

Omissão do cuidado de enfermagem em unidades de internação*

Juliana Carvalho de Lima¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2195-7640>

Ana Elisa Bauer de Camargo Silva¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3454-6602>

Maria Helena Larcher Caliri²

 <https://orcid.org/0000-0001-7662-5072>

Objetivo: descrever a prevalência e as razões da omissão de cuidados de enfermagem, segundo a percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Método:** estudo transversal realizado com 267 profissionais de dez unidades de internação. Os dados foram coletados por meio do instrumento MISSCARE-Brasil. Utilizou-se estatística descritiva e testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher para comparar diferenças na prevalência de omissão entre as categorias profissionais. **Resultados:** dentre os elementos do cuidado de enfermagem, as maiores prevalências de omissão foram: *sentar o paciente fora do leito* (70,3%), *deambulação três vezes ao dia* (69,1%) e *participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente* (67,2%). As razões mais frequentes foram: número inadequado de pessoal (85,4%), número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (81,6%) e aumento inesperado no volume e/ou gravidade dos pacientes (79,8%). Os enfermeiros relataram maior omissão do que os técnicos/auxiliares de enfermagem em quatro elementos do cuidado ($p < 0,05$). **Conclusão:** o estudo evidencia alta prevalência de omissão de elementos do cuidado de enfermagem na perspectiva dos profissionais. Fatores relacionados aos recursos humanos e materiais foram mais relatados como causas para esta omissão.

Descritores: Enfermagem; Cuidado de Enfermagem; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Gestão de Risco; Unidades de Internação.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Omissão do cuidado de enfermagem em um hospital de ensino", apresentada à Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, GO, Brasil. Apoio Financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

¹ Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, GO, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Lima JC, Silva AEBC, Caliri MHL. Omission of nursing care in hospitalization units. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3233. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>. mês dia ano URL

Introdução

A garantia da qualidade do cuidado e da segurança do paciente em instituições de saúde tem sido um desafio perante as evidências de erros na assistência. Os erros assistenciais podem se manifestar de duas formas: erro de comissão, quando se executa de forma errada a ação planejada; e o erro de omissão, quando não se consegue executar a ação certa⁽¹⁾.

A omissão do cuidado de enfermagem refere-se à falta ou atraso na prestação de qualquer aspecto do cuidado demandado pelo paciente (em parte ou por completo)⁽²⁾. Este tem se apresentado como um problema comum, universal e que ocorre com frequência, devido a fatores sistêmicos⁽³⁾.

Especificamente no cuidado de enfermagem, o fenômeno da omissão pode ser explicado pelo modelo "Missed nursing care", que pressupõe que a estrutura das organizações como características do hospital, da unidade e do pessoal interfere no processo de trabalho da enfermagem, acarretando em cuidados omitidos e em consequências negativas para os profissionais de enfermagem, como insatisfação, absenteísmo e para os pacientes, como infecção, queda, lesão por pressão, entre outras⁽⁴⁻⁵⁾.

Considerando estudos realizados em países da Europa, como a Inglaterra, no México e Estados Unidos da América (EUA), os cuidados mais omitidos pelos profissionais de enfermagem são: a deambulação; higiene bucal; conversar e confortar os pacientes; participação em discussões interdisciplinares; planejamento de cuidados; e educação de pacientes e familiares^(3,6-10).

No Brasil, estudos evidenciaram que cuidados direcionados ao atendimento das necessidades emocionais, espirituais, sociais, eliminações fisiológicas e segurança física do paciente adulto foram omitidos e/ou pouco realizados durante a internação hospitalar⁽¹¹⁾. Dado semelhante foi verificado em ambiente pediátrico, no que tange ao fornecimento de orientações aos acompanhantes de crianças hospitalizadas e ao acompanhamento do banho da criança⁽¹²⁾.

A omissão dos cuidados traz consequências indesejáveis aos pacientes, profissionais e às instituições de saúde. Resultados negativos para os pacientes têm sido associados à omissão dos cuidados de enfermagem, tais como: lesão por pressão, erros de medicação, quedas, infecções^(4,13), readmissões⁽⁹⁾; e até mesmo a morte⁽¹⁴⁾.

