

Cultura de segurança do paciente, cuidados de enfermagem omitidos e suas razões na obstetrícia*


Silvana Cruz da Silva^{1,2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-4563-3704>


Bruna Xavier Morais¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0446-9231>


Oclaris Lopes Munhoz¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8901-7148>


Juliana Dal Ongaro¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0058-0132>

Janete de Souza Urbanetto⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-4697-1641>

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-5308-1604>

Objetivo: avaliar as correlações entre a cultura de segurança do paciente, os cuidados de enfermagem omitidos e as razões da omissão na área obstétrica. **Método:** estudo transversal, realizado em 2019, com 62 profissionais da enfermagem atuantes na área obstétrica de um hospital de ensino do Sul do Brasil. Utilizaram-se os instrumentos MISSCARE-Brasil e *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, teste de comparação de médias e correlação de Spearman. **Resultados:** a média geral de respostas positivas para a cultura de segurança foi de 34,9 ($\pm 17,4$). Os cuidados de avaliação dos sinais vitais e monitoramento da glicemia capilar foram os mais priorizados, sendo a aspiração de vias aéreas e higiene bucal os mais omitidos. As principais razões para as omissões referem-se aos recursos laborais e ao número inadequado de pessoal. Constatou-se correlação significativa e inversamente proporcional entre cultura de segurança do paciente e cuidados de enfermagem omitidos ($r = -0,393$). **Conclusão:** a cultura de segurança da área obstétrica foi avaliada pelos profissionais da enfermagem como frágil. Quanto mais fortalecida a cultura de segurança e maior investimento nos recursos laborais e humanos, menor o número de cuidados omitidos.

Descritores: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Qualidade da Assistência à Saúde; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Obstétrica; Estudos Transversais.

* Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), PDJ-Pós-Doutorado Júnior, Processo nº 159929/2018-0, Brasil.

¹ Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem, Santa Maria, RS, Brasil.





² Universidade Franciscana, Centro de Ciências da Saúde, Santa Maria, RS, Brasil.

³ Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

⁴ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Ciências da Saúde e da Vida, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁵ Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

Como citar este artigo

Silva SC, Morais BX, Munhoz OL, Ongaro JD, Urbanetto JS, Magnago TSBS. Patient safety culture, missed Nursing care and its reasons in Obstetrics. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3461. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4855.3461>.

Introdução

A segurança do paciente, como uma das dimensões de qualidade dos cuidados, tem crescente importância para os pacientes, as famílias, os profissionais e gestores de saúde. Na enfermagem, o aumento desta visibilidade é reflexo da constante busca por cuidados baseados em evidências científicas e congruentes ao contexto de prestação da assistência⁽¹⁾.

No Brasil, essa maior visibilidade ocorreu com o compromisso estabelecido, em 2004, com a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente, implementado em 2013, pela Portaria nº529/2013. Este objetiva contribuir com a qualificação do cuidado em todos os setores de saúde, por meio da implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente⁽²⁾.

Entretanto, ainda existem desafios na promoção da segurança do paciente. Estima-se a ocorrência de um incidente de saúde a cada 35 segundos. Nos países em desenvolvimento, diversos são os fatores desfavoráveis para a segurança dos pacientes⁽³⁾. Dentre eles, destacam-se a superlotação, o déficit de profissionais, a infraestrutura inadequada e as más condições sanitárias e de higiene⁽³⁾. A falta de assistência de enfermagem também é um aspecto desfavorável⁽⁴⁾, sendo considerada como um erro de omissão⁽⁵⁾. A omissão do cuidado é definida como qualquer necessidade do paciente que não tenha sido realizada (parcial ou totalmente) ou que tenha sido atendida com atraso significativo⁽⁵⁾.

Os cuidados de enfermagem perdidos, bem como os motivos para essa omissão, vêm sendo estudados em contextos distintos⁽⁴⁻⁸⁾, apresentando diferentes justificativas, tais como o desequilíbrio entre as demandas em excesso e os recursos insuficientes⁽⁶⁾, os quais dificultam o cumprimento dos cuidados prescritos. Em tal situação, os profissionais precisam estabelecer prioridades e, muitas vezes, não conseguem realizar todos os cuidados^(6,9). O modelo *Missed nursing care* busca explicar esse fenômeno e pressupõe que as especificidades institucionais (tipo de hospital, de unidade e características dos trabalhadores) influenciam no processo de trabalho da enfermagem, podendo acarretar insatisfação profissional e prejuízos aos pacientes⁽⁵⁾.

O processo de trabalho da equipe de enfermagem estrutura-se no cuidar ou assistir, gerenciar ou administrar, ensinar e pesquisar. Desenvolve-se em atividades sistematizadas que têm como finalidade a atenção integral à saúde da população. A reorganização do processo de trabalho da enfermagem é um desafio constante para o cumprimento dos padrões de segurança e garantia da qualidade do cuidado. No âmbito da cultura de segurança, a categoria de profissionais da enfermagem

tem papel fundamental, devido ao maior envolvimento nos processos hospitalares e na maior proximidade com os pacientes, responsabilizando-se pela qualidade dos cuidados que presta⁽⁸⁾.

Na área obstétrica, os cuidados omitidos podem causar repercussões negativas para a qualidade da assistência e a segurança tanto das mulheres quanto dos recém-nascidos^(7,10). Melhores cuidados antes e após o parto poderiam diminuir 1,49 milhão de mortes maternas e neonatais a cada ano no mundo⁽¹¹⁾. Em relação à omissão de cuidados, há evidências de que investir na contratação de enfermeiras obstétricas capacitadas provoca a harmonização da administração e otimização dos serviços de enfermagem⁽⁷⁾. A organização dos turnos de trabalho e a satisfação dos profissionais podem minimizar as omissões⁽⁷⁾, assim como a utilização de protocolos e *checklists* de segurança do paciente, como a Lista de Verificação para Partos Seguros (LVPS), favorece a padronização de cuidados essenciais ao parto e nascimento e o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente⁽¹²⁾.

