

Fatores associados à omissão do cuidado e ao clima de segurança do paciente

Factors associated with care omission and patient safety climate

Factores asociados a la omisión del cuidado y al clima de seguridad del paciente

Kaique Duarte Cavalcante Silva^a 

Dayse Edwiges Carvalho^b 

Juliana Carvalho de Lima^a 

Lucas Aragão Souza^a 

Ana Elisa Bauer de Camargo Silva^a 

Como citar este artigo:

Silva KDC, Carvalho DE, Lima JC, Souza LA, Silva AEBC. Fatores associados à omissão do cuidado e ao clima de segurança do paciente. Rev Gaúcha Enferm. 2024;45:e20230059. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230059>

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores associados à omissão do cuidado de enfermagem e ao clima de segurança do paciente.

Método: Estudo transversal desenvolvido em hospital universitário do Centro-Oeste brasileiro, entre setembro e dezembro de 2022. O MISSCARE-Brasil e o *Safety Attitudes Questionnaire* foram aplicados a uma amostra de conveniência de 164 profissionais de enfermagem.

Resultados: O cuidado mais omitido foi a deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito (66,5%). O escore geral do *Safety Attitudes Questionnaire* foi 63,8 (DP:12,6). O nível de satisfação ($p<0,018$) e a percepção de adequação profissional ($p<0,018$) associaram-se com a omissão do cuidado de enfermagem e com o clima de segurança do paciente.

Conclusão: O estudo mostrou alta prevalência de omissão do cuidado e percepção desfavorável do clima de segurança, associados principalmente com a adequação profissional para desempenho do trabalho.

Descritores: Enfermagem. Estudo de avaliação. Cuidados de enfermagem. Cultura organizacional. Segurança do paciente.

ABSTRACT

Objective: To identify the factors associated with the omission of nursing care and patient safety climate.

Method: A cross-sectional study developed at a university hospital in the Brazilian Center-West, between September and December 2022. The MISSCARE-Brazil and the Safety Attitudes Questionnaire were applied to a convenience sample of 164 nursing professionals.

Results: The most omitted care was walking three times a day or as prescribed (66.5%). The overall score of the Safety Attitudes Questionnaire was 63.8 (SD:12.6). The level of satisfaction ($p<0.018$) and the perception of professional adequacy ($p<0.018$) were associated with the omission of nursing care and the patient safety climate.

Conclusion: The study showed a high prevalence of omission of care and unfavorable perception of the patient safety climate, mainly associated with professional adequacy for work performance.

Descriptors: Nursing. Evaluation study. Nursing care. Organizational culture. Patient safety.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados a la omisión del cuidado de enfermería y al clima de seguridad del paciente.

Método: Estudio transversal desarrollado en hospital universitario del Centro-Oeste brasileño, entre septiembre y diciembre de 2022. El MISSCARE-Brasil y el Safety Attitudes Questionnaire fueron aplicados a una muestra de conveniencia en 164 profesionales de enfermería.

Resultados: El cuidado más omitido fue la ambulación tres veces por día o conforme prescrito (66,5%). El puntaje general del Safety Attitudes Questionnaire fue 63,8 (DE:12,6). El nivel de satisfacción ($p<0,018$) y la percepción de adecuación profesional ($p<0,018$) se asociaron con la omisión de cuidados de enfermería y con el clima de seguridad del paciente.

Conclusión: El estudio mostró alta prevalencia de omisión del cuidado y percepción desfavorable del clima de seguridad, asociados principalmente con la adecuación profesional para el desempeño del trabajo.

Descritores: Enfermería. Estudio de evaluación. Atención de enfermería. Cultura organizacional. Seguridad del paciente.

^a Universidade Federal de Goiás (UFG). Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Goiânia, Goiás, Brasil.

^b Universidade Estadual de Goiás (UEG). Departamento de Enfermagem. Itumbiara, Goiás, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A cobertura universal de saúde tem como objetivo garantir que todos tenham acesso aos serviços de saúde necessários, independentemente de sua situação financeira. No entanto, os efeitos positivos da melhoria do acesso aos serviços de saúde podem ser comprometidos pela falta de segurança nos cuidados prestados. A segurança do paciente desempenha, portanto, um papel fundamental na cobertura universal de saúde, pois fortalece a qualidade assistencial, por meio da implementação de iniciativas de redução de riscos de erros e eventos adversos^(1,2).

Os eventos adversos são compreendidos como incidentes que atingem os pacientes e resultam em dano. Quanto à sua natureza, os eventos adversos podem derivar de um “erro de comissão”, quando uma ação inadequada é realizada, ou “erro de omissão”, quando uma ação necessária não é realizada. É essencial evitar esses erros, pois podem resultar em desfechos negativos para os pacientes, seus familiares, profissionais de saúde e para a organização⁽³⁾.

A pandemia da COVID-19 deu maior visibilidade ao tema da segurança do paciente, sobretudo, devido ao aumento expressivo na ocorrência de eventos adversos⁽⁴⁾. Nesse contexto observou-se, também, um aumento significativo na quantidade de cuidados de enfermagem omitidos (32,6%) quando comparado com períodos antes da pandemia (22,8%)⁽⁵⁾.

A omissão do cuidado de enfermagem representa um grave problema para a qualidade assistencial e para a segurança do paciente. Esse fenômeno envolve o atraso ou a omissão de cuidados necessários ao paciente, sejam eles clínicos, emocionais e/ou administrativos, que podem ter sido realizados parcialmente, não realizados ou não realizados no momento preconizado^(6,7). A omissão do cuidado reduz significativamente a satisfação do paciente e predispõe a ocorrência de eventos adversos como erros de medicação, infecção do trato urinário, quedas, lesão por pressão e aumento na taxa de readmissão hospitalar e mortalidade⁽⁷⁾.

Apesar da maior parte das iniciativas em segurança do paciente concentrar esforços na redução de erros de comissão, os impactos negativos dos erros de omissão nos resultados dos pacientes são evidentes. Seus efeitos deletérios para a segurança do paciente são graves e, portanto, carecem de atenção⁽⁸⁾. A discussão sobre o fenômeno de omissão do cuidado de enfermagem tem se tornado cada vez mais relevante nos investimentos destinados à melhoria do clima de segurança do paciente^(6,7).