Já para os profissionais de enfermagem, a consciência de não ter conseguido fornecer aos seus pacientes todos os cuidados necessários pode gerar insatisfação, aumento da intenção de sair do emprego

e síndrome de *Burnout*⁽⁵⁾. As instituições de saúde, por sua vez, têm seu custo aumentado em detrimento do aumento do tempo de permanência dos pacientes, das readmissões e da necessidade de reparo/tratamento dos danos gerados aos pacientes⁽⁵⁾.

As evidências de omissão de cuidados de enfermagem reportam à necessidade de compreensão de suas razões. Os aspectos relacionados a recursos humanos, materiais e comunicação têm sido os fatores de maior prevalência que levam os profissionais a não conseguirem realizar todos os cuidados requeridos pelos pacientes⁽¹⁵⁾.

Acredita-se que a identificação, mitigação e discussão transparente acerca das omissões do cuidado de enfermagem podem auxiliar no gerenciamento de risco institucional e na construção da cultura de segurança, sendo um "alerta precoce" de maior risco para os resultados negativos aos pacientes⁽¹⁴⁾.

Estudos relacionados à omissão de cuidados de enfermagem podem indicar caminhos e soluções para a prevenção desse tipo de falha assistencial e auxiliar no planejamento de ações corretivas, com impacto na melhoria da qualidade e segurança do cuidado. A compreensão do fenômeno da omissão do cuidado também se faz importante para o ensino em enfermagem, despertando o olhar de docentes e alunos para essa ocorrência e para o desenvolvimento de estratégias de prevenção.

Diante do exposto, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: quais cuidados de enfermagem são mais omitidos pelos profissionais de enfermagem e quais as razões mais prevalentes para esta omissão?

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi descrever a prevalência e as razões da omissão de cuidados de enfermagem, segundo a percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino.

Método

Trata-se de um estudo transversal, realizado em dez unidades de internação de um hospital público de ensino de Goiás, quais sejam: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica, clínica materno-infantil, clínica ortopédica, clínica tropical, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) médica, UTI cirúrgica e UTI neonatal.

A população do estudo foi constituída por todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuavam nas unidades investigadas no período da coleta e possuíam tempo de admissão superior a um mês de trabalho. Foram excluídos os profissionais em cargo de gerência responsáveis por mais de uma unidade, os que estavam de licença no período da coleta e aqueles que não realizavam ações de enfermagem.

No período da coleta dos dados, a instituição possuía 626 profissionais de enfermagem e 401 deles atuavam nas unidades de internação selecionadas. Desses, 376 atenderam aos critérios de inclusão, sendo que 47 recusaram-se a participar da pesquisa e 62 não devolveram os instrumentos de coleta de dados.

Os dados foram coletados no período 15 de abril a 23 de dezembro de 2017, por meio do MISSCARE-Brasil, instrumento traduzido e validado para a cultura brasileira⁽¹⁶⁾. O instrumento foi utilizado com autorização e orientações fornecidas pela autora.

O MISSCARE-Brasil é um questionário autoaplicável, composto por três partes. A primeira parte possui questões sobre informações gerais dos participantes e do local de trabalho. A segunda parte do instrumento, ou parte A, é composta por 28 itens referentes aos elementos dos cuidados de enfermagem não realizados, com respostas tipo Likert, variando “de nunca é realizado” a “é sempre realizado”. E a terceira parte do instrumento, ou parte B, contém 28 itens referentes às razões para a não realização dos cuidados de enfermagem, com respostas tipo Likert variando de “razão significativa” a “não é uma razão para a omissão dos cuidados”.

Os participantes foram abordados e orientados a responder o instrumento fora do local e do horário de trabalho e devolvê-lo posteriormente, de acordo com a data preestabelecida pela pesquisadora. Todos foram orientados sobre como proceder para responder ao questionário, sendo garantido seu anonimato e respeitadas as recusas.

Os dados foram digitados em planilha com dupla conferência e a análise foi feita utilizando o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 24.0. Previamente à análise, realizou-se a reversão dos códigos das respostas aos itens das partes A e B; assim, os valores maiores correspondiam a maiores níveis de omissão e às razões mais importantes⁽¹⁶⁾.