De acordo com a literatura, a falta de assistência de enfermagem é proporcional à falta de segurança do paciente⁽⁴⁾. Estudo realizado na Turquia verificou que profissionais da obstetrícia relatariam menos omissões de cuidados de enfermagem se comparado a unidades de clínica cirúrgica e de reabilitação⁽¹³⁾. Nesse contexto, ao identificar os cuidados omitidos, obtém-se informações que podem ser utilizadas pela gestão dos serviços para melhorias de qualidade e de segurança na atenção⁽⁹⁾.

No contexto obstétrico, foram localizados estudos que avaliam individualmente tanto a omissão de cuidado e sua razão⁽⁷⁾ quanto a cultura de segurança⁽¹⁴⁾. A análise da relação entre esses objetos de investigação faz-se importante e necessária, pois pode auxiliar na obtenção de novos conhecimentos e no desenvolvimento de atitudes que promovam uma cultura positiva⁽⁹⁾, além de subsidiar os profissionais e gestores na construção de um modelo assistencial colaborativo e, conseqüentemente, de uma cultura de segurança do paciente mais fortalecida.

Neste estudo, objetivou-se avaliar a correlação entre a cultura de segurança do paciente, os cuidados de enfermagem omitidos e as suas razões na área obstétrica. Tem-se a hipótese de que quanto mais fortalecida a cultura de segurança, menor é a omissão do cuidado e há menos razões para a sua omissão.

Método

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa.

Estudo realizado no Centro Obstétrico (CO) e no Alojamento Conjunto (AC) da Unidade de Atenção à Saúde da Mulher (UASM) de um hospital de ensino da

região central do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Este é um hospital geral, de média e alta complexidade, com atendimentos exclusivos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, a escolha por este serviço deu-se por ser referência de alta complexidade no atendimento às gestações de alto risco. Funciona como pronto atendimento obstétrico para 45 municípios, atendendo aproximadamente 700 consultas e 200 partos/mês, por uma equipe multiprofissional.

A pesquisa foi desenvolvida no período de 21 de agosto a 13 novembro de 2019.

Foram incluídos todos os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) atuantes nas unidades pesquisadas, há pelo menos 30 dias. Excluíram-se os profissionais afastados do trabalho por qualquer motivo, durante a coleta de dados. Assim, a população foi composta por 85 profissionais. Destes, 17 (20%) foram excluídos por não atenderem aos critérios de seleção. Dessa forma, a população elegível foi de 68 (100%) profissionais. Desses, seis (8,8%) constituíram as perdas (recusa de participação e não devolução dos instrumentos). Participaram do estudo 62 (91,2%) trabalhadores, compondo uma amostra por conveniência e não probabilística.

As variáveis independentes do estudo foram compostas por questões sociodemográficas (sexo, idade, nível educacional), laborais (tempo de trabalho no hospital, número de horas trabalhadas, função/cargo, turno de trabalho) e nível de cultura de segurança do paciente. Já as variáveis dependentes foram os cuidados de enfermagem omitidos e a razão para os cuidados omitidos.

Utilizaram-se dois instrumentos traduzidos e validados para a cultura brasileira, o MISSCARE-Brasil⁽⁹⁾ e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC)⁽¹⁵⁾, no formato impresso. Estes instrumentos já foram utilizados em pesquisas na área obstétrica^(7,13-14,16).

O questionário HSOPSC⁽¹⁵⁾ é utilizado para captar e mensurar a percepção dos profissionais com relação às múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente. Contém 42 itens, sobre 12 dimensões da cultura de segurança avaliadas no âmbito individual, das unidades e do hospital. O instrumento possui questões respondidas em escala tipo Likert de cinco pontos, que variam de "discordo totalmente" a "concordo totalmente"; ou de "nunca" a "sempre". Os itens são construídos positivamente, onde a resposta concordante é positiva para a cultura de segurança, como também há itens escritos negativamente, cuja resposta discordante é a positiva⁽¹⁵⁾.

O instrumento MISSCARE-Brasil⁽⁹⁾ é formado por duas partes. A primeira é composta por 28 itens referentes aos elementos dos cuidados de enfermagem não realizados, com respostas tipo Likert, variando de "nunca é realizado" a "é sempre realizado". Os itens são pontuados de 1 a 5, onde 1 corresponde a maiores níveis de omissão e 5,

à ausência de omissão. A segunda parte do questionário contém também 28 itens condizentes com as razões para a não realização dos cuidados de enfermagem, com respostas em escala Likert de quatro pontos, variando de 1 – "razão significativa" a 4 – "não é uma razão para a omissão dos cuidados". As razões para a não realização dos cuidados de enfermagem são divididas em cinco categorias: comunicação; recursos materiais; recursos laborais; dimensão ética e estilo de gerenciamento/liderança institucional⁽⁹⁾. Obtiveram-se a autorização e orientações das autoras, para a utilização do instrumento.

Os dados foram coletados no próprio local de trabalho, durante os turnos da manhã, da tarde e da noite, por dois coletadores (graduando e pós-graduando) previamente capacitados pela pesquisadora responsável. Os instrumentos são autoaplicáveis e o tempo de preenchimento para todas as questões foi de aproximadamente 20 minutos. Por serem questionários validados e amplamente utilizados não foi realizado teste piloto.

