

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100457

DOI: 10.1590/S1980-220X2017050203470

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2019 by USP/Escola de Enfermagem . All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>



Situações e razões para a omissão do cuidado de enfermagem em unidades de clínica médica e cirúrgica

Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units

Situaciones y razones para la omisión del cuidado de enfermería en unidades de clínica médica y quirúrgica

Como citar este artigo:

Dutra CKR, Salles BG, Guirardello EB. Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03470. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017050203470>

 Carla Klava dos Reis Dutra¹

 Bianca Gomes Salles¹

 Edinêis de Brito Guirardello¹

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the frequency and reasons for missed nursing care and to verify whether the reasons for omission differ between professional categories. **Method:** A quantitative and cross-sectional study carried out in the adult hospitalization units of a public hospital of a teaching institution. Data collection was performed from February to April 2017, through a personal and professional characterization form and the MISSCARE-BRASIL instrument. **Results:** Fifty-eight (58) nursing professionals responsible for direct patient care participated in the study, of which 74.1% reported at least one missed nursing care activity during the work shift. The main reasons attributed to missed care situations were an inadequate amount of professionals, urgent situations with the patients during the work shift, and the non-availability of medicine, materials or equipment when necessary. **Conclusion:** Most care was “always” or “often” performed, and the reasons given for missed care are related to work resources, materials, and management style. Nurses differ from the technicians as to the reasons for not performing care.

DESCRIPTORS

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

Autor correspondente:

Edinêis de Brito Guirardello
Rua Tessália Vieira de Camargo,
126, Cidade Universitária
CEP 13083-887 – Campinas, SP, Brasil
guirar@unicamp.br

Recebido: 04/01/2018
Aprovado: 28/02/2019

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde ao nível mínimo aceitável⁽¹⁾. Nas instituições de atenção à saúde, o grande desafio é oferecer um cuidado seguro perante as dificuldades para manter um equilíbrio entre as demandas de recursos humanos qualificados, recursos tecnológicos e recursos materiais.

A equipe de saúde, em especial a de enfermagem, ocupa um papel essencial em oferecer uma assistência segura aos pacientes. O ambiente da prática de enfermagem tem sido identificado como um importante preditor da qualidade do cuidado e dos resultados para o paciente. Estudos desenvolvidos na Inglaterra, Estados Unidos e Coreia do Sul destacam a forte influência desse ambiente na qualidade e na segurança da assistência à saúde, pois a desproporção na relação enfermeiro/paciente com consequente sobrecarga de trabalho tende ao aumento das situações de omissão do cuidado⁽²⁻³⁾, as quais também podem estar associadas à ocorrência de eventos adversos, como queda, lesão por pressão, infecção⁽³⁻⁴⁾ e insatisfação do paciente com os cuidados recebidos^(2,4-5). O termo omissão de cuidado, ou *missed nursing care*, refere-se aos cuidados de enfermagem que deixaram de ser realizados por completo ou foram executados em parte ou com atraso⁽⁶⁾.

Os cuidados de enfermagem são as atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem, como administração de medicamentos, alimentação do paciente, mudanças de decúbito, higiene corporal, higiene bucal, registro de sinais vitais, entre outros. Destacam-se ainda cuidados relacionados às orientações e educação do paciente e familiar, sistematização da assistência de enfermagem, visita interdisciplinar, e, especificamente para o enfermeiro, gerenciamento da equipe de enfermagem e do setor como um todo, no que diz respeito à provisão de materiais, equipamentos, avaliação da complexidade assistencial, entre outros.

A omissão do cuidado é caracterizada quando essas ações essenciais ao cuidado não são desempenhadas. Portanto, o comprometimento da equipe para fornecer cuidados de enfermagem de qualidade de acordo com as necessidades específicas de cada paciente em tempo hábil torna-se fundamental. A percepção positiva da equipe de enfermagem em relação ao seu ambiente de trabalho está associada com a menor frequência de omissão de cuidado⁽⁷⁾.

Ambientes de trabalho com falta de material e recursos tecnológicos, profissionais em número insuficiente e com pouca qualificação, além de problemas de comunicação entre equipes estão associados com a omissão de cuidados de enfermagem^(3,8-9). Dentre as principais situações destacam-se os cuidados com a deambulação, educação dos pacientes, cuidados com higiene bucal, prevenção de lesão por pressão e suporte emocional^(3,9-11). A carga horária e o tempo de experiência dos profissionais constituem variáveis

importantes que influenciam as situações de omissão do cuidado, uma vez que longas jornadas de trabalho podem resultar em diminuição da capacidade de concentração para a realização de atividades⁽³⁾.