Após a reversão, as respostas foram dicotomizadas e, dessa forma, as alternativas “ocasionalmente não é realizado”, “raramente é realizado” e “nunca é realizado” significam cuidado omitido, e as alternativas “realizado frequentemente” e “sempre realizado” representam o cuidado realizado. As respostas das razões também foram dicotomizadas, considerando como razão de omissão as opções “razão significativa” e “razão moderada”, e como não razão de omissão as respostas das alternativas “razão pouco significativa” e “não é uma razão”^(6,16-17).

Os cálculos das análises estatísticas foram realizados com o auxílio do SPSS versão 24.0. A análise descritiva das variáveis quantitativas foi apresentada como média, desvio-padrão (DP), mediana, intervalo

interquartil (IIQ), mínimo e máximo. As variáveis qualitativas (nível educacional, formação acadêmica mais elevada, cargo, período de trabalho, turno que trabalha com maior frequência) foram apresentadas como frequências absoluta e relativa.

Calculou-se a prevalência de omissão de cada cuidado por meio da divisão do número de cuidado omitido sobre a quantidade total de respostas que aquele elemento do cuidado de enfermagem obteve, multiplicado por 100. Ressalta-se que a resposta “não se aplica” não foi incluída na prevalência.

Da mesma forma, a prevalência das razões para omissão do cuidado foi calculada por meio da divisão do número de respostas consideradas como razão para omissão sobre a quantidade total de respostas que aquela razão obteve, multiplicado por 100.

Para verificar as diferenças na prevalência da omissão dos cuidados de enfermagem por categoria profissional (técnicos e auxiliares de enfermagem × enfermeiros), foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

A confiabilidade interna do MISSCARE-Brasil foi avaliada pelo alfa de Cronbach padronizado, sendo considerados aceitáveis valores acima de 0,7⁽¹⁸⁾.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, via Plataforma Brasil (Parecer nº 1.922.667), seguiu às recomendações propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 466/2012⁽¹⁹⁾, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os profissionais que concordaram em participar do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foi solicitada a leitura e assinatura do mesmo.

Resultados

Participaram do estudo 267 profissionais de enfermagem, correspondendo a uma taxa de resposta de 71,0% da população, sendo que 87,6% eram do sexo feminino, com mediana de idade de 43,0 anos (IIQ: 15), média de 43,1 (DP: 10,1), variando de 23 a 70 anos.

A análise da categoria profissional e cargo exercido na unidade apontou que 177 (66,3%) eram técnicos de enfermagem, 11 (4,1%) auxiliares de enfermagem, 72 (27,0%) enfermeiros e 7 (2,6%) enfermeiros com função administrativa. Sendo, então, 79 (29,6%) enfermeiros e 188 (70,4%) técnicos e auxiliares de enfermagem.

Em relação à formação, 77,5% dos profissionais possuíam título de graduação e/ou pós-graduação. O período de trabalho diurno (55,8%) e os turnos de 12 horas (78,3%) foram os mais predominantes.

A análise da confiabilidade das respostas do instrumento MISSCARE-Brasil, realizada por meio do coeficiente alfa de Cronbach (α), apontou valores aceitáveis, com consistência interna $\alpha = 0,913$ para a parte A do instrumento, referente aos elementos dos cuidados de enfermagem, e $\alpha = 0,941$ na parte B, constituída pelas razões para a omissão dos cuidados.

Os cuidados de enfermagem que obtiveram as maiores prevalências de omissão foram *sentar o paciente fora do leito* (70,3%), *deambulação três vezes ao dia* (69,1%), *participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente* (67,2%)

e *planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar* (51,1%) (Tabela 1).

A omissão dos cuidados de enfermagem variou de acordo com a categoria profissional em cinco elementos do cuidado ($p < 0,05$), sendo que quatro deles foram mais citados pelos enfermeiros e *cuidados com lesões de pele/feridas* foi mais citado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem (Tabela 2).

A inadequação de recursos humanos e o aumento inesperado no volume e/ou gravidade dos pacientes foram as razões mais prevalentes para a omissão (Tabela 3).