O processo de digitação dos dados foi realizado com dupla digitação independente, por digitadores previamente capacitados. Erros e inconsistências foram verificados e corrigidos pela pesquisadora no processo de revisão, utilizando-se o "validate" do *software Epi-Info*[®] (versão 6.4). Após, a análise dos dados foi realizada no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS Inc, Chicago), versão 18.0 for Windows.

Testou-se a confiabilidade dos instrumentos por meio da análise da consistência interna, utilizando-se o Coeficiente Alfa de Cronbach. Valores > 0,70 foram considerados indicativos de consistência interna. A normalidade dos dados foi avaliada com o Teste de Shapiro-Wilk⁽¹⁷⁾.

As variáveis categóricas foram avaliadas por meio de frequências absolutas (N) e relativas (%); e as variáveis quantitativas, por média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo, de acordo com a normalidade ou não dos dados. Realizou-se o teste de comparação de médias (Mann-Whitney U Test) entre categoria profissional, cultura de segurança, cuidados de enfermagem omitidos e as razões para omissão. Também foram realizadas análises de correlação de Spearman, adotando-se os seguintes pontos: r de 0,10 até 0,39 como fraca dependência entre as variáveis; 0,40 a 0,69 como moderada; e de 0,70 a 1,00 como forte correlação⁽¹⁸⁾. Em todas as análises utilizou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A análise e interpretação dos resultados do HSOPSC seguiram as recomendações dos autores⁽¹⁵⁾. Realizou-se a recodificação da escala de cinco para três níveis, em que 1 corresponde ao total de respostas negativas, o 2 corresponde a respostas neutras e o 3 diz respeito a respostas positivas (agregando os pontos 4 e 5). O percentual de respostas positivas representa uma reação

positiva à cultura de segurança do paciente e permite identificar áreas fortes e frágeis na segurança do paciente. São consideradas "áreas fortes da cultura de segurança do paciente" aquelas cujos itens obtiveram 75% ou mais de respostas positivas. Por outro lado, se a percentagem média de respostas positivas for igual ou inferior a 50%, entende-se que esta é uma área frágil, sugerindo uma cultura com aspectos negativos e com necessidade de melhoria.

Para a escala MISSCARE-Brasil, realizou-se análise descritiva, de frequência simples e agrupamento das opções de respostas, "frequentemente" e "sempre são realizados"⁽⁹⁾. Calculou-se a prevalência de omissão de cada cuidado por meio da divisão do número de cuidados omitidos pela quantidade total de respostas que aquele elemento do cuidado de enfermagem obteve, multiplicado por 100. Da mesma forma, a prevalência das razões para omissão foi calculada por meio da divisão do número de respostas consideradas como razão para omissão pela quantidade total de respostas que aquela razão obteve, multiplicado por 100.

Esta pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, via Plataforma Brasil (Parecer 3.470.447). Foram seguidas todas as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/2012) para pesquisas com seres humanos. Os profissionais que participaram do estudo foram convidados nas passagens de plantões e abordagens individuais, receberam, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, no mesmo dia em que respondiam o questionário.

Resultados

Participaram da pesquisa mulheres (100%), com idade média de 39,1 anos ($\pm 10,1$), variando de 19 a 62 anos. Destas, 61% (N=38) eram técnicas e auxiliares de enfermagem e 39% (N=24), enfermeiras, atuantes no AC (53,2%; N=33) e no CO (46,8%; N=29). Trabalhavam na instituição havia menos de 10 anos (63%; N=39), variando de quatro meses a 28 anos. Predominaram o trabalho noturno (37%; N=39); a carga horária semanal de mais 30 horas (71%; N=44), variando de 44 horas a 60 horas e turnos diários de 6 horas (48%; N=30). Em maior percentual possuíam pós-graduação (53,2%; N=33), sendo 27,4% (N=17) na área obstétrica.

Acerca da adequação do número de profissionais na escala de trabalho, 3,3% (N=2) afirmaram que era adequado e 16% (N=10) referiram ser inadequado. Quanto ao número de pacientes cuidados no último plantão, 50% (N=31) dos profissionais responderam ter realizado a assistência a 10 (2-28) pacientes, incluindo mulheres e recém-nascidos. Já o número de admissões apresentou uma mediana de 3 (0-11), e o número de altas uma mediana de 1 (0-8).

Em relação ao nível de satisfação, identificou-se um alto nível em relação à profissão e ao cargo (89%; N=55), e com a unidade (85%; N=53). Em contraponto, de forma intermediária, 47% (N=29) estavam satisfeitas com o trabalho em equipe. Ao serem questionadas sobre planos de deixar o cargo ou a função que exerciam, 6,6% (N=4) das trabalhadoras responderam afirmativamente. Quanto à segurança do paciente na área obstétrica, mais da metade das trabalhadoras (61%; N=38) a considerou regular. Para 58% (N=36), não houve nenhuma notificação de evento adverso nos últimos 12 meses.

A consistência interna dos instrumentos HSOPSC e MISSCARE-Brasil foi adequada (α 0,87 e 0,89, respectivamente). Na Tabela 1, serão apresentadas as dimensões da cultura de segurança do paciente da área obstétrica do hospital, quanto ao percentual de respostas positivas.

