com a indisponibilidade de medicamentos, materiais e equipamentos durante a prática assistencial, requerendo que os cuidados relacionados sejam realizados no turno seguinte. Materiais e equipamentos devem estar de acordo com as especificidades dos pacientes atendidos em determinada unidade; porém, esse ainda é um problema comum nos diversos serviços de saúde^(8,13). Somado a isso, a equipe de enfermagem presta assistência em um ambiente rápido e imprevisível, o que torna crescente a tendência de omitir cuidados essenciais⁽¹⁴⁾.

Correlação encontrada neste estudo entre omissão de cuidados e a existência de tensões, conflitos ou problemas de comunicação com outros setores torna-se ainda mais importante por sua apresentação no conjunto de cuidados de prioridade alta. As instituições de saúde devem estimular o trabalho interdisciplinar das equipes multiprofissionais, com vistas à garantia da qualidade da assistência prestada e ao desenvolvimento de condutas terapêuticas voltadas para a integralidade do cuidado⁽⁴⁾, proporcionando a redução de problemas nessa dimensão.

Na dimensão ética, a correlação encontrada entre omissão de cuidados de prioridade intermediária e a existência de profissionais sem postura ética, compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição é preocupante, pois profissionais com essas características podem ser mais propensos ao absenteísmo, sobrecarregando a equipe⁽¹¹⁾. Os desequilíbrios comumente encontrados nos serviços de saúde entre a equipe de enfermagem e os fatores organizacionais são reconhecidos como contribuintes, de forma negativa, para os processos de priorização dos cuidados⁽¹⁵⁾; logo, essa característica profissional pode somar-se, também negativamente, às razões que levam à omissão de cuidados de enfermagem.

Comunicação e dimensão ética compreendem variáveis independentes que, ao serem modificadas, condicionam um ambiente provedor do bem-estar físico, mental e social dos profissionais⁽²⁾. A compreensão de aspectos do ambiente de trabalho é apontada como um elemento essencial na atualidade para os sistemas de saúde, por expressar as percepções ou sentimentos dos profissionais diante da cultura e do clima de segurança da instituição⁽¹⁶⁾. Compreender essa relação parece ser fundamental para alcançar a implementação de estratégias eficazes para favorecer o comprometimento afetivo, foco nas atividades e compromisso normativo da equipe de enfermagem, evitando uma rede de causa e efeito que limita a prestação de serviços de qualidade.

Assim, a existência de um ambiente positivo contribui para o exercício profissional do enfermeiro e sua equipe, o que está

relacionado à menor rotatividade, absenteísmo e intenção de deixar o cargo, bem como maior satisfação no trabalho⁽⁷⁾. Sentimentos de insatisfação e desejo de sair do emprego são encontrados em profissionais de enfermagem ao detectarem a omissão de cuidados de seus pacientes, diminuindo a motivação com o trabalho. Os serviços contam com os gerentes de enfermagem para identificar e modificar os fatores que influenciam a omissão de cuidados, garantindo o dimensionamento adequado de pessoal, recursos materiais e de equipamentos suficientes para a assistência⁽¹³⁾. Esse talvez seja um caminho para dissolver a correlação entre a falta de motivação para o trabalho e a omissão de cuidados de baixa prioridade, na dimensão estilo de gerenciamento e liderança institucional.

Uma limitação do estudo compreendeu a amostragem por conveniência, que pode reduzir o potencial de generalização dos resultados, embora o tamanho amostral obtido tenha apresentado boa capacidade de resposta nas inferências estatísticas. Outra limitação pode ser atribuída ao próprio instrumento de medida utilizado que, embora seja validado, apresenta objetos psicológicos, como comunicação, dimensão ética e estilo de gerenciamento, que podem ser mais fidedignamente avaliados também por meio de escalas específicas e com evidências de validade.