Tabela 1 – Prevalência de omissão dos cuidados de enfermagem. Goiânia, GO, Brasil, 2017

Elementos do cuidado de enfermagem não realizados	n (%)
Sentar o paciente fora do leito	180 (70,3)
Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito	172 (69,1)
Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente	178 (67,2)
Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	136 (51,1)
Apoio emocional ao paciente e/ou família	93 (35,1)
Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	79 (29,7)
Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	77 (28,8)
Higiene bucal	74 (27,8)
Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	71 (26,6)
Controle do balanço hídrico	71 (26,7)
Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	70 (28,0)
O atendimento à chamada do paciente é feita dentro de 5 min	70 (27,7)
Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	69 (25,8)
Administrar os medicamentos dentro de 30 min antes ou depois do horário prescrito	65 (24,3)
Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	64 (24,0)
Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado	53 (19,9)
Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	50 (18,9)
As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em 15 min	43 (16,5)
Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	38 (14,5)
Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	31 (11,6)
Hidratar o paciente, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	29 (11,1)
Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	28 (10,5)
Aspiração de vias aéreas	24 (12,7)
Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	24 (9,0)
Cuidados com lesões de pele/feridas	21 (7,9)
Banho/higiene do paciente/ medidas para prevenção de lesões de pele	16 (6,0)
Higienização das suas mãos	16 (6,0)
Monitorar a glicemia capilar	7 (2,6)

Tabela 2 – Comparação da omissão dos cuidados de enfermagem, segundo enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem. Goiânia, GO, Brasil, 2017

Cuidados de enfermagem omitidos	E* (N = 79)			TA† (N = 188)		p-valor‡
	Total§	n	%	n	%	
Sentar o paciente fora do leito	256	54	74,0	126	68,9	0,418
Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente	265	52	67,5	126	67,0	0,936
Deambulação três vezes por dia	249	47	66,2	125	70,2	0,535
Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	266	37	46,8	99	52,9	0,363
Mudar o decúbito do paciente a cada 2 horas	266	34	43,6	45	23,9	0,001
Registro completo no prontuário do paciente	267	32	40,5	45	23,9	0,006
Atendimento à chamada do paciente em 5 min	253	28	37,8	42	23,5	0,020
Apoio emocional ao paciente e/ou família	265	28	35,9	65	34,8	0,860
Higiene bucal	266	27	34,6	47	25,0	0,111
Avaliação da efetividade dos medicamentos	267	26	32,9	45	23,9	0,130
Controle do balanço hídrico	266	22	28,2	49	26,1	0,719
Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	250	21	28,8	49	27,7	0,862
Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados	267	20	25,3	49	26,1	0,899
Administrar os medicamentos dentro de 30 min antes ou depois do horário prescrito	267	18	22,8	47	25,0	0,700
Solicitações para administração de medicamentos S/N atendidas em 15 min	261	17	21,8	26	14,2	0,130
Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	267	16	20,3	48	25,5	0,356
Higienizar o paciente após cada eliminação	265	16	20,8	34	18,1	0,611
Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando necessidades de cuidado	267	15	19,0	38	20,2	0,819
Cuidados com acesso venoso e infusão	267	15	19,0	16	8,5	0,015
Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	262	12	15,4	26	14,1	0,792
Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	267	11	13,9	17	9,0	0,235
Aspiração de vias aéreas	267	10	12,7	24	12,8	0,981
Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	266	10	12,8	14	7,4	0,164
Hidratar o paciente, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	261	9	11,8	20	10,8	0,810
Banho/higiene do paciente/ medidas para prevenção de lesões de pele	266	5	6,4	11	5,9	1,000
Higienização das suas mãos	267	5	6,3	11	5,9	1,000
Monitorar a glicemia capilar	267	3	3,8	4	2,1	0,426
Cuidados com lesões de pele/feridas	267	1	1,3	20	10,6	0,009

*E = Enfermeiros; †TA = Técnicos e auxiliares de enfermagem; ‡Teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher; §Para análise das diferenças na prevalência de omissão por categoria foram excluídos os casos com resposta "não se aplica"

Tabela 3 – Prevalência das razões para a omissão dos cuidados de enfermagem. Goiânia, GO, Brasil, 2017

Razões de omissão dos cuidados	n (%)
Número inadequado de pessoal	228 (85,4)
Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas	218 (81,6)
Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes da unidade	213 (79,8)
Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessários	204 (76,4)
Situações de urgência dos pacientes	204 (76,4)
Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário	203 (76,0)
Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário	201 (75,3)
Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que era necessário	184 (68,9)
Grande quantidade de admissões e altas	173 (64,8)
A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada	166 (62,2)
Tensão/conflicto ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio	153 (57,3)
A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada	153 (57,3)
A planta física da unidade é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes	153 (57,3)
Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde	151 (56,6)

(continua...)

