






# Omissão dos cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva

## Missed nursing care in an intensive care unit

### Como citar este artigo:

Bertoni APM, Fagundes G, Luchtenberg BS, Amaral VR, Batista J. Missed nursing care in an intensive care unit. Rev Rene. 2025;26:e95197. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20252695197>

 Ana Paula Moro Bertoni<sup>1</sup>  
 Glaucia Fagundes<sup>1</sup>  
 Bruno de Souza Luchtenberg<sup>1</sup>  
 Vitoria Rosa Amaral<sup>1</sup>  
 Josemar Batista<sup>1</sup>


<sup>1</sup>Centro Universitário Santa Cruz de Curitiba.  
Curitiba, PR, Brasil.

### Autor correspondente:

Josemar Batista  
Rua Affife Mansur, 565 - Novo Mundo  
CEP: 81050-180. Curitiba, PR, Brasil.  
E-mail: josemar.batista@hotmail.com

**Conflito de interesse:** os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes 

EDITOR ASSOCIADO: Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira 

### RESUMO

**Objetivo:** analisar a prevalência da omissão dos cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva, segundo a categoria profissional e os turnos de trabalho. **Métodos:** estudo transversal, realizado em uma unidade crítica de um hospital de ensino, com aplicação do instrumento *Missed Nursing Care Survey* – Brasil, à 38 trabalhadores da enfermagem. Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial;  $p \leq 0,05$  indicou significância. **Resultados:** o cuidado mais omitido foi a deambulação do paciente três vezes ao dia ou conforme prescrito. Recursos laborais e materiais foram as principais razões para a omissão, sem diferença estatística entre categorias profissionais e turnos de trabalho. A participação em discussões com a equipe interdisciplinar apresentou diferença entre enfermeiros e técnicos de enfermagem ( $p=0,027$ ). Constatou-se menor omissão da equipe de enfermagem do período diurno em quatro cuidados ( $p \leq 0,05$ ). **Conclusão:** evidenciou-se elevada prevalência de omissão de cuidados de enfermagem, com diferenças nos itens omitidos entre enfermeiros e técnicos e entre os turnos de trabalho. **Contribuições para a prática:** os achados colaboram para planejar ações prioritárias que devem ser incorporadas na construção do plano de segurança do paciente e na necessidade de expandir pesquisas sobre o efeito das horas trabalhadas por turno na omissão da assistência de enfermagem.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Gestão de Riscos; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** to examine the prevalence of missed nursing care in an intensive care unit, by professional category and work shift. **Methods:** this cross-sectional study was conducted in the critical care unit of a teaching hospital. The Missed Nursing Care Survey – Brazil was administered to 38 nursing professionals. Data were analyzed using both descriptive and inferential statistics;  $p \leq 0.05$  was considered statistically significant. **Results:** the most frequently missed care activity was patient ambulation three times a day or as prescribed. Labor and material resources were the primary reasons for missed care, with no statistically significant differences between professional categories or work shifts. Participation in interdisciplinary team discussions differed between nurses and nursing technicians ( $p = 0.027$ ). Lower rates of missed care were observed among daytime staff for four care activities ( $p \leq 0.05$ ). **Conclusion:** a high prevalence of missed nursing care was identified, with differences in the types of care omitted between nurses and nursing technicians, as well as across work shifts. **Contributions to practice:** these findings support the planning of priority actions to be incorporated into the patient safety plan and highlight the need for further research on the impact of work shift length on missed nursing care.

**Descriptors:** Nursing Care; Intensive Care Units; Risk Management; Patient Safety; Quality of Health Care.

## Introdução

O movimento em defesa da promoção da segurança do paciente, especialmente as discussões para implementar estratégias que garantam assistência segura e de excelência nos serviços de saúde, é considerado um fenômeno recente. Entretanto, observam-se progressos importantes na área desde a publicação, em 1999, do relatório *To err is human*, divulgado pelo *Institute of Medicine*<sup>(1)</sup>. Esses avanços estão atrelados, principalmente, ao aprimoramento contínuo da gestão de riscos assistenciais, permitindo a identificação de fatores que implicam para a ocorrência de incidentes e a aplicação concomitante de medidas corretivas. O objetivo dessas ações é controlar os distintos fatores que afetam a segurança do paciente, como falhas no gerenciamento do serviço e da assistência de enfermagem, incluindo liderança, comunicação e trabalho em equipe<sup>(2)</sup>.

O ambiente da prática de enfermagem torna-se propício à promoção de cuidados de excelência quando os profissionais têm controle sobre o ambiente laboral, demonstram satisfação no trabalho e mantêm boas relações interprofissionais<sup>(3)</sup>. Do contrário, são atributos que favorecem, sobremaneira, a ocorrência de erros de omissão, com destaque para aqueles relacionados ao cuidado de enfermagem<sup>(4)</sup>.