Correlacionar a omissão de cuidados por nível de prioridade com as razões de omissão de acordo com a equipe de enfermagem permitiu identificar áreas que representam potenciais problemas que geram omissão na instituição em foco. Os resultados obtidos foram essenciais para denotar a relevância de investigar os elementos de cuidados de enfermagem por nível de prioridade, cujas relações podem ser utilizadas por gestores e enfermeiros gerentes para implementação de medidas educacionais, gerenciais e de reorganização do serviço específicas, visando evitar a omissão dos cuidados de enfermagem, bem como desfechos negativos relacionados, garantindo assistência segura e de qualidade.

CONCLUSÃO

Situações de urgência dos pacientes, indisponibilidade de medicamentos, materiais ou equipamentos quando necessários, existência de tensão, conflito e problemas de comunicação entre a equipe de enfermagem e outros setores, existência de profissionais sem postura ética, compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição, bem como a falta de motivação para o trabalho foram razões correlacionadas à omissão de cuidados de enfermagem, distribuídas entre os níveis de prioridade mais alta, intermediária ou mais baixa, assim como ao considerar a omissão geral desses cuidados. As relações positivas, embora fracas, abrangeram todas as cinco dimensões do MISSCARE-Brasil. Notavelmente, os técnicos de enfermagem do hospital universitário estudado apresentam características ocupacionais singulares, pois compreenderam profissionais de qualificação acadêmica maior que a esperada, o que deve estimular a atenção quanto à influência deste resultado em estudos futuros.

RESUMO

Objetivo: Avaliar as razões correlacionadas à omissão de cuidados de enfermagem em um hospital universitário. **Método:** Delineamento transversal analítico, desenvolvido em um hospital universitário do Nordeste do Brasil, nos meses de janeiro a fevereiro de 2020. A população do estudo compreendeu enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam na assistência direta ao paciente. Aplicou-se a versão brasileira do Missed Nursing Care Survey em uma amostra por conveniência composta por 227 participantes (79 enfermeiros e 148 técnicos de enfermagem). Foram calculadas estatísticas uni e bivariadas no software Statistical Package for social Science, versão 26.0. **Resultados:** O cuidado de enfermagem mais omitido

foi deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito (70,9%). A razão mais prevalente foi aumento inesperado do volume e/ou gravidade dos pacientes da unidade (93,0%). Foram verificadas correlações positivas, embora fracas, entre a omissão de cuidados geral, bem como por nível de prioridade, e razões de omissão atribuídas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem ($p < 0,05$). **Conclusão:** O estudo evidenciou que a omissão de cuidados de enfermagem abrangeu todas as cinco dimensões do instrumento correlacionados principalmente aos recursos laborais e materiais.

DESCRITORES

Cuidado de Enfermagem; Segurança do Paciente; Avaliação de Resultados da Assistência ao Paciente; Gestão de Riscos; Avaliação em Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los motivos correlacionados con la omisión de cuidados de enfermería en un hospital universitario. **Método:** Diseño transversal analítico, desarrollado en un hospital universitario en el Nordeste de Brasil, de enero a febrero de 2020. La población de estudio estuvo compuesta por enfermeros y técnicos de enfermería que actuaban en el cuidado directo del paciente. La versión brasileña de la Missed Nursing Care Survey en una muestra por conveniencia compuesta por 227 participantes (79 enfermeros y 148 técnicos de enfermería). Las estadísticas univariadas y bivariadas se calcularon en el Software Statistical Package for Social Science, versión 26.0. **Resultados:** El cuidado de enfermería más omitido fue caminar tres veces al día o según prescripción (70,9%). El motivo más prevalente fue un aumento inesperado en el volumen y/o gravedad de los pacientes en la unidad (93,0%). Se encontraron correlaciones positivas, aunque débiles, entre la omisión de cuidados generales, así como por nivel de prioridad, y las razones de omisión atribuidas por enfermeros y técnicos de enfermería ($p < 0,05$). **Conclusión:** El estudio mostró que la omisión del cuidado de enfermería abarcó las cinco dimensiones del instrumento, principalmente correlacionadas con los recursos laborales y materiales.