Tabela 1 - Percentual de respostas positivas, na área obstétrica, da cultura de segurança geral e segundo as 12 dimensões do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=62)

Dimensões do HSOPSC*	% de respostas positivas
Cultura de Segurança do Paciente nas unidades	34,9
Aprendizado organizacional	56,9
Expectativas ações de promoção de segurança dos supervisores	50,0
Trabalho em equipe na unidade	43,1
Frequência de eventos notificados	43,0
Abertura para comunicação	40,0
Passagem de plantão transferências internas	37,2
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	31,8
Feedback das informações comunicação sobre erros	31,5
Percepção Geral da Segurança do Paciente	27,2
Profissionais/Dimensionamento	25,9
Apoio da gestão hospitalar para SP	23,6
Respostas não punitivas aos erros	9,1

*HSOPSC = *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

Conforme a Tabela 1, nenhuma das dimensões foi avaliada como forte para a cultura de segurança pelos profissionais. Obteve-se melhor percentual de respostas positivas nas dimensões: aprendizado organizacional (56,9%) e expectativas de promoção de segurança dos supervisores (50%), as quais podem ser consideradas como intermediárias. A dimensão respostas não punitivas aos erros apresentou os níveis mais baixos (9,1%). A média geral de respostas positivas para a cultura geral de segurança do paciente na unidade foi de 34,9 ($\pm 17,4$).

Quanto aos cuidados de enfermagem na área obstétrica, a distribuição de respostas por frequência com que cada elemento do cuidado era realizado encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2 - Descrição da frequência (%) dos cuidados de enfermagem de acordo com o agrupamento das opções ocasionalmente, frequentemente e sempre são realizados. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=62)

Cuidado de Enfermagem	Frequentemente/ Sempre é realizado	
	N	%
Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito.	61	98,4
Monitoramento da glicemia capilar conforme prescrito.	59	95,2
Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado.	56	90,3
Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente.	55	88,8
Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição.	55	88,8
Higienização das suas mãos.	55	88,8
Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados.	53	85,5
Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários.	51	82,3
Apoio emocional ao paciente e/ou família.	51	82,3
Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados.	49	79,0
As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos.	48	77,4
Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda.	47	75,8
Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar.	47	75,8
Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele.	46	74,2
Administração dos medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito.	46	74,1
Hidratação do paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda.	45	72,6
Cuidados com lesões de pele/feridas.	44	70,9
O atendimento à chamada do paciente é feito dentro de cinco minutos.	44	70,9
Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos.	44	70,9
Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito.	42	66,7
Controle do balanço hídrico – entradas e saídas.	40	64,5
Sentar o paciente fora do leito.	40	64,6
Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer.	33	53,2
Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação.	31	50,0
Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário.	31	50,0
Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas.	30	48,4
Aspiração de vias aéreas.	27	43,6
Higiene bucal.	26	42,0

De acordo com a Tabela 2, avaliar os sinais vitais e monitorar a glicemia capilar foram as atividades mais priorizadas (98,4% e 95,2%, respectivamente), seguidas pela avaliação das condições da paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado (90,3%); reavaliação focada, cuidados com acesso venoso e higienização das mãos (88,8% cada).

Os cuidados com maior omissão foram relacionados à aspiração de vias aéreas (43,6%) e higiene bucal (42,0%).

O entendimento da equipe de enfermagem sobre as razões para a não realização dos cuidados está apresentado por domínios na Tabela 3, de acordo com o MISSCARE-Brasil.

Tabela 3 - Distribuição das frequências (%) das respostas, por categoria das razões para a omissão do cuidado de enfermagem de acordo com o agrupamento das opções significantes e moderadas. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=62)

Razões para a omissão dos cuidados	Razão significante/ Razão moderada	
	N	%
Recursos laborais		
Número inadequado de pessoal.	53	85,4
Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros).	50	80,7
Grande quantidade de admissões e altas.	43	69,3
Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade.	41	31,1
Situações de urgência dos pacientes (Ex.: a piora da condição de um paciente).	40	64,6
Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde (o que impede que desempenhem as funções para as quais foram contratados).	36	58,1
Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional.	25	40,3
O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência.	18	29,0
Recursos materiais		
Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessários.	39	62,9
A planta física da unidade/setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes.	38	61,3
Materiais/Equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário.	35	56,4
Materiais/Equipamentos não estavam disponíveis quando necessário.	33	53,2
Comunicação		
A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada.	33	53,2
Tensão/conflicto ou problemas de comunicação dentro da Equipe de Enfermagem.	33	53,2
Tensão/conflicto ou problemas de comunicação com a Equipe Médica.	33	53,2
O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada.	33	53,2
Tensão/conflicto ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio.	30	48,4
O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível.	27	43,6
Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que era necessário (Ex.: fisioterapeuta não auxiliou na deambulação do paciente).	26	42,0
Os membros da equipe não se ajudam entre si.	26	42,0
Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados.	24	38,7
A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada.	23	37,1
Dimensão ética		
O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição.	29	46,8
O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego.	27	43,5
O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade).	24	38,7
Gerenciamento/Liderança institucional		
Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe.	36	58,1
Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional).	29	46,8
Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou falta de valorização do profissional).	25	40,3

Os recursos laborais foram a principal razão para omitir ou adiar os cuidados de enfermagem, seguidos dos recursos materiais. Nessas categorias, os principais motivos foram relacionados ao número inadequado de pessoal (85,4%), seguido pela grande quantidade de admissões e altas (69,3%) e a situação de urgência das pacientes (64,6%). O profissional ter mais de um vínculo empregatício não foi considerado um motivo para diminuir

o seu empenho/atenção/concentração para realizar a assistência (29%).