Erros de omissão ocorrem quando há dificuldades na execução da ação correta, potencializando o risco de eventos adversos graves<sup>(2,5)</sup>. Conceitualmente, a omissão do cuidado de enfermagem relaciona-se à falta ou ao atraso na realização de qualquer cuidado necessário pelo paciente, seja total ou parcial<sup>(6)</sup>. Estima-se que entre um e 22 cuidados de enfermagem sejam omitidos durante a internação hospitalar do paciente<sup>(7)</sup>. A prevalência dessa omissão varia de 6,8 a 98%, conforme demonstrado em 28 estudos realizados em 121 hospitais de 14 países distintos<sup>(8)</sup>. Embora os dados epidemiológicos acerca do tema ainda sejam escassos, observa-se que, em ambientes hospitalares

de cuidados intensivos localizados em países de baixa e média renda, a prevalência da omissão de cuidados de enfermagem varia de 15,2 a 86%<sup>(9)</sup>.

Nesse íterim, a omissão da assistência da equipe de enfermagem em unidades de terapia intensiva (UTI) é influenciada por particularidades inerentes à própria unidade, uma vez que as tarefas e os processos são complexos e não isentos de erros. A gravidade dos pacientes, submetidos a inúmeros procedimentos e ao uso de tecnologia avançada, muitas vezes sem protocolos sistematizados para o atendimento, somada a jornadas exaustivas de trabalho, estresse, fadiga, interrupções/distrações, comportamentos disruptivos e baixa qualificação profissional nesses ambientes<sup>(10-14)</sup>, compromete a segurança do paciente e colabora para a não realização ou conclusão de um ou até mesmo de diversos cuidados de enfermagem.

A não identificação e a ausência de solução para as causas da omissão de cuidados podem ter implicações negativas na proteção do paciente e na qualidade assistencial, elevando o número de danos, como quedas, infecções e erros relativos à administração de medicamentos. Como consequência, observa-se maior tempo de internação e dos custos hospitalares e uma menor satisfação do paciente com o cuidado de enfermagem prestado<sup>(15)</sup>.

Ressalta-se que a realização de pesquisas que se propõem a investigar a frequência e as razões dos principais cuidados omitidos são importantes para reconhecer o problema em unidades críticas. Seu propósito é contribuir para definição de ações corretivas que reduzam os fatores preditores dos erros de omissão. Ademais, tais estudos possibilitam avançar em discussões sobre a temática, favorecendo a adoção de práticas inovadoras que protejam os pacientes durante a assistência intensiva e fortaleçam a cultura de segurança do paciente de forma consistente e sustentável, conforme recomendado pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente<sup>(16)</sup>.

Diante disso, indagou-se: Qual a prevalência e

as razões da omissão dos cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva, segundo a categoria profissional e os turnos de trabalho?

O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência e as razões da omissão dos cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva, segundo a categoria profissional e os turnos de trabalho.

## Métodos

Trata-se de uma pesquisa transversal, realizada em uma UTI de um hospital público e de ensino de Curitiba, Brasil. Essa unidade possui 16 leitos, financiados exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde e destinados à assistência de pacientes clínicos e cirúrgicos.

Para compor amostra não probabilística e intencional, foram considerados todos os profissionais de enfermagem lotados e atuantes na unidade pesquisada, totalizando 62 trabalhadores. Os critérios de inclusão adotados foram: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem, com carga horária  $\geq 30$  horas semanais e atuar há pelo menos um mês no setor. Foram excluídos os profissionais ausentes devido a férias, afastamentos e outras licenças, bem como aqueles que não exerciam exclusivamente atividades assistenciais ou cujos questionários devolvidos continham menos de 50% de perguntas preenchidas. Após a aplicação dos critérios estabelecidos, 38 profissionais aceitaram participar da pesquisa, e não houve nenhuma exclusão.

A coleta de dados foi executada entre os meses de fevereiro e março de 2022, em uma sala previamente designada pela chefia do serviço. O recrutamento ocorreu no ambiente de trabalho, individualmente e em pequenos grupos, nos períodos da manhã, tarde e noite, visando informá-los sobre os objetivos da pesquisa e o tempo estimado de 15 minutos para preencher o formulário de coleta de dados. Após serem sanadas as eventuais dúvidas, foi entregue um envelope fechado contendo duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além do instrumento

traduzido, adaptado e validado para utilização no Brasil, denominado *Missed Nursing Care Survey* (MISSCARE-Brasil)<sup>(17)</sup>.

Trata-se de um questionário autoaplicável, composto inicialmente por questões relativas à caracterização demográfica dos participantes e do ambiente laboral, seguido por 56 itens escalonados em duas partes: (a) 28 itens referentes aos elementos dos cuidados de enfermagem não realizados, com respostas do tipo *Likert* de cinco pontos (1 - sempre é realizado a 5 - nunca é realizado); (b) 28 itens referentes às razões para a não execução dos cuidados de enfermagem, distribuídos em cinco domínios: recursos laborais, recursos materiais, comunicação, dimensão ética e estilo de gerenciamento/liderança institucional. As respostas seguem uma escala *Likert* de quatro pontos, variando entre a pontuação um (não é uma razão) e quatro (razão significativa)<sup>(17)</sup>.