O clima de segurança, elemento importante para a segurança do paciente, faz parte da cultura de segurança, que, por sua vez, diz respeito aos valores, atitudes, crenças, competências e padrões comportamentais que orientam a prática segura na assistência à saúde. As atitudes e percepções expressas

por um membro de uma organização, refletem sua opinião em relação ao ambiente organizacional. O conglomerado das opiniões de todos os membros, por sua vez, representa o clima. Ao se concentrar nos aspectos mais tangíveis da cultura, o clima pode ser medido com mais facilidade, permitindo que algumas das condições que aumentam o risco de eventos adversos sejam diagnosticadas e identificadas⁽⁹⁾.

Pesquisadores de um estudo que analisou a cultura de segurança do paciente, eventos adversos e a omissão do cuidado de cinco hospitais de uma região dos Estados Unidos, identificaram que boa percepção do clima de segurança do paciente associou-se à melhores resultados para os pacientes. Da mesma forma, a alta taxa de omissão do cuidado esteve associada ao aumento de erros assistenciais, evidenciando, assim, que o clima de segurança do paciente e a omissão do cuidado de enfermagem possuem grande influência no cuidado e precisam ser analisados em prol de desfechos positivos para os pacientes⁽¹⁰⁾.

Considerando a relevância de investigações sobre a omissão do cuidado de enfermagem, o clima de segurança do paciente e seus fatores associados, julgando-os fundamentais para a saúde pública, pois podem fornecer informações relevantes para a melhoria da assistência à saúde e da segurança dos pacientes, formulou-se, como questão de pesquisa: quais fatores influenciam a percepção da enfermagem sobre os cuidados omitidos e o clima de segurança do paciente? Para responder à questão, este estudo teve como objetivo identificar os fatores associados à omissão do cuidado de enfermagem e ao clima de segurança do paciente.

■ MÉTODO

Estudo transversal realizado em um hospital universitário público, localizado no Centro-Oeste do Brasil. Trata-se de um hospital de alta complexidade com 289 leitos, sendo 96 leitos cirúrgicos, 114 clínicos, 21 obstétricos, 22 pediátricos, 13 diagnósticos/terapêuticos e 23 complementares. O quadro da enfermagem é formado por 752 profissionais, que prestam serviços em unidades de internação ou ambulatoriais.

A população alvo do estudo foi constituída de 252 profissionais de enfermagem que atuavam em três unidades de internação: Clínica, Pediátrica e Cirúrgica. Os critérios de inclusão foram: atuar na assistência direta ao paciente e possuir tempo de experiência igual ou superior a três meses, nas unidades selecionadas. O critério de exclusão foi: estar ausente no período de coleta, por motivo de férias ou licença de qualquer tipo.

Ao aplicar os critérios de elegibilidade na população alvo, 45 profissionais não participaram da pesquisa: 29 por possuírem tempo de experiência inferior a três meses; 13 por exercerem serviços exclusivamente administrativos e

três por estarem de licença no período da coleta. Assim, 207 profissionais foram convidados a participar do estudo.

Para a coleta de dados foram utilizados dois questionários autoaplicáveis, impressos em papel, sendo um deles o MISSCARE – Brasil e o outro o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) – *Short Form* 2006. O MISSCARE – Brasil, utilizado para analisar a omissão do cuidado de enfermagem, é um questionário autoaplicável composto por três partes. A primeira parte, possui 20 itens que objetivam coletar dados demográficos e profissiográficos. A parte A, com 28 itens referentes aos elementos dos cuidados de enfermagem não realizados, com questões em escala tipo *Likert* de cinco pontos: (5) nunca é realizado; (4) raramente é realizado; (3) ocasionalmente não é realizado; (2) realizado frequentemente; e (1) sempre realizado. A parte B, contém 28 itens que dizem respeito às razões para a não realização dos cuidados de enfermagem, com respostas também em escala tipo *Likert* de quatro pontos, variando entre: (4) razão significativa; (3) razão moderada; (2) razão pouco significativa; (1) não é uma razão⁽¹¹⁾.

Na parte A do MISSCARE-BRASIL, os itens são pontuados de um a cinco, sendo que um corresponde a ausência de omissão e cinco à maiores níveis de omissão. Na parte B, os itens são pontuados de um a quatro, sendo que quatro corresponde à razão significativa e um como não sendo razão para a omissão. Em ambas as partes, o escore foi obtido a partir da média da pontuação de cada item, variando de 1 a 5 na parte A e 1 a 4 na parte B. Para calcular o número de cuidados de enfermagem omitidos, as respostas da parte A do MISSCARE – Brasil, dispostas em cinco alternativas, foram dicotomizadas. As alternativas “ocasionalmente não é realizado”, “raramente é realizado” e “nunca é realizado” significam que o cuidado foi omitido, e as alternativas “realizado frequentemente” e “sempre realizado” significam que o cuidado foi realizado⁽¹¹⁾.

O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), utilizado para avaliar a percepção dos participantes em relação ao clima de segurança do paciente, é autoaplicável e dividido em duas partes, sendo que a primeira contém 41 itens, envolvendo questões sobre a segurança do paciente e a segunda possui itens que objetivam coletar dados demográficos e profissiográficos. Os itens da primeira parte se subdividem em seis domínios: clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gerência da unidade e do hospital e condições de trabalho. As opções de respostas estão organizadas em escalas tipo *Likert* com seis alternativas: discordo totalmente (A), discordo parcialmente (B), neutro (C), concordo parcialmente (D), concordo totalmente (E) e não se aplica (X)⁽¹²⁾.

Quanto à pontuação, consideram-se os seguintes valores: discordo totalmente, valor 0; discordo parcialmente, valor 25; neutro, valor 50; concordo parcialmente, valor 75; e concordo totalmente, valor 100. A alternativa “não se aplica” não recebe

pontuação e é desconsiderada no cálculo do escore. Afirmativas com teor negativo são codificadas de forma reversa, assim, para estes itens a resposta “discordo totalmente” pontuou como “concordo totalmente”. A fórmula $(m - 1) \times 25$ foi utilizada para o cálculo do escore dos domínios, onde m representa a média dos itens deste domínio, que pode variar entre um mínimo de 0 e máximo de 100 pontos. O escore geral foi obtido a partir da média da pontuação de todos os itens⁽¹²⁾.