Estudos realizados na Coreia do Sul e México^(3,9,11) que avaliaram a frequência da não realização dos cuidados de enfermagem buscaram compreender as razões pelas quais esses cuidados não foram realizados. Considerando a baixa ocorrência de estudos com esse enfoque no Brasil, o impacto da omissão do cuidado nos resultados de assistência ao paciente e o sistema de saúde que difere de outros países, o presente estudo teve por objetivo avaliar a frequência e as razões para a omissão do cuidado de enfermagem e verificar se as razões de omissão diferem entre categorias profissionais.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal.

CENÁRIO

O estudo foi realizado nas unidades de internação adulto para tratamento clínico e cirúrgico, de uma instituição hospitalar de ensino do interior do estado de São Paulo, em nível de atendimento terciário, financiado pelo Sistema Único de Saúde.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Para a amostra, estabelecida por conveniência, foram considerados os enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam na assistência direta ao paciente e com tempo de experiência na unidade superior a 3 meses. Foram excluídos do estudo os profissionais que exerciam atividades exclusivamente gerenciais, ou estavam ausentes, seja por motivo de férias, afastamento ou licença-saúde.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Para o cálculo da amostra, foi considerada a metodologia para a estimação de um tamanho amostral para uma proporção p igual a 0,50, cujo valor representa a variabilidade máxima da distribuição binomial, gerando assim uma estimativa com o maior tamanho amostral possível.

A equipe de enfermagem que atendia aos critérios de inclusão foi composta de enfermeiros e técnicos de enfermagem, em um total de 430 profissionais. Foi assumido um erro amostral de 5% e um nível de significância de 5%. Com isso, o tamanho amostral obtido foi de 203 profissionais. Concordaram em participar da pesquisa 152 profissionais, com um retorno de 72 instrumentos, o que correspondeu a uma taxa de resposta de 47,3%. Considerando a necessidade de exclusão de 14 instrumentos com dados incompletos, a amostra correspondeu a 58 profissionais (33 técnicos de enfermagem e 25 enfermeiros).

COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados utilizou-se da ficha de caracterização pessoal e profissional e do instrumento MISSCARE-BRASIL⁽¹²⁾. A ficha de caracterização contemplou as seguintes informações: idade, sexo, estado civil, categoria profissional e tempo de formação, tempo de experiência na unidade e na instituição, presença de outro vínculo empregatício, além das seguintes questões “Como você avalia a qualidade do cuidado de enfermagem prestado ao paciente em sua unidade?” (respostas desde “muito boa” até “muito ruim”) e “Como você se sente em relação ao seu trabalho atual?” (respostas desde “muito insatisfeito” até “muito satisfeito”).

O MISSCARE-BRASIL é um instrumento autorrespondido, desenvolvido por Kalisch e Williams (2009)⁽¹³⁾ e validado para a cultura brasileira por Siqueira et al. (2017)⁽¹²⁾. A finalidade desse instrumento é avaliar, sob a percepção da equipe de enfermagem, as situações de omissão de cuidado e as razões atribuídas pelos profissionais para a não realização desses cuidados⁽¹²⁾. É constituído por 56 itens, divididos em duas partes: a parte A com 28 itens, que aponta os cuidados de enfermagem que deixaram de ser cumpridos, em uma escala tipo Likert que varia de 1 (nunca é realizado) até 5 (é sempre realizado); a parte B conta com 28 itens, que incluem as razões pelas quais os cuidados de enfermagem não foram executados, avaliados em uma escala Likert que varia de 1 (razão significativa) até 4 pontos (não é uma razão). Os itens da parte B estão inseridos em cinco domínios: recursos laborais, recursos materiais, comunicação, dimensão ética e estilo de gerenciamento/liderança institucional. Altos escores indicam grande extensão de cuidado não realizado e forte razão para a não realização do cuidado. Para a análise do instrumento, deve-se realizar a reversão dos códigos das respostas, sendo: Parte A – 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1 e Parte B – 1=4, 2=3, 3=2, 4=1.

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⁽¹²⁾.