Na Tabela 4, está apresentada a comparação de médias entre as categorias profissionais da equipe de enfermagem (Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de enfermagem), cultura de segurança, cuidados de enfermagem omitidos e as razões para a omissão na obstetrícia.

Tabela 4 – Comparação de médias entre as categorias profissionais e cultura de segurança do paciente, cuidados de enfermagem omitidos e razões para a omissão na área obstétrica. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=62)

Variáveis	Enfermeiros				Técnicos e Auxiliares de enfermagem				p*
	Média (Linf -Lsup)†	DP‡	Mediana	Min-Max§	Média (Linf -Lsup)	DP	Mediana	Min-Max	
HSOPSC¶	27,0 (19,9-34,2)	16,1	24,6	2,1-58,3	39,8 (33,4-46,3)	17,2	40,6	4,9-72,9	0,712
Cuidados de Enfermagem omitidos	47,1 (42,7-51,4)	10,4	45,4	27,9-69,3	36,9 (33,1-40,6)	10,6	37,1	20,7-67,1	0,702
Razões para a omissão	64,2 (58,6-69,8)	13,3	63,8	42,0-86,6	64,0 (58,1-69,9)	16,6	67,9	25,9-89,2	0,416
Comunicação	2,4 (2,2-2,7)	0,5	2,4	1,4-3,4	2,3 (2,1-2,6)	0,7	2,5	1,0-3,5	0,107
Recursos materiais	2,7 (2,5-3,0)	0,7	2,7	1,0-3,7	2,8 (2,5-3,0)	0,7	2,7	2,71,0-4,0	0,742
Recursos laborais	2,7 (2,5-3,0)	0,5	2,7	7,9-3,5	2,8 (2,6-3,0)	0,7	3,0	1,0-3,7	0,526
Ética	2,4 (1,9-2,8)	1,0	2,2	1,0-4,0	2,4 (2,1-2,8)	1,0	2,3	1,0-4,0	0,996
Gerenciamento/ Liderança institucional	2,4 (0,1-2,8)	0,8	2,5	1,0-4,0	2,5 (2,1-2,8)	1,0	2,7	1,0-4,0	0,171

*Mann-Whitney U Test; †Linf-Lsup = Limite inferior – Limite superior; ‡DP = Desvio Padrão; §Min-Max = Mínimo – Máximo; ¶HSOPSC = Hospital Survey on Patient Safety Culture

De acordo com a Tabela 4, não foi evidenciada diferença estatística significativa entre as categorias profissionais e a cultura de segurança, cuidados de enfermagem omitidos e razões para a omissão ($p > 0,05$).

Na Figura 1, são apresentadas as correlações entre a cultura de segurança do paciente, os cuidados de enfermagem omitidos e as razões para a omissão do cuidado percebidas pelos profissionais da equipe de enfermagem da área obstétrica.

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Hospital Survey on Patient Safety Culture	1																			
2. Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	,657†	1																		
3. Expectativas ações de promoção de segurança dos supervisores	,638†	,436†	1																	
4. Aprendizado organizacional	,731†	,496†	,466†	1																
5. Feedback das informações comunicação sobre erros	,571†	,350†	,451†	,414†	1															
6. Abertura para Comunicação	,731†	,471†	,576†	,453†	,555*	1														
7. Profissionais /Dimensionamento	-,088	,186	-,064	-,027	-,045	-,071	1													
8. Respostas não punitivas aos erros	,268*	,257*	,222	,205	,085	,082	-,011	1												
9. Apoio da gestão hospitalar para SP	,608†	,358†	,512†	,509†	,311*	,349†	-,005	,107	1											
10. Trabalho em equipe na unidade	,700†	,341†	,236	,460†	,362†	,548†	,134	,183	,405†	1										
11. Passagem de plantão transferências internas	,648†	,396†	,282*	,393†	,297*	,417†	-,084	,272*	,304*	,453†	1									
12. Percepção Geral da Segurança do Paciente	,572†	,361†	,281*	,562†	,448†	,292*	,109	,108	,563†	,495†	,377†	1								
13. Frequência de eventos notificados	,356†	,074	,018	,190	,119	,039	-,045	-,034	,128	,235	,179	,207	1							
14. Cuidados de enfermagem omitidos	-,393†	-,238	-,271*	-,519†	-,191	-,223	-,185	-,120	-,332†	-,277*	-,323*	-,366†	-,2351	1						
15. Razões para a omissão	-,192	-,117	-,222	-,238	-,132	-,238	,009	,077	-,158	-,078	-,100	-,006	,076	,257*	1					
16. Categoria Comunicação	-,224	-,230	-,260*	-,192	-,157	-,263*	-,034	,068	-,215	-,095	-,072	-,012	,040	,311*	,921†	1				
17. Categoria Recursos materiais	-,289*	-,118	-,265*	-,170	-,141	-,249	,023	-,100	-,124	-,178	-,189	-,069	-,103,093	,685†	,616†	1				
18. Categoria Recursos laborais	-,109	-,046	-,119	-,160	-,064	-,200	-,061	,071	-,074	-,059	-,172	-,098	,120	,157	,803†	,618†	,565†	1		
19. Categoria ética	-,059	-,044	-,110	-,250	-,123	-,117	,051	,063	-,121	-,002	,063	,030	,082	,218	,836†	,750†	,442†	,522†	1	
20. Categoria Gerenciamento /Liderança institucional	-,004	,029	-,142	-,172	-,022	-,133	,083	,234	-,089	,080	-,086	,080	,117	,254*	,810†	,682†	,376†	,666†	,667†	1