As informações de cada questionário foram inseridas, por dupla digitação, em uma planilha no programa *Microsoft Office Excel*®. Previamente ao processamento e análise, realizou-se a reversão dos códigos das respostas aos itens da parte A, sendo: (1=5), (2=4), (3=3), (4=2) e (5=1). Para a parte B, a reversão foi: (1=4), (2=3), (3=2) e (4=1). As respostas foram dicotomizadas, considerando-se as alternativas “ocasionalmente não é realizado”, “raramente é realizado” e “nunca é realizado” como indicativas de cuidado omitido, enquanto “realizado frequentemente” e “sempre realizado” sinalizam o cuidado realizado. Para a análise das razões de omissão, consideraram-se como justificativas as opções “razão significativa” e “razão moderada”, enquanto “razão pouco significativa” e “não é uma razão” foram classificadas como ausência de justificativa para a omissão. Altos escores correspondem a maiores níveis de omissão e às razões mais importantes para a não realização dos cuidados<sup>(17)</sup>.

Para as análises descritivas, as variáveis quantitativas foram descritas por média, mediana e desvio-padrão (DP), enquanto as variáveis qualitativas foram apresentadas por frequência absoluta (n) e relativa (%). O teste de tendência de Cochran-Armitage

foi utilizado para verificar a associação entre os itens/ cuidados omitidos e os cargos (enfermeiro/técnico de enfermagem) e os períodos de trabalho (diurno/no- turno). Aplicou-se o teste de Mediana de *Mood* para identificar se as respostas dos domínios relacionados à omissão do cuidado de enfermagem divergiam entre os cargos e os turnos de trabalho, considerando-se que os dados não apresentavam distribuição normal em cada grupo. O processamento dos dados foi realizado no *software* R, com assessoria estatística. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos do Hospital Paranaense de Otorrinolaringologia, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 51549321.9.0000.5529 e parecer nº 5.001.103/2021, e da instituição coparticipante – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, com o parecer nº 5.180.811/2021 e CAAE 51549321.9.3001.0096. Para garantir o anonimato, os envelopes foram recolhidos pelos pesquisadores e codificados com a letra “P”, de participante, seguida do número correspondente à ordem de devolução.

## Resultados

Participaram 38 profissionais, sendo a maioria técnicos de enfermagem 25 (65,8%). A média de idade, de tempo de experiência profissional e de tempo de atuação no setor (em anos) foram, respectivamente, 37,4 (DP=7,6), 10,7 (DP=6,0) e 4,2 (DP=4,3). As características demográficas e laborais da equipe de enfermagem são apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1** – Caracterização demográfica e laboral da equipe de enfermagem (n=38). Curitiba, PR, Brasil, 2022

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	27 (71,1)
Masculino	11 (28,9)

(A Tabela 1 continua...

Variáveis	n (%)
Cargo/Função	
Técnico de Enfermagem	25 (65,8)
Enfermeiro	13 (34,2)
Escolaridade	
Ensino médio completo	15 (39,5)
Ensino superior completo	8 (21,0)
Pós-graduação (especialização)	11 (29,0)
Pós-graduação (mestrado/doutorado)	4 (10,5)
Carga horária diária (horas)	
6	24 (63,2)
12	14 (36,8)
Carga horária semanal (horas)	
30	2 (5,3)
36	34 (89,4)
Ignorado	2 (5,3)
Turno de trabalho	
Diurno	24 (63,2)
Noturno	14 (36,8)

A média de horas extras nos últimos três meses foi de 4,0 (DP= 8,9). Quanto ao absenteísmo relatado pelos profissionais nos últimos três meses, identificou-se uma média de 3,5 (DP=7,8) dias. O número médio de pacientes atendidos no último turno foi de 3,5 (DP=2,5). Houve predomínio de profissionais sem intenção de deixar o cargo (n=35; 92,1%) e que consideraram o número de funcionários adequado em 50% do tempo (n=14; 36,8%). Em relação à satisfação com o cargo, a profissão e o desempenho, mais da metade dos profissionais relataram estar satisfeitos.

Quanto aos cuidados omitidos, os maiores índices foram observados no item “Deambulação do paciente três vezes ao dia ou conforme prescrito” (66%), seguido do item “Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar” (49%). Três cuidados não foram omitidos pela equipe de enfermagem (Tabela 2). Os enfermeiros relataram menor omissão na participação em discussões com a equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, em comparação aos técnicos de enfermagem ( $p=0,027$ ). Para os demais itens/questões não houve diferenças significativas.