Na análise dos escores do SAQ, pontuações iguais ou superiores a 75 pontos representam as alternativas “concordo ligeiramente” e “concordo fortemente”, o que indica que há uma percepção positiva ou favorável em relação ao clima, ou seja, as características do domínio ou item em questão estão presentes no ambiente, favorecendo a adoção de atitudes seguras no cuidado. Contrariamente, escores abaixo de 60, representam um alerta para que ações de melhoria sejam voltadas para a cultura de segurança⁽¹²⁾.

Os dados foram coletados entre setembro e dezembro de 2022. Baseando-se em uma amostragem por conveniência, os participantes foram abordados nos seus locais de trabalho, de acordo com as escalas mensais disponibilizadas pela instituição, e foram convidados a participar do estudo. Os profissionais que aceitaram participar do estudo, receberam informações sobre a pesquisa, assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam um envelope contendo uma cópia do TCLE assinado e os instrumentos de coleta. Recomendou-se que a pesquisa não fosse respondida dentro do hospital, no intuito de evitar a contaminação do material e para não comprometer o tempo de assistência aos pacientes. O recolhimento dos instrumentos preenchidos ocorreu nas dependências do hospital, em horário previamente combinado com cada participante.

Os instrumentos foram conferidos pelos pesquisadores, ainda na presença dos participantes, a fim de evitar respostas em branco. Posteriormente, os dados foram digitados em dupla entrada no software *Microsoft Excel for Windows*, versão 365 e analisados no software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.0.

Inicialmente, verificou-se a normalidade da distribuição das variáveis quantitativas por meio do teste *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lilliefors*. A seguir, estatística descritiva foi realizada para descrever as características dos participantes e das escalas SAQ e MISSCARE – Brasil. As variáveis quantitativas simétricas foram descritas como média e desvio padrão (DP), enquanto as assimétricas foram descritas como mediana, percentil 25 (P25) e percentil 75 (P75). As qualitativas foram apresentadas como frequências absolutas (n) e relativas (%).

As variáveis dependentes incluíram os escores do SAQ e MISSCARE – Brasil e as independentes as características demográficas e profissiográficas. Para analisar a associação

entre as variáveis independentes (sexo, categoria profissional, número de vínculos empregatícios, unidade, nível educacional mais elevado, carga horária semanal, período de trabalho, intenção de sair do cargo, percepção da adequação profissional e níveis de satisfação) e as dependentes, foram realizadas análises bivariadas.

Os escores médios das variáveis dependentes com distribuição simétrica (escore SAQ geral e escore MISSCARE – Brasil) foram comparados por meio do teste *t* de Student para amostras independentes ou da análise de variância (ANOVA). Os escores medianos da variável dependente com distribuição assimétrica (número de cuidados omitidos) foram comparados por meio do teste *U* de Mann-Whitney ou *Kruskal-Wallis*. Em caso de significância na ANOVA e no teste de *Kruskal-Wallis*, os testes de *post-hoc* de *Bonferroni* e de *Dunn*, respectivamente, foram realizados. A correlação de *Pearson* (*r*) (variáveis com distribuição simétrica) ou correlação de *Spearman* (*rho*) (variáveis com distribuição assimétrica) foram realizadas para analisar a relação entre as variáveis

independentes quantitativas (idade, tempo de experiência no cargo/função e número de pacientes sob responsabilidade) e as variáveis dependentes. Em todos os testes, um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Este estudo faz parte do projeto “Cultura e clima de segurança entre a equipe multiprofissional de saúde”, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob o parecer consubstanciado n.º 3.806.376 e CAAE: 49279115.4.0000.5078.

■ RESULTADOS

Dentre os 207 profissionais elegíveis, 17 se recusaram a participar do estudo e 26 não devolveram o questionário respondido, mesmo após três tentativas. Participaram do estudo 164 profissionais, com uma taxa de resposta de 79,2%. A Tabela 1 descreve os participantes do estudo segundo suas características demográficas, profissiográficas e níveis de satisfação.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes, segundo características demográficas, profissiográficas e níveis de satisfação (n=164). Centro-Oeste, Brasil, 2022

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	143 (87,2)
Masculino	21 (12,8)
Idade (anos)	43,5 (36,0 – 52,0)*
Categoria profissional	
Enfermeiro	53 (32,3)
Técnico/auxiliar em enfermagem	111 (67,7)
Tempo de experiência no cargo/função (anos)	15,0 (8,0 – 22,0)*
Número de vínculos empregatícios	
1	52 (31,7)
≥ 2	112 (68,3)
Unidade	
Clínica	59 (36,0)
Cirúrgica	86 (52,4)
Pediátrica	19 (11,6)
Número de pacientes sob responsabilidade	6,0 (5,0 – 8,0)*
Nível educacional mais elevado	
Ensino médio	36 (22,0)
Ensino superior	42 (25,6)
Pós-graduação (<i>lato sensu</i> ou <i>stricto sensu</i>)	86 (52,4)

Tabela 1 – Cont.

Variáveis	n (%)
Carga horária semanal (horas)	
30	60 (36,6)
36	93 (56,7)
≥ 40	11 (6,7)
Período de trabalho	
Diurno	90 (54,9)
Noturno	67 (40,8)
Rodízio entre diurno e noturno	7 (4,3)
Intenção de sair do cargo	
Sim	18 (11,0)
Não	146 (89,0)
Frequência que sente que o número de profissionais é adequado	
100% do tempo	5 (3,0)
75% do tempo	58 (35,4)
50% do tempo ou menos	101 (61,6)
Variáveis	n (%)
Satisfação com o cargo	
Muito satisfeito	32 (19,5)
Satisfeito	93 (56,7)
Nem satisfeito e nem insatisfeito	27 (16,5)
Insatisfeito	11 (6,7)
Muito insatisfeito	1 (0,6)
Satisfação com a profissão	
Muito satisfeito	37 (22,6)
Satisfeito	87 (53,0)
Nem satisfeito e nem insatisfeito	29 (17,7)
Insatisfeito	10 (6,1)
Muito insatisfeito	1 (0,6)
Satisfação com o trabalho em equipe	
Muito satisfeito	20 (12,2)
Satisfeito	70 (42,7)
Nem satisfeito e nem insatisfeito	51 (31,1)
Insatisfeito	20 (12,2)
Muito insatisfeito	3 (1,8)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Notas: * Mediana (percentil 25–percentil 75).