A coleta de dados foi realizada por uma das pesquisadoras nos meses de fevereiro a abril de 2017, em horário combinado previamente com os profissionais de enfermagem. Os sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão foram abordados, de forma individual, em seus postos de trabalho, e receberam informações sobre o objetivo da pesquisa. Aqueles que concordaram em participar foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Uma vez coletados, os dados foram inseridos em uma planilha Excel® e analisados por meio do *software* estatístico SAS, versão 9.4®. Utilizou-se de estatística descritiva para a caracterização da amostra e apresentação

da frequência de cuidados não realizados. Assim, para descrever as variáveis categóricas foram calculadas frequências e porcentagens e para a análise da frequência de respostas da parte A do instrumento, agruparam-se as respostas “nunca é realizado” a “raramente é realizado”, bem como as respostas “realizado frequentemente” a “é sempre realizado”. As variáveis quantitativas foram calculadas por meio de medidas de posição (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo). Para os cruzamentos envolvendo as variáveis pessoais e profissionais e os domínios do MISSCARE-BRASIL, que abordam as razões para a não realização do cuidado, foram aplicados os testes de Mann-Whitney ou t de Student não pareado, de acordo com a distribuição dos dados. Para avaliar a relação entre os domínios do MISSCARE-BRASIL e as variáveis: idade, tempo de formação, tempo de experiência na unidade e tempo de experiência na instituição, foi calculado o Coeficiente de Correlação de Spearman. Foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk para avaliar a distribuição dos dados nas análises realizadas.

No presente estudo, a análise da consistência interna dos domínios da parte B do instrumento deu-se por meio do teste Alfa de Cronbach, cujos valores foram de 0,67 para recursos laborais, 0,49 para recursos materiais, 0,84 para comunicação, 0,77 para dimensão ética e 0,64 para gerenciamento/liderança institucional. Para as análises, foi considerado um nível de significância valores de p-valor $\leq 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atendeu às recomendações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, sob o Parecer n. 1.897.021/2017.

RESULTADOS

Participaram do estudo 58 profissionais de enfermagem, sendo 56,9% (n=33) técnicos de enfermagem e 43,1% (n=25) enfermeiros. A maioria era do sexo feminino (79,3%), casada (60,3%), com média de idade de 38,8 anos; o tempo de experiência na unidade foi de 7,6 anos, e 26,9% relataram possuir outro vínculo empregatício. A maioria (67,5%) afirmou que a qualidade do cuidado oferecida aos pacientes é boa e está satisfeita com o trabalho que realiza (78,1%).

Quanto às situações e frequência da não realização do cuidado, 74,1% dos profissionais relataram que, durante o seu turno de trabalho, pelo menos um cuidado de enfermagem foi apontado como “nunca” ou “raramente” realizado (Tabela 1).

Tabela 1 – Descrição da frequência (%) da realização dos cuidados de enfermagem de acordo com a percepção dos membros da equipe de enfermagem – Campinas, SP, Brasil, 2017.

Frequência da realização dos cuidados de enfermagem – MISSCARE-BRASIL	Nunca/ Raramente realizado	Ocasionalmente não é realizado	Frequentemente/ Sempre realizado
Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito	31,03	13,79	55,17
Mudar o decúbito do paciente a cada 2 horas	24,14	18,97	56,89
Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	6,90	12,07	81,03
Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	13,80	8,62	77,58
Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito	12,07	27,59	60,35
Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	0	10,34	89,65
Controle do balanço hídrico: entradas e saídas	8,62	6,90	84,48
Registro completo, no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	6,89	8,62	84,48
Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	5,17	10,34	84,48
Apoio emocional ao paciente e/ou família	25,86	15,52	58,63
Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele	1,72	6,90	91,38
Higiene bucal	5,17	18,97	78,86
Higienização das mãos	0	1,72	98,28
Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	15,52	8,62	75,87
Monitorar a glicemia capilar (glicosimetria/dextro) conforme prescrito	0	3,45	96,55
Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado	6,90	10,34	82,76
Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	5,17	17,24	77,58
Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	1,72	13,79	84,49
O atendimento à chamada do paciente é feita dentro de 5 minutos	5,17	12,07	82,76
As solicitações para a administração de medicamentos prescritos s/n são atendidas em 15 minutos	3,45	13,79	82,76
Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	8,62	8,62	82,76
Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	44,83	17,24	37,93
Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	8,62	12,07	79,31
Cuidados com lesões de pele/feridas	0	6,90	93,11
Aspiração de vias aéreas	0	5,17	94,83
Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	0	12,07	87,93
Sentar o paciente fora do leito	18,96	18,97	62,07
Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	0	13,79	86,21

Quanto à percepção da equipe de enfermagem para as razões da não realização do cuidado, os domínios do MISSCARE-BRASIL estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Descrição da média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo dos domínios do MISSCARE-BRASIL quanto às razões para a não realização do cuidado – Campinas, SP, Brasil, 2017.