*correlação é significativa no nível 0,05; †correlação é significativa no nível 0,01. Correlação fraca (0,10 até 0,39), moderada (0,40 a 0,69) e forte (0,70 a 1,00)⁽¹⁸⁾

Figura 1 - Correlações da Cultura de Segurança e suas dimensões com o escore de cuidados de enfermagem omitidos, razões para a omissão e suas categorias no contexto da obstetrícia. Santa Maria, RS, Brasil, 2019 (N=62)

Identificaram-se correlações fortes ($r=0,7$ a $1,0$), significativas e diretas entre a cultura geral de segurança e os domínios aprendizado organizacional, abertura da comunicação e trabalho em equipe na unidade; correlações moderadas ($r=0,4$ a $0,69$), significativas e diretas com os domínios trabalho em equipe entre as unidades,

expectativas de ações de promoção da segurança pelos supervisores, *feedback*, apoio da gestão, passagem de plantão nas transferências internas e percepção geral da segurança; correlações fracas ($r=0,1$ a $0,39$), significativas e diretas com os domínios respostas não punitivas aos erros e frequência dos erros notificados.

Evidenciou-se uma correlação fraca, significativa e inversamente proporcional entre a cultura geral de segurança do paciente, os cuidados de enfermagem omitidos ($r = -0,393$) e a categoria recursos materiais para a razão da omissão ($r = 0,289$). Ou seja, quanto mais fortalecida a cultura de segurança, menor o número de omissões no cuidado.

No que tange aos cuidados omitidos, obteve-se correlação significativa, fraca e inversa com os domínios da cultura de segurança: expectativas de ações de promoção de segurança dos supervisores, aprendizado organizacional, apoio da gestão, trabalho em equipe, passagem de plantão, percepção geral da segurança do paciente. Evidenciou-se uma correlação significativa, fraca e direta entre as razões de omissão e os cuidados de enfermagem omitidos. Da mesma forma, foram identificadas correlações significativas, fortes e diretas entre razões para omissão e comunicação, recursos materiais e laborais, ética e gerenciamento/liderança.

Discussão

Neste estudo, observou-se o predomínio da participação de mulheres. Esse fenômeno global no setor da saúde está relacionado à profissionalização feminina que ocorreu fortemente ligada aos papéis de gênero na sociedade. Ademais, na área materna e neonatal, historicamente, os cuidados eram realizados pelas mulheres, para e com estas, repletos de significados e empoderamento⁽¹⁹⁾.

A carga horária semanal dos profissionais da obstetrícia é um aspecto que precisa ser discutido. O desenvolvimento de jornadas de trabalho excessivas pode alterar o funcionamento físico e psicológico do trabalhador e, conseqüentemente, influenciar negativamente na prestação de uma assistência segura⁽¹⁶⁾. Estudo realizado em hospitais da Finlândia concluiu que a carga de trabalho de profissionais da enfermagem acima do nível considerado adequado pode aumentar entre 8% e 34% as chances da ocorrência de incidentes de segurança e eventos adversos⁽²⁰⁾.

Identificou-se uma percepção baixa de respostas positivas sobre a cultura de segurança do paciente pelos profissionais de enfermagem da obstetrícia, apresentando mais dimensões frágeis do que fortalecidas para a cultura de segurança. Estes achados aproximam-se aos de pesquisa realizada em três maternidades brasileiras, com escore geral de cultura de 40,7%. No mesmo estudo, das 12 dimensões, nove tiveram escores abaixo de 50%⁽¹⁶⁾. Na investigação de fragilidades e potencialidades sobre a cultura de segurança, é possível evidenciar padrões de comportamento e ações com vistas a melhorar a qualidade da assistência prestada,

fornecendo subsídios para buscar resultados mais positivos⁽²⁰⁾.

Obteve-se melhor percentual de respostas positivas nas dimensões sobre o aprendizado organizacional e expectativas de promoção de segurança dos supervisores. A primeira avalia a existência do aprendizado a partir dos erros que levam a mudanças positivas e a efetividade das mudanças ocorridas; a segunda analisa se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança, reconhecendo e estimulando sua participação nas melhorias⁽¹⁵⁾.

Esse dado foi semelhante a estudo desenvolvido em um hospital geral⁽²¹⁾ e difere de pesquisa realizada em três maternidades que considerou essas dimensões como as mais preocupantes, por apresentarem menor percentual⁽¹⁶⁾. Assim, evidencia-se a importância do envolvimento e atuação dos líderes a fim de propiciar cuidados seguros, a partir de lições educativas aprendidas e compartilhadas entre a equipe, por meio dos erros comunicados⁽²²⁾.

Neste estudo, a dimensão com maior fragilidade foi *respostas não punitivas aos erros*. Indicando a existência de uma cultura de culpabilidade, que responsabiliza o profissional, desconsiderando os fatores sistêmicos envolvidos na ocorrência de um erro. Nas unidades pesquisadas, os profissionais acreditam que seus erros podem ser usados contra eles. Isso demonstra que, apesar dos esforços dos gestores, ainda são necessárias estratégias para estimular o aprendizado a partir do erro. Identificar e melhorar as falhas no processo de trabalho, a partir do diálogo, da escuta ativa e sensível, estimulando e acolhendo as necessidades dos trabalhadores e encorajando-os a realizarem notificações⁽²²⁾.