A Tabela 2 apresenta a análise descritiva do escore geral e dos domínios do SAQ, do MISSCARE – Brasil e do número de cuidados omitidos.

Os resultados do MISSCARE – Brasil foram dicotomizados, permitindo identificar a frequência com que os cuidados de enfermagem eram omitidos, assim como a frequência das razões para omissão (Tabela 3).

Na análise bivariada o escore do MISSCARE – Brasil e o número de cuidados omitidos associaram-se, respectivamente, com a unidade (valor $p=0,010$; valor $p=0,019$); com a percepção da adequação do número de profissionais (valor $p=0,004$; valor $p=0,018$) e com os níveis de satisfação com o cargo (valor $p<0,001$; valor $p<0,001$), com a profissão (valor

$p=0,008$; valor $p=0,018$) e com o trabalho em equipe (valor $p=0,001$; valor $p=0,005$). Os resultados demonstraram, ainda, correlação negativa entre idade ($r -0,208$, valor $p=0,008$; $\rho -0,190$, valor $p=0,015$), tempo de experiência no cargo ($r -0,226$, valor $p=0,004$; $\rho -0,264$, valor $p=0,001$) e os escores de omissão do cuidado (Tabela 4).

Na análise bivariada, realizada entre o escore geral do SAQ e as variáveis independentes, observou-se associação com a percepção da adequação do número de profissionais (valor $p<0,001$) e com os níveis de satisfação com o cargo (valor $p<0,001$), com a profissão (valor $p<0,001$) e com o trabalho em equipe (valor $p<0,001$) (Tabela 5).

Tabela 2 – Análise descritiva dos escores do SAQ e do MISSCARE – Brasil (n=164). Centro-Oeste, Brasil, 2022

SAQ	Média (DP)
Escore SAQ geral	63,8 (12,6)
Clima de trabalho em equipe	66,7 (55,6 – 80,6)*
Clima de segurança	59,4 (46,9 – 66,4)*
Satisfação no trabalho	75,0 (60,0 – 90,0)*
Percepção do estresse	81,3 (62,5 – 100,0)*
Percepção da gerência da unidade	60,0 (50,0 – 75,0)*
Percepção da gerência do hospital	49,2 (18,6)
Condições de trabalho	66,7 (43,8 – 83,3)*
MISSCARE – Brasil	
Escore MISSCARE – Brasil	2,1 (0,5)
Número de cuidados omitidos	7,0 (3,0 – 12,0)*

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Notas: DP = Desvio Padrão; * Mediana (percentil 25-percentil 75).

Tabela 3 – Distribuição das frequências dos cuidados de enfermagem omitidos e das razões para omissão do cuidado de enfermagem (n=164). Centro-Oeste, Brasil, 2022

Cuidados de enfermagem omitidos	%
Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito	66,5
Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente	62,8
Sentar o paciente fora do leito	61,0
Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar	53,7
Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	51,8
Higiene bucal	43,3
O atendimento à chamada do paciente é feita dentro de cinco minutos.	40,8
Apoio emocional ao paciente e/ou família	39,0
Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	30,5
As solicitações para administração de medicamentos S/N atendidas em 15 min.	29,3
Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	28,7
Higienização das suas mãos	27,4
Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	25,6
Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	25,6
Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	24,4
Controle do balanço hídrico – entradas e saídas	24,4
Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas e cuidados prestados	24,4
Aspiração de vias aéreas	21,9
Avaliação das condições do paciente a cada turno	21,3
Administrar os medicamentos 30 min. antes ou depois do horário prescrito	19,5
Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	17,7
Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou pela sonda	12,2
Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição	9,8
Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	7,9
Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	7,9
Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele	7,9
Cuidados com lesões de pele/feridas	7,3
Monitorar a glicemia capilar (glicosimetria/dextro) conforme prescrito	3,0
Razões para omissão do cuidado de enfermagem	%
Número inadequado de pessoal	87,8
Aumento inesperado do volume e/ ou da gravidade dos pacientes da unidade	84,1

Tabela 3 – Cont.

Cuidados de enfermagem omitidos	%
Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas	81,1
Situações de urgência dos pacientes (ex.: a piora da condição de um paciente)	75,6
Grande quantidade de admissões e altas	75,6
Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde (o que impede que desempenhem as funções para as quais foram contratados)	72,6
A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada	65,2
O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência	59,1
Os membros da equipe não se ajudam entre si	59,1
Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário	58,5
Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que era necessário (Ex. fisioterapeuta não auxiliou na deambulação do paciente)	55,5
Tensão/conflicto ou problemas de comunicação com a equipe médica	50,6
Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário	50,0
Falta de preparo dos enfermeiros para liderar e supervisionar o trabalho em equipe	50,0
A passagem de plantão do turno anterior é inadequada	46,9
Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário	46,9
Tensão/conflicto ou problemas de comunicação com outros setores de apoio	46,3
Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados	46,3
O profissional que não realizou não tem receio de punição/demissão	45,7
Razões para omissão do cuidado de enfermagem	%
O profissional de enfermagem é negligente	45,7
Falta de motivação para o trabalho	44,5
Tensão/conflicto ou problemas de comunicação dentro da equipe de enfermagem	43,3
O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e com a instituição	42,1
Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado	42,1
Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional	39,6
O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade ou indisponível	39,0
O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada	37,2
A planta física da unidade/ setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes	23,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Tabela 4 – Associação do perfil dos profissionais de enfermagem com o escore do MISSCARE – Brasil e número de cuidados omitidos. Centro-Oeste, Brasil, 2022