Tabela 3 - *continuação*

Razões de omissão dos cuidados	n (%)
Tensão/conflito ou problemas de comunicação com a equipe médica	144 (53,9)
Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado	136 (50,9)
Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados	135 (50,6)
O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada	130 (48,7)
O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência	127 (47,6)
Os membros da equipe não se ajudam entre si	125 (46,8)
Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da equipe de enfermagem	114 (42,7)
O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível	114 (42,7)
O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego	108 (40,4)
O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição	101 (37,8)
Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe	100 (37,5)
O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)	98 (36,7)
Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou falta de valorização do profissional)	88 (33,0)
Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional	77 (28,8)

Discussão

Os resultados deste estudo evidenciaram elevada prevalência de omissão de um ou mais elementos do cuidado pela enfermagem. Tal omissão é uma importante variável para gerar reflexão quanto à necessidade de revisão da estrutura e dos processos de trabalho que estão sendo desenvolvidos, passíveis de não estarem permitindo resultados assistenciais de qualidade, perante a não entrega da terapêutica adequada, podendo ainda trazer danos adicionais aos pacientes.

A consistência interna do instrumento utilizado, MISSCARE-Brasil, foi considerada aceitável, com resultado semelhante a outros estudos nacionais⁽¹⁶⁾ e internacionais^(10,13,17), comprovando que possui uma alta confiabilidade para medir a omissão do cuidado de enfermagem.

O estudo identificou que *sentar o paciente fora do leito* obteve a maior prevalência (70,3%) de omissão do cuidado, seguido da *deambulação dos pacientes três vezes ao dia* (69,1%). A não deambulação dos pacientes também foi identificada como o cuidado com maior prevalência de omissão em estudos realizados com profissionais da equipe de enfermagem em diversos países^(6,16,20), e também pelos próprios pacientes (41,3%)⁽²¹⁾.

Esses dois cuidados de enfermagem envolvem a mobilização do paciente fora do leito. A mobilização de pacientes hospitalizados proporciona benefícios físicos como alívio da dor, diminuição do risco de trombose venosa profunda, diminuição da fadiga, prevenção da reincidência de pneumonia, de delírio, diminuição do risco de infecção do trato urinário e melhora da função física. Além de bem-estar social, melhora a qualidade de vida, a independência, diminuição da ansiedade, do humor depressivo, da angústia e aumenta o conforto

e satisfação do paciente⁽²²⁾. Resultados organizacionais também podem ser identificados, como a diminuição do período de permanência, da mortalidade dos pacientes e dos custos institucionais⁽²²⁾.

As evidências refletem a importância da mobilização para os resultados positivos no reestabelecimento dos pacientes e reforçam a necessidade do planejamento e desenvolvimento de métodos e rotinas para garantir que esta ação de enfermagem seja realizada de forma sistemática⁽²²⁾.

Outro cuidado que obteve prevalência elevada de omissão (67,2%) foi a *participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente*. As discussões multidisciplinares propiciam melhor comunicação entre as equipes. A omissão dessa atividade pode interferir na qualidade da assistência prestada ao paciente, pois não permite a troca de informações, colaboração e reflexões sobre as condutas terapêuticas a serem tomadas, entre as diversas categorias profissionais que, diariamente, prestam assistência a um mesmo paciente. A integralidade assistencial, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde brasileiro, impõe o desafio da implementação de uma forma de trabalho que viabilize a interdisciplinaridade, de forma que ela venha responder de forma eficaz às diversas dimensões do processo saúde-doença e seja capaz de abordar a complexidade do objeto da área de saúde⁽²³⁾. Entretanto, na cultura institucional atual dos serviços de saúde prevalecem a fragmentação, as relações hierárquicas, o trabalho individualizado por profissional e a resistência de uma racionalidade técnico-científica, além de desigualdades entre as especialidades e a valorização social que lhes é atribuída⁽²³⁾.

O profissional de enfermagem, ao não participar de discussões com profissionais de outras equipes, perde oportunidades de compartilhar o conhecimento

de quem acompanha o paciente por 24 horas ao dia, e de evidenciar sua importância para a recuperação do paciente e assistência de qualidade.