Quando analisados os cuidados de enfermagem mais realizados, salientam-se: a avaliação dos sinais vitais e o monitoramento da glicemia capilar; bem como a avaliação das condições da paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado, reavaliação focada e cuidados com acesso venoso e infusão. Esses cuidados podem estar vinculados à especificidade da área obstétrica, por serem unidades de referência para as gestantes de alto risco, onde existem protocolos e diretrizes bem trabalhadas com os profissionais para o monitoramento das pacientes que rapidamente podem desestabilizar. Além disso, favorecem a redução das principais causas de mortes maternas, como: hemorragia, infecções, pré-eclâmpsia e eclâmpsia⁽¹⁰⁾.

Os cuidados de enfermagem mais omitidos foram aspiração de vias aéreas a cada duas horas e a higiene bucal, esse dado pode ser compreendido devido às singularidades da área. Ou seja, para as gestantes e recém-nascidos internadas no CO ou AC, dificilmente há prescrições de enfermagem desses cuidados. Todavia,

esse achado é condizente com a literatura internacional, quanto aos cuidados mais omitidos pela enfermagem⁽⁸⁾.

A partir da utilização do instrumento MISSCARE-Brasil, os profissionais relacionaram os cuidados que menos realizavam com as razões. Verificou-se que o número inadequado de pessoal e a grande quantidade de admissões e altas, seguidos da falta de recursos materiais como as principais causas de omissões. Esses dados são condizentes com pesquisa que utilizou o mesmo instrumento⁽²³⁾, sendo a inadequação de pessoas uma das problemáticas mais debatidas na área da saúde, entendida como uma forma de garantir uma assistência mais efetiva e segurança. Estudo desenvolvido na Etiópia, sobre os cuidados perdidos na maternidade, confirma a necessidade de mais enfermeiros na assistência perinatal e da adequação dos recursos materiais⁽⁷⁾.

Apesar da singularidade do processo de trabalho da equipe de enfermagem, entre as categorias de profissionais de nível médio e superior, neste estudo não foi evidenciada diferença estatística significativa entre eles e os cuidados omitidos, as razões para omissão e a cultura de segurança. Em contraponto, estudo realizado em São Paulo identificou que os enfermeiros relatavam mais razões de omissão de cuidados, quando comparado aos técnicos de enfermagem, discordando em todos os domínios ($p < 0,05$), exceto no domínio comunicação ($p = 0,08$)⁽⁶⁾.

A hipótese deste estudo foi confirmada, evidenciando uma correlação inversamente proporcional entre a cultura de segurança do paciente e cuidados de enfermagem omitidos. Esse dado reforça pesquisa⁽²⁴⁾ que indica que, quanto mais fortalecida a cultura de segurança de uma instituição, menor será a omissão de cuidados. Observaram-se correlações inversas entre cuidados de enfermagem omitidos na área obstétrica e algumas dimensões da cultura de segurança. Essas demonstram a importância do empenho da gestão em priorizar o trabalho multiprofissional e transversal sobre segurança do paciente em todos os contextos e níveis assistenciais. Tal medida auxilia na minimização dos cuidados de enfermagem perdidos e, por conseguinte, dos resultados adversos aos pacientes⁽²⁴⁾.

Os resultados deste estudo ratificam a importância da comunicação para a cultura de segurança e para a redução das razões de omissão. Observou-se que quanto mais disponíveis os profissionais estão à comunicação, menor a possibilidade dos cuidados serem omitidos. Dessa forma, uma organização institucional acessível ao diálogo sobre segurança propõe liberdade aos profissionais para identificar e prevenir problemas que poderiam resultar em cuidados perdidos ou atrasados. Acredita-se que uma gestão empenhada na promoção da segurança facilita a comunicação entre a equipe.

Nesse contexto, os achados de que o investimento em recursos materiais (medicamentos, equipamentos, infraestrutura, entre outros) disponíveis e em funcionamento para a equipe reduz as razões para omissão do cuidado e evidencia a preocupação da gestão em promover a cultura de segurança. Esse resultado confirma que quanto melhor o ambiente de prática, menor o volume de cuidados que são deixados por fazer⁽²⁵⁾.

Na área obstétrica esse olhar é importante, considerando a vulnerabilidade das mulheres e famílias no processo gravídico puerperal, quando, por exemplo: não têm privacidade; precisam ficar em trabalho de parto em macas; quando não lhes são ofertados os métodos não farmacológicos de alívio da dor⁽²⁶⁾, fazendo-se necessário lançar mão de ferramentas para garantir um cuidado mais efetivo. Assim, investir em uma ambiência adequada para acolher as necessidades das gestantes e parturientes, tal como investir em quartos individuais de pré-parto, parto e pós-parto, iluminação adequada, banheiras, bolas, espaço para deambular, entre outros, é um fortalecedor da cultura de segurança, humaniza e previne a omissão dos cuidados de enfermagem.

Entendem-se como limitações deste estudo o restrito número de participantes e o contexto específico. Contudo, sua importância está também neste ponto, pela possibilidade de realizar um diagnóstico situacional correlacionando essas temáticas. Ressalta-se que esse panorama é imprescindível para sensibilizar os profissionais e gestores sobre esses construtos, auxiliando-os a compreender as singularidades da área, tendo em vista que são discussões recentes e repletas de estigmas que precisam ser desconstruídos pelos profissionais e pela gestão. Recomenda-se a realização de estudos de métodos mistos, que permitam maior imersão junto aos profissionais, para que sejam identificadas estratégias de melhoria tanto para a cultura de segurança quanto para a prevenção das omissões de cuidados.

A relevância deste estudo para a prática profissional está em identificar que as razões relacionadas à falta de recursos laborais, materiais e falhas na comunicação obstétrica podem levar à ocorrência da omissão dos cuidados de enfermagem. Bem como entender que é fundamental para o fortalecimento da cultura de segurança, estimular as discussões sobre os processos de trabalhos fragilizados, compreendendo o erro como oportunidade de melhoria e aprendizado. Com isso, potencializar e garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem às mulheres e recém-nascidos.