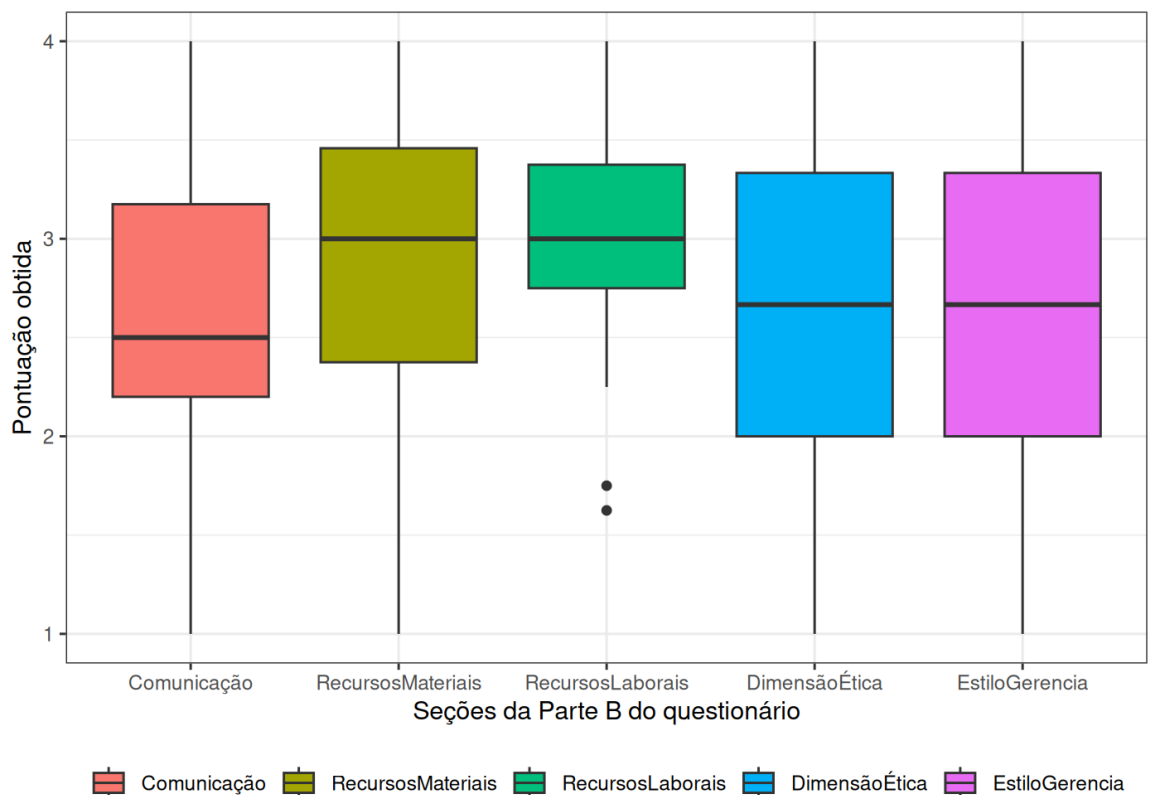
**Tabela 2** – Prevalência de omissão dos cuidados de enfermagem (n=38). Curitiba, PR, Brasil, 2022

Elemento do cuidado de enfermagem omitido	Equipe (%)		
	Manhã/Tarde (n=24)	Noite (n=14)	Total (n=38)
Deambulação três vezes ao dia	63	71	66
Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	33	77	49
Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente	37	64	47
Apoio emocional ao paciente e/ou família	25	42	32
As solicitações para administração de medicamentos prescritos, quando necessário, são atendidas em até 15 minutos	26	29	27
Sentar o paciente fora do leito	16	39	25
Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	25	14	21
Higiene bucal	17	21	19
Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	16	23	19
O atendimento à chamada do paciente é feito dentro de cinco minutos	19	14	17
Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	17	14	16
Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	12	14	13
Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	0	29	11
Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito	8	14	11
Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando suas necessidades de cuidado	8	14	11
Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	12	8	11
Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	8	7	8
Monitorar a glicemia capilar	8	0	5
Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	4	0	3
Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	4	0	3
Controle do balanço hídrico	0	7	3
Cuidados com lesões de pele/feridas	0	7	3
Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	0	7	3
Higienização das mãos	4	0	3
Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	4	0	3
Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	0	0	0
Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele	0	0	0
Aspiração de vias aéreas	0	0	0

Constatou-se que a equipe de enfermagem do período diurno, independentemente do cargo, realizava significativamente com maior frequência os seguintes cuidados: Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos ( $p=0,007$ ); Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar ( $p=0,044$ ); Sentar o paciente fora do leito ( $p=0,020$ );

e Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda ( $p=0,022$ ), em comparação à equipe do turno noturno.

Os recursos laborais e materiais foram as principais razões percebidas pela equipe de enfermagem para a ocorrência da omissão do cuidado (Figura 1).



**Figura 1** – Distribuição da pontuação obtida (mediana) segundo os domínios relacionados à omissão do cuidado de enfermagem. Curitiba, PR, Brasil, 2022

A Tabela 3 mostra que as médias das dimensões relacionadas à omissão do cuidado são semelhantes entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, sem diferenças significativas entre as categorias profissionais ( $p>0,05$ ).