DESCRIPTORES

Atención de Enfermería; Seguridad del Paciente; Evaluación del Resultado de la Atención al Paciente; Gestión de Riesgos; Evaluación en Salud.

REFERÊNCIAS

1. Silva RPL, Meneguetti MG, Siqueira LDC, Araújo TR, Auxiliadora-Martins M, Andrade LMS, et al. Omission of nursing care, professional practice environment and workload in intensive care units. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):1986-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13005>. PubMed PMID: 32173932.
2. Campbell CM, Prapanjaroensin A, Anusiewicz CV, Baernholdt M, Jones T, Patrician PA. Variables associated with missed nursing care in Alabama: a cross-sectional analysis. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):2174-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12979>. PubMed PMID: 32072688.
3. Elmontsri M, Banarsee R, Majeed A. Improving patient safety in developing countries – moving towards an integrated approach. *JRSM Open.* 2018;9(11):2054270418786112. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/2054270418786112>. PubMed PMID: 30455962.
4. Lima JC, Silva AEBC, Caliri MHL. Omission of nursing care in hospitalization units. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3233. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>. PubMed PMID: 32074206.
5. Recio-Saucedo A, Dall’Ora C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P, et al. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *J Clin Nurs.* 2018;27(11-12):2248-59. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14058>. PubMed PMID: 28859254.
6. Wiecezorek-Wojcik B, Gaworska-Krzemińska A, Owczarek AJ, Kilańska D. In-hospital mortality as the side effect of missed care. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):2240-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12965>. PubMed PMID: 32239793.
7. Dutra CKR, Salles BG, Guirardello EB. Situações e razões para a omissão do cuidado de enfermagem em unidades de clínica médica e cirúrgica. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03470. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017050203470>. PubMed PMID: 31433012.
8. Moura ECC, Lima MB, Peres AM, Lopez V, Batista MEM, Braga FDSCAG. Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):2103-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12846>. PubMed PMID: 31433878.
9. Siqueira LDC, Caliri MHL, Haas VJ, Kalisch B, Dantas RAS. Validation of the MISSCARE-BRASIL survey – A tool to assess missed nursing care. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;25(0):e2975. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2354.2975>. PubMed PMID: 29267546.
10. Blackman I, Lye CY, Darmawan IGN, Henderson J, Giles T, Willis E, et al. Modeling missed care: implications for evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2018;15(3):178-88. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12285>. PubMed PMID: 29569380.
11. Blackman I, Papastavrou E, Palese A, Vryonides S, Henderson J, Willis E. Predicting variations to missed nursing care: a three-nation comparison. *J Nurs Manag.* 2018;26(1):33-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12514>. PubMed PMID: 28752529.
12. Phelan A, McCarthy S, Adams E. Examining missed care in community nursing: a cross section survey design. *J Adv Nurs.* 2018;74(3):626-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13466>. PubMed PMID: 28960457.
13. Dehghan-Nayeri N, Shali M, Navabi N, Ghaffari F. Perspectives of oncology unit nurse managers on missed nursing care: a qualitative study. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2018;5(3):327-36. doi: http://dx.doi.org/10.4103/apjon.apjon_6_18. PMID:29963596.
14. Eskin Bacaksiz F, Alan H, Taskiran Eskici G, Gumus E. A cross-sectional study of the determinants of missed nursing care in the private sector: Hospital/unit/staff characteristics, professional quality of life and work alienation. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):1975-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12999>. PubMed PMID: 32153061.
15. Palese A, Bottega M, Cescutti A, Caruzzo D, Danielis M, Fabris S, et al. Depicting clinical nurses’ priority perspectives leading to unfinished nursing care: a pilot Q methodology study. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):2146-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13036>
16. Kim KJ, Yoo MS, Seo EJ. Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2018;S1976-1317(17)30683-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2018.04.003>. PubMed PMID: 29684580.

EDITOR ASSOCIADO

Marcia Regina Cubas



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