Conclusão

A cultura de segurança da área obstétrica foi avaliada pelos profissionais da enfermagem como frágil. Os

cuidados de monitoramento da glicemia capilar e avaliação dos sinais vitais foram os mais priorizados, enquanto a mudança de decúbito e alimentação dos pacientes, os mais omitidos. As principais razões para as omissões referem-se aos recursos laborais, número inadequado de pessoal. Não foi evidenciada diferença estatística significativa entre as categorias profissionais e a cultura de segurança, cuidados omitidos e razões para a omissão.

No entanto, constatou-se correlação significativa e inversamente proporcional entre cultura de segurança do paciente e cuidados de enfermagem omitidos. Confirmando a hipótese de estudo, evidenciou-se que quanto mais fortalecida a cultura de segurança, menos os cuidados de enfermagem serão omitidos.

Referências

1. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Monteiro DAT, Goulart MB, Garcia LAA. Models for the implementation of Evidence-Based Practice in hospital based nursing: a narrative review. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e2070017. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002070017>
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União*, 2 abr 2013 [Acesso 10 mai 2019]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>
3. Vincent C, Amalberti R. *Safer Healthcare: Strategies for the Real World*. Cham Heidelberg New York Dordrecht London: Springer Open; 2016.
4. Rabin EG, Silva CN, Souza AB, Lora PS, Viegas K. Application of the MISSCARE scale in an Oncology Service: a contribution to patient safety. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03513. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018025403513>
5. Kalisch BJ, Landstrom GJ, 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>
6. 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>
7. Haftu M, Girmay A, Gebremeskel M, Aregawi G, Gebregziabher D, Robles C. Commonly missed nursing cares in the obstetrics and gynecologic wards of Tigray general hospitals. *PLoS One*. 2019;14(12):e0225814. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225814>
8. 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*. 2017; 25:e2877. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1227.2877>
9. Siqueira LDC, Caliri MHL, Haas VJ, Kalisch B, Dantas RAS. Validation of the MISSCARE-BRASIL survey – A tool to assess missed nursing care. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2975. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2354.2975>
10. Organización Mundial de la Salud. *Mortalidad materna*. [Internet]. Geneva: OMS; 2015 [Acesso 6 Jun 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
11. Mason E, McDougall L, Lawn JE, Gupta A, Claeson M, Pillay Y, et al. From evidence to action to deliver a healthy start for the next generation. *Lancet*. 2014;384(9941):455-67. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60750-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60750-9)
12. Santos MC, Pedroni VS, Carlotto FD, Silva SC, Gouveia HG, Vieira LB. Safe practice for childbirth in a university hospital. *Rev Enferm UFSM*. 2020;10(e80):1-21. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769241489>
13. Kalisch BJ, Terzioglu F, Duygulu S. The MISSCARE Survey-Turkish: psychometric properties and findings. *Nurs Econ*. [Internet]. 2012 [cited Jun 6, 2020];30(1):29-37. Available from: https://www.academia.edu/24694066/The_MISSCARE_Survey_Turkish_psychometric_properties_and_findings.
14. Pedroni VS, Gouveia HG, Vieira LB, Wegner W, Oliveira ACS, Santos MC, et al. Patient safety culture in the maternal-child area of a university hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41(esp):e20190171. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190171>
15. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage. *Cad Saude Pública*. 2012;28(11):2199-210. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>
16. Carmo JMA, Mendoza IYQ, Goveia VR, Souza KV, Manzo BF, Guimarães GL. Culture of patient safety in hospital units of gynecology and obstetrics: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190576. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0576>
17. Field A. *Descobrimos a estatística usando o SPSS*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 688 p.
18. Dancey C, Reidy J. *Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed; 2006. 608 p.
19. Valadão CL, Pegoraro RF. Experiences of women on childbirth. *Fractal Rev Psicol*. 2020;32(1):91-8. doi: <http://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5739>
20. Fagerström L, Kinnunen M, Saarela J. Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. *BMJ Open*. 2018;8:e016367. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016367>

21. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Patient safety culture: evaluation by nursing Professionals. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(3):e2670016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>
22. Galvão TF, Lopes MCC, Oliva CCC, Araújo MEA, Silva MT. Patient safety culture in a university hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2018;26:e3014. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>
23. Lima JC, Silva AEBC, Caliri MHL. Omission of nursing care in hospitalization units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2020;28:e3233. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>
24. 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>
25. Notaro KAM, Manzo BF, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2019;27:e3167. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>
26. Lopes GDC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2019;27:e3139. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho da pesquisa: Silvana Cruz da Silva, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. **Obtenção de dados:** Silvana Cruz da Silva, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. **Análise e interpretação dos dados:** Silvana Cruz da Silva, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. **Análise estatística:** Silvana Cruz da Silva, Janete de Souza Urbanetto, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. **Obtenção de financiamento:** Silvana Cruz da Silva, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. **Redação do manuscrito:** Silvana Cruz da Silva, Bruna Xavier Morais, Oclaris Lopes Munhoz, Juliana Dal Ongaro, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Silvana Cruz da Silva, Bruna Xavier Morais, Oclaris Lopes Munhoz, Juliana Dal Ongaro, Janete de Souza Urbanetto, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

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

Recebido: 18.08.2020

Aceito: 13.12.2020

Editora Associada:
Andrea Bernardes


Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

E-mail: magnago.tania@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5308-1604>