Evidenciou-se ainda que outro cuidado omitido, com prevalência de 51,1%, foi o *planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar*. A falha na educação de pacientes e familiares não é um problema apenas brasileiro, visto que também esteve em evidência em um estudo realizado nos EUA⁽⁹⁾ e em outro no México⁽¹⁰⁾.

Em um momento em que se busca pela participação cada vez mais ativa dos pacientes e de seus familiares no seu próprio cuidado, para a garantia da segurança dos pacientes⁽²⁴⁾, é preocupante a ausência de educação em saúde e orientação do paciente, podendo levar a complicações de sua situação de saúde e de readmissão⁽⁴⁾. O ensino do paciente e do familiar sobre sua condição de saúde e cuidados após a alta hospitalar faz com que o paciente tenha maior adesão ao tratamento e se sinta engajado no seu próprio cuidado, prevenindo eventos adversos e evitando complicações e readmissões desnecessárias⁽²⁴⁻²⁵⁾.

A comparação da omissão dos cuidados de enfermagem, segundo a percepção de enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem, evidenciou que houve diferenças entre as categorias profissionais e, em alguns aspectos dos cuidados, as diferenças foram estatisticamente significativas. Os enfermeiros, em geral, perceberam maior prevalência de omissão de cuidado do que os técnicos/auxiliares de enfermagem em relação à *mudança de decúbito, registro no prontuário do paciente, cuidados com acesso venoso e infusão e atendimento à chamada do paciente dentro de 5 min*. Por outro lado, os técnicos e auxiliares de enfermagem perceberam maior omissão nos *cuidados com lesões de pele/feridas*. Essas diferenças precisam ser mais bem exploradas em outras investigações.

Dentre as razões para a omissão apresentadas no instrumento MISSCARE-Brasil, a inadequação de recursos humanos e o aumento inesperado no volume e/ou gravidade dos pacientes foram percebidas pelos profissionais de enfermagem como de maior prevalência.

O número inadequado de pessoal e o aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes da unidade têm sido citados com frequência nos estudos realizados pela enfermagem que buscam entender a falta de qualidade, de eventos adversos e insatisfação profissional^(7,10,26). A quantidade insuficiente de pessoal acarreta um número maior de pacientes por profissional de enfermagem e pode ocasionar a sobrecarga dos trabalhadores e maiores taxas de cuidados omitidos⁽²⁷⁾.

Estudo na Inglaterra identificou que o número de pacientes por enfermeiro estava significativamente

associado à omissão dos cuidados de enfermagem e apontou que quando os enfermeiros cuidavam de uma quantidade menor de pacientes, menos cuidados eram omitidos e a chance de se omitir algum cuidado também diminuía⁽⁷⁾.

O *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) propôs que a omissão do cuidado poderia ser utilizada como uma "bandeira de alerta" aos níveis inadequados de pessoal e como indicador de qualidade dos serviços de enfermagem. Reforça também a necessidade de mais evidências e indicadores para determinar níveis seguros da equipe de enfermagem e de estudos para compreender até que ponto são alcançados na prática⁽²⁸⁾.

Os profissionais de enfermagem também perceberam a falta de materiais/equipamentos ou o funcionamento inadequado quando necessário e a falta de medicamentos como razões ou causas frequentes para a omissão do cuidado. O gerenciamento de recursos materiais e a administração desses recursos ou suprimentos constituem a totalidade dos fluxos de materiais de uma organização de saúde, compondo um processo com as seguintes atividades principais: programação, compra, recepção, armazenamento, distribuição e controle⁽²⁹⁾.

Já a gestão dos recursos materiais nas clínicas de internação são de responsabilidade do enfermeiro, que prevendo, provendo, estando atento à qualidade do material a ser utilizado, assim como da quantidade necessária e acompanhando o seu consumo, pode garantir a qualidade da assistência prestada e evitar a descontinuidade da assistência. Porém, são sabidos os problemas de recursos financeiros que hospitais públicos brasileiros possuem, que impactam diretamente na aquisição de bens e levam ao desabastecimento de medicamentos, materiais e até equipamentos⁽³⁰⁾.

Por fim, a omissão de elementos do cuidado de enfermagem evidenciada neste estudo demonstra um risco para a qualidade e segurança da assistência de enfermagem. A equipe frequentemente é exposta a fatores que impedem de completar todos os cuidados necessários ao paciente, deixando-os vulneráveis. É necessário que o processo de trabalho dos profissionais de enfermagem seja revisto e redesenhado, visando a otimização e definição do papel, responsabilidades e da carga de trabalho dos profissionais para que seja proporcionado um ambiente de trabalho favorável à continuidade do cuidado⁽³¹⁾.