Variáveis	Escore MISSCARE-Brasil		Número de Cuidados Omitidos	
	Média (DP)	p-valor*	Mediana (P25-P75)	p-valor*
Sexo				
Feminino	2,1 (0,5)	0,169 [†]	7,0 (3,0-11,0)	0,136 ^{**}
Masculino	2,3 (0,6)		10,0 (4,0-15,5)	
Idade (anos)	-0,208 [‡]	0,008[‡]	-0,190 ^{††}	0,015^{††}
Categoria profissional				
Enfermeiro	2,2 (0,6)	0,204 [†]	8,0 (4,0-13,0)	0,173 ^{**}
Técnico/auxiliar	2,1 (0,5)		6,0 (3,0-11,0)	
Tempo de experiência no cargo	-0,226 [‡]	0,004[‡]	-0,264 ^{††}	0,001^{††}
Número de vínculos empregatícios				
1	2,1 (0,6)	0,570 [†]	6,5 (2,0-11,0)	0,398 ^{**}
≥ 2	2,1 (0,5)		7,0 (4,0-12,0)	
Unidade				
Clínica	2,2 (0,5)	0,010^{§-§§}	7,0 (4,0-12,0)	0,019^{††-***}
Cirúrgica	2,1 (0,5)		7,0 (4,0-11,3)	
Pediátrica	1,8 (0,5)		3,0 (0,0-9,0)	
Quantidade de paciente sob supervisão	-0,002 [‡]	0,975 [‡]	0,049 ^{††}	0,535 ^{††}
Nível educacional mais elevado				
Ensino médio	2,1 (0,5)	0,874 [§]	7,5 (5,0-12,0)	0,449 ^{††}
Ensino superior	2,1 (0,7)		5,0 (2,0-14,0)	
Pós-graduação	2,1 (0,5)		7,0 (3,0-11,3)	
Carga horária semanal (horas)				
30	2,0 (0,56)	0,300 [§]	5,5 (2,0-11,0)	0,228 ^{††}
36	2,2 (0,54)		7,0 (4,0-12,5)	
≥ 40	2,0 (0,42)		6,0 (3,0-10,0)	

Tabela 4 – Cont.

Variáveis	Escore MISSCARE-Brasil		Número de Cuidados Omitidos	
	Média (DP)	p-valor*	Mediana (P25-P75)	p-valor*
Período de trabalho				
Diurno	2,2 (0,5)		8,0 (4,0-13,0)	
Noturno	2,0 (0,5)	0,071 [§]	5,0 (2,0-11,0)	0,035^{††- †††}
Rodízio entre diurno e noturno	2,3 (0,7)		11,0 (5,0-15,0)	
Intenção de sair do cargo				
Sim	2,1 (0,7)	0,866 [†]	5,5 (3,0-12,3)	0,772 ^{**}
Não	2,1 (0,5)		7,0 (3,0-12,0)	
Adequação do número de funcionários				
100% do tempo	1,6 (0,6)		2,0 (0,5-9,5)	
75% do tempo	2,0 (0,5)	0,004^{§- †††}	5,0 (2,0-10,0)	0,018^{††- †††}
50% do tempo ou menos	2,2 (0,5)		8,0 (4,0-13,0)	
Satisfação com o cargo				
Sim	2,1 (0,5)	<0,001[†]	6,0 (3,0-11,0)	<0,001^{**}
Não	2,7 (0,6)		15,5 (8,3-19,8)	
Satisfação com a profissão				
Sim	2,1 (0,5)	0,008[†]	7,0 (3,0-11,0)	0,018^{**}
Não	2,5 (0,7)		13,0 (5,0-20,0)	
Satisfação com o trabalho em equipe				
Sim	2,1 (0,5)	0,001[†]	6,0 (3,0-11,0)	0,005^{**}
Não	2,4 (0,6)		10,0 (6,0-18,0)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Notas: DP = Desvio Padrão; P25 = Percentil 25; P75 = Percentil 75; * Nível de significância de $p < 0,05$; [†]Teste *t* de Student; ^{††}Teste de correlação de Pearson; [§] Análise de variância (ANOVA); ^{**} Teste *U* de Mann-Whitney; ^{†††} Teste de correlação de Spearman; ^{††††} Teste de Kruskal-Wallis; ^{§§} Diferença estatística entre as categorias Pediátrica e Cirúrgica (valor de $p=0,013$) e Pediátrica e Clínica (valor de $p=0,011$); ^{†††††} Diferença estatística entre as categorias Pediátrica e Clínica (valor de $p=0,063$) e Pediátrica e Cirúrgica (valor de $p=0,092$); ^{††††††} Diferença estatística entre as categorias Noturno e Diurno (valor de $p=0,076$) e Noturno e Rodízio (valor de $p=0,303$); ^{†††††††} Diferença estatística entre as categorias 50% do tempo ou menos e 100% do tempo (valor de $p=0,063$) e 50% do tempo ou menos e 75% do tempo (valor de $p=0,023$); ^{§§§} Diferença estatística entre as categorias 50% do tempo ou menos e 100% do tempo (valor de $p=0,267$) e 50% do tempo ou menos e 75% do tempo (valor de $p=0,048$).

Tabela 5 – Associação do perfil dos profissionais de enfermagem com o escore geral do SAQ. Centro-Oeste, Brasil, 2022

Variáveis	Escore geral SAQ	
	Média (DP)	p-valor*
Sexo		
Feminino	64,4 (12,1)	0,101 [†]
Masculino	59,6 (15,7)	
Idade (anos)	0,099 [‡]	0,206 [‡]
Categoria profissional		
Enfermeiro	62,5 (14,1)	0,381 [†]
Técnico/auxiliar	64,4 (11,9)	
Tempo de experiência no cargo	0,099 [‡]	0,209 [‡]
Número de vínculos empregatícios		
1	65,8 (11,7)	0,166 [†]
≥ 2	62,9 (13,0)	
Unidade		
Clínica	63,4 (13,4)	0,852 [§]
Cirúrgica	64,3 (12,8)	
Pediátrica	62,7 (9,9)	
Quantidade de paciente sob supervisão	-0,139 [‡]	0,075 [‡]
Nível educacional mais elevado		
Ensino médio	64,4 (10,4)	0,939 [§]
Ensino superior	63,7 (14,3)	
Pós-graduação	63,5 (12,8)	
Carga horária semanal (horas)		
30	62,7 (11,6)	0,659 [§]
36	64,3 (13,5)	
≥ 40	65,5 (10,7)	

Tabela 5 – Cont.