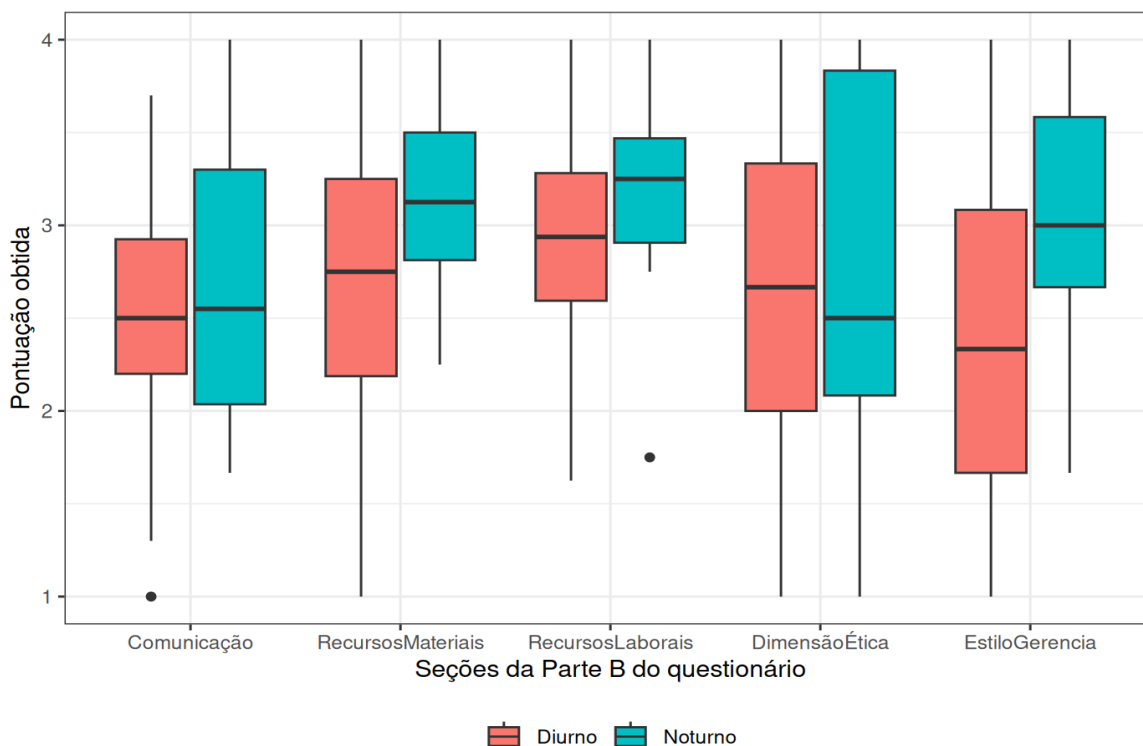
Embora sem significância estatística ( $p>0,05$ ), observou-se que a equipe de enfermagem do período noturno percebeu com maior frequência a influência de três dimensões na omissão do cuidado ao paciente: recursos materiais, recursos laborais e estilo de gerência (Figura 2).

**Tabela 3** – Comparação entre enfermeiros e técnicos de enfermagem quanto às dimensões relacionadas à não realização do cuidado. Curitiba, PR, Brasil, 2022

Domínios	Enfermeiros (n=13)	Técnicos de enfermagem (n=25)	Equipe de enfermagem (n=38)	p-valor <sup>†</sup>
	Média (DP*)	Média (DP*)	Média (DP*)	
Recursos laborais	3,0 (0,6)	3,0 (0,5)	3,0 (0,5)	0,580
Recursos materiais	2,9 (0,8)	2,8 (0,7)	2,9 (0,8)	0,928
Comunicação	2,6 (0,7)	2,6 (0,7)	2,6 (0,7)	0,580
Ética	2,6 (0,9)	2,7 (1,0)	2,6 (0,9)	0,852
Estilo de gerência	2,5 (0,8)	2,7 (0,9)	2,7 (0,8)	0,314

\*DP: Desvio-padrão; <sup>†</sup>teste de Mediana de Mood





**Figura 2** – Distribuição da pontuação obtida (mediana) segundo os domínios relacionados à omissão do cuidado de enfermagem e turnos de trabalho. Curitiba, PR, Brasil, 2022

## Discussão

Os resultados mostraram os principais elementos do cuidado de enfermagem perdidos parcialmente ou em sua totalidade, atribuídos por uma equipe de enfermagem com tempo de atuação profissional e no setor suficientes para compreender os distintos fatores que contribuem para a omissão da assistência de enfermagem ao paciente crítico. Houve uma elevada prevalência de omissão nos cuidados direcionados às demandas físicas, como deambulação e mudança de decúbito, bem como na participação da equipe de enfermagem em discussões interdisciplinares, de planejamento, ensino/educação e de apoio emocional aos pacientes e seus familiares.

Esses dados corroboram outra investigação conduzida em três UTIs, que identificou os itens “Deambulação do paciente três vezes ao dia” e “Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar” entre os cuidados mais omitidos, com pre-

valências de 93 e 66%, respectivamente<sup>(18)</sup>. Os itens frequentemente omitidos pelos enfermeiros estavam relacionados à mobilização, a alimentação e a deambulação<sup>(19)</sup>.

Embora a deambulação seja classificada por muitos autores como um cuidado de prioridade intermediária<sup>(18)</sup>, é preciso considerar que o local da presente pesquisa é uma unidade crítica, que atende pacientes graves, majoritariamente impossibilitados de deambular devido às condições médico-cirúrgicas. Assim, a omissão desse cuidado deve ser interpretada com cautela na amostra investigada e precisa ser melhor explorada em estudos subsequentes.

No que se refere ao item “Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente”, a proporção de cuidados omitidos foi significativamente maior entre os técnicos de enfermagem. Historicamente, os enfermeiros intensivistas participam frequentemente de *rounds* multiprofissionais, que consistem em um momento interativo e de-

liberado entre os profissionais de saúde para discutir as necessidades dos pacientes e, assim, assegurar melhores práticas assistenciais<sup>(20-21)</sup>.