Domínios	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Recursos laborais	2,84	0,52	1,63	2,88	4,00
Recursos materiais	2,81	0,58	1,75	2,75	4,00
Comunicação	2,40	0,65	1,30	2,30	3,90
Dimensão ética	2,34	0,98	1,00	2,33	4,00
Gerenciamento/Liderança institucional	2,48	0,89	1,00	2,67	4,00

Ao comparar as razões para a não realização dos cuidados, considerando os domínios do MISSCARE-BRASIL com as variáveis pessoais e profissionais, verificou-se que diferem quanto à formação profissional (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação entre os domínios do MISSCARE-BRASIL quanto às razões para a não realização do cuidado entre a formação profissional – Campinas, SP, Brasil, 2017.

Domínios	Formação Profissional	Média	Desvio-Padrão	Mediana	p-valor
Recursos laborais	Técnico	2,69	0,48	2,75	0,0100*
	Enfermeiro	3,04	0,52	3,13	
Recursos materiais	Técnico	2,69	0,59	2,50	0,0379**
	Enfermeiro	2,97	0,55	3,00	
Comunicação	Técnico	2,27	0,60	2,20	0,0821*
	Enfermeiro	2,57	0,68	2,70	
Dimensão ética	Técnico	2,02	0,85	2,00	0,0031**
	Enfermeiro	2,77	0,99	3,33	
Gerenciamento/Liderança institucional	Técnico	2,16	0,80	2,00	0,0013*
	Enfermeiro	2,89	0,84	3,00	

*teste t de Student não pareado; **teste de Mann-Whitney.

Para as relações entre os domínios do MISSCARE-BRASIL com as variáveis idade, tempo de formação, tempo de experiência na unidade e instituição, não foram encontradas correlações significantes.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo evidenciaram que os cuidados de enfermagem podem não ser realizados em sua totalidade, pois 74,1% dos profissionais relataram pelo menos uma atividade de enfermagem omitida em seu turno de trabalho. Este resultado é semelhante ao de outra pesquisa, que apresentou um percentual de 73,4%⁽¹⁴⁾.

Das 28 atividades investigadas, 75% delas foram atribuídas pelos profissionais como “frequentemente” e “sempre” realizadas. Tais atividades estão relacionadas aos cuidados básicos, como banho/higiene (91,38%), cuidados com lesões de pele/feridas (93,11%), uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de quedas (87,93%); e cuidados de avaliação do paciente e suporte de vida, como higienização das mãos (98,28%), controle da glicemia capilar (96,55%), avaliação dos sinais vitais (89,65%), aspiração de vias aéreas (94,83%), cuidados com acesso venoso/infusões (84,49%) e controle do balanço hídrico (84,48%).

Esses resultados diferem dos estudos realizados no México, em que a frequência de omissão do cuidado estava relacionada com intervenções de cuidado básico, especialmente higiene bucal, auxílio na deambulação e alimentação^(9,11). As intervenções respectivas às avaliações clínicas contínuas, tais como avaliação de sinais vitais, glicemia capilar e balanço hídrico, foram realizadas com maior frequência^(7,9,11,14), de forma semelhante aos achados do presente estudo.

Destaca-se a higienização das mãos, que foi apontada pela equipe como o cuidado mais “frequentemente/sempre” realizado e que está diretamente relacionada à prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Ainda, o uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de quedas deve ser valorizado, visto ser esta uma das metas de segurança do paciente, e no presente estudo foi tido como um cuidado “frequentemente/sempre” realizado.

Dentre os cuidados “nunca” e “raramente” realizados destacam-se: participação em discussão da equipe

interdisciplinar sobre a assistência do paciente (44,83%), auxílio na deambulação (31,03%), apoio emocional ao paciente e/ou família (25,83%), mudança de decúbito a cada 2 horas (24,14%) e planejamento e ensino do paciente e/ou família na alta hospitalar (15,52%). A omissão de cuidados relacionados com a deambulação e mudança de decúbito podem acarretar complicações relacionadas à imobilidade dos pacientes, e a não participação em discussão interdisciplinar pode dificultar a comunicação entre as equipes, visto que a discussão com os pares enriquece o plano de cuidados e o estabelecimento de metas para o tratamento.