Diante de todas essas evidências, entende-se que estratégias de mitigação e prevenção da omissão dos cuidados precisam ser tomadas, pois os usuários do sistema de saúde, denominados de "pacientes" em muitas organizações hospitalares, precisam que todos os cuidados indicados para seu tratamento e

recuperação sejam executados. Entretanto, a omissão dos cuidados de enfermagem tem sido um fenômeno silencioso e não percebido pela gestão. O primeiro passo é reconhecer e discutir sobre ele, para assim compreender sua proporção. É preciso o envolvimento da liderança juntamente com os profissionais da linha de frente do cuidado para que ações de melhoria sejam planejadas.

As principais limitações deste estudo estão relacionadas à coleta de dados realizada em uma única instituição e a variação sazonal do período da coleta dos dados, que se deu em oito meses. No entanto, é importante ressaltar que se trata de um dos primeiros estudos a realizar um diagnóstico situacional da omissão dos cuidados de enfermagem na realidade brasileira. Destaca-se que esse diagnóstico é essencial para despertar um olhar diferenciado e crítico quanto a esse problema frequente, mas que até então pouco ou nada se falava. Recomenda-se a realização de estudos que buscam analisar e comparar a omissão dos cuidados em outras instituições e investiguem fatores que possam influenciar para que cuidados de enfermagem não sejam realizados.

A relevância para a prática profissional em identificar e entender as razões que levam a ocorrência da omissão dos cuidados de enfermagem está no reconhecimento de aspectos do processo de trabalho da enfermagem que precisam da atenção e tomada de decisões por parte da gestão das instituições para que a continuidade do cuidado seja garantida e os eventos adversos advindos da falta de cuidado sejam reduzidos.

Conclusão

Este estudo evidenciou que a omissão do cuidado é um fenômeno real e frequente. Os cuidados de enfermagem mais omitidos foram *sentar o paciente fora do leito, deambulação três vezes ao dia, participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente e planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar*.

As razões mais frequentes para a omissão dos cuidados de enfermagem foram relacionadas a recursos humanos e recursos materiais. Essas razões estão voltadas a falhas gerenciais e sistêmicas, que devem ser analisadas e corrigidas em prol da segurança do paciente. Estudos como este comprovam que a enfermagem tem atuado em situações desfavoráveis para o cumprimento integral do processo de cuidar, demandando esforços para o planejamento e adoção de estratégias de prevenção da omissão do cuidado e melhoria da prática assistencial.

Referências

1. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report. Chapter 3. The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred Terms. WHO; 2009 [cited Oct 2, 2018]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
2. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual*. [Internet]. 2006 [cited Oct 2, 2018]; 21(4):306-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16985399>
3. Lake ET, Germack HD, Viscardi MK. Missed Nursing Care is Linked to Patient Satisfaction: A Cross Sectional Study of US Hospitals. *BMJ Qual Saf*. [Internet]. 2015 [cited Oct 2, 2018]; 0:1-9. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/25/7/535>
4. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. [Internet]. 2009 [cited Oct 2, 2018]; 65 (7):1509-17. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
5. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H. Does Missed Nursing Care Predict Job Satisfaction? *J Healthcare Manage*. [Internet]. 2011 [cited Oct 2, 2018]; 56 (2):117-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21495530>
6. Orique SB, Patty CM, Woods E. Missed Nursing Care and Unit-Level Nurse Workload in the Acute and Post-Acute Settings. *J Nurs Care Qual*. [Internet] 2016 [cited Jun 30, 2019];31(1):84-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26121055>
7. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf*. [Internet]. 2014 [cited Oct 2, 2018]; 0:1-10. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/23/2/116.full.pdf>
8. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, Geest S, Rafferty AM et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf*. 2014; 23:126-35. doi:10.1136/bmjqs-2013-002318.
9. Carthon JMB, Lasater KB, Sloane DM, Kutney-Lee A. The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Qual Saf*. [Internet]. 2015 [cited Oct 2, 2018];24:255-63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4440316/pdf/nihms663915.pdf>

10. Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, Díaz-Oviedo A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2017 [cited Oct 2, 2018];25:e2877. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1227.2877>
11. Freitas JS, Silva AEBC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG. Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2014 [cited Oct 2, 2018];22(3):454-60. doi: 10.1590/0104-1169.3241.2437
12. Lima JC, Silva AEBC, Sousa MRG, Freitas JS, Bezerra ALQ. Assessment of quality and safety of nursing assistance to the hospitalized child: perception of accompanying. *Rev Enferm UFPE on line*. [Internet]. 2017 [cited Oct 2, 2018];11(Supl. 11):4700-8. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231212/25221>
13. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed nursing care, staffing, and patient falls. *J Nurs Care Qual*. [Internet]. 2012 [cited Oct 2, 2018]; 27 (1):6-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21738057>
14. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM et al. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2017 [cited Oct 2, 2018]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748917301761?via%3Dihub>
15. Sasso L, Bagnasco A, Aleo G, Catania G, Dasso N, Zanini MP, et al. Incorporating nursing complexity in reimbursement coding systems: the potential impact on missed care. *BMJ Qual Saf*. [Internet]. 2017 [cited Oct 2, 2018]; 26 (11):929-32. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/26/11/929.full.pdf>
16. 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*. [Internet] 2017 [cited Sept 20, 2018];25:e2975. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2354.2975>.
17. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: errors of omission. *Nurs Outlook*. [Internet]. 2009 [cited Sept 20, 2018]; 57 (1):3-9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655408001462?via%3Dihub>
18. Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res*. [Internet] 2010 [cited Jun 30, 2019];68(4):319-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.006>
19. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº 466 / 2012. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
20. Kalisch BJ, Doumit M, Lee KH, Zein JE. Missed Nursing Care, Level of Staffing, and Job Satisfaction. *JONA*. [Internet]. 2013 [cited Sept 20, 2018];43(5). Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005110-201305000-00007>
21. Kalisch BJ, Xie B, Dabney BW. Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. *Am J Med Qual*. [Internet]. 2014 [cited Sept 20, 2018];29 (5):415-22. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1062860613501715>
22. Kalisch BJ, Lee S, Dabney BW. Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2013 [cited Sept 20, 2018];23(11-12):1486-501. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24028657>
23. Miranda L, Rivera FJU, Artmann E. Interdisciplinary health care teamwork as a space of recognition: contributions of Axel Honneth's theory. *Rev Saúde Coletiva*. [Internet]. 2012 [cited Sept 20, 2018];22(4):1563-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a16v22n4.pdf>
24. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Patient Engagement and Safety [Internet] Jun 2017 [cited Oct 2, 2018]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/17/patient-engagement-and-safety>
25. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient And Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions and Policies. *Health Affairs*. [Internet] 2013 [cited Oct 2, 2018];32:2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23381514>
26. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud*. [Internet] 2015 [cited Oct 2, 2018]; 52 (6):1121-37. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915000589?via%3Dihub>
27. Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf*. [Internet]. 2016 [cited Oct 2, 2018];0:1-10. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/26/7/559.full.pdf>
28. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Safe nurse staffing of adult wards in acute hospitals: Report from SSAC sub-group meeting. Expert paper 3: Report from the Safe Staffing Advisory. National Institute for Health and Care Excellence. [Internet]. 2014. Available from: <https://www.nice.org>

uk/guidance/sg1/documents/safe-staffing-for-nursing-in-adult-inpatient-wards-in-acute-hospitals-expert-paper-32

29. Castilho V, Gonçalves VLM. Gerenciamento de Recursos Materiais. In: Kurcgant P. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. p.155-67.

30. Lima RF, Câmara TFM. Challenges of shortages in supply chain in a public hospital: a case report. Rev Gestão Sistemas Saúde.[Internet] 2016 [cited Oct 2, 2018]; 5(1):120-7. Available from: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/218/181>

31. Castner J, Yow-Wu B., Dean-Baar S. Multi-Level Model of Missed Nursing Care in the Context of Hospital Merger. West J Nurs Res. [Internet] 2015 [cited Jun 30, 2019];37(4):441-61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24869493>

Recebido: 30.11.2018

Aceito: 18.09.2019

Autor correspondente:

Juliana Carvalho de Lima

E-mail: julianafen@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2195-7640>

Copyright © 2020 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.