Por outro lado, esse dado evidencia a fragmentação do cuidado entre as categorias profissionais, as relações hierárquicas existentes e os resquícios da administração clássica ainda presentes nos serviços de enfermagem, que afastam a equipe técnica das discussões sobre a assistência do paciente. Muitas vezes, isso ocorre devido a questões culturalmente instituídas, que destinam esses trabalhadores exclusivamente a cuidados básicos, rotineiros e tecnicistas, conforme atribuições sociais e institucionais. A não participação dos técnicos de enfermagem em discussões interdisciplinares contribui para agravar problemas relacionados à comunicação e ao trabalho em equipe, reconhecidos como fatores estruturais que levam à falta ou ao atraso dos cuidados de enfermagem<sup>(22)</sup>.

Observou-se, ainda, que a omissão de cuidados foi mais frequente no turno da noite, semelhante aos achados de uma investigação em que se revelou que os trabalhadores da enfermagem do período noturno estão mais propensos à fadiga ocupacional e, conseqüentemente, a uma maior omissão de cuidados quando comparados à equipe do turno diurno<sup>(23)</sup>.

Ademais, enfermeiros relatam que os turnos noturnos ainda apresentam um dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem, justificado pela antiga concepção de que, durante a noite, as demandas de cuidados são menores em comparação aos turnos diurnos<sup>(24)</sup>. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de que formuladores de políticas, pesquisadores e gestores discutam a frequência e a duração dos plantões noturnos, bem como os fatores preditivos da omissão de cuidados de enfermagem entre os diferentes turnos de trabalho, pois esses elementos impactam diretamente a saúde do trabalhador, além da segurança e qualidade da assistência de enfermagem.

Além disso, segundo a percepção dos enfermeiros e técnicos de enfermagem desta pesquisa, identificaram-se diferenças significativas em alguns aspectos dos cuidados de enfermagem entre as equipes diurna

e noturna. Os trabalhadores do turno diurno relataram menor prevalência de omissão de cuidados relacionados a: oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos, planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar, sentar o paciente fora do leito e hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda.

Apesar da similaridade do processo de trabalho da enfermagem em UTI ao longo das 24 horas, é evidente que a carga de trabalho é mais intensa para a equipe dos turnos diurnos<sup>(25)</sup>. No contexto da unidade investigada, alguns desses cuidados ocorrem mais frequentemente durante o dia. A título de exemplo, destacam-se as orientações aos familiares, visto que o horário de visita ocorre predominantemente no período da tarde, justificando, em parte, as discrepâncias na omissão de cuidados entre os turnos.

Destaca-se que a decisão de atrasar ou omitir um cuidado de enfermagem é influenciada por fatores internos, incluindo padrões de grupo, que abrangem regras informais e comportamentos aceitos dentro da equipe. Valores, percepções e atitudes da equipe de enfermagem desempenham um papel significativo na determinação de quais ações de enfermagem serão prontamente atendidas<sup>(26)</sup>. Isso ressalta a importância de incorporar ao planejamento estratégico institucional investigações contínuas sobre a cultura de segurança do paciente, com vistas a identificar fragilidades que demandam atenção por parte das lideranças de enfermagem ao longo do tempo. Destarte, busca-se contribuir para reduzir as subculturas existentes entre pares, turnos e categorias profissionais relativas à segurança organizacional.

Nesta pesquisa, os cuidados menos omitidos estavam relacionados às avaliações clínicas do paciente, possivelmente devido à formação profissional, especialmente da equipe técnica. Soma-se a esse fator as características do próprio dinamismo do trabalho na unidade assistencial e a gravidade dos pacientes atendidos, que exigem monitoramento contínuo para a tomada de decisões terapêuticas. Essas circunstâncias



revelam que as ações voltadas à avaliação e estabilização do paciente crítico são prioritárias, enquanto as demais atividades da enfermagem são secundárias e frequentemente percebidas como de menor relevância<sup>(27)</sup>.

A priorização do cuidado de enfermagem é um processo multifacetado, influenciado por aspectos da formação e da prática profissional, bem como por questões institucionais<sup>(26)</sup>. Consequentemente, é imperativo reconhecer que essa prioridade clínica pode dificultar a prestação de um cuidado de enfermagem integral<sup>(9)</sup> e favorecer práticas menos seguras, uma vez que a equipe de enfermagem tende a atribuir menor importância a elementos promotores da segurança do paciente, como a comunicação multiprofissional e o planejamento/orientação da assistência a pacientes e famílias.

Quanto às razões percebidas pela equipe de enfermagem para a omissão do cuidado, os recursos laborais e materiais foram os mais mencionados, sem diferenças significativas em relação à formação profissional e aos turnos de trabalho. Esses dados são consoantes com pesquisa brasileira que identificou esses domínios como influentes na omissão nos cuidados de enfermagem<sup>(28)</sup>. Da mesma forma, os achados são compatíveis com investigação conduzida em um hospital universitário sueco, na qual os motivos mais frequentemente mencionados foram a insuficiência de recursos humanos, a ocorrência de situações urgentes e o aumento da demanda e/ou gravidade dos pacientes internados<sup>(19)</sup>.