Variáveis	Escore geral SAQ	
	Média (DP)	p-valor*
Período de trabalho		
Diurno	63,6 (12,4)	
Noturno	63,7 (12,7)	0,774 [§]
Rodízio entre diurno e noturno	67,1 (16,5)	
Intenção de sair do cargo		
Sim	64,1 (13,5)	
Não	63,7 (12,6)	0,916 [†]
Adequação do número de funcionários		
100% do tempo	77,3 (11,1)	
75% do tempo	68,4 (11,2)	<0,001 ^{§-**}
50% do tempo ou menos	60,5 (12,3)	
Satisfação com o cargo		
Sim	65,0 (11,9)	
Não	48,5 (12,4)	<0,001 [†]
Satisfação com a profissão		
Sim	64,7 (12,0)	
Não	50,7 (14,0)	<0,001 [†]
Satisfação no trabalho em equipe		
Sim	65,4 (11,7)	
Não	53,9 (13,8)	<0,001 [†]

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Notas: DP – Desvio Padrão; * Nível de significância de p-valor = $p < 0,05$; [†]Teste t de Student; [‡]Teste de correlação de Pearson; [§]Análise de variância (ANOVA); ^{**}Diferença estatística entre as categorias 50% do tempo ou menos e 100% do tempo (valor de $p = 0,007$) e 50% do tempo ou menos e 75% do tempo (valor de $p < 0,001$).

■ DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a percepção do clima de segurança do paciente por meio do questionário SAQ, a omissão do cuidado de enfermagem por meio do MISSCARE – Brasil e identificou associações com características demográficas e profissiográficas. Evidenciou-se percepção desfavorável do clima de segurança do paciente pelos participantes e alta taxa de cuidados omitidos, cuja principal razão foi atribuída ao número inadequado de pessoal. Os demais fatores associados foram: idade, nível de satisfação, unidade de trabalho e tempo de experiência.

Explorando o perfil dos participantes, verificou-se predominância de mulheres. Outros estudos realizados no Brasil e no mundo, com profissionais de enfermagem, também observaram perfis semelhantes^(13,14). A mediana de idades foi 43,5 anos, revelando profissionais mais experientes e indicando o envelhecimento da enfermagem. Dados apontam que cerca de 30% dos profissionais de enfermagem possuem mais de 55 anos e estão próximos de sua aposentadoria. Diante deste cenário, países como o Brasil, deverão aumentar o número de formados em até 8% ao ano a fim de evitar problemas com escassez até 2030⁽¹⁴⁾.

O tempo de experiência dos participantes deste estudo revelou uma maioria de profissionais experientes e, ao ser associado à omissão do cuidado, corrobora com evidências onde o cuidado inseguro e altas prevalências de cuidados omitidos foram relacionados à baixa experiência profissional^(15,16). Isso significa que o tempo de experiência é um fator crucial na prestação de cuidados de alta qualidade e segurança.

A percepção desfavorável do clima de segurança do paciente, evidenciada no presente estudo, indica um frágil ambiente de segurança, reflexo de atitudes negativas em relação à segurança do paciente e pode apontar para possíveis fragilidades na assistência prestada pela enfermagem^(9,12). O escore médio, considerado aceitável para representar uma percepção favorável do clima de segurança do paciente é 75 pontos⁽⁹⁾, no entanto, o escore deste estudo foi inferior, de modo semelhante ao identificado em outros estudos como o realizado no Brasil e no Chipre^(13,15). Tais estudos sugeriram a participação dos profissionais nos assuntos organizacionais e maior valorização da categoria profissional como estratégia para o fortalecimento do clima e da cultura de segurança^(13,15).

O domínio “Percepção da Gerência” apresentou os escores mais baixos neste estudo, tanto na “Percepção da Gerência da Unidade” quanto na “Percepção da Gerência do Hospital”. Baixos escores neste domínio podem indicar discordâncias entre os participantes e a gestão em relação às questões de segurança. Além disso, tais dados sugerem que os gestores

podem não estar cumprindo adequadamente seu papel de liderança, o que prejudica o engajamento e pode resultar em falta de comunicação efetiva entre as equipes da assistência e da gestão⁽¹⁷⁾. Ressalta-se, então, a necessidade do envolvimento da gestão para adoção de estratégias para melhoria do clima de segurança e prevenção da omissão do cuidado. Observa-se, entre os estudos que utilizaram o mesmo instrumento, uma tendência escores mais baixos neste domínio, quando comparado com os demais^(18,19).

Em relação ao domínio “Clima de segurança”, outros estudos encontraram resultados semelhantes^(15,20). O domínio Clima de segurança fornece uma medida da percepção dos profissionais sobre a maneira que a instituição apresenta seu sistema e política de segurança do paciente. Um baixo escore neste domínio pode resultar de baixo conhecimento dos participantes quanto aos meios adequados para encaminhar os erros e questões relacionadas à segurança do paciente. Também, pode indicar que os profissionais podem sentir resistência e desamparo ao relatar incidentes de segurança que ocorrem^(9,21).

Em relação ao domínio “Satisfação no Trabalho”, o escore geral da instituição esteve relativamente próximo ao mínimo recomendado. Esse resultado foi semelhante ao encontrado em outro estudo, que sugeriu que a satisfação no trabalho é um fator importante que pode aumentar o desenvolvimento e a produtividade dos profissionais, contribuindo para alcançar os objetivos e metas da instituição⁽²⁰⁾. Profissionais mais satisfeitos apresentam melhor percepção do clima de segurança do paciente⁽²²⁾, informação que corrobora com os resultados deste estudo, onde a satisfação esteve associada à percepção do clima de segurança.

O nível de satisfação, ao ser associado, concomitantemente, ao clima de segurança e à omissão do cuidado, pode indicar que se trata de um elemento fundamental para o aumento do moral e engajamento dos profissionais. Outro estudo, também realizado em unidades de internação de Goiás, identificou um resultado semelhante⁽²³⁾. Quando profissionais estão satisfeitos com seu trabalho, tornam-se mais propensos a fornecer uma assistência de qualidade, enquanto a insatisfação, de modo contrário, reduz o interesse do profissional em participar dos assuntos organizacionais e acarreta aumento dos comportamentos de riscos para eventos adversos e omissão do cuidado de enfermagem, além de intensificar o estresse e o esgotamento. Portanto, a satisfação pode ser vista como facilitadora para a segurança do paciente ao aumentar o engajamento dos profissionais e reduzir o estresse e o esgotamento no plantão^(15,24). Neste sentido, há uma considerável relevância na promoção da satisfação profissional em prol de melhorias na qualidade e segurança da assistência.