A frequência de omissão do cuidado referente às atividades, como educação do paciente e suporte emocional ao paciente e/ou familiares, assemelha-se aos dados encontrados em estudos internacionais^(9,11,15). Da mesma forma, a frequência de omissão do cuidado na administração de medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito (39,66%) e na participação em discussão da equipe interdisciplinar (44,83%) foi semelhante ao estudo realizado no México⁽⁹⁾.

As principais razões atribuídas à omissão do cuidado foram problemas relacionados aos domínios recursos laborais, como: número inadequado de pessoal, situações de urgência dos pacientes e aumento inesperado de volume ou gravidade dos pacientes e recursos materiais caracterizados por medicamentos, materiais e equipamentos não disponíveis ou inadequados ao uso. É importante enfatizar que o fator recursos humanos é primordial e decisivo para o cuidado prestado aos pacientes. Isto foi destacado nos vários estudos em que a equipe de enfermagem considerou os recursos humanos como principal fator e forte influência para a omissão do cuidado, incluindo o número insuficiente de pessoal e o aumento inesperado de volume de pacientes e/ou carga de trabalho^(9,11,16). Ainda, nesses estudos, os recursos materiais foram descritos como a segunda⁽⁹⁾ e terceira causa de omissão do cuidado⁽¹¹⁾.

Trabalhar em ambientes com processos de trabalho estruturados e com um número adequado de profissionais pode contribuir para a diminuição dos cuidados omitidos e favorecer o planejamento da assistência, a educação dos pacientes e o apoio emocional, que nem sempre são valorizados no processo de cuidar.

O domínio gerenciamento/liderança institucional foi atribuído como a terceira razão relacionada à omissão de cuidado, incluindo itens relacionados ao preparo do enfermeiro para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe, além de ações de educação permanente para a equipe de enfermagem.

A experiência clínica dos profissionais foi um fator que impactou negativamente a omissão de cuidado, pois a qualificação profissional consistiu em um dos fatores na identificação dos diferentes elementos do cuidado omitido. Profissionais menos experientes realizavam maiores incidentes de cuidado omitido⁽¹⁵⁾.

Os enfermeiros diferem em relação aos técnicos de enfermagem quanto às razões para a omissão do cuidado, visto que atribuíram mais razões para explicar os cuidados omitidos, especificamente nos domínios recursos laborais, recursos materiais, dimensão ética e gerenciamento/liderança institucional. Destaca-se que esses resultados foram semelhantes aos de um estudo realizado na Islândia, no qual os profissionais com maior nível educacional relataram maiores frequência de situações de omissão de cuidado e atribuíram os recursos laborais e materiais como as principais razões para a omissão⁽⁸⁾. Outro aspecto em comum com o presente estudo foi que o domínio comunicação também não diferiu na percepção entre as categorias profissionais⁽⁸⁾.

Tal achado justifica-se pela competência gerencial do profissional enfermeiro, que deve ter uma visão ampla do setor de trabalho, bem como habilidades de liderança, gerenciamento do setor e da equipe, além da própria assistência direta ao paciente. Na instituição deste estudo, o enfermeiro é responsável em média por 18 pacientes e trabalha com

uma equipe de três a quatro técnicos de enfermagem, o que possibilita acompanhar mais de perto as necessidades de cuidado dos pacientes.

Os resultados deste estudo devem ser considerados pelos enfermeiros e gestores de enfermagem para monitorar os cuidados prestados pela equipe e melhorar a qualidade da assistência. Dentre as limitações deste estudo, destaca-se a baixa taxa de resposta pelos sujeitos, o que pode ser justificado pela pouca familiaridade com esta temática no ambiente da prática profissional, requerendo uma cultura de segurança que possibilite momentos de reflexão e discussão para a qualificação do cuidado.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu concluir que a maioria dos profissionais considera que os cuidados de enfermagem foram “sempre” ou “frequentemente” realizados. As principais razões atribuídas à omissão do cuidado estão relacionadas aos recursos laborais, com destaque para o número inadequado de profissionais e às situações de urgência que acontecem com os pacientes durante o turno de trabalho; e aos recursos materiais, nas situações em que os medicamentos, materiais ou equipamentos não estavam disponíveis quando necessário.