As evidências científicas indicam que os profissionais de enfermagem que têm acesso a recursos materiais em quantidade adequada em seu local de trabalho são menos propensos a relatar omissão nos cuidados de enfermagem. A ausência de suprimentos, equipamentos e medicamentos essenciais pode resultar no atraso ou na omissão de tarefas cruciais de enfermagem, o que, por sua vez, compromete a continuidade e a segurança no atendimento ao paciente<sup>(29)</sup>. Assim, reforça-se a necessidade de abordar questões

relacionadas à formação generalista do enfermeiro e à qualificação profissional de lideranças, como o gerenciamento de materiais e recursos humanos, e o desenvolvimento da competência ética e moral. Essas estratégias são importantes para superar lacunas na prática clínica da enfermagem, que podem comprometer a prestação dos cuidados em sua integralidade<sup>(30)</sup>.

## Limitações do estudo

A amostra, escolhida por conveniência e composta por um número pequeno de participantes, destaca-se como uma das limitações da presente pesquisa, pois restringe a generalização dos dados. Outra limitação decorre do fato de o estudo ter sido realizado em uma única UTI, o que não permite um panorama mais amplo da temática no hospital investigado. Além disso, os entrevistados podem ter restringido suas respostas a um contexto socialmente desejável, o que é uma das principais limitações em pesquisas com inquéritos autorrelatados.

## Contribuições para a prática

A identificação dos principais cuidados omitidos e das razões percebidas pela equipe de enfermagem na assistência ao paciente crítico contribui para priorizar ações a serem planejadas pelos gestores durante a construção do plano de segurança do paciente, com vistas a promover melhorias contínuas nos processos assistenciais. Isso, por sua vez, colabora para reduzir os fatores preditores que potencializam para omitir cuidados de enfermagem essenciais que visam proteger o paciente de incidentes ocorridos em decorrência de intervenções menos seguras e de baixa performance.

Outra contribuição desta pesquisa está relacionada à necessidade de aprofundar os estudos sobre o efeito das horas trabalhadas por turno na omissão de cuidados pelos profissionais de enfermagem, com

ênfase nos trabalhadores do período noturno. O objetivo é determinar uma carga horária laboral compatível e adequada para a realização de uma assistência integral, alinhada aos princípios da qualidade.

## Conclusão

A omissão de cuidados de enfermagem foi prevalente em relação a mobilização, em discussões interdisciplinares e em ações de educação e apoio emocional aos pacientes e familiares. Ademais, foi percebida de maneira distinta entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, assim como entre os diferentes turnos de trabalho. De modo geral, resguardadas as diferenças de formação profissional, responsabilidades e atribuições entre as categorias, a equipe de enfermagem evidenciou fragilidades em recursos laborais e materiais que contribuem para a não realização adequada dos cuidados no contexto da assistência ao paciente crítico. Esse cenário exige fortalecer as ações de educação permanente institucional, visando à redução dos erros de omissão e o progresso da cultura de segurança organizacional.

## Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada; Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte do manuscrito sejam investigadas e resolvidas adequadamente: Bertoni APM, Fagundes G, Luchtenberg BS, Amaral VR, Batista J.

## Referências

1. Pierre MS, Grawe P, Bergstrom J, Neuhaus C. 20 years after to err is human: a bibliometric analysis of 'the IOM report's' impact on research on patient safety. *Saf Sci*. 2020;147:105593. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105593>
2. Rodziewicz TL, Houseman B, Vaqar S, Hipskind JE. Medical error reduction and prevention. *StatPearls* [Internet]. 2024 [cited Mar 13, 2025]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
3. Leite HDCS, Lopes VCA, Lira JAC, Nogueira LT. Fatores ambientais relacionados à omissão dos cuidados de enfermagem. *Ciênc Enferm*. 2020;26:20. doi: <http://doi.org/10.29393/ce26-13fahv40013>
4. Kirwan M, Schubert M. Missed or rationed nursing care: where to now for the nurse manager?. *J Nurs Manag*. 2020;28(8):1767-69. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13078>
5. World Health Organization (WHO). The conceptual framework for the international classification for patient safety [Internet]. 2009 [cited Mar 17, 2025]. Available from: <http://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2010.2>
6. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009; 65(7):1509-17. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
7. Saar L, Unbeck M, Bachnick S, Gehri B, Simon M. Exploring omissions in nursing care using retrospective chart review: an observational study. *Int J Nurs Stud*. 2021;122:104009. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104009>
8. Gong F, Mei Y, Wu M, Tang C. Global reasons for missed nursing care: a systematic review and meta-analysis. *Int Nurs Rev*. 2025;72(1):e13096. doi: <https://doi.org/10.1111/inr.13096>
9. Imam A, Obiesie S, Gathara D, Aluvaala J, Maina M, English M. Missed nursing care in acute care hospital settings in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Healthc Hum Resour*. 2023;21(1):19. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12960-023-00807-7>
10. Batista J, Toledo SARG, Santos A, Klasa MGC, Fracasso NV, Heimbecher CT. Clima de seguridad del paciente en Unidades de Cuidados Intensivos en un hospital privado. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2022 [cited Mar 17, 2025];38(3):e4777. Available from: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4777>
11. Saldaña DMA, Beltrán LFA, Colmenares SMR, Romero HRA, Cavallo E, Ulloa AC, et al. Professional profile and work conditions of nurses working in

- intensive care units: a multicentre study. *J Clin Nurs*. 2022;31(11-12):1697-708. doi: <https://doi.org/110.1111/jocn.16026>
12. Hang AT, Faria BG, Ribeiro ACR, Valadares GV. Challenges to patient safety in intensive care: a grounded theory. *Acta Paul Enferm*. 2023; 36:eAPE03221. doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023A003221>
  13. Jing MJ, Li H, Li CP, Wei XJ, Lin WQ, Zhu SC, et al. The association between working hours with vigilance and executive function of Intensive Care Unit Nurses. *J Nurs Manag*. 2023;(1):3770404. doi: <https://doi.org/10.1155/2023/3770404>
  14. Bolado GN, Ataro BA, Gadabo CK, Ayana AS, Kebamo TE, Minuta WM. Stress level and associated factors among nurses working in the critical care unit and emergency rooms at comprehensive specialized hospitals in Southern Ethiopia, 2023: explanatory sequential mixed-method study. *BMC Nurs*. 2024;23(1):341. doi: <http://doi.org/10.1186/s12912-024-02004-w>
  15. Nantsupawat A, Poghosyan L, Wichaikhum OA, Kunaviktikul W, Fang Y, Kueakomoldej S, et al. Nurse staffing, missed care, quality of care and adverse events: a cross-sectional study. *J Nurs Manag*. 2022;30(2):447-54. doi: <http://doi.org/10.1111/jonm.13501>
  16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. 2013 [cited Mar 13, 2025]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
  17. Siqueira LDC, Caliri MHL, Haas VJ, Kalisch B, Dantas RAS. Validation of the MISSCARE-BRASIL survey - a tool to assess missed nursing care. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2017;25:e2975. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2354.2975>
  18. Silva RPL, Meneguetti MG, Siqueira LDC, Araújo TR, Martins MA, 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: <https://dx.doi.org/10.1111/jonm.13005>
  19. Falk AC, Nymark C, Göransson KE, von Vogelsang AC. Missed nursing care in the critical care unit, before and during the COVID-19 pandemic: a comparative cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2022;72:103276. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103276>
  20. Maran E, Matsuda LM, Magalhães AMM, Marcon SS, Oliveira JLC, Cavalcanti AB, et al. Multiprofessional round with checklist: association with the improvement in patient safety in intensive care. *Rev Gaúcha Enferm*. 2022;43(spe):e20210348. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2022.202100348.en>
  21. Viana KE, Matsuda LM, Maran E, Reis GAX, Camillo NRS, Pereira ACS, et al. Rounds in intensive care unit: perceptions of a multidisciplinary team. *Ciênc Cuid Saúde*. 2024;23:e68050. doi: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v23i0.68050>
  22. Milecka D, Homętowska H, Manulik S. The rationing of nursing care phenomenon in the light of scientific reports – definitions, system solutions, assessment methods – PART I. *J Educ Health Sport*. 2023;13(4):281-91. doi: <https://doi.org/10.12775/JEHS.2023.13.04.033>
  23. Min A, Kim YM, Yoon YS, Hong HC, Kang M, Scott LD. Effects of work environments and occupational fatigue on care left undone in rotating shift nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2021;53(1):126-36. doi: <https://doi.org/10.1111/jnu.12604>
  24. Chiappinotto S, Palese A. Unfinished nursing care reasons as perceived by nurses at different levels of nursing services: findings of a qualitative study. *J Nurs Manag*. 2022;30(7):3393-405. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13800>
  25. Kalánková D, Bartoníková D, Kolarczyk E, Žiaková K, Młynarska A. Factors contributing to rationed nursing care in the slovak republic—a secondary analysis of quantitative data. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(2):702. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph19020702>
  26. Papathanasiou I, Tzenetidis V, Tsaras K, Zyga S, Malliarou M. Missed nursing care; prioritizing the patient's needs: an umbrella review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(2):224. doi: <https://dx.doi.org/10.3390/healthcare12020224>
  27. Cárdenas WIL, Vidal EG, Ceron RMA, Murillo NAH, Mejía YAS, Jiménez ACJ. Care perceptions in two ICU nursing care delivery models: a qualitative-comparative approach. *Invest Educ Enferm*. 2022;40(3):e15. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n3e15>

28. Lima MB, Moura ECC, Peres AM, Nascimento LRS, Siqueira RMOT, Costa JP. The nursing team's perspective on missed nursing care: an analysis of the reasons. *Rev Enf Ref.* 2022;6(1):e21057. doi: <https://doi.org/10.12707/RV21057>
29. Kabede C, Geta T, Bikamo E, Nigussie G, Elfios E, Merkiné M, et al. Missed nursing care and associated factors among nurses working in public hospitals of Wolaita Zone, 2023: mixed-method study design. *Int J Afr Nurs Sci.* 2024;20:100748. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2024.100748>
30. Nazari AM, Borhani F, Zare-Kaseb A, Zafarnia N. The relationship between nurses' moral competency and missed nursing care: a descriptive-correlational study. *BMC Nurs.* 2024;23(1):388. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02058-w>



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