O único domínio que obteve um escore geral considerado satisfatório foi “Percepção do Estresse”. A percepção do estresse se refere à capacidade do profissional lidar com situações estressantes no ambiente de trabalho e reconhecer o potencial impacto na segurança do paciente, uma vez que tal impacto é agravado em situações de emergência, circunstâncias tensas e hostis, ou momentos de cansaço e/ou carga de trabalho excessiva. A baixa percepção do estresse pode resultar em um ambiente de cuidados inseguros⁽²⁵⁾.

O estudo identificou que o cuidado de enfermagem mais omitido nas unidades de internação foi “Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito”. Outros cuidados relacionados à mobilidade do paciente também apresentaram altas prevalências de omissão: “Sentar o paciente fora do leito” e “Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas”, algo semelhante ao encontrado em estudos nacionais e internacionais^(23,26). Estes resultados podem ser explicados devido ao número insuficiente de profissionais e o aumento da carga de trabalho⁽²⁶⁾, visto que é demonstrado que a presença de tais fatores podem contribuir para que os profissionais fiquem sobrecarregados e priorizem outras atividades em detrimento da realização desses cuidados.

A não mobilização do paciente pode acarretar em complicações, como dor, trombose profunda, fadiga, além de desfechos psicológicos como ansiedade, angústia, humor depressivo. Em casos mais graves, há um aumento no tempo de permanência na instituição, elevando os custos com saúde e, ainda, predispõe a ocorrência de eventos adversos como queda e lesão por pressão⁽²⁷⁾.

O “Número inadequado de pessoal” foi percebida pelos participantes como a principal razão para omissão do cuidado. Tal situação também é evidenciada em outros estudos, que objetivaram encontrar fatores preditores da omissão do cuidado^(23,28).

Ressalta-se o fato de que os profissionais de enfermagem, em sua maioria, apontaram que o número de profissionais estava adequado em apenas 50% do tempo ou menos, e que a adequação entre o tempo de trabalho e o número de profissionais trabalhando na unidade foi associada tanto com o clima de segurança do paciente quanto com a omissão do cuidado de enfermagem. Tais achados reforçam a ideia de que a adequação dos recursos humanos não pode ser negligenciada, pois constitui uma medida primordial para melhorar o clima de segurança e mitigar a ocorrência de cuidados omitidos e eventos adversos. Quando não há profissionais suficientes, a alta carga de trabalho impacta diretamente na segurança do cuidado prestado ao paciente⁽²⁹⁾. Além disso, a relação enfermeiro/paciente é um importante preditor da omissão do cuidado de enfermagem e deve, portanto, receber a devida atenção⁽³⁰⁾.

As razões para omissão do cuidado como “Aumento inesperado no volume e/ou gravidade dos pacientes da unidade”; “Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas”; e “Grande quantidade de admissões e altas”, também foram destaques em outras investigações, reforçando o conhecimento de que a enfermagem atua com cargas de trabalho excessivas, o que constitui importante fator preditor para omissão do cuidado e para uma assistência segura^(23,24,28).

No que diz respeito às limitações do estudo, os resultados apresentados podem refletir, pelo menos parcialmente, efeitos da pandemia da COVID-19, visto que o cenário é uma instituição que se tornou referência estadual para internação de pacientes com COVID-19. Por ter sido realizado em apenas uma instituição, a generalização dos resultados pode ser inviabilizada. No entanto, é importante ressaltar que o diagnóstico do clima de segurança e da omissão do cuidado fornecem dados importantes e, ao ser somado aos demais presentes na literatura, fornecem uma importante base que viabiliza estratégias de *benchmarking*.

■ CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou uma percepção desfavorável em relação ao clima de segurança do paciente, por parte dos profissionais de enfermagem. Observou-se, também, alta prevalência da percepção de omissão do cuidado de enfermagem.

A “Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito”, a “Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer”, e “Sentar o paciente fora do leito” foram os cuidados de enfermagem mais omitidos. As razões para omissão do cuidado mais relatadas foram “Número inadequado de pessoal”, “Aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes da unidade”, “Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas”.

Os fatores associados ao clima de segurança do paciente identificados foram: percepção de adequação do número de profissionais em relação ao tempo, nível de satisfação com o cargo, com a profissão e com o trabalho em equipe. A omissão do cuidado associou-se com: unidade, percepção de adequação do número de profissionais em relação ao tempo, nível de satisfação com o cargo, com a profissão e com o trabalho em equipe, idade e tempo de experiência no cargo.

Os resultados do estudo revelaram déficits sistêmicos na instituição, envolvendo falhas gerenciais que impactam na assistência. Fica claro que, para melhorar a qualidade e segurança da assistência, o clima de segurança do paciente

e a omissão do cuidado precisam ser abordados, assim como seus fatores associados. Tais resultados podem servir de subsídio para que gestores façam planejamentos e implementações de ações voltadas para a promoção de melhorias na cultura e no clima de segurança do paciente, visando a mitigação dos eventos adversos e da omissão do cuidado. Entretanto, são necessárias pesquisas adicionais, utilizando-se de diferentes abordagens metodológicas, incluindo metodologias qualitativas, para compreender e melhorar a qualidade dos serviços de saúde em relação à segurança do paciente.