Verificou-se também que as razões dos enfermeiros para a não realização dos cuidados diferem das razões dos técnicos na maioria dos domínios, com exceção do domínio comunicação. Para os enfermeiros, os cuidados omitidos estão relacionados aos recursos laborais, materiais, aspectos éticos e estilo de liderança institucional, e tais razões exercem maior influência na omissão do cuidado em comparação com as respostas dos técnicos de enfermagem.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a frequência e as razões da omissão do cuidado de enfermagem e verificar se as razões de omissão diferem entre categorias profissionais. **Método:** Estudo quantitativo e transversal realizado nas unidades de internação adulto de hospital público de uma instituição de ensino. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a abril de 2017, por meio de uma ficha de caracterização pessoal e profissional e pelo instrumento MISSCARE-BRASIL. **Resultados:** Participaram do estudo 58 profissionais de enfermagem responsáveis pela assistência direta ao paciente, dos quais 74,1% relataram pelo menos uma atividade de enfermagem omitida no turno de trabalho. As principais razões atribuídas à omissão do cuidado foram o dimensionamento inadequado dos profissionais, as situações de urgência com os pacientes durante o turno de trabalho e a não disponibilidade de medicamentos, materiais ou equipamentos quando necessário. **Conclusão:** A maioria dos cuidados foi “sempre” ou “frequentemente” realizada, e as razões atribuídas para a omissão do cuidado estão relacionadas aos recursos laborais, materiais e estilo de gestão. Os enfermeiros diferem dos técnicos quanto às razões para a não realização dos cuidados.

DESCRIPTORES

Cuidados de Enfermagem; Avaliação de Resultados da Assistência ao Paciente; Segurança do Paciente; Avaliação em Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la frecuencia y las razones de la omisión del cuidado de enfermería y verificar si las razones de omisión difieren entre categorías profesionales. **Método:** Estudio cuantitativo y transversal llevado a cabo en las unidades de hospitalización de adultos de un hospital público de un centro de enseñanza. La recolección de datos fue realizada en el período de febrero a abril de 2017, mediante una ficha de caracterización personal y profesional y por el instrumento MISSCARE-BRASIL. **Resultados:** Participaron en el estudio 58 profesionales de enfermería responsables de la asistencia directa al paciente, de los que el 74,1% relataron por lo menos una actividad de enfermería omitida en el turno de trabajo. Las principales razones atribuidas a la omisión del cuidado fueron el dimensionamiento inadecuado de los profesionales, las situaciones de urgencias con los pacientes durante el turno de trabajo y la no disponibilidad de fármacos, materiales o equipos cuando necesario. **Conclusión:** La mayoría de los cuidados fue “siempre” o “a menudo” realizada, y las razones atribuidas para la omisión del cuidado están relacionadas con los recursos laborales, materiales y estilo de gestión. Los enfermeros difieren de los técnicos en cuanto a las razones para la no realización de los cuidados.

DESCRIPTORES

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

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2017 Oct 16]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
2. Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open* [Internet]. 2018 [cited 2017 Oct 16];8(1):e19189. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5781188/>
3. Cho SH, Kim YS, Yeon KN, You SJ, Lee ID. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *Int Nurs Rev*. 2015;62(2):267-74. DOI: 10.1111/inr.12173
4. Kalisch BJ; Xie B. Errors of omission: missed nursing care. *West J Nurs Res*. 2014;36(7):875-90. DOI: 10.1177/0193945914531859
5. Lake ET, Germack HC, Viscardi MK. Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 16]; 25(7):535-543. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4794421/>
6. Kalisch BJ, Landstrom GJ, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009;65(7):1509-17. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x
7. Smith JG, Morin KH, Wallace LE, Lake ET. Association of the nurse work environment, collective efficacy and missed care. *West J Nurs Res*. 2018;40(6):779-98. DOI: 10.1177/0193945917734159
8. Bragadóttir H, Kalisch BJ. Comparison of reports of missed nursing care: registered nurses vs. practical nurses in hospitals. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(3):1227-36. DOI: 10.1111/scs.12570
9. Moreno-Monsiváis MG, Moreno-Rodríguez C, Interrial-Guzmán MG. Missed nursing care in hospitalized patients. *Aquichan* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 16];15(3):318-28. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000300002
10. Hernández-Valles JH, Moreno-Monsiváis MG, Interrial-Guzmán MG, Vázquez-Arreola L. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 14]; 24:e2817. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692016000100424&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
11. 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 2017 Oct 24];25:e2877. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100354
12. 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 2017 Dec 27];25:e2975. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5738959/>
13. 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: 10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5
14. 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]. 2016 [cited 2017 Sep 10];25(7):535-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4794421/>
15. 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: 10.1111/jonm.12514
16. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C, et al. Factors influencing why nursing care is missed. *J Clin Nurs*. 2014; 24(1-2):47-56. DOI: 10.1111/jocn.12688

Apoio financeiro

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/SAE-UNICAMP/Quota 2016/2017.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.