■ REFERÊNCIAS

- Darrudi A, Ketabchi Khoonsari MH, Tajvar M. Challenges to achieving universal health coverage throughout the world: a systematic review. *J Prev Med Public Health*. 2022;55(2):125-33. doi: <https://doi.org/10.3961/jpmph.21.542>
- World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2023 Jan 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1360307/retrieve>
- World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009 [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2023 Mar 12]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Oliveira LGF, Boere V, Silva IO. Eventos adversos em unidades de saúde do estado da Bahia, antes e durante a COVID-19. *Rev Recien*. 2022;12(37):206-10. doi: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.206-210>
- Alfuqaha OA, Alhalaiqa FN, Alqrneeh MK, Ayed A. Missed nursing care before and during the COVID-19 pandemic: a comparative cross-sectional study. *Int Nurs Rev*. 2023;70(1):100-10. doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12795>
- Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009;65(7):1509-17. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P, et al. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? review of the literature. *J Clin Nurs*. 2018;27(11-12):2248-59. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
- Ball J, Griffiths P. Missed nursing care: a key measure for patient safety. U.S.: Patient Safety Network [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 12]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/missed-nursing-care-key-measure-patient-safety>
- Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:44. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
- Hessels AJ, Paliwal M, Weaver SH, Siddiqui D, Wurmser TA. Impact of patient safety culture on missed nursing care and adverse patient events. *J Nurs Care Qual*. 2019;34(4):287-94. doi: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000378>
- Siqueira LDC. Validação do MISSCARE-BRASIL – Instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2016. doi: <https://doi.org/10.11606/T.22.2017.tde-24012017-154800>
- Carvalho REFL, Cassiani SHDB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 for Brazil. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2012;20(3):575-82. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
- Castilho DEC, Silva AEBC, Gimenes FRE, Nunes RLS, Pires ACAC, Bernardes CA. Factors related to the patient safety climate in an emergency hospital. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2020;28:e3273. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3353.3273>
- World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2023 Mar 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274201/retrieve>
- Al-Mugheed K, Bayraktar N, Al-Bsheish M, AlSyouf A, Jarrar M, AlBaker W, et al. Patient safety attitudes among doctors and nurses: associations with workload, adverse events, experience. *Healthcare*. 2022;10(4):631. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare10040631>
- Phelan A, McCarthy S, Adams E. Examining missed care in community nursing: a cross section survey design. *J Adv Nurs*. 2018;74(3):626-36. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13466>
- Chen J, Ghardallou W, Comite U, Ahmad N, Ryu HB, Ariza-Montes A, et al. Managing hospital employees' burnout through transformational leadership: the role of resilience, role clarity, and intrinsic motivation. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10941. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph191710941>
- Mucelini FC, Matos FGOA, Alves DCI, Silva EB, Nishiyama JAP, Moraes RMR, et al. Clima de segurança do paciente: avaliação de trabalhadores do pronto-socorro de hospital universitário. *Rev Cienc Saude*. 2020;10(3):101-8. doi: <https://doi.org/10.21876/rcshci.v10i3.969>
- Barboza ARCA, Figueiredo KC, Miranda FMD, Reis CT, Silva TA, Siqueira CP, et al. Potencialidades e fragilidades do clima de segurança do paciente: scoping review. *Res Soc Dev*. 2021;10(4):e41110414167. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14167>
- Milton J, Chaboyer W, Åberg ND, Erichsen Andersson A, Oxelmark L. Safety attitudes and working climate after organizational change in a major emergency department in Sweden. *Int Emerg Nurs*. 2020;53:100830. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100830>
- Ningrum EH, Evans S, Soh SE, Ernest A. Perception of safety climate among Indonesian nurses: a cross-sectional survey. *J Public Health Res*. 2021;10(2):2182. doi: <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2182>
- Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Carvalho REFL, Spies J, Dal Pai S, Lorenzini E. Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190177. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190177>
- Lima JC, Silva AEBC, Caliri MHL. Omission of nursing care in hospitalization units. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2020;28:e3233. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>
- Clark RRS, Lake E. Burnout, job dissatisfaction and missed care among maternity nurses. *J Nurs Manag*. 2020;28(8):2001-6. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13037>
- Pagani S, Crozeta K, Crisigiovanni ABR. Culture of patient safety: evaluation of nurses. *Rev Rene*. 2019;20:e39782. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192039782>
- Al-Faouri I, Obaidat DM, AbuAlRub RF. Missed nursing care, staffing levels, job satisfaction, and intent to leave among Jordanian nurses. *Nurs Forum*. 2021;56(2):273-83. doi: <https://doi.org/10.1111/nuf.12537>
- Chindamo MC, Marques MA. Papel da deambulação na prevenção do tromboembolismo venoso em pacientes clínicos: onde estamos? *J Vasc Bras*. 2019;18:e20180107. doi: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.180107>
- Araújo PRS, Rodrigues MCS, Santos ACS. Evidências de omissões de cuidados de enfermagem e suas razões: revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 2022;11(11):e316111133632. doi: <http://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33632>

29. Kruschewsky NDF, Freitas KS, Silva Filho MAS. Fatores associados à cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. *Rev Baiana Enferm.* 2020;34:e37150. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37150>
30. Vogelsang A, Göransson KE, Falk A, Nymark C. Missed nursing care during the COVID-19 pandemic: a comparative observational study. *J Nurs Manag.* 2021;29(8):2343-52. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13392>

■ **Agradecimentos:**

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

■ **Contribuição de autoria:**

Administração de projeto: Kaique Duarte Cavalcante Silva, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva.

Análise formal: Kaique Duarte Cavalcante Silva.

Conceituação: Kaique Duarte Cavalcante Silva, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva.

Curadoria de dados: Kaique Duarte Cavalcante Silva.

Escrita – rascunho original: Kaique Duarte Cavalcante Silva.

Escrita – revisão e edição: Kaique Duarte Cavalcante Silva, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, Juliana Carvalho de Lima, Dayse Edwiges Carvalho, Lucas Aragão Souza.

Investigação: Kaique Duarte Cavalcante Silva, Juliana Carvalho de Lima, Dayse Edwiges Carvalho, Lucas Aragão Souza.

Metodologia: Kaique Duarte Cavalcante Silva, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva.

Recursos: Kaique Duarte Cavalcante Silva.

Supervisão: Ana Elisa Bauer de Camargo Silva.

Validação: Kaique Duarte Cavalcante Silva, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva.

Visualização: Kaique Duarte Cavalcante Silva.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autora correspondente:**

Ana Elisa Bauer de Camargo Silva

E-mail: anaelisa@terra.com.br

Recebido: 29.03.2023

Aprovado: 13.11.2023

Editor associado:

Adriana Aparecida Paz

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira