

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PAULA ROBERTA SILVA ARAÚJO MACHADO

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE OS CUIDADOS
OMITIDOS E SUAS RAZÕES, O AMBIENTE DE PRÁTICA E O CLIMA DE
SEGURANÇA EM UM HOSPITAL DE ENSINO DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA - DF

2026

PAULA ROBERTA SILVA ARAÚJO MACHADO

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE OS CUIDADOS
OMITIDOS E SUAS RAZÕES, O AMBIENTE DE PRÁTICA E O CLIMA DE
SEGURANÇA EM UM HOSPITAL DE ENSINO DO DISTRITO FEDERAL**

Tese apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Doutor em Enfermagem
pelo Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e
Tecnologias em Saúde e Enfermagem
Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e de
Serviços em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Cristina Soares
Rodrigues

Brasília - DF

2026

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

SM149p Machado, Paula Roberta Silva Araújo
Percepção dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados omitidos e suas razões, o ambiente de prática e o clima de segurança em um hospital de ensino do Distrito Federal / Paula Roberta Silva Araújo Machado; orientador Maria Cristina Soares Rodrigues. Brasília, 2026.
140 p.
Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade de Brasília, 2026.
1. Cuidado de enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Qualidade da assistência à saúde. 4. Recursos em saúde. 5. Ambiente de instituições de saúde. I. Rodrigues, Maria Cristina Soares, orient. II. Título.

PAULA ROBERTA SILVA ARAÚJO

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE OS CUIDADOS
OMITIDOS E SUAS RAZÕES, O AMBIENTE DE PRÁTICA E O CLIMA DE
SEGURANÇA EM UM HOSPITAL DE ENSINO DO DISTRITO FEDERAL**

Tese apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Doutor em Enfermagem
pelo Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovada em 29 de janeiro de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues

Universidade de Brasília (UnB)

Presidente

Professora Dra. Herica Silva Dutra

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Membro titular

Dra. Alaíde Francisca de Castro

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)

Hospital Universitário de Brasília (HUB)

Membro titular

Professor Dr. Alisson Fernandes Bolina

Universidade de Brasília (UnB)

Membro titular

Professora Dra. Elaine Barros Ferreira

Universidade de Brasília (UnB)

Membro suplente

AGRADECIMENTOS

Mais uma grande etapa da minha vida se encerra, mais um sonho se realiza. Sinto-me profundamente grata por viver este momento único, que não é apenas meu, mas também de todos que estiveram ao meu lado ao longo dessa caminhada.

Início meus agradecimentos a Deus, pois sem sua presença e direção nada disso teria sido possível. A ele, que colocou em meu caminho pessoas tão especiais, tornando a jornada mais leve e significativa, minha eterna gratidão.

Ao Júnior, meu companheiro de vida, amigo e marido, agradeço por estar ao meu lado em cada etapa desta trajetória. Seu apoio, incentivo, paciência e amor foram fundamentais para a concretização deste sonho. Obrigada por ouvir meus desabafos, celebrar cada conquista e, sobretudo, por me inspirar diariamente a ser uma pessoa melhor.

À minha amada filha, Alice, cuja presença ilumina meus dias e cuja força silenciosa se transformou em minha maior inspiração. Foi por ela e para ela que encontrei a motivação necessária para vencer os desafios e alcançar mais este importante objetivo profissional.

Aos meus pais, Antônio Edilson e Sueli, meu mais profundo e infinito agradecimento. Obrigada por acreditarem em mim, por me apoiarem incondicionalmente e por serem minha base e motivação constantemente. À minha irmã, Polyanna, obrigada por sonhar junto comigo, por cada gesto de carinho e por sua torcida incansável.

À minha orientadora, professora Dra. Maria Cristina, minha profunda gratidão por todo apoio, dedicação e confiança depositados em mim ao longo desta trajetória. Sua orientação atenta e paciente associada ao seu vasto conhecimento foram fundamentais desde a idealização até a concretização deste projeto. Muito obrigada por caminhar ao meu lado, sempre com disponibilidade e sensibilidade. A senhora, deixo meu eterno reconhecimento e respeito.

À enfermeira Elaine Costa e acadêmica de enfermagem Ângela, que participaram como colaboradoras desta pesquisa, auxiliando-me com empenho e dedicação em vários momentos da coleta de dados. Obrigada pela disponibilidade e parceria, que deixaram menos árdua esta jornada.

Agradeço à professora Dra. Herica Dutra, pelo honroso convite para integrar o projeto multicêntrico “*Avaliação do ambiente da prática, omissão de cuidados e clima de segurança: percepção dos profissionais de enfermagem de três regiões do Brasil*”. Sua generosidade em compartilhar conhecimentos e seu apoio contínuo foram fundamentais para o desenvolvimento e aprofundamento deste trabalho.

À enfermeira e amiga Anna Cecília, por sua valiosa contribuição na produção científica resultante deste projeto. Expresso minha sincera gratidão pelo apoio e pela parceria ao longo desta jornada.

Aos gestores de unidades e colaboradores de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa, muito obrigada por ajudarem a viabilizá-la.

Aos professores membros da banca, por aceitarem o convite e contribuir com o trabalho.

Por fim, a todos que indiretamente contribuíram na concretização deste sonho e não foram citados, minha eterna gratidão.

MACHADO, P. R. S. A. **Percepção dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados omitidos e suas razões, o ambiente de prática e o clima de segurança em um hospital de ensino do Distrito Federal.** 2026. 140 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2026.

RESUMO

Introdução: A omissão de cuidados de enfermagem constitui um importante indicador da qualidade assistencial e encontra-se diretamente associada às condições do ambiente de prática profissional. A análise desse contexto permite compreender a interface entre a omissão de cuidados e o clima de segurança nos serviços de saúde, contribuindo para a identificação de fatores que impactam a qualidade e a segurança da assistência. Estudos que abordam essas temáticas favorecem a compreensão de suas inter-relações e subsidiam o desenvolvimento de estratégias voltadas à melhoria do cuidado prestado por profissionais de enfermagem.

Objetivo: Avaliar e comparar a percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino sobre a omissão de cuidados e suas razões, o ambiente da prática e o clima de segurança, bem como correlacionar as dimensões desses constructos. **Método:** Trata-se de estudo observacional analítico, transversal e correlacional, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital de ensino de referência no Distrito Federal, Brasil. A população e a amostra foram compostas por profissionais de enfermagem selecionados a partir de critérios previamente estabelecidos. O cálculo amostral foi realizado com o software G*Power 3.1.9.3, estimando-se uma amostra de 143 participantes para análises com o teste qui-quadrado. A coleta de dados utilizou os seguintes instrumentos: *O MISSCARE-BRASIL*, versão adaptada e validada para uso no Brasil, consiste em um instrumento destinado à mensuração da omissão do cuidado e de suas razões, composto por um questionário estruturado de caracterização sociodemográfica. *Practice Environment Scale – Nursing Work Index (PES-NWI)*, versão brasileira, para avaliação do ambiente de prática profissional; e *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form*, para avaliação do clima de segurança. O estudo atendeu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo assegurado o consentimento livre e esclarecido dos participantes. **Resultados:** Dos 143 participantes, 81,8% declararam-se do sexo feminino. A média de idade foi de 38 anos (DP = 8), com mediana de 40 anos. Quanto à formação, a especialização na área de enfermagem foi o nível mais elevado mais frequentemente relatado (n = 44; 30,8%). No que se refere ao turno de trabalho, a maioria

dos participantes (n = 81; 56,6%) atuava no período diurno. Os cuidados mais frequentemente omitidos foram a deambulação três vezes ao dia ou conforme prescrição (63,0%) e a participação em discussões da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente (55,3%). As principais razões apontadas para a omissão de cuidados incluíram número inadequado de profissionais para assistência ou atividades administrativas (82,0%), indisponibilidade de medicamentos quando necessários (81,9%) e quantitativo insuficiente de pessoal (79,0%). O ambiente de prática profissional apresentou avaliação globalmente favorável, conforme o ponto de corte estabelecido ($\geq 2,5$). Quanto ao clima de segurança, apenas dois dos seis domínios avaliados alcançaram médias iguais ou superiores a 75 pontos: satisfação no trabalho (81,19) e percepção do estresse (76,60). Observou-se que enfermeiros e técnicos de enfermagem apresentaram percepções semelhantes quanto às dimensões do MISSCARE-BRASIL e às subescalas do PES-NWI. As subescalas do PES-NWI exibiram correlações de moderadas a fortes, destacando-se a correlação entre “*Participação dos enfermeiros nas decisões hospitalares*” e “*Fundamentos voltados à qualidade do cuidado*” ($r = 0,81$). As subescalas do SAQ demonstraram com correlações fortes. Em contrapartida, as correlações entre as subescalas do MISSCARE-BRASIL e os domínios do PES-NWI e do SAQ foram, majoritariamente, fracas e negativas. **Conclusão:** Embora o ambiente de prática profissional tenha sido avaliado como globalmente favorável, identificaram-se fragilidades relevantes no clima de segurança, classificado como negativo pelos profissionais de enfermagem. Tais fragilidades no clima de segurança relacionam-se, ainda que de forma fraca, à ocorrência de omissões de cuidados, especialmente em práticas essenciais da enfermagem, evidenciando a necessidade de mudanças estruturais que fortaleçam a segurança do paciente e qualifiquem o cuidado em saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidado de enfermagem; Segurança do paciente; Qualidade da assistência à saúde; Recursos em saúde; Ambiente de instituições de saúde.

MACHADO, P. R. S. A. **Nursing professionals' perceptions of missed nursing care and its reasons, the practice environment, and the safety climate in a teaching hospital in the Federal District.** 2026. 140 p. Thesis (PhD in Nursing) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2026.

ABSTRACT

Introduction: Missed nursing care constitutes an important indicator of healthcare quality and is directly associated with the conditions of the professional practice environment. Analyzing this context makes it possible to understand the interface between missed nursing care and the safety climate in healthcare services, contributing to the identification of factors that affect the quality and safety of care. Studies addressing these topics enhance the understanding of their interrelationships and support the development of strategies aimed at improving nursing care delivery. **Objective:** To evaluate and compare the perceptions of nursing professionals in a teaching hospital regarding missed nursing care and its reasons, the practice environment, and the safety climate, as well as to correlate the dimensions of these constructs. **Method:** An analytical, cross-sectional, and correlational observational study with a quantitative approach, conducted in a teaching hospital recognized as a reference institution in the Federal District, Brazil. The population and sample consisted of nursing professionals selected according to previously established criteria. Sample size calculation was performed using G*Power software version 3.1.9.3, resulting in an estimated sample of 143 participants for chi-square analyses. Data collection instruments MISSCARE-BRASIL, an adapted and validated version for use in Brazil, is an instrument designed to measure missed care and its underlying reasons, and includes a structured questionnaire for sociodemographic characterization. The Practice Environment Scale – Nursing Work Index (PES-NWI), Brazilian version, to assess the nursing practice environment; and the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form, to evaluate the safety climate. The study complied with ethical standards for research involving human subjects, as established by National Health Council Resolution No. 466/2012, and all participants provided written informed consent. **Results:** Of the 143 participants, 81.8% reported being female. The mean age was 38 years (SD = 8), with a median of 40 years. Regarding education, a specialization in nursing was the highest level of education most frequently reported (n = 44; 30.8%). Concerning work shifts, most participants (n = 81; 56.6%) worked the day shift. The most frequently missed nursing care activities were ambulation three

times per day or as prescribed (63.0%) and participation in interdisciplinary team discussions regarding patient care (55.3%). The main reasons identified for missed care included an inadequate number of staff for patient care or administrative tasks (82.0%), unavailability of medications when needed (81.9%), and insufficient staffing levels (79.0%). The nursing practice environment was rated as globally favorable according to the established cutoff point (≥ 2.5). Regarding the safety climate, only two of the six evaluated domains reached mean scores equal to or higher than 75 points, considered indicative of a positive safety climate: job satisfaction (81.19) and stress recognition (76.60). Nurses and nursing technicians showed similar perceptions regarding the dimensions of MISSCARE-BRAZIL and the PES-NWI subscales. The PES-NWI subscales demonstrated moderate to strong correlations, with the strongest correlation observed between “Nurse participation in hospital affairs” and “Nursing foundations for quality of care” ($r = 0.81$). The SAQ subscales showed strong correlations. In contrast, the correlations between the MISSCARE-BRASIL subscales and the PES-NWI and SAQ domains were predominantly weak and negative. **Conclusion:** Although the nursing practice environment was assessed as globally favorable, significant weaknesses were identified in the safety climate, which was classified as negative by nursing professionals. Such weaknesses in the safety climate are associated, albeit weakly, with the occurrence of missed care, particularly in essential nursing practices, highlighting the need for structural changes to strengthen patient safety and improve the quality of health care.

Keywords: Nursing; Nursing care; Patient safety; Quality of Health Care; Health resources; Environment of Health Institutions.

MACHADO, P. R. S. A. **Percepción de los profesionales de enfermería sobre los cuidados de enfermería omitidos y sus razones, el entorno de la práctica y el clima de seguridad en un hospital universitario del Distrito Federal.** 2026. 140 p. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2026.

RESUMEN

Introducción: La omisión de cuidados de enfermería constituye un importante indicador de la calidad asistencial y se encuentra directamente asociada a las condiciones del entorno de la práctica profesional. El análisis de este contexto permite comprender la interfaz entre la omisión de cuidados y el clima de seguridad en los servicios de salud, contribuyendo a la identificación de factores que inciden en la calidad y la seguridad de la atención. Los estudios que abordan estas temáticas favorecen la comprensión de sus interrelaciones y sustentan el desarrollo de estrategias orientadas a la mejora del cuidado brindado por los profesionales de enfermería.

Objetivo: Evaluar y comparar la percepción de los profesionales de enfermería de un hospital universitario sobre la omisión de cuidados y sus razones, el ambiente de la práctica y el clima de seguridad, así como correlacionar las dimensiones de estos constructos. **Método:** Estudio observacional analítico, transversal y correlacional, con enfoque cuantitativo, realizado en un hospital universitario considerado de referencia en el Distrito Federal, Brasil. La población y la muestra estuvieron conformadas por profesionales de enfermería seleccionados a partir de criterios previamente establecidos. El cálculo del tamaño muestral se realizó mediante el software G*Power versión 3.1.9.3, estimándose una muestra de 143 participantes para los análisis con la prueba ji cuadrado. Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos: *El MISSCARE-BRASIL*, versión adaptada y validada para su uso en Brasil, es un instrumento destinado a medir la omisión del cuidado y sus razones, e incluye un cuestionario estructurado de caracterización sociodemográfica; la Practice Environment Scale – Nursing Work Index (PES-NWI), versión brasileña, para la evaluación del entorno de la práctica profesional de enfermería; y el Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form, para la evaluación del clima de seguridad. El estudio cumplió con los principios éticos para la investigación con seres humanos establecidos por la Resolución n.º 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, garantizándose el consentimiento informado de los participantes. **Resultados:** De los 143 participantes, el 81,8% se declaró de sexo femenino. La edad media fue de 38 años (DE = 8), con una mediana de 40 años. En cuanto a la formación, la

especialización en el área de enfermería fue el nivel más alto de formación más frecuentemente reportado (n = 44; 30,8%). En relación con el turno de trabajo, la mayoría de los participantes (n = 81; 56,6%) trabajaba en el turno diurno. Los cuidados de enfermería omitidos con mayor frecuencia fueron la deambulaci3n tres veces al d3a o seg3n prescripci3n (63%) y la participaci3n en discusiones del equipo interdisciplinario sobre la atenci3n al paciente (55,3 %). Entre las principales razones de la omisi3n de cuidados se destacaron el n3mero inadecuado de profesionales para la atenci3n o para tareas administrativas (82%), la indisponibilidad de medicamentos cuando eran necesarios (81,9 %) y el personal insuficiente (79,0%). El entorno de la pr3ctica profesional fue evaluado de manera global como favorable, de acuerdo con el punto de corte establecido ($\geq 2,5$). En cuanto al clima de seguridad, solo dos de los seis dominios evaluados alcanzaron puntuaciones medias iguales o superiores a 75 puntos, consideradas indicativas de un clima de seguridad positivo: satisfacci3n laboral (81,19) y reconocimiento del estr3s (76,60). Se observ3 que enfermeros y t3cnicos de enfermer3a presentaron percepciones similares respecto a las dimensiones del MISSCARE-BRASIL y a las subescalas del PES-NWI. Las subescalas del PES-NWI mostraron correlaciones de moderadas a fuertes, destac3ndose la correlaci3n entre “Participaci3n de los enfermeros en las decisiones hospitalarias” y “Fundamentos orientados a la calidad del cuidado” ($r = 0,81$). Las subescalas del SAQ mostraron correlaciones fuertes. En contraste, las correlaciones entre las subescalas del MISSCARE-BRASIL y los dominios del PES-NWI y del SAQ fueron, en su mayor3a, d3biles y negativas. **Conclusi3n:** Aunque el entorno de la pr3ctica profesional fue evaluado como globalmente favorable, se identificaron debilidades relevantes en el clima de seguridad, el cual fue clasificado como negativo por los profesionales de enfermer3a. Estas debilidades en el clima de seguridad se relacionan, aunque de forma d3bil, con la ocurrencia de omisiones de cuidados, especialmente en pr3cticas esenciales de la enfermer3a, lo que evidencia la necesidad de cambios estructurales que fortalezcan la seguridad del paciente y mejoren la calidad de la atenci3n en salud.

Palabras clave: Enfermer3a; Cuidado de enfermera; Seguridad del paciente; Calidad de la atenci3n m3dica; Recursos de salud; Entorno de las instituciones sanitarias.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo Missed Nursing Care	27
Figura 2 – Etapas da revisão integrativa da literatura	39
Figura 3 – Fluxograma da sistematização da busca nas bases de dados	41
Figura 4 – Fluxograma da organização das unidades incluídas no estudo	43
Figura 5 – Fluxograma de procedimentos para coleta de dados.....	50
Figura 6 – Fluxograma de seleção dos participantes do estudo	59
Figura 7 – Distribuição dos cuidados de enfermagem não realizados, na percepção dos profissionais de enfermagem nas unidades investigadas.....	63
Figura 8 – Distribuição das razões para os cuidados de enfermagem não realizados, na percepção dos profissionais de enfermagem das unidades assistenciais, no hospital investigado (n = 143).....	66
Quadro 1 – Subescalas e itens correspondentes da Parte B do MISSCARE-BRASIL	46
Quadro 2 – Características dos estudos selecionados na revisão integrativa, conforme artigo “Evidências de omissões de cuidados de enfermagem e suas razões”	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de enfermagem, segundo as unidades de atuação	44
Tabela 2 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo sexo, idade, cargo no trabalho, nível educacional mais elevado, formação acadêmica e período de trabalho (n = 143)	60
Tabela 3 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo satisfação com o cargo, a profissão e o trabalho em equipe (n = 143)	60
Tabela 4 – Distribuição das frequências absoluta e percentual dos cuidados de enfermagem não realizados (n = 143)	61
Tabela 5 – Distribuição das frequências absoluta e percentual das razões para a não realização dos cuidados de enfermagem (n = 143).....	64
Tabela 6 – Análise descritiva das subescalas do questionário PES-NWI aplicado aos profissionais de enfermagem (n = 143)	67
Tabela 7 – Análise descritiva das subescalas do questionário SAQ aplicado aos profissionais de enfermagem (n = 143).....	67
Tabela 8 – Análise comparativa das subescalas dos instrumentos MISSCARE-BRASIL, PES-NWI e SAQ entre categorias profissionais (n = 143).....	68
Tabela 9 – Coeficientes de correlação entre as subescalas dos instrumentos MISSCARE-BRASIL, PES-NWI e SAQ (n = 143)	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APE	Ambiente da prática de enfermagem
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
CUS	Cobertura Universal de Saúde
DC	Descritores controlados
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DNC	Descritores não controlados
DP	Desvio padrão
ECRC	Ensaio Clínico Randomizado Controlado
ES	<i>Effect Size</i> (tamanho do efeito)
ICC	<i>Intraclass Correlation Coefficient</i> (Coeficiente de Correlação Intraclass)
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
Lilacs	<i>Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde</i>
LP	Lesão por pressão
Medline	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MISSCARE	<i>Missed Nursing Care Survey</i> (Modelo de Cuidados de Enfermagem Omitidos)
NE	Nível de evidência
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES-NWI	<i>Practice Environment Scale – Nursing Work Index</i>
PICo	Problema, Intervenção/Fenômeno de interesse, Comparação (opcional) e Contexto
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PubMed	<i>US National Library of Medicine National Institutes of Health</i>
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i> (Questionário de Atitudes de Segurança)
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>

SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SSVV	Sinais vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Unacon	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	18
2	INTRODUÇÃO	21
3	OBJETIVOS	25
3.1	OBJETIVO GERAL	25
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
4	REVISÃO DE LITERATURA	26
4.1	OMISSÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E AS RAZÕES PARA OMISSÃO.....	26
4.2	AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	30
4.3	AVALIAÇÃO DO CLIMA DE SEGURANÇA	33
4.4	A IMPORTÂNCIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE COMO ATRIBUTO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	35
5	MÉTODO	38
5.1	REVISÃO INTEGRATIVA	38
5.1.1	Processo de preparação	39
5.1.2	Bases e estratégia de pesquisa	39
5.1.3	Critérios de inclusão e exclusão	40
5.1.4	Seleção dos estudos	40
5.1.5	Coleta de dados	42
5.1.6	Análise de dados	42
5.2	TIPO DE ESTUDO DA PESQUISA QUANTITATIVA.....	42
5.3	CENÁRIO E PERÍODO DO ESTUDO.....	43
5.4	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	44
5.4.1	Critérios de elegibilidade	45
5.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	45
5.5.1	MISSCARE-BRASIL	45
5.5.2	Practice Environment Scale – Nursing Work Index (PES-NWI) – versão brasileira validada	46
5.5.3	Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form	47
5.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	48
5.7	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	49

5.8	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	50
5.9	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	51
6	RESULTADOS.....	53
6.1	REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE A OMISSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E SUAS RAZÕES	53
6.1.1	Cuidados de enfermagem regularmente omitidos	55
6.1.2	Razões associadas à omissão dos cuidados de enfermagem	56
6.1.3	Implicações da omissão dos cuidados para a qualidade da assistência.....	57
6.1.4	Considerações finais da revisão integrativa.....	58
6.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO QUANTITATIVO	59
6.3	PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMITIDOS	61
6.4	RAZÕES PARA OMISSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	64
6.5	PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	67
6.6	PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE O CLIMA DE SEGURANÇA	67
6.7	COMPARAÇÃO ENTRE OS CARGOS DE ENFERMAGEM QUANTO À PERCEPÇÃO SOBRE A OMISSÃO DO CUIDADO E SUAS RAZÕES, O AMBIENTE DE PRÁTICA E O CLIMA DE SEGURANÇA.....	68
6.8	CORRELAÇÕES ENTRE OMISSÃO DO CUIDADO, CONDIÇÕES DO AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM E PERCEPÇÕES DO CLIMA DE SEGURANÇA	69
7	DISCUSSÃO.....	71
7.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	72
7.2	OMISSÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E SUAS RAZÕES.....	74
7.3	PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE O AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	78
7.4	AValiação DO CLIMA DE SEGURANÇA NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	83
7.5	AValiação COMPARATIVA DO AMBIENTE DE TRABALHO, DA OMISSÃO DO CUIDADO E SUAS RAZÕES, BEM COMO DO CLIMA DE SEGURANÇA ENTRE CATEGORIAS DA ENFERMAGEM.....	86

7.6	CORRELAÇÃO ENTRE AS SUBESCALAS MISSCARE-BRASIL, PES-NWI E SAQ.....	87
8	CONCLUSÃO	90
	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICE A – TREINAMENTO PARA COLETA DE DADOS COM AS PESQUISADORAS	109
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	112
	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DE USO DO MISSCARE-BRASIL	113
	ANEXO B – INSTRUMENTO MISSCARE-BRASIL	114
	ANEXO C – PRACTICE ENVIRONMENT SCALE - VERSÃO BRASILEIRA	122
	ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA-SAQ	125
	ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIANDO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS	126
	ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIANDO DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA	127
	ANEXO G – CARTA DE ACEITE DA PUBLICAÇÃO DO ARTIGO: EVIDÊNCIAS DE OMISSÕES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E SUAS RAZÕES: REVISÃO INTEGRATIVA	128
	ANEXO H – ARTIGO: EVIDÊNCIAS DE OMISSÕES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E SUAS RAZÕES: REVISÃO INTEGRATIVA	129

1 APRESENTAÇÃO

O ato de cuidar em enfermagem, tanto no ambiente hospitalar quanto em outros espaços de atenção à saúde, desempenha um papel central na promoção do bem-estar e na garantia da segurança do paciente. Ao longo da minha trajetória profissional, fui conduzida ao cuidado assistencial direto, estando constantemente envolvida nas diversas dimensões do atendimento ao paciente. Sempre busquei uma prática pautada na excelência técnica, aliada ao embasamento teórico e ao cuidado humanizado, contribuindo não apenas para a eficácia dos tratamentos, mas também para o fortalecimento de uma cultura de segurança institucional. Assim, considero que a relação entre a enfermagem e a segurança do paciente é indissociável, exigindo preparo técnico, atualização constante, comunicação clara e eficiente, além de um trabalho colaborativo em equipe multidisciplinar. Reconhecer e valorizar essa importância é essencial para fortalecer a cultura da segurança e aprimorar continuamente os resultados em saúde.

Voltando no tempo, em 2012, graduei-me em enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Durante o processo de formação, na graduação, fui motivada pelas temáticas direcionadas à segurança do paciente. Esse sentimento expandiu de forma mais intensa ao vivenciar a disciplina “Estágio curricular II em ambiente de unidade de terapia intensiva”. À época, sentia ou sabia que essa seria minha área de atuação. Em 2013, já formada e atuando em uma unidade de pronto atendimento no Maranhão, decidi especializar-me na área de urgência e emergência, o que proporcionou maior contato com pacientes críticos. Dado esse fato, percebi uma realidade cuja infraestrutura local mostrava-se precária para proporcionar o gerenciamento ideal e a melhoria do processo do cuidado; assim arremessei-me em direção a novas conquistas e à consolidação do meu conhecimento.

Frente a tantas inquietações, em 2015, motivada a buscar um novo ciclo profissional, optei por residir em Brasília, após aprovação em concurso público na área de emergência de um hospital-escola. O desejo de alcançar maior transformação e conquista profissional foi tanto, que sustentou o desafio de conhecer, compreender e atuar em uma instituição de referência e de maior complexidade. Apesar de compreender o tamanho do desafio, a busca pelo aprofundamento e conquista de novos conhecimentos foi maior.

Ao iniciar o exercício das atividades inerentes à profissão identifiquei algumas dificuldades durante a atuação de outros profissionais de enfermagem, no cenário de urgência e emergência. Dentre elas, destaco aqui a necessidade de alinhamento dos preceitos teóricos e a própria dificuldade de interação entre os membros da equipe multidisciplinar no que se refere

a nossa trivial comunicação. Tal evidência tem fundamentado minha busca em direção ao aperfeiçoamento profissional, inclusive de minhas competências.

Os desafios encontrados ao longo da minha trajetória profissional me conduziram à decisão de iniciar o Mestrado em 2016, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB), com foco na temática da “Simulação na Educação em Saúde”. Durante esse percurso, tive a oportunidade de cursar disciplinas relevantes, entre elas, uma voltada especificamente para a Segurança do Paciente. Essa vivência acadêmica foi decisiva para ampliar minha compreensão sobre os conceitos e práticas relacionados à segurança no contexto assistencial, contribuindo significativamente para o aprimoramento do processo de cuidar. A simulação como estratégia educacional mostrou-se uma ferramenta poderosa na construção de competências clínicas e comportamentais que impactam diretamente na redução de erros e na melhoria da qualidade da assistência. Essa experiência despertou em mim um interesse crescente pela cultura de segurança, evidenciando sua relevância na formação profissional e na promoção de um cuidado mais seguro e humanizado.

Ao aprofundar meus estudos nessa área, percebi o quanto a temática da Segurança do Paciente é essencial para transformar a cultura organizacional nos serviços de saúde, promovendo um ambiente mais seguro tanto para os pacientes quanto para os profissionais. Essa experiência consolidou e fortaleceu meu interesse pelo tema, tornando-se um dos principais impulsionadores para continuidade da minha trajetória acadêmica, me conduzindo à decisão de iniciar o doutorado em 2019, no PPGENF/FS/UnB, com foco na temática da “Segurança do paciente nos serviços de saúde”.

A presente tese é apresentada em sete capítulos e foi desenvolvida com o propósito de avaliar a inter-relação entre a omissão do cuidado de enfermagem e suas razões, o ambiente de prática profissional e o clima de segurança, sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital-escola, aspectos considerados cruciais para a oferta de cuidados aos pacientes com qualidade e segurança. Na introdução, Capítulo 2, a omissão do cuidado de enfermagem e as razões para a não realização, o ambiente de prática e o clima de segurança são abordados. Na sequência, são apresentados, no Capítulo 3, os objetivos do estudo. O Capítulo 4 apresenta a revisão da literatura, abordando os principais conceitos, evidências e discussões teóricas que sustentam e orientaram a condução desta investigação. O Capítulo 5 descreve o método, que apresenta tipo, cenário, população e amostra do estudo, bem como o tratamento dos dados e os aspectos éticos e legais do estudo. No Capítulo 6, apresentam-se os resultados do estudo, com o detalhamento da revisão integrativa da literatura realizada sobre o tema central, bem como a

caracterização e as percepções dos participantes do estudo. O Capítulo 7 é destinado à discussão dos resultados da pesquisa. Por fim, no Capítulo 8, discorre-se sobre as conclusões do estudo, que sintetiza os principais resultados e respondem aos objetivos propostos. As implicações dos achados para a prática de enfermagem, as limitações da pesquisa e as perspectivas para futuras investigações também são destacadas neste capítulo, compondo, por fim, uma análise crítica e reflexiva sobre o alcance e a aplicabilidade deste estudo.

2 INTRODUÇÃO

A omissão do cuidado traz consequências indesejáveis aos pacientes, aos profissionais e às instituições de saúde e tem se apresentado como um problema universal, que ocorre com frequência devido a complexos multifatores (Lake; Germack; Viscardi, 2016; Saqer; Abualrub, 2018).

O cuidado de enfermagem omitido é um erro de omissão. O movimento de segurança do paciente identificou dois tipos principais desses erros: atos de comissão (por exemplo, a demarcação incorreta do sítio cirúrgico) e atos de omissão (por exemplo, deixar de mexer no paciente) (Kalisch; Lanstrom; Williams, 2009).

Identificar e entender as razões que levam à ocorrência da omissão de cuidados de enfermagem propicia o reconhecimento de aspectos do processo de trabalho da enfermagem que demandam atenção e tomada de decisões por parte da gestão das instituições, de modo que a continuidade do cuidado seja garantida e os eventos adversos advindos da omissão do cuidado de enfermagem sejam reduzidos (Lima; Silva; Caliri, 2020).

A omissão de cuidados pode contribuir para a ocorrência de eventos adversos reais e afetar negativamente a qualidade e a segurança do atendimento ao paciente. Portanto, é importante considerar a estrutura, a adequação dos recursos e a manutenção dos ambientes pautadas em boas práticas para enfermeiros como estratégia para reduzir o risco, o que contribui para a melhoria dos resultados dos indicadores de processo assistenciais que incidem diretamente sobre o cuidado prestado aos pacientes, reduzindo, por conseguinte, a omissão de cuidados (Park; Hanchett; Ma, 2018).

Assim, é fundamental que os gestores estabeleçam um sistema para relatar os “cuidados de enfermagem omitidos” e criem um ambiente seguro e justo para pacientes e enfermeiros. Capitalizar em políticas não punitivas e em uma cultura de não culpabilização pode contribuir para a ampliação do relato dos “cuidados de enfermagem omitidos”. É importante incentivar os profissionais a informar a ocorrência de erros e, depois, encontrar soluções visando mitigar os danos, tanto quanto possível, por meio da implementação de abordagens eficientes (Saqer; Abualrub, 2018).

Em um estudo realizado no Brasil, a dimensão mais fragilizada foi a de respostas não punitivas aos erros, evidenciando a presença de uma cultura de culpabilização que tende a responsabilizar o profissional, desconsiderando os fatores sistêmicos envolvidos na ocorrência do erro. Nas unidades investigadas de um hospital de determinada região, observou-se que

muitos profissionais acreditavam que seus erros poderiam ser usados contra eles, o que desestimulava o relato de incidentes e eventos adversos (Silva *et al.*, 2021).

Estudos relacionados à omissão de cuidados de enfermagem podem indicar caminhos e soluções para a prevenção desse tipo de falha assistencial e auxiliar no planejamento de ações corretivas, com impacto na melhoria da qualidade e da segurança do cuidado (Lima; Silva; Caliri, 2020).

Nas organizações de saúde, é necessário que haja comprometimento dos níveis político, estratégico e operacional, em uma colaboração integrada, envolvendo todos os profissionais, desde a gestão hospitalar até os profissionais que prestam assistência direta aos pacientes, para que o clima de segurança seja implementado de forma plena e constante. Ademais, é importante analisar o ambiente da prática profissional de enfermagem no âmbito hospitalar, o que se constitui em um meio com significativa repercussão na qualidade da assistência prestada (Carvalho *et al.*, 2019; Ribeiro *et al.*, 2020).

Apesar de a abordagem da segurança do paciente ter se tornado prioridade nos serviços de saúde e de constituir uma preocupação global de saúde pública, as estimativas mostram que, em países de alta renda, até um em cada 10 pacientes é prejudicado durante o atendimento hospitalar e que o dano pode ser causado por uma série de eventos adversos, sendo quase 50% deles considerados evitáveis (WHO, 2019).

Dados mostram que existem cerca de 421 milhões de hospitalizações no mundo anualmente e que, aproximadamente, 42,7 milhões estão relacionadas a eventos adversos (Jha *et al.*, 2013). No Brasil, a cada três minutos, mais de dois brasileiros morrem em um hospital da rede pública ou privada como consequência de um erro ou de um evento adverso, levando a um resultado assistencial indesejado relacionado aos cuidados prestados ao paciente (Couto *et al.*, 2018).

O ambiente de prática de enfermagem apresenta características organizacionais do trabalho que podem facilitar ou dificultar o desempenho profissional na prática. Profissionais que perceberam o ambiente como favorável relataram menos motivos para falta de assistência de enfermagem, um clima de segurança positivo e maior satisfação no trabalho (Dutra; Guirardelo, 2020; Lake, 2002).

As discussões sobre o ambiente de cuidado em saúde vêm mostrando que é necessário o planejamento de ações de melhorias contínuas, nas quais o protagonismo do usuário e de sua família se relacione diretamente com a atuação da enfermagem junto ao paciente e com a prevenção de erros e danos, de modo que haja a participação ativa de gestores, profissionais,

pacientes e familiares para o desenvolvimento de uma gestão compartilhada (Campelo *et al.*, 2018).

No Brasil, dados do Sistema Único de Saúde (SUS) indicam que, entre janeiro e dezembro de 2021, foram notificadas 225.526 ocorrências relacionadas à assistência em ambientes hospitalares. A região Centro-Oeste concentrou 15,3% dessas notificações, enquanto a região Sudeste registrou 38,0% (Brasil, 2021). Esse resultado pode estar associado a maior porte populacional, concentração de serviços de saúde e maior adesão aos sistemas de notificação entre as regiões brasileiras, reforçando a importância do fortalecimento do clima de segurança nas instituições de saúde no país.

Considerando a complexidade do processo de cuidar, é necessário reconhecer os múltiplos fatores que podem contribuir para a ocorrência de danos ao paciente. Tais fatores devem ser abordados sob a ótica da qualificação da assistência e da valorização dos profissionais de saúde, promovendo um ambiente mais seguro e satisfatório para todos os envolvidos no cuidado (Golle *et al.*, 2018).

Dessa forma, as instituições hospitalares desempenham papel importante na sociedade, no que se refere à saúde, e devem, regularmente, atentar-se ao planejamento da gestão hospitalar, para que suas diretrizes sejam asseguradas e alcançadas. Assim sendo, a implantação de indicadores de qualidade pode ser uma proposta de avaliação dos serviços prestados aos usuários do SUS (Báo *et al.*, 2019).

O clima de segurança, componente essencial da cultura de segurança organizacional, expressa as percepções e as atitudes coletivas dos profissionais de saúde sobre a segurança no trabalho, devendo ser monitorado periodicamente para garantir ambientes assistenciais mais seguros (Kosydar-Bochenek *et al.*, 2022).

Nessa perspectiva, mensurar o clima de segurança é uma estratégia importante no monitoramento da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, pois viabiliza equalização das ações entre as dimensões que apresentam maiores fragilidades e aquelas que apresentam melhores desempenhos (Carvalho *et al.*, 2019).

No entanto, eventos de grande magnitude e impacto sistêmico têm imposto desafios significativos aos profissionais de saúde em escala global, destacando-se a pandemia de covid-19, infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2). Caracterizada por elevada transmissibilidade, potencial gravidade clínica, rápida disseminação e sobrecarga dos sistemas de saúde, essa crise sanitária expôs fragilidades estruturais e organizacionais dos serviços, intensificando riscos ocupacionais e exigências laborais. Nesse contexto, evidencia-se a relação direta entre a garantia de

condições de trabalho dignas e seguras, o fortalecimento do clima de segurança e a manutenção da qualidade e da segurança do cuidado prestado, uma vez que ambientes laborais inadequados comprometem tanto a saúde dos profissionais quanto os desfechos assistenciais (Brasil, 2024; Nery *et al.*, 2022).

No contexto dessa pandemia, diante dos desafios impostos pela doença e por suas consequências socioassistenciais, houve um efeito significativo na força de trabalho da enfermagem, que esteve exposta aos níveis elevados de estresse, sobrecarga e risco de adoecimento enfrentados pelos profissionais de saúde. Diante disso, repensar o ambiente de trabalho e a formação profissional torna-se essencial para alinhar as ações de enfermagem de maneira mais assertiva e mensurável, configurando-se como um passo fundamental para a valorização e o reconhecimento que esses profissionais tanto merecem (Nery *et al.*, 2022).

No Brasil, é fundamental realizar estudos sobre o ambiente de prática de enfermagem, de modo que os profissionais possam compreender os cuidados omitidos, as razões que levam a essas omissões e sua relação com o clima de segurança institucional. Investigações acerca da omissão do cuidado de enfermagem e das razões podem ampliar a compreensão dessa temática e subsidiar o desenvolvimento de estratégias voltadas ao fortalecimento do clima de segurança no ambiente de prática de enfermagem.

Assim, a fim de compreender a percepção de aspectos que influenciam diretamente a qualidade do cuidado em enfermagem no contexto hospitalar, incluindo a omissão de cuidados e as razões, as condições do ambiente de trabalho e o clima de segurança, formulou-se a seguinte questão norteadora da investigação: Qual é a percepção dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados regularmente omitidos e suas razões, o ambiente da prática e o clima de segurança em diferentes unidades assistenciais de um hospital de ensino?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar e comparar a percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino sobre a omissão de cuidados e suas razões, o ambiente da prática e o clima de segurança, bem como correlacionar as dimensões desses constructos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a omissão do cuidado de enfermagem e suas razões.
2. Caracterizar os profissionais de enfermagem das unidades assistenciais participantes do estudo quanto às variáveis demográficas, educacionais, laborais e à satisfação no trabalho.
3. Identificar a percepção de enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a omissão de cuidados e suas razões, o ambiente da prática de enfermagem e o clima de segurança.
4. Comparar, entre as categorias profissionais, a omissão de cuidados e o clima de segurança na dimensão do ambiente da prática de enfermagem.
5. Verificar a correlação entre as dimensões referentes à omissão dos cuidados e às suas razões, ao ambiente da prática de enfermagem e ao clima de segurança.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, são apresentados os principais conceitos que sustentam e orientam a condução desta investigação. Contextualiza-se o tema da omissão do cuidado, do ambiente de prática profissional da equipe de enfermagem e do clima de segurança do paciente; posteriormente, discorre-se sobre a segurança do paciente e a qualidade do cuidado.

A abordagem desses tópicos favorece o aprofundamento da compreensão sobre os cuidados regularmente omitidos, suas razões e o clima de segurança presente no ambiente de prática de enfermagem.

4.1 OMISSÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E AS RAZÕES PARA OMISSÃO

Explorar a problemática da omissão do cuidado e suas razões é importante para que os gestores de enfermagem compreendam e implementem estratégias que ajudem a eliminar ou reduzir os fatores contribuintes para a “omissão do cuidado de enfermagem” (Saquer; Abualrub, 2018).

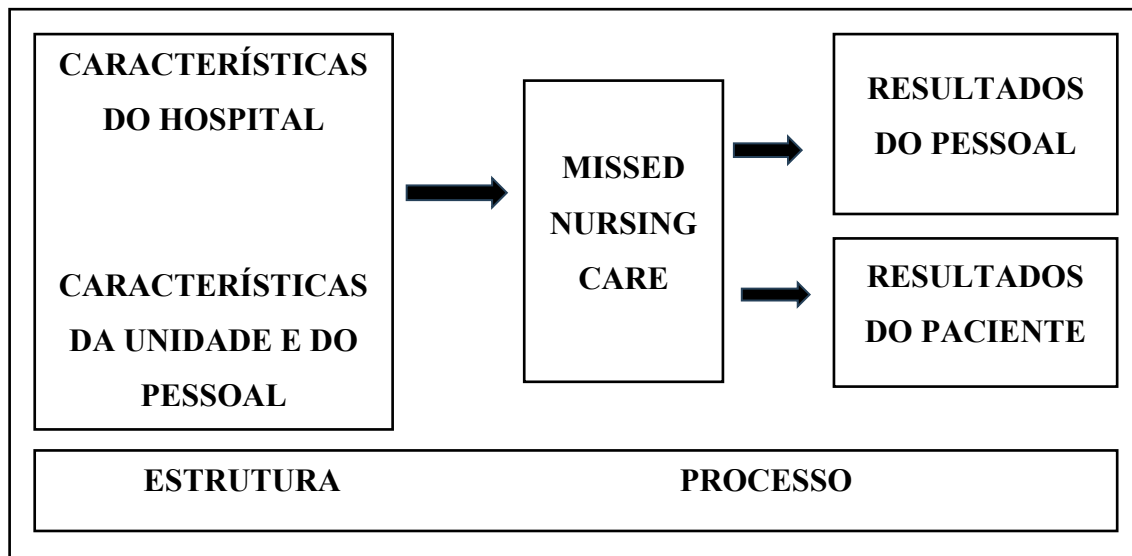
Investigar, identificar e discutir a omissão de cuidados de enfermagem é fundamental para o gerenciamento dos riscos institucionais, além de ser essencial para avaliar a qualidade da assistência prestada e detectar precocemente desfechos adversos em pacientes (Viana *et al.*, 2025).

A omissão do cuidado inviabiliza a garantia de que sejam assegurados às pessoas os cuidados adequados para o restabelecimento do estado de saúde. Nesse sentido, buscando compreender a amplitude da omissão de cuidados no campo da enfermagem, os pesquisadores norte-americanos Kalisch e Williams (2009) desenvolveram o instrumento denominado *Missed Nursing Care Survey* (MISSCARE), baseado no Modelo *Missed Nursing Care*, conceito que se refere a qualquer aspecto do cuidado necessário ao paciente que é omitido, em parte ou no todo, ou atrasado (Kalisch; Lee, 2012).

A omissão dos cuidados de enfermagem pode ser explicada pelo Modelo *Missed Nursing Care* (Figura 1), desenvolvido por Beatriz Kalisch a partir de estudos de análise do conceito, baseado no referencial teórico de Donabedian (1988), que propõe a avaliação da qualidade da assistência em três componentes inter-relacionados: **estrutura, processo e resultado**. O Modelo *Missed Nursing Care*, apresentado a seguir, contempla três componentes principais: estrutura, processo e resultados. O componente estrutura refere-se a aspectos como as características do hospital e da unidade de atendimento ao paciente e às características

individuais da equipe de enfermagem. O processo diz respeito à omissão ou à falta de cuidados de enfermagem. Por fim, o componente resultados abrange tanto aqueles relacionados à equipe, como a satisfação no trabalho e na ocupação, quanto aqueles relacionados aos pacientes, incluindo quedas e a prevalência de lesões por pressão (Kalisch; Landstrom; Hinshaw, 2009).

Figura 1 – Modelo Missed Nursing Care



Fonte: Kalisch *et al.* (2011), adaptado de Donabedian (1988).

A falta de cuidados de enfermagem expõe a equipe, os pacientes e as organizações de saúde a diversos riscos. A identificação dos cuidados mais frequentemente omitidos e das razões que levam à sua omissão possibilita o desenvolvimento de estratégias eficazes, capazes de subsidiar a gestão na redução da frequência de omissões no cuidado de enfermagem em ambientes hospitalares (Campbell *et al.*, 2020).

Identificar os tipos de cuidados de enfermagem que são mais frequentemente omitidos e compreender as razões associadas a essas omissões constitui uma tarefa fundamental para qualquer organização de saúde. Nesse contexto, destacam-se os achados de um estudo conduzido em diferentes unidades hospitalares da Jordânia, país localizado no Oriente Médio, que investigou a frequência da omissão de cuidados e os fatores que a influenciam. Os resultados demonstram que os tipos mais frequentes de “cuidados de enfermagem omitidos” estavam relacionados à deambulação dos pacientes, à alimentação dos pacientes no horário adequado, à realização de cuidados de higiene bucal, à participação em conferências interdisciplinares sobre os cuidados e à realização do planejamento de alta do paciente (Saqr; Abualrub, 2018).

A omissão do cuidado é um fenômeno real e frequente. Outro estudo ratifica que sentar o paciente fora do leito, a deambulação três vezes ao dia, a participação em discussões da equipe interdisciplinar e o planejamento e a educação do paciente e/ou da família para a alta hospitalar foram os cuidados mais omitidos, evidenciando uma elevada prevalência de omissão de um ou mais elementos do cuidado pela enfermagem (Lima; Silva; Caliri, 2020).

É imprescindível investigar as consequências negativas decorrentes da omissão de cuidados de enfermagem, as quais podem resultar em maior tempo de internação e no aumento das readmissões hospitalares. Por exemplo, a falta de deambulação pode resultar na necessidade de maior intervenção fisioterapêutica e em hospitalização prolongada; a falta de higienização das mãos ou a quebra da técnica adequada pode levar a infecções, requerendo maior tempo de tratamento e recuperação. Essas consequências negativas devem ser amplamente reconhecidas e esclarecidas aos profissionais de enfermagem, a fim de promover maior conscientização e prevenção de falhas no cuidado (Saquer; Abualrub, 2018).

A omissão do cuidado de enfermagem é uma importante variável para gerar reflexão quanto à necessidade de revisão da estrutura e dos processos de trabalho em desenvolvimento, os quais podem não estar permitindo resultados assistenciais de qualidade, em virtude da não entrega da terapêutica adequada, podendo, ainda, acarretar danos adicionais aos pacientes (Lima; Silva; Caliri, 2020).

As razões mais prevalentes para a omissão do cuidado de enfermagem estão relacionadas à insuficiência de recursos humanos. Além disso, observa-se uma relação significativa entre a perda do cuidado assistencial e o nível de confiança na delegação das atividades assistenciais aos acompanhantes, indicando que fragilidades nesse processo podem comprometer a continuidade e a qualidade do cuidado prestado (Saquer; Abualrub, 2018).

A administração de enfermagem deve promover ambientes de trabalho que previnam a omissão de cuidados, incluindo o dimensionamento adequado de pessoal. Gestores de enfermagem podem adotar estratégias participativas, como rodas de conversa e reuniões itinerantes, além de monitorar desfechos assistenciais, como lesões por pressão, quedas, readmissões e condições de higiene do paciente, visando à redução dos cuidados de enfermagem omitidos (Campbell *et al.*, 2020).

No Brasil, os profissionais de enfermagem estabeleceram uma relação direta entre os cuidados menos realizados e os fatores que contribuem para a sua omissão. Constatou-se que o dimensionamento inadequado de pessoal, aliado ao elevado fluxo de admissões e altas, figurava entre as principais causas de omissão de cuidados, seguido pela insuficiência de recursos materiais (Silva *et al.*, 2021).

Em um estudo realizado no Brasil, a dimensão mais fragilizada foi a de respostas não punitivas aos erros, evidenciando a presença de uma cultura de culpabilização que tende a responsabilizar o profissional, desconsiderando os fatores sistêmicos envolvidos na ocorrência do erro. Nas unidades investigadas de um hospital de determinada região, observou-se que muitos profissionais acreditavam que seus erros poderiam ser usados contra eles, o que desestimulava o relato de incidentes e eventos adversos (Silva *et al.*, 2021).

Em 2023, a força de trabalho mundial de enfermeiros alcançou a marca de 29,8 milhões profissionais, evidenciando crescimento em relação a 2018. Contudo, persistem profundas desigualdades na distribuição e na densidade desses profissionais, resultando em um déficit mundial estimado de 5,8 milhões de enfermeiros. Observa-se elevada concentração da força de trabalho de enfermagem em países de alta renda, que abrigam parcela desproporcional de profissionais em relação à sua população, evidenciando importantes iniquidades no acesso aos cuidados de saúde (WHO, 2025).

Ao investigar as razões mais frequentes para a omissão dos cuidados de enfermagem, observa-se que elas estão relacionadas a recursos humanos e recursos materiais. Tais razões estão associadas a falhas gerenciais e sistêmicas, que devem ser analisadas e corrigidas em benefício da segurança do paciente. A enfermagem tem atuado em situações desfavoráveis para o cumprimento integral do processo de cuidar, demandando esforços para o planejamento e a adoção de estratégias de prevenção da omissão do cuidado e de melhoria da prática assistencial (Lima; Silva; Caliri, 2020).

Uma revisão sistemática constatou que a relação entre os cuidados omitidos e os níveis educacionais do pessoal de enfermagem em hospitais tem sido amplamente estudada em diversos países. De modo geral, os níveis de omissão de cuidados são considerados frequentes. Entre as razões mais frequentemente associadas a essa omissão, destacam-se aquelas relacionadas ao planejamento e à comunicação, aspectos que foram mais frequentemente negligenciados do que os cuidados assistenciais diretos. A revisão também demonstrou que o baixo dimensionamento da equipe de enfermagem está associado a um maior número de relatos de cuidados omitidos (Griffiths *et al.*, 2018).

Assim, o ambiente da prática profissional bem como a carga de trabalho são fatores que podem contribuir para limitações na implementação dos planos de cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, para a omissão da assistência. Garantir um número adequado de profissionais constitui um esforço benéfico para uma prática assistencial de qualidade. Ademais, definir os cuidados prioritários direciona os profissionais quanto às atividades a serem realizadas entre aquelas consideradas mais prioritárias (Silva *et al.*, 2020).

A equipe de enfermagem ainda é percebida como um custo, e não como um investimento, em razão da ausência de análise dos custos dos eventos adversos gerados por uma equipe de enfermagem insuficientemente dimensionada. Simultaneamente, há um debate político na Polônia sobre o restabelecimento do ensino secundário de enfermagem, devido a um número insuficiente de enfermeiros. Portanto, são necessárias evidências que confirmem a relação entre a educação em enfermagem e os resultados do paciente, os quais se correlacionam com a omissão do cuidado (Wieczorek *et al.*, 2020).

Por sua vez, as consequências da falta de atendimento e a incidência ou prevalência de omissões de cuidado podem servir como indicadores da qualidade assistencial e da adequação do dimensionamento de pessoal. Embora exista associação significativa entre a escassez de profissionais e a ocorrência de omissões, é improvável que a maioria dessas falhas esteja exclusivamente relacionada ao número de profissionais disponíveis. Assim, os relatos de omissão de cuidados não devem ser utilizados isoladamente como métrica para avaliar a adequação do dimensionamento de enfermagem (Griffiths *et al.*, 2018).

A identificação de causas e indicadores de desatenção no atendimento em saúde é um dos elementos mais importantes para a compreensão da omissão do cuidado de enfermagem, permitindo que os gestores planejem adequadamente as necessidades de enfermagem (Wieczorek *et al.*, 2020).

4.2 AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

O ambiente de prática profissional da enfermagem (APE) reflete diretamente as características organizacionais do local onde os cuidados são prestados e constitui um fator determinante para a qualidade da assistência ao paciente (Andrade, 2016; Lake, 2002). Esse ambiente influencia não apenas a qualidade dos cuidados, mas também os resultados do trabalho da equipe e os desfechos clínicos dos pacientes. Considerando que a enfermagem é a principal responsável pelo cuidado direto em hospitais, seu papel é essencial para a segurança do paciente, atuando, muitas vezes, como a última linha de defesa contra erros e práticas inseguras (Lake *et al.*, 2019).

Dessa forma, o APE é reconhecido como um dos principais determinantes dos resultados assistenciais, do desempenho profissional e da promoção da segurança. Relações colaborativas entre enfermeiros e médicos, integração com gestores e uma comunicação interna eficaz são elementos que, quando fortalecidos, contribuem para melhores desfechos e para a construção de uma cultura organizacional mais segura (Lucas; Nunes, 2020).

A promoção de ambientes favoráveis à prática profissional é fundamental tanto para um processo de trabalho saudável quanto para a qualificação da assistência. A incorporação de boas práticas no cotidiano da enfermagem favorece a efetividade dos cuidados e o bem-estar dos profissionais (Camponogara *et al.*, 2022; Cavalcanti; Trindade Filho, 2024).

No entanto, é importante reconhecer que, em alguns contextos, esses ambientes podem ser marcados por práticas burocráticas que dificultam a autonomia profissional. Em cenários mais centralizados, as decisões são tomadas hierarquicamente, enquanto, em ambientes menos burocráticos, predominam relações mais colegiadas e a descentralização da tomada de decisão (Lake; Friese, 2006).

As estruturas organizacionais, portanto, desempenham papel crucial na capacidade da enfermagem de fornecer cuidados de qualidade. Compreender como os profissionais percebem essas características do ambiente de trabalho permite identificar fatores que influenciam diretamente a satisfação no exercício da profissão e que podem ser otimizados para melhorar a assistência prestada (Stalpers *et al.*, 2017).

O gerenciamento em enfermagem também exerce função estratégica na criação de ambientes seguros, exigindo uma compreensão abrangente dos fatores organizacionais e individuais que influenciam a prática. Clima ético, motivação, comprometimento ocupacional, disponibilidade de pessoal e recursos adequados são elementos fundamentais que afetam diretamente a qualidade e a segurança do cuidado (Numminen *et al.*, 2016).

Essa perspectiva gerencial se articula com a atuação da enfermagem em espaços estratégicos, nos quais a profissão contribui para o fortalecimento de uma governança pública mais equitativa, alinhada às necessidades da população e sustentada por práticas de gestão participativas. Nessa lógica, a governança aplicada às políticas públicas ultrapassa o caráter administrativo e configura-se como um importante instrumento de valorização profissional e de consolidação do SUS (Erdmann; Stuart; Soldera, 2025).

Adicionalmente, fatores estruturais e organizacionais, como sobrecarga de trabalho, condições físicas e técnicas inadequadas, bem como descompasso entre recursos humanos e gravidade dos pacientes, podem gerar situações com sérias implicações para a segurança do paciente (Sousa; Mendes, 2019).

Ambientes positivos, por sua vez, promovem maior satisfação profissional; reduzem o *burnout*, entendido pela psicossociologia como uma síndrome complexa e multifacetada que se manifesta como resposta à tensão emocional crônica no ambiente de trabalho; e diminuem a intenção de rotatividade entre os trabalhadores; aspectos diretamente relacionados à qualidade do cuidado oferecido (Almeida *et al.*, 2024; Andrade, 2016).

Organizações de saúde confiáveis são aquelas que, mesmo operando em contextos complexos e com alto risco de erro, desenvolvem mecanismos eficazes de controle e mitigação de incidentes, minimizando os impactos desses (Sousa; Mendes, 2019). Nesse cenário, torna-se indispensável o monitoramento das ações de cuidado da equipe de enfermagem. A avaliação por meio de indicadores de qualidade é uma ferramenta essencial para o gerenciamento e a consolidação de boas práticas no ambiente hospitalar (Báo *et al.*, 2019).

Tanto em contextos nacionais quanto internacionais, o instrumento *Practice Environment Scale – Nursing Work Index* (PES-NWI) tem sido amplamente utilizado para avaliar o ambiente de prática profissional da enfermagem. Esse instrumento foi adaptado e validado em diversos países, como Austrália, Bélgica, China, Espanha, Finlândia, Irlanda, Holanda, Inglaterra, Nova Zelândia, Noruega, Suíça e Suécia (Camponogara *et al.*, 2022).

O PES-NWI permite que pesquisadores avaliem como o ambiente de prática influencia os resultados da enfermagem e dos pacientes. Gestores podem utilizá-lo para comparar suas instituições com valores de referência, identificar pontos de melhoria e mensurar o impacto de intervenções realizadas (Lake, 2002). No Brasil, a ferramenta foi validada entre enfermeiros bem como entre técnicos e auxiliares de enfermagem, demonstrando ser confiável para avaliar as condições que favorecem a prática profissional desses grupos (Gasparino; Guirardello, 2017; Gasparino *et al.*, 2020).

Escore médio superiores a 2,5 em quatro ou cinco subescalas do PES-NWI indicam um ambiente de trabalho favorável à prática profissional. Quando tais escores se manifestam em apenas duas ou três subescalas, o ambiente é classificado como misto, ao passo que valores acima de 2,5 em nenhuma ou somente uma subescala caracterizam um ambiente desfavorável (Lake; Friese, 2006).

A avaliação sistemática do ambiente de trabalho pode auxiliar gestores no planejamento de ações voltadas à melhoria da prática profissional, contribuindo para uma percepção mais positiva do ambiente organizacional (Marcelino; Alves; Guirardello, 2018). Estratégias voltadas à criação de ambientes mais favoráveis podem impactar positivamente os profissionais, influenciar a percepção do clima de segurança e favorecer a permanência desses trabalhadores nas instituições (Dorigan; Guirardello, 2018).

Por fim, é essencial que profissionais, gestores e formuladores de políticas de saúde se comprometam com a segurança do paciente. A prevenção de riscos e a redução de eventos adversos exigem a atuação conjunta de todos os envolvidos, incluindo os próprios pacientes e seus familiares, por meio da adoção de ferramentas, metodologias e estratégias que tornem as instituições mais seguras e confiáveis (Sousa; Mendes, 2019).

4.3 AVALIAÇÃO DO CLIMA DE SEGURANÇA

O clima de segurança, elemento essencial para a segurança do paciente, constitui um dos componentes da cultura de segurança. Essa, por sua vez, refere-se ao conjunto de valores, atitudes, crenças, competências e padrões comportamentais que orientam e sustentam a prática segura na assistência à saúde. As percepções individuais de cada membro de uma organização refletem as suas opiniões sobre o ambiente organizacional. O conjunto dessas percepções, quando analisado coletivamente, constitui o clima de segurança. Ao concentrar-se nos aspectos mais tangíveis da cultura, o clima pode ser mensurado com maior facilidade, permitindo o diagnóstico e a identificação de condições que aumentam o risco de ocorrência de eventos adversos (Sexton *et al.*, 2006).

O clima de segurança reflete diretamente a qualidade e a segurança do cuidado prestado aos pacientes. Dessa forma, as organizações de saúde devem assumir um compromisso firme e contínuo com a garantia de condições que promovam um ambiente seguro, favorecendo práticas assistenciais de excelência (Reis *et al.*, 2017).

Os serviços de saúde têm sido foco de recomendações internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e nacionais por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o propósito de se tornarem ambientes mais seguros. A OMS e o PNSP vêm evidenciando a necessidade de adoção de uma estrutura organizacional segura composta por, entre outros elementos, cultura de segurança forte, gestão organizacional, adequações de estrutura e ambiência, e alinhada às metas de segurança do paciente estabelecidas nos protocolos do Ministério da Saúde (Pessoa *et al.*, 2022).

Os cuidados de saúde, em razão de sua complexidade e elevada imprevisibilidade, são passíveis da ocorrência de incidentes que podem resultar em desfechos negativos, com danos para os usuários e profissionais, bem como para o desempenho e credibilidade das instituições de saúde (Ramos; Sales; Barroso, 2021).

O termo “cultura de segurança” foi utilizado, pela primeira vez, em 1986, no relatório de síntese sobre o acidente na usina nuclear de Chernobyl, realizado pela *International Atomic Energy Agency*. Adicionalmente, a publicação do *Institute of Medicine* (IOM), intitulada “*To Err Is Human: building a safer health system*”, enfatizou a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança em termos organizacionais, como medida fundamental no processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar contemporâneo (Agency, 1986; Sousa; Mendes, 2019).

A cultura de segurança ganha destaque, visto que reflete o comprometimento dos profissionais da organização com a promoção contínua de um ambiente seguro e influencia comportamentos e resultados de segurança, tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes (Sousa; Mendes, 2019).

No cenário brasileiro, o PNSP define a cultura de segurança a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança: cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e, cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (Brasil, 2013).

O desenvolvimento do clima de segurança apresenta-se como elemento central nos diversos esforços empreendidos com vistas à melhoria da segurança do paciente e da qualidade do cuidado de saúde prestado. A avaliação do *status* da cultura de segurança em organizações de saúde, particularmente em hospitais, tem sido objeto de diversos estudos pré- e pós-intervenção, mostrando as necessidades percebidas na fase pré-intervenção, bem como os ganhos alcançados a partir da implementação efetiva de intervenções voltadas à segurança (Sousa; Mendes, 2019).

Mensurar e analisar a cultura de segurança nas organizações de saúde, com base na percepção do clima de segurança dos profissionais de saúde, permite identificar e gerenciar aspectos relacionados à segurança do paciente; essa avaliação pode fornecer bases para o diagnóstico situacional, o desenvolvimento de programas de educação continuada, a implementação de protocolos assistenciais e o monitoramento dos eventos adversos e da qualidade assistencial (Lourenção; Tronchin, 2019).

Métodos de avaliação baseados no uso de escalas têm se mostrado favoráveis à mensuração do clima de segurança em organizações de saúde, sendo utilizados desde o início da década de 1980. O instrumento *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) é importante para avaliar a qualidade da atenção à saúde dispensada aos pacientes e pode ser aplicado antes e depois de intervenções junto às equipes, como a implementação de atividades voltadas à redução do estresse ocupacional (Carvalho; Cassiani, 2012).

No Brasil, o SAQ destaca-se como um dos principais instrumentos para a avaliação do clima de segurança em instituições de saúde, fornecendo informações relevantes sobre fatores

que influenciam esse clima e que precisam ser fortalecidos, como o trabalho em equipe, a satisfação no trabalho e as condições de trabalho (Carvalho; Cassiani, 2012).

O clima de segurança está diretamente relacionado à ocorrência de práticas inseguras, contribuindo para o aumento de acidentes entre os profissionais de saúde. Nos últimos anos, observa-se um interesse crescente pela qualidade em todos os setores, sendo esse movimento especialmente notável na área da saúde. Os usuários estão cada vez mais informados e participativos nos cuidados recebidos; os gestores buscam a otimização de recursos e reconhecem que processos de trabalho bem estruturados podem reduzir custos e aumentar a eficiência; por sua vez, os profissionais de saúde, além de se preocuparem com sua permanência no mercado de trabalho, demonstram um compromisso genuíno com a qualidade do cuidado, motivado pelo compromisso ético inerente à profissão (Colla; Bracken; Kinney, 2005; Rabelo, 2017).

4.4 A IMPORTÂNCIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE COMO ATRIBUTO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A OMS define a segurança do paciente como uma estrutura de atividades organizadas que abrange culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde, capaz de reduzir os riscos, diminuir a ocorrência de dano evitável, tornar o erro menos provável e reduzir o seu impacto quando ele ocorrer (WHO, 2020).

A segurança do paciente é um elemento essencial nos sistemas de saúde, impactando diretamente diversos aspectos da prestação de cuidados. Reconhecendo sua importância, a OMS tem promovido campanhas e iniciativas globais com o objetivo de sensibilizar e mobilizar profissionais e gestores para a adoção de práticas mais seguras (WHO, 2024).

Ela é considerada uma das dimensões fundamentais da qualidade dos serviços de saúde, pois está diretamente relacionada ao atendimento das necessidades e expectativas dos usuários. Assim, um serviço não pode ser considerado de qualidade se os riscos de dano ao paciente não forem adequadamente reduzidos e controlados (Rabelo, 2017).

A segurança do paciente configura-se como uma questão crítica de saúde pública global, desempenhando papel central para permitir que os sistemas de saúde alcancem Cobertura Universal de Saúde (CUS) de modo eficaz e sustentável. A ocorrência de cuidados inseguros contribui de forma significativa para a carga global de morbimortalidade, gerando impactos físicos, psicológicos e econômicos relevantes (WHO, 2018).

Reconhecendo essa realidade, a 72ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou, em 2019, a Resolução WHA 72.6 – *Global Action on Patient Safety*, que estabeleceu a segurança do paciente como uma das prioridades fundamentais para os sistemas de saúde. Reafirma-se, assim, o princípio ético fundamental de “Primeiro, não causar danos”, destacando o imperativo de fortalecer a segurança do paciente em todos os setores dos sistemas de saúde (WHO, 2024).

No contexto da assistência de enfermagem, a segurança do paciente está diretamente associada à qualidade do cuidado. Isso inclui tanto a adoção de práticas baseadas em evidências, voltadas à prevenção de riscos e danos, quanto a gestão segura dos processos de trabalho, o que contribui para a obtenção de melhores resultados assistenciais (Oliveira *et al.*, 2014).

Para tanto, é fundamental que as instituições de saúde estejam comprometidas com o atendimento das necessidades dos pacientes por meio de práticas sustentadas em pressupostos filosóficos e metodológicos sólidos, assegurando padrões elevados de qualidade (Pertence; Melleiro, 2010).

A qualidade do cuidado pode ser compreendida como o bem-estar do paciente, considerando-se o equilíbrio entre ganhos e perdas esperados ao longo de todas as etapas do processo assistencial. Nesse sentido, ela resulta da aplicação adequada do conhecimento científico e das tecnologias disponíveis no cuidado prestado (Donabedian, 1980 *apud* Martins, 2019).

Sendo assim, a gestão eficaz da segurança do paciente exige o reconhecimento dos riscos inerentes à assistência moderna, que se apoia em processos complexos e tecnologias avançadas, cuja segurança muitas vezes depende do desempenho humano (Rabelo, 2017).

A oferta de cuidados de saúde de qualidade é um direito do cidadão. Para isso, os serviços devem assegurar atenção efetiva, segura, eficiente e centrada no paciente. O enfermeiro, como responsável pela gestão do cuidado, tem papel essencial nesse processo, devendo garantir práticas que atendam de forma integral às necessidades humanas (Gabriel *et al.*, 2010; Rabelo, 2017).

A segurança do paciente, portanto, é um componente essencial para a prestação de serviços essenciais de qualidade. A construção de sistemas de saúde eficazes e centrados nas pessoas exige que os serviços sejam oportunos, equitativos, integrados e eficientes (Rabelo, 2017; WHO, 2020).

De modo geral, a segurança do paciente foca na prevenção de danos iatrogênicos, isso é, lesões que não decorrem da condição clínica do paciente, mas, sim, de ações ou omissões durante o cuidado. Apesar de nem sempre discutido de forma explícita, o conceito de dano é amplamente entendido como prejuízo à estrutura ou à função do corpo e/ou qualquer efeito

deletério dele oriundo, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Assim, o dano pode manifestar-se nas dimensões física, social ou psicológica (Mendes, 2019; Mitchell; Cribb; Entwistle, 2023).

Nesse contexto, a prevenção desses danos exige a adoção de estratégias organizacionais que fortaleçam o clima de segurança nas instituições de saúde. Entre essas estratégias, destacam-se o treinamento contínuo das equipes e a melhoria dos processos de trabalho, medidas fundamentais para a implementação de fluxos assistenciais mais seguros e para o fortalecimento da percepção de segurança no ambiente hospitalar (Gnatta *et al.*, 2023).

A relação entre qualidade, segurança e ambiente de trabalho na enfermagem tem sido amplamente destacada em estudos internacionais. Ambientes laborais positivos favorecem melhores resultados não apenas para os pacientes, mas também para os profissionais e as instituições. Portanto, investir na melhoria das condições de trabalho da equipe de enfermagem é uma estratégia eficaz para promover segurança e excelência no cuidado (Oliveira *et al.*, 2018; Marcelino; Alves; Guirardello, 2018).

Assim, fortalecer o ambiente da prática de enfermagem e o clima de segurança é essencial para prevenir a omissão de cuidados e garantir a qualidade e a segurança da assistência prestada ao paciente. Nesse contexto, a qualidade do cuidado e a segurança do paciente estão intrinsecamente relacionadas à adequação do ambiente de prática de enfermagem.

5 MÉTODO

No que se refere ao detalhamento do método, este foi estruturado em consonância com os objetivos propostos pelo estudo. Cada etapa metodológica foi cuidadosamente delineada de modo a garantir coerência entre o desenho da pesquisa, os procedimentos de coleta e análise de dados e os resultados esperados.

5.1 REVISÃO INTEGRATIVA

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre a omissão dos cuidados de enfermagem e suas razões, documentada em um artigo intitulado “*Evidências de omissões de cuidados de enfermagem e suas razões: revisão integrativa*” (Araújo; Rodrigues; Santos, 2022), com o intuito de buscar evidências científicas atualizadas, identificar lacunas de conhecimento e subsidiar a construção do referencial teórico do estudo, em consonância com o primeiro objetivo específico desta pesquisa. Esse tipo de estudo refere-se a um método de pesquisa que possibilita fornecer informações amplas sobre um assunto ou problema, constituindo, assim, um abrangente corpo de conhecimento, com rigor metodológico (Sousa *et al.*, 2017).

A revisão integrativa consiste em uma busca sistemática de pesquisas relevantes sobre um determinado assunto, possibilitando identificar lacunas que podem ser preenchidas a partir da realização de novas pesquisas. Esse desenho de investigação científica permite uma avaliação crítica e a síntese de evidências disponíveis sobre o tema investigado, resultando na organização do estado atual do conhecimento e na reflexão sobre a implementação de novas intervenções (Mowbray; Wilkinson; Tse, 2015).

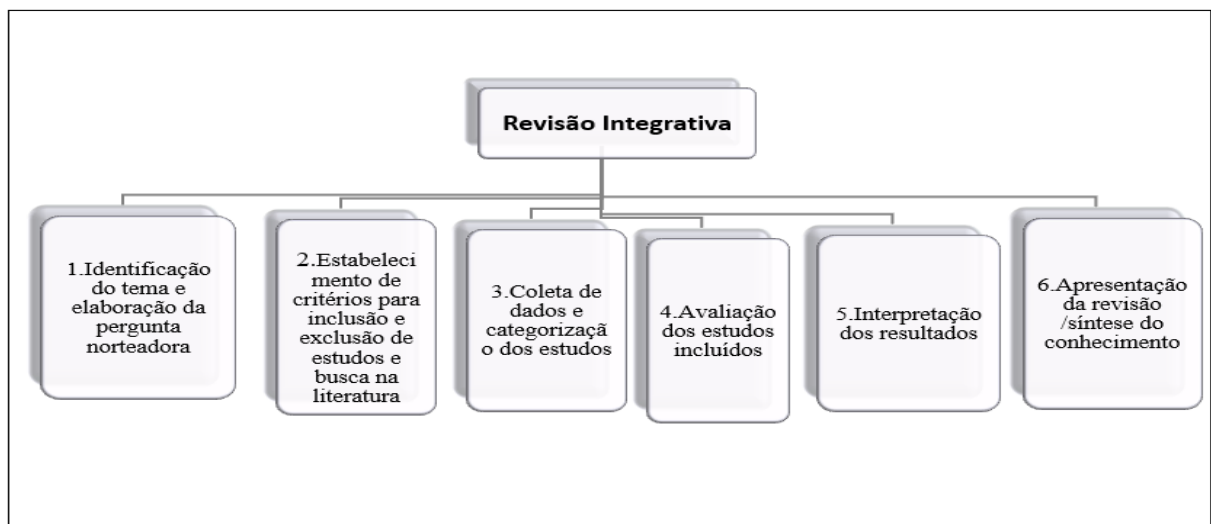
Neste estudo, optou-se por realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a omissão dos cuidados de enfermagem e as razões associadas a essa omissão, considerando-se a relevância do tema para a segurança do paciente e a qualidade da assistência em saúde. A omissão de cuidados de enfermagem tem sido reconhecida como um fenômeno complexo e multifatorial, relacionado a condições organizacionais, ambientais e profissionais, podendo resultar em desfechos adversos para pacientes, profissionais e instituições. Assim, a realização da revisão integrativa justifica-se pela necessidade de sistematizar o conhecimento produzido sobre o tema, identificar os principais cuidados omitidos no contexto hospitalar e compreender as razões apontadas na literatura, de modo a subsidiar a formulação de estratégias voltadas à melhoria da prática profissional e à segurança do paciente.

Para a elaboração da pergunta norteadora de pesquisa, seguiram-se as recomendações do acrônimo PICO definindo-se como Problema (P) a “omissão de cuidados”, como Fenômeno de interesse (I) as “razões para a omissão” e como Contexto (Co) os “cuidados de enfermagem” (Brasil, 2014). Assim, formulou-se a seguinte questão norteadora: Quais são os cuidados de enfermagem omitidos no ambiente hospitalar e as razões para essa omissão identificados na literatura?

5.1.1 Processo de preparação

O processo de preparação da revisão integrativa foi estruturado em seis etapas, conforme representado no fluxograma a seguir apresentado (Figura 2).

Figura 2 – Etapas da revisão integrativa da literatura



Fonte: Sousa *et al.* (2017).

5.1.2 Bases e estratégia de pesquisa

O levantamento bibliográfico foi realizado entre os meses de março e julho de 2022, mediante o acesso às seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), acessada por meio do portal PubMed; *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs), acessada por meio do portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); *Embase* (Elsevier); e *Scopus*.

Os descritores controlados (DC) e não controlados (DNC) foram selecionados após consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e ao *Medical Subject Headings* (MeSH). A fim de minimizar o viés de seleção, os estudos foram selecionados por dois pesquisadores, de forma independente. Para a leitura na íntegra dos artigos incluídos e daqueles em discordância, contou-se com a participação de um terceiro pesquisador.

Foram utilizados os seguintes DeCS: “omissão do cuidado”; “imperícia”; “qualidade da assistência à saúde”; “segurança do paciente”; “cuidados de enfermagem”; “hospitais”; e os seguintes MeSH: “*Malpractice*”; “*Misscare*” “*Quality of Health Care*”; “*Patient Safety*”; “*Nursing Care*”; “*Hospitals*”, realizando o cruzamento dos descritores entre si, por meio dos operadores booleanos “*OR*” e “*AND*”.

5.1.3 Critérios de inclusão e exclusão

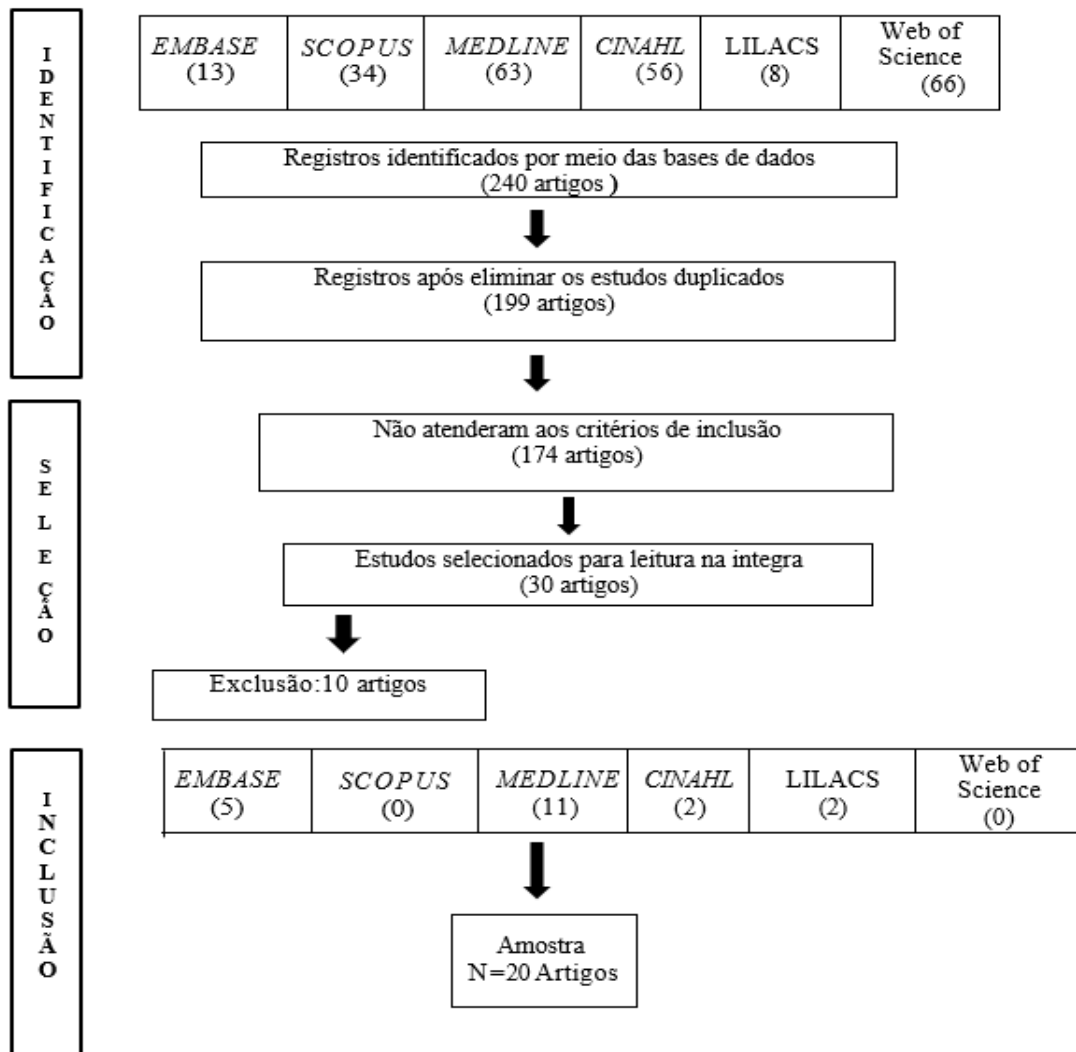
Foram incluídos na revisão artigos completos relacionados ao objeto de pesquisa, sem restrição de idioma, originados de periódicos nacionais e internacionais, indexados nas bases de dados referidas e sem delimitação temporal.

Foram excluídos artigos do tipo revisão, resenhas, dissertações e comentários, bem como artigos cujo objeto de estudo principal abordasse a omissão do cuidado por outras categorias profissionais ou em níveis distintos de complexidade assistencial, como serviços ambulatoriais ou atenção primária à saúde. Pontua-se, ainda, que os artigos encontrados em mais de uma base de dados foram contabilizados apenas uma vez.

5.1.4 Seleção dos estudos

Inicialmente foram identificados 240 artigos por meio das buscas nas bases de dados. Em seguida, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos. Foram, então, selecionados 30 artigos para a leitura na íntegra; desses, 10 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Desse modo, 20 artigos compuseram a amostra e foram analisados. Na Figura 3, apresenta-se o percurso realizado para seleção dos estudos, de acordo com a base consultada.

Figura 3 – Fluxograma da sistematização da busca nas bases de dados



Fonte: elaborada pela autora, Brasil, 2022.

O nível de evidência (NE) foi determinado segundo a seguinte classificação: nível 1 – evidências resultantes de revisões sistemáticas ou meta-análises de Ensaios Clínicos Randomizados Controlados (ECRC); nível 2 – evidências obtidas de, pelo menos, um ECRC bem delineado; nível 3 – ensaios clínicos bem delineados, sem randomização; nível 4 – estudo de caso-controle e de coorte bem delineados; nível 5 – evidências obtidas de revisões sistemáticas de estudos descritivos ou qualitativos; nível 6 – evidências oriundas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e nível 7 – evidências originárias de opinião de autoridades e/ou de comitês de especialistas (Galvão, 2006).

5.1.5 Coleta de dados

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento próprio contendo informações sobre: autor(es), local, ano de publicação, título do estudo, delineamento da pesquisa, razões para a omissão do cuidado e nível de evidência.

5.1.6 Análise de dados

A análise e a síntese dos dados foram realizadas de forma descritiva, e as produções selecionadas foram organizadas em planilhas no Microsoft Excel, procedendo-se à construção de quadros de acordo com as variáveis identificadas. Esse processo possibilitou, ainda, a construção de categorias temáticas.

5.2 TIPO DE ESTUDO DA PESQUISA QUANTITATIVA

Para o alcance do segundo ao quinto objetivos específicos da pesquisa, foi realizado um estudo observacional analítico, transversal e correlacional, com abordagem quantitativa.

Estudos observacionais são aqueles nos quais não há intervenção do pesquisador, que apenas observa o paciente, as características da doença ou transtorno e sua evolução, sem qualquer interferência. Incluem os estudos transversais. O estudo transversal é utilizado para avaliar a existência de relação entre as variáveis da pesquisa, sendo que a população ou amostra é estudada em um único momento (Capp; Nienov, 2020).

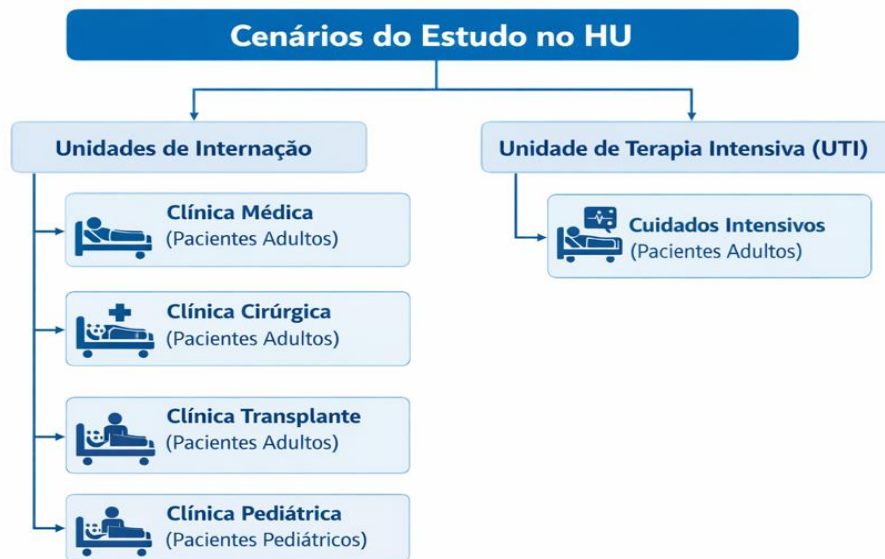
No estudo correlacional, a finalidade é medir como as ordens de variáveis ou de ranqueamento estão relacionadas, ou seja, representando um relacionamento entre duas variáveis (Capp; Nienov, 2020).

A pesquisa quantitativa consiste no que pode ser quantificado, o que significa traduzir em números opiniões e informações, a fim de classificá-las e analisá-las (Kauark; Manhães; Medeiros, 2010).

O presente estudo faz parte de um projeto multicêntrico intitulado “*Avaliação do ambiente da prática, omissão de cuidados e clima de segurança: percepção dos profissionais de enfermagem de três regiões do Brasil*”.

A fim de apresentar de forma clara os cenários contemplados na investigação, elaborou-se um fluxograma que descreve as unidades incluídas no estudo, conforme Figura 4.

Figura 4 – Fluxograma da organização das unidades incluídas no estudo



Fonte: elaborada pela autora, Brasil, 2025.

Ilustra-se a organização das unidades de internação, clínica médica, clínica cirúrgica, clínica de transplante e clínica pediátrica, bem como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), evidenciando os contextos assistenciais nos quais a pesquisa foi desenvolvida.

5.3 CENÁRIO E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital de ensino, considerado referência no Distrito Federal, localizado especificamente em Brasília, no período de novembro de 2020 a julho de 2021. O referido hospital possuía, à época, 247 leitos ativos e estava organizado em uma área subdividida em nove serviços assistenciais, a saber: Unidade 1; Unidade 2; Unidade 3; Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon); Ambulatório 1; Ambulatório 2; Clínica Odontológica/Farmácia Escola; Engenharia; e Serviços de Apoio. As unidades incluídas no estudo correspondiam às unidades de internação clínica e cirúrgica, destinadas ao atendimento de pacientes adultos e pediátricos. A UTI contemplava leitos de cuidados intensivos para pacientes adultos (Rabelo, 2017).

Com o agravamento da crise sanitária decorrente da covid-19, o hospital rapidamente adaptou sua estrutura física e organizacional para atender às novas demandas assistenciais, criando uma unidade específica para o manejo da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), com foco nos casos mais complexos da doença.

No entanto, é importante destacar que as unidades de internação selecionadas para a realização deste estudo não foram originalmente planejadas para o atendimento exclusivo a pacientes com covid-19. Ainda assim, tais unidades passaram a integrar a rede de enfrentamento à pandemia, recebendo pacientes suspeitos ou confirmados da infecção, o que exigiu mudanças emergenciais nos fluxos assistenciais, nos protocolos clínicos e na reorganização das equipes de saúde.

5.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

O cálculo amostral foi realizado com auxílio do *software* G*Power 3.1.9.3, que considera os postulados de Cohen (1992) acerca do poder do teste estatístico para a delimitação do tamanho amostral, considerando o tamanho da amostral (n), o tamanho do efeito (*effect size* [ES]) e as possibilidades de erros tipo I (= 0,05) e II (= 0,80).

No mês de dezembro de 2019, a população do estudo foi composta por 253 profissionais de enfermagem, incluindo enfermeiros e técnicos de enfermagem, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de enfermagem, segundo as unidades de atuação

Unidade	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem	Total de profissionais
Clínica Médica	22	64	86
Unidade de Terapia Intensiva	18	52	70
Clínica Cirúrgica	18	31	53
Clínica Pediátrica	17	31	48
Total	75	178	253

Fonte: elaborada pela autora, Brasil, 2025.

Para as análises estatísticas, foram realizados cálculos amostrais específicos: o teste qui-quadrado indicou a necessidade de 143 participantes; o teste de Mann-Whitney exigiu uma amostra de 106 profissionais; e a análise de correlação apontou a necessidade de 111 participantes. Considerando que o maior tamanho amostral estimado foi de 143 participantes, optou-se por adotar esse número como o quantitativo final da amostra deste estudo.

A amostra foi definida por conveniência e contemplou profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) atuantes nas unidades de internação clínica ou cirúrgica e nas UTIs, incluindo serviços voltados ao atendimento de pacientes adultos e pediátricos. A inclusão dessas unidades fundamentou-se no fato de constituírem cenários assistenciais caracterizados por elevada demanda, intensidade e complexidade do cuidado de

enfermagem, embora apresentem particularidades relacionadas ao perfil dos pacientes, especialmente no contexto pediátrico.

Nesse sentido, reconhece-se que as unidades pediátricas não compartilham integralmente o mesmo perfil assistencial das unidades destinadas ao atendimento de adultos. Contudo, sua inclusão justifica-se pela centralidade do trabalho da enfermagem na prestação de cuidados contínuos, vigilância clínica e tomada de decisão, aspectos que se mantêm transversais entre os diferentes contextos assistenciais.

5.4.1 Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão dos profissionais foram:

- a) ser enfermeiro(a) ou técnico(a) de enfermagem;
- b) possuir vínculo empregatício junto à instituição alvo da pesquisa há, no mínimo, três meses, pressupondo-se maior conhecimento da unidade assistencial;
- c) não estar de férias ou em licença no período da coleta de dados;
- d) prestar assistência de enfermagem nas unidades de internação clínica ou cirúrgica (adulto ou pediátrica) e unidade de terapia intensiva.

Não foram estabelecidos critérios de exclusão de participantes da pesquisa.

5.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram utilizados os instrumentos MISSCARE-BRASIL, mediante autorização formal da autora (Anexo A), *Practice Environment Scale* (PES-NWI) e *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) – *Short Form*, que são de domínio público, todos previamente traduzidos, adaptados e validados culturalmente para o contexto brasileiro.

5.5.1 MISSCARE-BRASIL

O instrumento MISSCARE-BRASIL (Anexo B) foi empregado nesta pesquisa para: a) caracterização pessoal e profissional; e b) avaliação da omissão do cuidado e suas razões, sendo constituído de duas partes, que abrangem aspectos dos cuidados de enfermagem que são omitidos (Parte A) e razões para a omissão do cuidado (Parte B).

Esse instrumento possui 28 itens na Parte A e 28 itens na Parte B. Os itens são regulados por uma escala tipo Likert, em que: na Parte A, podem ser pontuados de um a cinco, sendo que

um corresponde a maiores níveis de omissão e cinco, à ausência de omissão; e, na parte B, podem ser pontuados de um a quatro, sendo que um corresponde à razão significativa para a omissão e quatro, à ausência de razão para a omissão (Siqueira *et al.*, 2017).

As respostas aos itens de ambas as partes foram pontuadas de forma reversa: com 1 = 5 pontos, 2 = 4 pontos, 3 = 3 pontos, 4 = 2 pontos e 5 = 1 ponto, para a Parte A; e 1 = 4 pontos, 2 = 3 pontos, 3 = 2 pontos e 4 = 1 ponto, para a Parte B, conforme instruções do autor do instrumento original (Siqueira *et al.*, 2017).

Os itens que compõem a Parte B do instrumento estão organizados em cinco subescalas, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Subescalas e itens correspondentes da Parte B do MISSCARE-BRASIL

Subescalas	Itens correspondentes
Comunicação	5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 24
Recursos Materiais	6, 9, 10, 23
Recursos laborais	1, 2, 3, 4, 17, 19, 27, 28
Dimensão ética	18, 20, 25
Liderança	21, 22, 26

Fonte: adaptado de Siqueira (2017) pela autora, Brasil, 2025.

A confiabilidade foi aferida pelo teste-reteste, que obteve evidências de estabilidade temporal da medida, com valores do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC, sigla do inglês *Intraclass Correlation Coefficient*) considerados adequados e semelhantes aos da versão original, sendo 0,87 para a Parte A e 0,86 para a Parte B (Siqueira *et al.*, 2017).

5.5.2 Practice Environment Scale – Nursing Work Index (PES-NWI) – versão brasileira validada

Este estudo também empregou o instrumento *Practice Environment Scale – Nursing Work Index* (PES-NWI) – versão brasileira validada (Anexo C), que tem como objetivo analisar a presença de características favoráveis à prática profissional do enfermeiro, sendo originalmente distribuído em cinco subescalas com 31 itens.

A primeira subescala, “*Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares*”, composta por nove itens (5, 6, 11, 15, 17, 21, 23, 27 e 28), evidencia o papel e o valor do enfermeiro no ambiente hospitalar. A segunda, “*Fundamentos de enfermagem para a qualidade do cuidado*”, composta por 10 itens (4, 14, 18, 19, 22, 25, 26, 29, 30 e 31), enfatiza uma filosofia de enfermagem orientada para padrões de qualidade do cuidado. A terceira, “*Habilidade, liderança e suporte de gestores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de*

enfermagem”, constituída por cinco itens (3, 7, 10, 13 e 20), enfatiza o papel do gerente de enfermagem na instituição, abrangendo qualidades essenciais ao exercício da função. A quarta subescala, “*Adequação da equipe e de recursos*”, composta por quatro itens (1, 8, 9 e 12), descreve a necessidade de uma equipe adequada (dimensionamento e habilidade) e de recursos para a prestação de um cuidado com qualidade. Por fim, a última subescala, “*Relações colegiais entre enfermeiros e médicos*”, com três itens (2, 16 e 24), avalia as relações de trabalho favoráveis entre enfermeiros e médicos (Lake, 2002).

A versão brasileira foi composta por 24 itens distribuídos em cinco subescalas: “*Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares*” (itens 5, 13, 17, 19, 22); “*Adequação da equipe e de recursos*” (itens 1, 7, 8, 10); “*Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado*” (itens 4, 14, 15, 18, 21, 23, 24); “*Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem*” (itens 3, 6, 9, 11, 16) e “*Relações de trabalho positivas entre médicos e enfermeiros*” (itens 2, 12, 20). A escala de medida utilizada é do tipo Likert e varia entre um e quatro pontos, sendo que pontuações mais elevadas representam maior presença de atributos favoráveis à prática profissional da enfermagem. Os escores para as subescalas são obtidos pela média das respostas dos participantes (Gasparino; Guirardello, 2017).

O PES-NWI foi validado para a cultura brasileira entre enfermeiros, apresentando as seguintes médias: participação em assuntos hospitalares (3,08 e 2,77; $p = 0,0029$); bases para a qualidade do atendimento (3,33 e 2,59; $p < 0,0001$); habilidade gerencial (3,14 e 2,67; $p < 0,0001$); adequação de recursos (2,70 e 2,17; $p < 0,0001$); e relações entre enfermeiro e médico (2,98 e 2,77; $p = 0,0181$). Ademais, na avaliação da confiabilidade das subescalas da PES entre técnicos e auxiliares de enfermagem, observou-se que todos os coeficientes foram iguais ou superiores a 0,70, o que evidencia adequada consistência interna (Gasparino; Guirardello, 2017; Gasparino *et al.*, 2020).

5.5.3 Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form

O instrumento *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form* (Anexo D), também empregado nesta pesquisa, tem como objetivo avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre o clima de segurança. O questionário é dividido em duas partes: a primeira, composta por 41 questões distribuídas em seis domínios, avalia a percepção do profissional sobre o clima de segurança; e a segunda parte destina-se à coleta dados profissionais (Carvalho; Cassiani, 2012).

Esse instrumento, também conhecido como Questionário Atitudes de Segurança, está dividido em seis subescalas: a primeira, “*Clima de trabalho em equipe*”, composta pelos seis primeiros itens (1, 2, 3, 4, 5 e 6), visa compreender a qualidade do relacionamento e da colaboração entre os membros da equipe; a segunda, denominada “*Clima de segurança*”, contém sete itens (7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13), cuja finalidade é identificar a percepção dos profissionais sobre o seu comprometimento organizacional com a segurança do paciente; a terceira subescala, intitulada “*Satisfação no trabalho*”, abrange uma totalidade de cinco itens (15,16,17,18 e 19) e investiga a visão positiva do local de trabalho por parte do profissional; a quarta subescala, “*Percepção de estresse*”, com quatro itens (20, 21, 22 e 23), busca reconhecer como os fatores estressores podem interferir na execução do trabalho; a quinta subescala, “*Percepção da gerência*”, compreende seis itens (24, 25, 26, 27, 28 e 29) a fim de identificar a aprovação das ações da gerência ou administração, tanto na unidade em que o profissional atua quanto no hospital como um todo; e a sexta subescala, intitulada “*Condições de trabalho*”, é composta por três itens (30, 31 e 32), que avaliam as condições de trabalho do profissional (Rigobello *et al.*, 2012).

A escala de medida utilizada é do tipo Likert com cinco opções de resposta. Assim, solicita-se ao participante que indique se: i) discorda totalmente (0 ponto); ii) discorda parcialmente (25 pontos); iii) neutro (50 pontos); iv) concorda parcialmente (75 pontos); v) concorda totalmente (100 pontos). Há ainda a opção “não se aplica”, que não é considerada na pontuação da escala.

A confiabilidade da versão adaptada do SAQ para o português foi verificada por meio da análise de consistência interna de seus itens, apresentando coeficiente alfa de Cronbach de 0,89 (Carvalho; Cassiani, 2012).

5.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis do presente estudo foram operacionalizadas de acordo com os objetivos propostos e os instrumentos utilizados para coleta de dados, constituindo os principais desfechos a serem analisados em relação às condições de trabalho e às características dos profissionais:

- 1) número de cuidados de enfermagem omitidos;
- 2) razões para a omissão do cuidado de enfermagem;
- 3) características favoráveis à prática profissional de enfermagem;
- 4) clima de segurança do paciente;

- 5) sociodemográficas: idade e sexo;
- 6) laborais: cargo, formação educacional, número de horas trabalhadas por semana, tempo de experiência na função e na unidade, período e turno de trabalho, faltas e horas extras trabalhadas nos últimos três meses;
- 7) satisfação profissional: satisfação com o cargo, a profissão e o trabalho em equipe.

5.7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

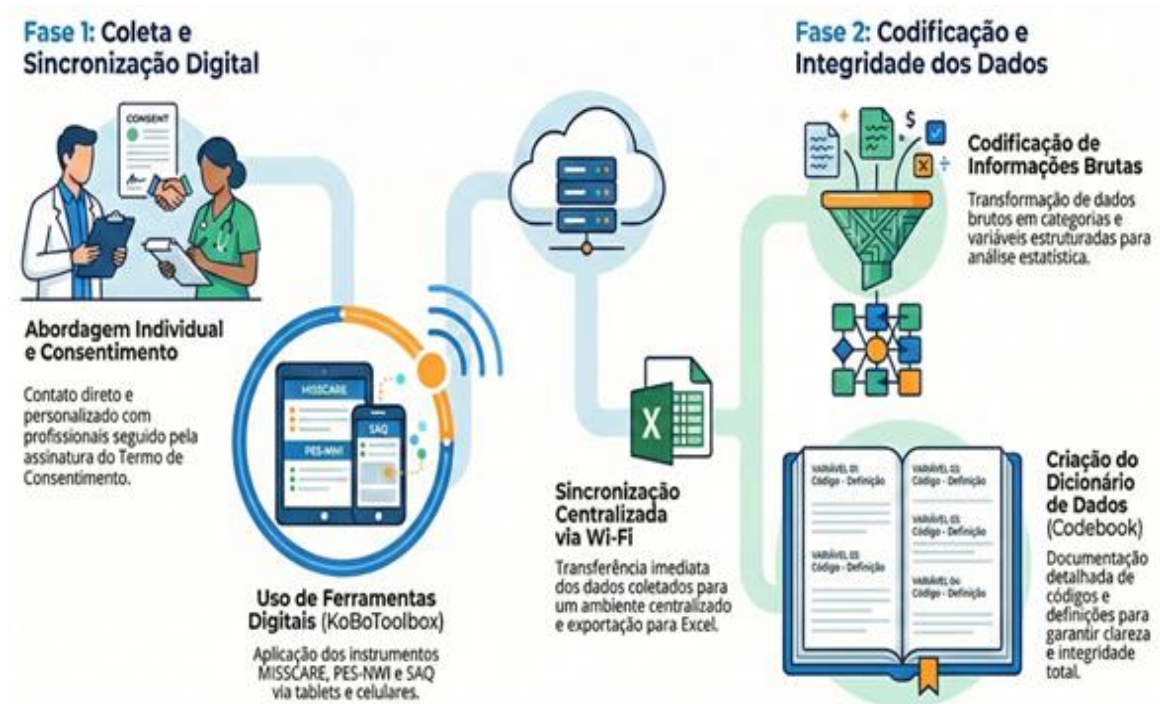
Após a aprovação do comitê de ética, a coleta de dados foi iniciada nos turnos diurno e noturno, sendo realizada pela própria pesquisadora e por duas auxiliares de pesquisa (uma acadêmica de enfermagem e uma profissional de enfermagem), em um período marcado por intensos desafios impostos pela pandemia de covid-19.

Para isso, a pesquisadora principal participou de um treinamento virtual via plataforma Google Meet, para o uso do aplicativo KoBoToolbox, realizado pela coordenadora do projeto multicêntrico. Posteriormente, a pesquisadora principal desta pesquisa ministrou um treinamento virtual, também via plataforma Google Meet, para as duas auxiliares de coleta de dados. Nessa etapa teórica, foi realizada a apresentação do projeto de pesquisa, dos instrumentos de coleta de dados e do uso e funcionamento do aplicativo KoBoToolbox, na forma de aula expositiva (Apêndice A), utilizando-se como recurso a funcionalidade plataforma Google Meet, que permitiu a projeção da aula, que teve duração de 30 minutos.

Os dados foram coletados individualmente por meio de *tablet* ou telefone celular, em local que possibilitasse assegurar a confidencialidade das informações fornecidas pelo participante, com apoio do aplicativo KoBoToolbox. Trata-se de um sistema operacional Android que agiliza o processo de armazenamento das repostas dos participantes e reduz vieses de digitação, uma vez que o registro ocorre de forma automática, sendo necessário apenas reconexão a uma rede *Wi-Fi* para que os dados sejam importados para uma planilha no programa *Microsoft Excel for Windows* (Das, 2024).

Uma ferramenta importante associada ao uso do aplicativo é que o preenchimento dos questionários pelos participantes somente é salvo ao final, quando todas as perguntas são respondidas, o que minimiza a perda amostral, assegurando a obtenção da totalidade da taxa de resposta. Na Figura 5, apresenta-se um fluxograma dos procedimentos realizados.

Figura 5 – Fluxograma de procedimentos para coleta de dados



Fonte: elaborada pela autora, Brasil, 2025.

5.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram submetidos à codificação apropriada, mediante a elaboração de um dicionário (*codebook*) na planilha do Microsoft Excel. Posteriormente, esses dados foram exportados para o RStudio 2023, para a realização da análise estatística.

Para descrever o perfil da amostra, foram elaboradas tabelas de frequência (absoluta e percentual) voltadas à análise descritiva das variáveis categóricas. As variáveis quantitativas foram expressas em média e desvio padrão (DP), e foram utilizados testes não paramétricos para amostras independentes, a saber, Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis (Pagano; Gauvreau, 2004), de acordo com o número de categorias da variável categórica.

Para a análise dos dados relacionados à omissão de cuidados, coletados por meio do instrumento MISSCARE-BRASIL, foi obtido o escore final a partir da frequência absoluta e média dos itens com respostas “nunca é realizado”, “raramente é realizado” e “ocasionalmente não é realizado” para a Parte A, e “razão significativa” e “razão moderada” para os itens da Parte B (Siqueira *et al.*, 2017).

A análise das cinco subescalas do PES-NWI foi realizada a partir da obtenção das médias das respostas de cada subescala. O valor 2,5 foi adotado como medida central neutra, a

fim de facilitar a comparação entre as subescalas. Quanto maior o valor obtido, melhor o ambiente da prática de enfermagem em relação à subescala avaliada (Lake, 2002).

A análise das subescalas do SAQ foi realizada a partir do cálculo da média aritmética das respostas em cada domínio, dividindo-se o valor obtido pelo número de opções existentes nesses domínios. A pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, sendo que 0 representa a pior percepção do clima de segurança e 100 representa a melhor percepção. Os valores são considerados positivos quando a pontuação total é maior ou igual a 75.

A pontuação foi ordenada da seguinte forma: discordo totalmente (A) corresponde a 0 pontos; discordo um pouco (B), a 25 pontos; neutro (C), a 50 pontos; concordo totalmente (D), a 75 pontos; e concordo totalmente (E), a 100 pontos.

A contagem dos pontos foi realizada da seguinte maneira: inicialmente, as questões negativas (02, 11 e 36) foram codificadas de forma reversa; por exemplo, a resposta “discordo totalmente” se torna “concordo totalmente”, e assim por diante. Em seguida, as questões negativas foram agrupadas por domínios. Por fim, calculou-se a soma das respostas de cada domínio, dividindo-se o resultado pelo número de questões correspondentes (Carvalho; Cassiani, 2012).

Para comparação entre variáveis quantitativas categorizadas, foram utilizados o teste de soma de postos de Wilcoxon. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

A correlação entre as médias dos escores das subescalas dos instrumentos PES-NWI, SAQ e MISSCARE-BRASIL foi avaliada por meio do coeficiente de correlação de Spearman. Esse coeficiente pode variar de -1 a $+1$, indicando a direção e a força da correlação: valores negativos indicam correlação negativa, enquanto valores positivos indicam correlação positiva. Quanto à magnitude, valores entre 0,01 e 0,29 indicam correlação fraca; entre 0,30 e 0,49, correlação moderada; e valores iguais ou superiores a 0,50 indicam correlação forte (Diaz *et al.*, 2020).

5.9 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O estudo atendeu aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme regulamentado pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 466/2012. O projeto foi inicialmente submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (Anexo E), conforme registrado no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 89406618.2.1001.5147, Parecer

nº 4.256.202, e, posteriormente, submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Anexo F), conforme CAAE nº 89406618.2.2001.0030, Parecer nº 4.376.643.

Os participantes da pesquisa receberam esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, foram convidados a participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

6 RESULTADOS

6.1 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE A OMISSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E SUAS RAZÕES

O resultado do primeiro objetivo desta pesquisa consiste na análise dos cuidados de enfermagem frequentemente omitidos, bem como das principais razões associadas a essa omissão, derivada da revisão integrativa da literatura realizada. Dessa forma, esta seção apresenta os resultados de uma revisão integrativa da literatura sobre a omissão dos cuidados de enfermagem e os fatores associados a esse fenômeno, desenvolvida no âmbito da presente pesquisa e publicada previamente em periódico científico. A incorporação desses resultados ao corpo da tese tem por finalidade fundamentar teoricamente e empiricamente a análise do fenômeno da omissão do cuidado, oferecendo um panorama sistematizado das evidências disponíveis na literatura nacional e internacional.

A revisão integrativa teve como objetivo identificar, na produção científica, os cuidados de enfermagem que vêm sendo regularmente omitidos em unidades hospitalares, bem como as razões associadas a essa omissão, considerando suas implicações para a qualidade da assistência e para a segurança do paciente. O estudo foi publicado no periódico *Research, Society and Development* (ISSN 2525-3409)¹ (Anexos G), sob o título “*Evidências de omissões de cuidados de enfermagem e suas razões: revisão integrativa*” (Araújo; Rodrigues; Santos, 2022). O texto integral referente ao artigo está disponível no Anexo H.

A opção por incorporar os resultados da revisão integrativa na tese justifica-se pelo fato de que o estudo foi concebido como parte constitutiva do percurso investigativo, não se tratando, portanto, de uma produção alheia ou desvinculada do projeto maior da pesquisa. Nesse sentido, os achados da revisão são aqui apresentados de forma articulada ao escopo da tese, preservando seu conteúdo analítico, mas reorganizados em quadro e discursivamente para favorecer a coerência interna do trabalho.

O Quadro 2 apresenta o detalhamento da revisão integrativa, documentada em um artigo intitulado “*Evidências de omissões de cuidados de enfermagem e suas razões: revisão integrativa*” (Araújo; Rodrigues; Santos, 2022), contendo as características dos estudos selecionados quanto à autoria, ano de publicação, título, local de realização do estudo e periódico de publicação.

¹ Os direitos autorais do manuscrito foram transferidos à revista de forma eletrônica.

Quadro 2 – Características dos estudos selecionados na revisão integrativa, conforme artigo “Evidências de omissões de cuidados de enfermagem e suas razões”

Nº	Autor principal (Ano)	Título	Local do estudo	Periódico
01	Kalisch <i>et al.</i> (2011)	Hospital variation in missed nursing care	Estados Unidos	Am. J. Med. Qual.
02	Friese <i>et al.</i> (2013)	Patterns and correlates of missed nursing care in in patient oncology units	Estados Unidos	Cancer Nurs.
03	Maloney <i>et al.</i> (2015)	Is Nursing Care Missed? A Comparative Study of Three North Carolina Hospitals	Estados Unidos	Medsurg Nurs.
04	Papastavrou <i>et al.</i> (2016)	To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing	República do Chipre	Eur. J. Oncol. Nurs.
05	Bragadóttir <i>et al.</i> (2017)	Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals	Islândia	J. Clin. Nurs.
06	Harvey <i>et al.</i> (2018)	Understanding how nurses ration care	Nova Zelândia	J. Health Organ. Manag.
07	Blackman <i>et al.</i> (2018)	Modeling Missed Care: Implications for Evidence-Based Practice	Austrália	Worldviews Evid. Based Nurs.
08	Albsoul <i>et al.</i> (2019)	Factors influencing missed nursing care in public hospitals in Australia: An exploratory mixed methods study	Austrália	Int. J. Health Plann. Manage.
09	Rabin <i>et al.</i> (2019)	Application of the MISSCARE scale in an Oncology Service: a contribution to patient safety	Brasil	Rev. Esc. Enf. USP
10	Haftu <i>et al.</i> (2019)	Commonly missed nursing cares in the obstetrics and gynecologic wards of Tigray general hospitals; Northern Ethiopia	Etiópia	PLoS ONE
11	Lima <i>et al.</i> (2020)	Omissão do cuidado de enfermagem em unidades de internação	Brasil	Rev. Latino-Am. Enfermagem
12	Du <i>et al.</i> (2020)	A cross-sectional observational study of missed nursing care in hospitals in China	China	J. Nurs. Manag.
13	Al-Faouri <i>et al.</i> (2020)	Missed nursing care, staff in glevels, job satisfaction, and intent to leave among Jordanian nurses	Jordânia	Nursing Forum
14	Chegini <i>et al.</i> (2020)	Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey	Irânia	J. Nurs. Manag.
15	Silva <i>et al.</i> (2020)	Omission of nursing care, professional practice environment and work load in intensive care units	Brasil	J. Nurs. Manag.
16	Eskin <i>et al.</i> (2020)	A cross-sectional study of the determinants of missed nursing care in the private sector: Hospital/unit/staff characteristics, professional quality of life and work alienation	Túrcia	J. Nurs. Manag.
17	Silva <i>et al.</i> (2021)	Patient safety culture, missed Nursing care and its reasons in Obstetrics	Brasil	Rev. Latino-Am. Enfermagem
18	Joseph <i>et al.</i> (2022)	Mental health nurses perceptions of missed nursing care in acute patient units: a multi-method approach	Austrália	Int. J. Ment. Health Nurs.
19	Eskici e Baykal (2022)	Frequency, reasons, correlates and predictors of missed nursing care in Turkey: a multi-hospital cross-sectional study	Túrcia	Int. J. Nurs. Pract.
20	Falk <i>et al.</i> (2022)	Missed nursing care in the critical care unit, before and during the COVID-19 pandemic: a comparative cross-sectional study	Suécia	Intensive Crit Care Nurs.

Fonte: Araújo, Rodrigues e Santos (2022).

6.1.1 Cuidados de enfermagem regularmente omitidos

No que se refere aos cuidados de enfermagem regularmente omitidos, os estudos analisados na revisão integrativa evidenciam que tais omissões incidem, de modo recorrente, sobre práticas diretamente relacionadas ao cuidado cotidiano ao paciente, especialmente aquelas que exigem maior tempo de execução, continuidade assistencial ou envolvimento relacional por parte da equipe de enfermagem. Observa-se que os cuidados mais frequentemente mencionados como omitidos dizem respeito a ações fundamentais para a prevenção de agravos e para a manutenção do conforto e da segurança do paciente, tais como a deambulação conforme prescrição ou necessidade clínica, a mudança de decúbito em intervalos regulares, a administração de medicamentos dentro do tempo preconizado e o auxílio à alimentação em condições adequadas, incluindo a oferta do alimento ainda em temperatura apropriada.

Esses cuidados, embora reconhecidos como essenciais à qualidade da assistência, tendem a ser postergados ou suprimidos no cotidiano hospitalar, sobretudo em contextos marcados por elevada demanda assistencial e por restrições de recursos humanos. A literatura analisada indica que tais omissões não ocorrem de forma aleatória, mas se concentram em atividades que, embora clinicamente relevantes, são frequentemente percebidas como passíveis de adiamento diante da necessidade de priorização de tarefas consideradas mais urgentes ou imediatas.

Além dos cuidados diretamente vinculados ao manejo físico do paciente, os estudos apontam omissões expressivas em ações relacionadas ao planejamento da assistência e à dimensão educativa e comunicacional do cuidado de enfermagem. Nesse âmbito, destacam-se a participação em conferências interdisciplinares, o ensino do paciente acerca de seu estado de saúde, bem como a orientação a familiares e acompanhantes, especialmente no que tange ao acompanhamento do tratamento, às rotinas de cuidado e às medidas de segurança. Tais atividades, embora fundamentais para a integralidade da assistência e para o fortalecimento do vínculo entre equipe, paciente e família, figuram entre aquelas mais frequentemente preteridas no processo de trabalho da enfermagem.

Os achados da revisão integrativa revelam, ainda, que a omissão desses cuidados compromete dimensões centrais da prática profissional, na medida em que envolve não apenas a execução de procedimentos técnicos, mas também ações voltadas à educação em saúde, à comunicação efetiva e à coordenação do cuidado. Dessa forma, a omissão do cuidado de enfermagem manifesta-se como um fenômeno que atravessa diferentes esferas da assistência,

afetando tanto o cuidado direto quanto as atividades de suporte, planejamento e articulação interdisciplinar.

Em síntese, os estudos analisados indicam que os cuidados regularmente omitidos não se restringem a tarefas pontuais ou secundárias, mas dizem respeito a ações estruturantes do processo de cuidado em enfermagem. A recorrência dessas omissões evidencia fragilidades na organização do trabalho e sinaliza a necessidade de compreender o fenômeno para além do desempenho individual, situando-o no contexto mais amplo das condições de trabalho, das prioridades assistenciais e das dinâmicas institucionais que moldam a prática cotidiana da enfermagem.

6.1.2 Razões associadas à omissão dos cuidados de enfermagem

Nesse contexto, os estudos analisados indicam que a dinâmica do trabalho hospitalar, marcada por admissões e altas frequentes, situações de urgência e imprevisibilidade do cuidado, favorece a necessidade constante de priorização de tarefas, o que contribui para o atraso, a abreviação ou a omissão de determinadas atividades de enfermagem. As interrupções frequentes no fluxo de trabalho e a realização simultânea de múltiplas tarefas emergem como elementos centrais na explicação do fenômeno, uma vez que fragmentam o processo de cuidado e dificultam a execução contínua e sistemática das ações planejadas.

Além dos fatores diretamente relacionados à carga de trabalho, os estudos ressaltam a importância das condições do ambiente de prática profissional como determinantes da omissão do cuidado. A insuficiência ou inadequação de recursos materiais, aliada a problemas de comunicação entre os membros da equipe, fragilidades no trabalho em equipe e à percepção limitada de apoio institucional e gerencial, aparece de forma consistente como fator associado à ocorrência de omissões. Tais condições interferem na organização do processo de trabalho, ampliando a sensação de sobrecarga e restringindo a autonomia dos profissionais na tomada de decisão clínica.

Os achados também evidenciam que as razões para a omissão dos cuidados não se restringem a aspectos objetivos do trabalho, mas incluem dimensões relacionadas à experiência subjetiva dos profissionais de enfermagem, como a insatisfação no trabalho, o desgaste físico e emocional e a percepção de descompasso entre as exigências do serviço e os recursos disponíveis para sua execução. Esses elementos contribuem para um ambiente de trabalho marcado por tensão e exaustão, no qual a omissão do cuidado se apresenta, muitas vezes, como resultado de estratégias adaptativas diante das limitações impostas pelo contexto institucional.

Os estudos analisados na presente pesquisa indicam que a omissão dos cuidados de enfermagem é produzida por um conjunto articulado de fatores que transcendem a esfera individual do profissional, estando profundamente ancorados nas condições organizacionais, estruturais e relacionais do trabalho em saúde. Essa compreensão reforça a necessidade de abordagens que considerem o fenômeno de forma sistêmica, reconhecendo que a omissão do cuidado constitui um indicador sensível das fragilidades do ambiente de prática e da organização dos serviços de saúde.

6.1.3 Implicações da omissão dos cuidados para a qualidade da assistência

Os resultados da revisão integrativa evidenciam que a omissão dos cuidados de enfermagem está diretamente associada a implicações negativas para a qualidade da assistência, afetando de maneira articulada pacientes, profissionais e instituições de saúde. No que concerne aos pacientes, os estudos analisados apontam que a omissão de cuidados fundamentais contribui para o aumento da ocorrência de lesões por pressão, quedas, erros de medicação e infecções, configurando um cenário de maior exposição a eventos adversos e comprometimento da segurança do cuidado prestado. Esses desfechos refletem não apenas falhas pontuais na assistência, mas a fragilização de práticas sistemáticas voltadas à prevenção de agravos e à manutenção da integridade física e clínica do paciente.

Além dos impactos diretos sobre a segurança do paciente, a literatura evidencia que a omissão dos cuidados de enfermagem está associada ao prolongamento do tempo de internação hospitalar, à elevação das taxas de readmissão e à necessidade de intervenções adicionais para reparação de danos decorrentes de cuidados não realizados ou realizados de forma incompleta. Tais consequências repercutem de maneira significativa nos custos institucionais, ampliando os gastos com assistência e evidenciando a relação entre a qualidade do cuidado de enfermagem e a sustentabilidade dos serviços de saúde.

Do ponto de vista institucional, os estudos analisados indicam que a omissão do cuidado compromete os processos de gerenciamento de risco e fragiliza a construção de uma cultura de segurança do paciente, na medida em que sinaliza falhas persistentes na organização do trabalho e na alocação de recursos. Nesse sentido, a omissão dos cuidados de enfermagem emerge como um indicador sensível das vulnerabilidades dos sistemas de saúde, funcionando como um alerta precoce para contextos nos quais as condições de trabalho e a estrutura organizacional não favorecem a prestação de um cuidado seguro e de qualidade.

No âmbito da equipe de enfermagem, a literatura aponta que a recorrência de omissões está associada a impactos negativos sobre a experiência profissional, incluindo o aumento do absenteísmo, o desgaste físico e emocional e a ocorrência da síndrome de *burnout*. Esses fatores afetam diretamente a satisfação no trabalho, a permanência dos profissionais nos serviços e a capacidade da equipe de manter padrões elevados de cuidado ao longo do tempo. Assim, estabelece-se um ciclo no qual condições adversas de trabalho favorecem a omissão do cuidado, e esta, por sua vez, intensifica o adoecimento e a insatisfação profissional.

Os estudos analisados na presente pesquisa indicam que a omissão dos cuidados de enfermagem constitui um fenômeno com repercussões amplas e inter-relacionadas, que ultrapassam a dimensão técnica da assistência e alcançam aspectos organizacionais, econômicos e humanos dos serviços de saúde. A compreensão dessas implicações reforça a necessidade de situar a omissão do cuidado como um problema central para a qualidade da assistência, cuja superação demanda intervenções institucionais voltadas à melhoria das condições de trabalho, ao fortalecimento da cultura de segurança e à valorização do papel da enfermagem no cuidado em saúde

6.1.4 Considerações finais da revisão integrativa

A revisão integrativa analisada neste estudo evidencia que a omissão dos cuidados de enfermagem constitui um fenômeno relevante, recorrente e multifatorial, presente em diferentes contextos hospitalares e sistemas de saúde. Os cuidados omitidos abrangem tanto práticas diretamente relacionadas ao cuidado físico quanto ações educativas, comunicacionais e de planejamento da assistência, fundamentais para a integralidade do cuidado.

As razões associadas à omissão do cuidado revelam-se complexas e fortemente vinculadas às condições estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho em enfermagem, indicando que a responsabilização individual dos profissionais é insuficiente para compreender a magnitude do fenômeno. Ao contrário, os achados apontam para a necessidade de intervenções institucionais que considerem o dimensionamento adequado de pessoal, a melhoria das condições de trabalho, o fortalecimento do trabalho em equipe e o suporte gerencial.

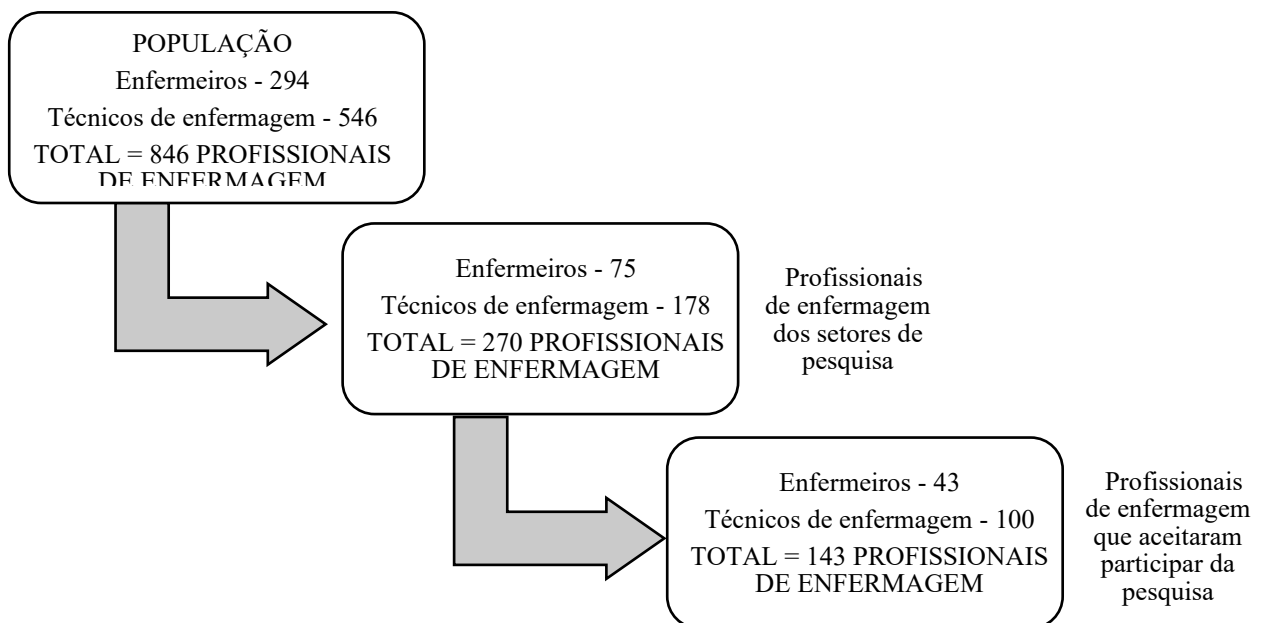
Ao sistematizar as evidências disponíveis na literatura científica, esta revisão integrativa oferece subsídios relevantes para a análise crítica do fenômeno da omissão dos cuidados de enfermagem na presente pesquisa, contribuindo para situar o tema no âmbito mais amplo da qualidade da assistência e da segurança do paciente. Os resultados apontam para a necessidade de abordagens institucionais que considerem a melhoria das condições de trabalho, o fortalecimento

do trabalho em equipe, o suporte gerencial e o dimensionamento adequado de recursos como elementos centrais para a redução das omissões e para a qualificação do cuidado em enfermagem.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO QUANTITATIVO

Participaram do estudo 143 profissionais de enfermagem, resultando em uma taxa de resposta de 100% aos instrumentos aplicados. Dentre eles, 98 (68,5%) atuavam nas unidades de clínica pediátrica, médica e cirúrgica, enquanto 45 (31,5%) trabalhavam na UTI. O fluxograma detalhado da seleção dos participantes encontra-se apresentado na Figura 6.

Figura 6 – Fluxograma de seleção dos participantes do estudo



Fonte: elaborada pela autora, Brasil, 2025.

Entre os profissionais de enfermagem que participaram do estudo, 117 (81,8%) declararam pertencer ao sexo feminino. A idade média dos respondentes foi de 38 anos (DP = 8), com mediana de 40 anos, variando de 25 a mais de 45 anos. No que se refere ao cargo exercido nas unidades, 100 participantes (69,9%) eram técnicos de enfermagem, enquanto 43 (30,1%) ocupavam o cargo de enfermeiro assistencial.

Com relação à formação dos profissionais, 72 (50,3%) informaram possuir pós-graduação, sendo a especialização na área de enfermagem a formação mais elevada mais frequentemente relatada (n = 44; 30,8%). No que se refere ao turno de trabalho, a maioria dos participantes (n = 81; 56,6%) atuava no turno diurno. Esses dados estão detalhadamente apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo sexo, idade, cargo no trabalho, nível educacional mais elevado, formação acadêmica e período de trabalho (n = 143)

Variáveis	n.	%
Sexo		
Feminino	117	81,8
Masculino	26	18,2
Idade		
25 a 35 anos	53	37,1
36 a 45 anos	57	39,9
Mais de 45 anos	33	23,0
Cargo/função no trabalho		
Enfermeiro	43	30,1
Técnico de enfermagem	100	69,9
Qual é a sua formação educacional mais elevada		
Técnico em enfermagem	40	27,9
Enfermeiro	32	22,4
Ensino superior fora da área	16	11,2
Especialização na área de enfermagem	44	30,8
Especialização fora da área	5	3,5
Mestrado/doutorado em enfermagem	5	3,5
Mestrado/doutorado fora da área	1	0,7
Período de trabalho (marque a que MELHOR descreve seu período de trabalho)		
Diurno	81	56,6
Noturno	51	35,7
Rodízio	11	7,7
Horas trabalhadas por semana		
Até 30 horas	16	11,2
De 31 a 45 horas	125	87,4
Acima de 45 horas	2	1,4

Fonte: elaborada pela autora, Brasil, 2025.

Conforme apresentado na Tabela 3, a seguir, no que se refere ao nível de satisfação dos profissionais de enfermagem, observa-se que a maioria dos participantes relatou estar satisfeita com seu cargo, com a profissão e com o trabalho em equipe.

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo satisfação com o cargo, a profissão e o trabalho em equipe (n = 143)

Variáveis	n.	%
Satisfação com o cargo		
Satisfeito	71	49,7
Muito satisfeito	21	14,7
Nem satisfeito e nem insatisfeito	33	23,0
Insatisfeito	12	8,4
Muito insatisfeito	6	4,2
Satisfação com a profissão		
Satisfeito	71	49,7
Muito satisfeito	30	21,0
Nem satisfeito e nem insatisfeito	27	18,8
Insatisfeito	12	8,4
Muito insatisfeito	3	2,1

(Continua)

(Continuação)

Variáveis	n.	%
Satisfação com o trabalho em equipe		
Satisfeito	73	51,0
Nem satisfeito e nem insatisfeito	31	21,7
Insatisfeito	21	14,7
Muito satisfeito	14	9,8
Muito insatisfeito	4	2,8

Fonte: elaborada pela autora, Brasil, 2025.

6.3 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMITIDOS

A frequência das respostas dos participantes sobre a omissão de cuidados de enfermagem, referentes aos 28 itens da Parte A do instrumento MISSCARE-BRASIL, possibilitou a identificação dos cuidados mais frequentemente omitidos nas unidades analisadas. Foram considerados cuidados omitidos aqueles classificados como “nunca realizado”, “raramente realizado” ou “ocasionalmente realizado”. Já os classificados como “frequentemente realizado” ou “sempre realizado” foram considerados cuidados não omitidos. Para efeito de análise, consideraram-se predominantemente omitidos os cuidados cuja frequência de omissão superou 50%, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das frequências absoluta e percentual dos cuidados de enfermagem não realizados (n = 143)

Variáveis	Nunca n (%)	Raramente n (%)	Ocasionalmente n (%)
Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito	24 (16,8)	36 (25,2)	30 (21,0)
Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer	27 (18,9)	37 (25,9)	15 (10,5)
Sentar o paciente fora do leito	9 (6,3)	39 (27,3)	18 (12,6)
Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas	6 (4,2)	18 (12,6)	32 (22,4)
Planejamento e ensino do paciente e/ou da família para a alta hospitalar	7 (4,9)	17 (11,9)	27 (18,9)
O atendimento à chamada do paciente é feito dentro de cinco minutos	3 (2,1)	12 (8,4)	35 (24,5)
Higiene bucal	2 (1,4)	19 (13,3)	26 (18,2)
Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação	3 (2,1)	16 (11,2)	26 (18,2)
Apoio emocional ao paciente e/ou à família	3 (2,1)	17 (11,9)	25 (17,5)
As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em 15 minutos	2 (1,4)	9 (6,3)	25 (17,5)
Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários	-	11 (7,7)	25 (17,5)
Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados	3 (2,1)	12 (8,4)	20 (14,0)
Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente	3 (2,1)	7 (4,9)	23 (16,1)
Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito	1 (0,7)	7 (4,9)	23 (16,1)

(Continuação)	(Continua)		
Variáveis	Nunca n (%)	Raramente n (%)	Ocasionalmente n (%)
Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos	4 (2,8)	16 (11,2)	9 (6,3)
Aspiração de vias aéreas	1 (0,7)	14 (9,8)	11 (7,7)
Cuidados com lesões de pele/feridas	1 (0,7)	5 (3,5)	17 (11,9)
Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda	-	7 (4,9)	12 (8,4)
Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados	2 (1,4)	8 (5,6)	9 (6,3)
Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário	-	4 (2,8)	13 (9,1)
Cuidados com acesso venoso infusão, de acordo com as normas da instituição	-	2 (1,4)	14 (9,8)
Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda	-	4 (2,8)	10 (7,0)
Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele	-	5 (3,5)	9 (6,3)
Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito	-	2 (1,4)	6 (4,2)
Monitorar a glicemia capilar (glicosimetria/dextro conforme prescrito)	-	-	7 (4,9)
Higienização das suas mãos	-	2 (1,4)	3 (2,1)

Fonte: elaborada pela autora, Brasil, 2025.

Na percepção dos respondentes, de modo geral, os cuidados mais frequentemente omitidos foram a deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito (n = 90; 63,0%) e a participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, quando ocorrida (n = 79; 55,3%). Por outro lado, a higienização das próprias mãos destacou-se como o cuidado menos omitido, com 96,5% das respostas indicando que este sempre é realizado.

Entre os cuidados classificados como “nunca realizados”, destacaram-se a participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, quando ocorrida (n = 27; 18,9%) e a deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito (n = 24; 16,8%). Quanto aos cuidados “raramente realizados”, os mais citados foram: sentar o paciente fora do leito (n = 39; 27,3%), participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, quando ocorrida (n = 37; 25,9%) e a deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito (n = 36; 25,2%).

Na categoria “ocasionalmente realizados”, os cuidados com maiores frequências foram: atendimento à chamada do paciente dentro de cinco minutos (n = 35; 24,5%), mudança de decúbito a cada duas horas (n = 32; 22,4%) e deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito (n = 30; 21,0%).

Na Figura 7, apresenta-se a distribuição da frequência absoluta dos cuidados de enfermagem não realizados, segundo a percepção dos profissionais de enfermagem das unidades investigadas no hospital.

Figura 7 – Distribuição dos cuidados de enfermagem não realizados, na percepção dos profissionais de enfermagem nas unidades investigadas



Fonte: elaborada pela autora, Brasil, 2025.

6.4 RAZÕES PARA OMISSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A distribuição das frequências referentes às razões para a omissão dos cuidados de enfermagem está apresentada na Tabela 5, tendo sido consideradas aquelas classificadas como “razão significativa” e “razão moderada”.

Tabela 5 – Distribuição das frequências absoluta e percentual das razões para a não realização dos cuidados de enfermagem (n = 143)

Variáveis	Nunca n (%)	Raramente n (%)
Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário.	70 (49,0)	47 (32,9)
Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex.: número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros).	75 (52,4)	42 (29,4)
Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário.	69 (48,3)	45 (31,5)
Número inadequado de pessoal.	75 (52,4)	38 (26,6)
Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário.	67 (46,9)	43 (30,1)
Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade.	65 (45,5)	42 (29,4)
A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada.	52 (36,4)	51 (35,7)
Outros profissionais da equipe não fornecem a assistência no momento necessário (ex.: fisioterapeuta não auxiliou na deambulação do paciente).	54 (37,8)	48 (33,6)
Situações de urgência dos pacientes (ex.: a piora da condição de um paciente).	62 (43,4)	39 (27,3)
Tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio.	47 (32,9)	49 (34,3)
Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional).	50 (35,0)	45 (31,5)
Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional.	27 (18,9)	39 (27,3)
Grande quantidade de admissões e altas.	53(37,1)	39 (27,3)
Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM.	42 (29,4)	35 (24,5)
O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada.	52 (36,4)	37 (25,9)
Falta de motivação para o trabalho (devido ao baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional).	47 (32,9)	40 (28,0)
Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados.	40 (28,0)	45 (31,5)
A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada.	40 (28,0)	43 (30,1)
Os membros da equipe não se ajudam entre si.	38 (26,6)	43 (30,1)
O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição.	47 (32,9)	32 (22,4)
O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade).	49 (34,3)	29 (20,3)
A planta física da unidade/setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes.	44 (30,8)	33 (23,1)
Tensão/conflito ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA.	46 (32,2)	44 (30,8)
O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego.	44 (30,8)	30 (21,0)
Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde (o que impede que desempenhem as funções para as quais foram contratados).	46 (32,2)	47 (32,9)

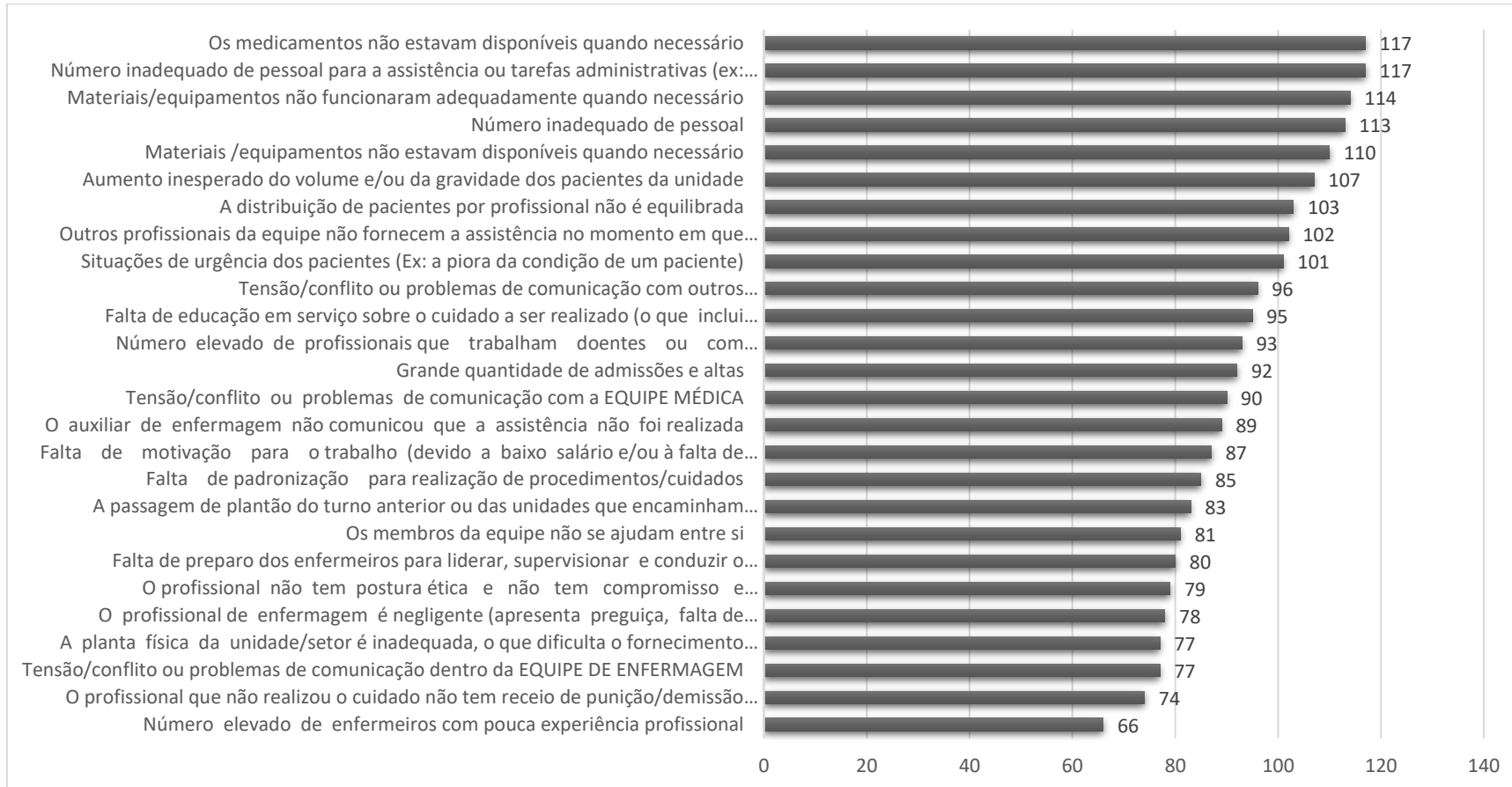
Fonte: elaborada pela autora, Brasil, 2025.

Entre as razões assinaladas pelos profissionais, destacaram-se como “razão significativa” e “razão moderada” o número inadequado de pessoal (n = 113; 79,0%), os materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário (n = 114; 79,8%), os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário (n = 117; 81,9%) e o número inadequado de pessoal para a assistência ou para a realização de tarefas administrativas (n = 117; 81,9%).

Destaca-se que o número inadequado de pessoal para a assistência ou para tarefas administrativas surge com elevada frequência, tanto como “razão significativa” quanto como “razão moderada”.

A distribuição da frequência das razões para a não realização dos cuidados de enfermagem, segundo a percepção dos profissionais de enfermagem das unidades investigadas, no hospital é apresentada na Figura 8.

Figura 8 – Distribuição das razões para os cuidados de enfermagem não realizados, na percepção dos profissionais de enfermagem das unidades assistenciais, no hospital investigado (n = 143)



Fonte: elaborada pela autora, Brasil, 2025.

6.5 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A avaliação do APE encontra-se detalhada na análise descritiva e comparativa das subescalas da escala PES-NWI, apresentada na Tabela 6. As médias obtidas nos diferentes domínios indicam uma avaliação globalmente favorável do ambiente de prática, conforme o ponto de corte estabelecido ($\geq 2,5$).

Tabela 6 – Análise descritiva das subescalas do questionário PES-NWI aplicado aos profissionais de enfermagem (n = 143)

Subescalas	Média	Mediana	DP±
Relações colegiais entre enfermeiros e médicos	2,95	3,00	0,76
Fundamentos de enfermagem para a qualidade do cuidado	2,86	2,90	0,59
Habilidade, liderança e suporte de gestores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem	2,79	2,80	0,73
Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares	2,71	2,78	0,65
Adequação da equipe e de recursos	2,53	2,50	0,83

Fonte: elaborada pela autora, Brasil, 2025.

Dentre os domínios avaliados, “relações colegiais entre médicos e enfermeiros” apresentou o maior escore médio na amostra total, com 2,95 (DP = 0,76), destacando-se como o aspecto mais bem avaliado pelos profissionais.

6.6 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE O CLIMA DE SEGURANÇA

A percepção do clima de segurança entre os profissionais de enfermagem apresentou variações de acordo com a categoria profissional, conforme apresentado na Tabela 7.

Tabela 7 – Análise descritiva das subescalas do questionário SAQ aplicado aos profissionais de enfermagem (n = 143)

Subescalas	Média	Mediana	DP±	Mínimo	Máximo
Satisfação no trabalho	81,19	85,00	15,19	20,00	106,00
Percepção de estresse	76,60	81,25	25,06	0,00	100,00
Clima de trabalho em equipe	70,85	75,00	17,24	16,67	100,00
Clima de segurança	67,70	67,86	17,40	0,14	104,29
Condições de trabalho	59,97	58,33	24,48	0,00	100,00
Percepção da gerência	52,02	50,00	21,55	0,09	100,00

Fonte: elaborada pela autora, Brasil, 2025.

Na avaliação das atitudes de segurança na perspectiva dos respondentes, considerando os profissionais de enfermagem, verificou-se que apenas dois dos seis domínios avaliados atingiram médias iguais ou superiores a 75 pontos, valor considerado indicativo de clima de segurança positiva, quais sejam: satisfação no trabalho (81,19) e percepção do estresse (76,60).

O clima de segurança negativo foi evidenciado nas médias dos domínios clima de trabalho em equipe (70,85), clima de segurança (67,70), condições de trabalho (59,97) e percepção da gerência da unidade (52,02), com escores abaixo do ponto de corte estabelecido (< 75).

Destaca-se que o domínio com menor escore médio foi o de percepção da gerência (52,02), indicando baixa visibilidade e efetividade percebida das ações de liderança, bem como um possível distanciamento entre os profissionais de enfermagem e a gestão das unidades.

6.7 COMPARAÇÃO ENTRE OS CARGOS DE ENFERMAGEM QUANTO À PERCEPÇÃO SOBRE A OMISSÃO DO CUIDADO E SUAS RAZÕES, O AMBIENTE DE PRÁTICA E O CLIMA DE SEGURANÇA

Os resultados deste estudo indicam que, de modo geral, enfermeiros e técnicos de enfermagem apresentam percepções semelhantes em relação às dimensões do MISSCARE-BRASIL e às subescalas do PES-NWI. Contudo, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em um dos domínios avaliados pelo SAQ, especificamente em “Condições de Trabalho” ($p = 0,01$), dimensão percebida de forma mais positiva pelos técnicos de enfermagem em comparação aos enfermeiros (Tabela 8).

Tabela 8 – Análise comparativa das subescalas dos instrumentos MISSCARE-BRASIL, PES-NWI e SAQ entre categorias profissionais ($n = 143$)

	Enfermeiro N = 43 ¹	Técnico de enfermagem N = 100 ¹	Valor p^2
DIMENSÕES MISSCARE			
Recursos materiais	3,01 ± 0,75	3,06 ± 0,76	0,66
Recursos laborais	2,88 ± 0,68	2,96 ± 0,75	0,33
Comunicação	2,82 ± 0,80	2,76 ± 0,80	0,82
Estilo de gestão	2,81 ± 0,86	2,72 ± 0,91	0,72
Dimensão ética	2,71 ± 0,94	2,57 ± 1,10	0,60

(Continua)

(Continuação)

	Enfermeiro N = 43 ¹	Técnico de enfermagem N = 100 ¹	Valor <i>p</i> ²
SUBESCALAS PES-NWI			
Relações entre enfermeiros e médicos	2,97 ± 0,64	2,95 ± 0,73	0,71
Fundamentos de enfermagem para a qualidade do cuidado	2,74 ± 0,64	2,91 ± 0,57	0,15
Habilidade, liderança e suporte de gestores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem	2,73 ± 0,86	2,81 ± 0,67	0,78
Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalar	2,57 ± 0,74	2,77 ± 0,60	0,10
Adequação da equipe e de recursos	2,51 ± 0,82	2,54 ± 0,84	0,80
		(2.50)	
SUBESCALAS SAQ			
Satisfação do trabalho	79 ± 15	82 ± 15	0,20
Percepção de estresse	78 ± 28	76 ± 24	0,14
Clima de trabalho em equipe	66 ± 18	73 ± 17	0,05
Clima de segurança	63 ± 21	70 ± 15	0,15
Percepção da gerência da unidade	54 ± 25	57 ± 25	0,51
Condições de trabalho	52 ± 21	63 ± 25	0,01
Percepção da gerência do hospital	46 ± 24	50 ± 26	0,43

Fonte: elaborada pela autora, Brasil, 2025.

Legenda: ¹Média ± Desvio Padrão. ²Teste de soma de postos de Wilcoxon.

Na análise comparativa, observou-se que tanto enfermeiros quanto técnicos de enfermagem atribuíram escores superiores a 2,5 em todas as subescalas, o que caracteriza um ambiente positivo e propício ao exercício da prática profissional de enfermagem.

6.8 CORRELAÇÕES ENTRE OMISSÃO DO CUIDADO, CONDIÇÕES DO AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM E PERCEPÇÕES DO CLIMA DE SEGURANÇA

Os coeficientes de correlação entre as subescalas dos instrumentos MISSCARE-BRASIL, PES-NWI e SAQ são apresentados na Tabela 9. Observou-se que as subescalas do MISSCARE-BRASIL apresentaram correlações fortes entre si, segundo a percepção dos respondentes. Esses achados indicam elevada consistência interna entre os domínios que compõem o constructo do instrumento.

Tabela 9 – Coeficientes de correlação entre as subescalas dos instrumentos MISSCARE-BRASIL, PES-NWI e SAQ (n = 143)

	MISS 1	MISS 2	MISS 3	MISS 4	MISS 5	PES 1	PES 2	PES 3	PES 4	PES 5	SAQ 1	SAQ 2	SAQ 3	SAQ 4	SAQ 5	SAQ 6
MISS 2	0,70															
MISS 3	0,73	0,64														
MISS 4	0,78	0,56	0,59													
MISS 5	0,76	0,65	0,70	0,72												
PES 1	-0,14	-0,15	-0,14	-0,11	-0,16											
PES 2	-0,19	-0,16	-0,18	-0,10	-0,14	0,81										
PES 3	-0,08	-0,11	-0,06	0,01	-0,09	0,80	0,70									
PES 4	-0,23	-0,21	-0,28	-0,13	-0,20	0,71	0,69	0,60								
PES 5	-0,22	-0,2	-0,22	-0,13	-0,17	0,65	0,65	0,69	0,57							
SAQ 1	-0,24	-0,11	-0,19	-0,14	-0,16	0,58	0,59	0,49	0,44	0,58						
SAQ 2	-0,15	-0,11	0,12	-0,15	-0,10	0,46	0,54	0,40	0,41	0,40	0,50					
SAQ 3	-0,12	-0,18	-0,29	-0,09	-0,15	0,36	0,42	0,37	0,37	0,45	0,39	0,30				
SAQ 4	0,19	0,22	0,30	0,18	0,23	-0,01	-0,70	0,01	-0,10	-0,10	-0,09	-0,08	-0,18			
SAQ 5	-0,07	-0,04	-0,05	0,05	0,10	0,41	0,45	0,47	0,30	0,38	0,37	0,34	0,26	0,10		
SAQ 6	-0,11	-0,03	-0,1	-0,00	-0,00	0,33	0,36	0,37	0,24	0,29	0,32	0,30	0,20	0,13	0,87	
SAQ 7	-0,17	-0,13	-0,21	-0,09	-0,10	0,48	0,53	0,36	0,40	0,41	0,53	0,35	0,36	-0,07	0,51	0,51

Fonte: elaborada pela autora, Brasil, 2025.

Legenda: MISS 1 - Comunicação; MISS 2 - Recursos materiais; MISS 3 - Recursos laborais; MISS 4 - Dimensão ética; MISS 5 - Liderança; PES1 - Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares; PES2 - Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado; PES3 - Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem; PES4 - Adequação da equipe e de recursos; PES5 - Relações colegiais entre enfermeiros e médicos; SAQ1 - Clima de trabalho em equipe; SAQ2 - Clima de segurança; SAQ3 - Satisfação no trabalho; SAQ4 - Percepção de estresse; SAQ5 - Percepção da gerência da unidade; SAQ6 - Percepção da gerência do hospital; SAQ7 - Condições de trabalho. Valores entre 0,01 e 0,29 indicam correlação fraca; entre 0,30 e 0,49, correlação moderada; e valores iguais ou superiores a 0,50 indicam correlação forte.

As subescalas do PES-NWI apresentaram correlações moderadas a fortes, sendo a maior correlação entre PES1 (“*Participação dos enfermeiros nas decisões hospitalares*”) e PES2 (“*Fundamentos voltados à qualidade do cuidado*”) ($r = 0,81$). De modo semelhante, as subescalas do SAQ demonstraram consistência interna, com correlações fortes entre seus domínios.

Por outro lado, as correlações entre as subescalas do MISSCARE-BRASIL e os domínios dos instrumentos PES-NWI e SAQ foram, em sua maioria, fracas e negativas, com coeficientes variando entre $r = -0,29$ e $r = -0,06$, o que indica uma associação inversa, ainda que de baixa magnitude, entre as omissões no cuidado, suas razões e os aspectos do ambiente de trabalho e do clima de segurança.

A maior correlação entre instrumentos distintos foi observada entre o PES-NWI e o SAQ, com destaque para a associação entre o PES1 (“*Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares*”), PES2 (“*Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado*”) e PES5 (“*Relações colegiais entre enfermeiros e médicos*”) com o SAQ1 (“*Clima de trabalho em equipe*”). No entanto, identificou-se uma correlação fraca entre o SAQ4 (“*Percepção de estresse*”) e todas as subescalas do PES-NWI, indicando uma relação menos significativa entre o estresse percebido e os componentes do ambiente de prática da enfermagem.

7 DISCUSSÃO

A seguir, a discussão dos resultados é apresentada em conformidade com os objetivos específicos estabelecidos para o desenvolvimento desta pesquisa. No que se refere ao primeiro objetivo, que consiste em realizar uma revisão da literatura sobre a omissão do cuidado de enfermagem e suas razões, a discussão encontra-se contemplada em artigo científico já publicado (ver Anexo H).

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Em referência aos aspectos demográficos da amostra deste estudo, observou-se a predominância do sexo feminino, evidenciando que a feminilização da enfermagem ainda é marcante e se mantém ao longo das décadas, conforme demonstrado em outros estudos que também identificaram a maioria de participantes do sexo feminino (Al-Faouri; Obaidat; Abualrub, 2020; Fernandes *et al.*, 2021; Viana *et al.*, 2025). Com relação à idade dos participantes, verificou-se uma idade média de 40 anos (DP = 8), resultado semelhante ao de outras pesquisas que analisaram fatores relacionados à prática profissional e encontraram média etária de aproximadamente 39 anos (Oliveira *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2021). Esses achados reforçam o perfil predominante de uma força de trabalho composta majoritariamente por mulheres em idade adulta, com experiência consolidada, o que pode influenciar as percepções sobre o ambiente de trabalho e a qualidade do cuidado.

No que se refere à formação profissional, a maioria dos participantes possuía título de graduação e/ou pós-graduação, possivelmente visando à ascensão na carreira, à maior satisfação profissional e à obtenção de melhor remuneração (Fernandes *et al.*, 2021). Observou-se também a predominância do período de trabalho diurno, resultado que corrobora achados de outro estudo que utilizou o instrumento MISSCARE-BRASIL (Lima; Silva; Caliri, 2020).

Quanto à categoria profissional, evidenciou-se que a amostra da presente pesquisa foi composta majoritariamente por técnicos de enfermagem, o que está em conformidade com a análise realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) (2020), que identificou 1.510.614 técnicos de enfermagem no Brasil, totalizando 52,8% de profissionais da área no país.

Quanto às horas trabalhadas, observa-se, no Brasil, um crescimento na participação de enfermeiros entre os profissionais de saúde inseridos no mercado de trabalho, especialmente entre aqueles com carga horária semanal igual ou superior a 40 horas, quando comparados a outras categorias da área da saúde. Esse aumento também se evidencia nas diferentes regiões

do país e nos distintos tipos de serviços, tanto públicos quanto privados (Oliveira; Silva; Lima, 2018). Esses achados corroboram os resultados de um estudo internacional que também identificou carga horária semanal igual ou superior a 40 horas entre os enfermeiros participantes (Jiang *et al.*, 2019).

Entretanto, a maior proporção de enfermeiros com carga horária de trabalho semanal igual ou superior a 40 horas, inseridos em serviços de níveis federal e municipal, pode ser justificada tanto pela maior oferta de serviços de saúde em âmbito público quanto pela falta de regulamentação da jornada de trabalho em âmbito nacional (Oliveira; Silva; Lima, 2018).

Uma jornada de trabalho igual ou superior a 40 horas semanais, no Brasil, representa um desafio tanto para os enfermeiros quanto para a enfermagem como profissão. Essa realidade evidencia a necessidade de enfrentar os mecanismos do mercado de trabalho, especialmente aqueles adotados por instituições públicas e privadas que mantêm os profissionais submetidos a cargas horárias excessivas, desgastantes e, muitas vezes, pouco remuneradas (Oliveira; Silva; Lima, 2018).

O ambiente de prática profissional, aliado à carga horária de trabalho, configura-se como um fator determinante para a adequada implementação dos planos de cuidados de enfermagem. Esses elementos podem favorecer a omissão de cuidados, especialmente em contextos de sobrecarga e condições laborais desfavoráveis. Ao definir prioridades no cuidado, a equipe de enfermagem é orientada sobre quais atividades devem ser realizadas, especialmente em situações nas quais a omissão de determinados cuidados é inevitável (Silva *et al.*, 2020).

Nessa vertente, destaca-se que, quando a equipe de enfermagem possui um dimensionamento adequado, as chances de ocorrência de incidentes de segurança do paciente e de mortalidade podem ser aproximadamente 25% menores. Isso significa que os enfermeiros dispõem de mais tempo para cuidar e observar cada paciente, o que reduz o risco de eventos adversos e, conseqüentemente, contribui para a prevenção de desfechos clínicos desfavoráveis (Fagerström; Kinnunen; Saarela, 2018).

O processo de trabalho da enfermagem caracteriza-se por um ritmo laboral intenso, fragmentado e fortemente racionalizado. Além disso, observa-se o racionamento de recursos materiais e a redução do quantitativo de pessoal efetivo, fatores que contribuem para a alta rotatividade dos trabalhadores de enfermagem. Dessa forma, a escassez de recursos e a diminuição qualitativa e quantitativa de profissionais repercutem negativamente na qualidade da assistência prestada (Souza *et al.*, 2017).

Não obstante, a satisfação profissional pode influenciar diretamente a incidência da omissão de cuidados. Neste estudo, observou-se que a maioria dos enfermeiros demonstrou

satisfação com o cargo que ocupam, com a profissão e com o nível de trabalho em equipe em sua unidade. Achado semelhante foi identificado em uma pesquisa realizada em nove hospitais da República Tcheca, na qual os autores também verificaram elevados índices de satisfação profissional entre os enfermeiros (Plevová *et al.*, 2021).

Os profissionais satisfeitos ou muito satisfeitos com o seu trabalho atual, bem como aqueles nem satisfeitos/nem insatisfeitos, estão menos propensos a apresentar média ou alta intenção de deixar a unidade ou a profissão quando comparados ao grupo insatisfeito ou pouco satisfeito. A satisfação com o trabalho atual e a capacidade para o trabalho configuram-se como fatores importantes para a retenção de trabalhadores de enfermagem. Além disso, melhor capacidade para o trabalho também diminuiu a probabilidade de maior intenção de desligamento, tanto da unidade quanto da profissão (Bordignon; Monteiro, 2019).

Dessa forma, entende-se que profissionais satisfeitos e motivados propiciam um ambiente de trabalho favorável, reduzindo a ocorrência de eventos adversos, a omissão do cuidado de enfermagem e, conseqüentemente, garantindo uma assistência de qualidade ao paciente.

7.2 OMISSÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E SUAS RAZÕES

A omissão dos cuidados de enfermagem configura-se como um fenômeno silencioso e, muitas vezes, não percebido pela gestão. Torna-se, portanto, essencial reconhecê-la e promovê-la como tema de discussão, a fim de compreender sua magnitude e suas implicações. É fundamental que haja o envolvimento da liderança, juntamente com os profissionais da linha de frente do cuidado, de modo que ações de melhoria possam ser planejadas e implementadas (Lima; Silva; Caliri, 2020).

Dentre os cuidados de enfermagem omitidos, destacam-se sentar o paciente fora do leito, a participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, quando ocorrida, e a deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito; esses foram os cuidados de enfermagem percebidos pelos profissionais como os mais omitidos, achado que também se repete em estudos internacionais realizados sob a perspectiva da omissão do cuidado de enfermagem (Albsoul *et al.*, 2019; Du *et al.*, 2020; Bacaksiz *et al.*, 2020; Falk *et al.*, 2022).

Quanto ao cuidado relacionado à mobilização de pacientes hospitalizados, destaca-se que essa prática proporciona diversos benefícios físicos, como alívio da dor, redução do risco de trombose venosa profunda, diminuição da fadiga, prevenção da reincidência de pneumonia

e de episódios de delírio, além da redução do risco de infecção do trato urinário e da melhora da função física geral (Lima; Silva; Caliri, 2020).

Ainda a respeito dos elementos do cuidado omitidos, mudar o decúbito do paciente a cada duas horas foi apontado pelos respondentes como “ocasionalmente não realizado”. Em um estudo brasileiro, no que se refere às ações de enfermagem, a mudança de decúbito (aprazamento a cada duas horas) foi a mais frequentemente encontrada nas prescrições, com maior associação à ausência de lesão por pressão (LP), demonstrando que esse cuidado, quando associado à implementação de protocolos de prevenção de prevenção de LP, proporciona a melhoria da qualidade da assistência (Mendonça *et al.*, 2018).

A LP é considerada uma complicação hospitalar com elevada taxa de incidência e prevalência durante o período de internação, em decorrência da gravidade do quadro clínico do paciente hospitalizado, da dificuldade de mobilização, da limitação na implementação de medidas e estratégias de prevenção e da complexidade do tratamento. Assim, o enfermeiro deve possuir habilidades e competências para reconhecer os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da lesão, atuando de forma proativa na prevenção e no manejo adequado desses casos (Domingos *et al.*, 2022).

Com o uso do MISSCARE-BRASIL, identificou-se que intervenções referentes às avaliações clínicas contínuas, tais como a higienização das mãos e a verificação dos sinais vitais (SSVV) e da glicemia capilar, bem como os cuidados com acesso venoso e a aspiração de vias aéreas, foram atribuídas pelos profissionais como “frequentemente” e “sempre” realizadas, de forma semelhante a outros estudos que também identificaram esses cuidados como regularmente executados (Falk *et al.*, 2022; Joseph; Plummer; Cross, 2022; Silva *et al.*, 2020).

Um importante indicador de resultado do cuidado seguro é a aferição de sinais vitais, que, quando realizada com efetivo controle e respaldada por uma cultura organizacional de segurança ativa, reflete o compromisso institucional com a qualidade da assistência. Essa cultura deve estar alinhada à revisão dos processos de trabalho, à disponibilidade de materiais básicos e, principalmente, ao reconhecimento dos profissionais de saúde como agentes fundamentais na promoção da segurança do paciente (Teixeira *et al.*, 2015).

Nesse contexto, destaca-se também a relevância do conhecimento técnico da equipe de enfermagem, especialmente em procedimentos críticos, como a instalação e manutenção do acesso venoso. A capacitação adequada dos profissionais nesse aspecto contribui diretamente para a segurança do paciente, pois favorece a prevenção de complicações, a detecção precoce de problemas e o fortalecimento de práticas assistenciais seguras (Caldeira *et al.*, 2019).

Os achados do presente estudo demonstraram a “não omissão” da higienização das mãos (96,5%). Essa não omissão pode ser explicada pelo fato de a instituição hospitalar na qual o estudo foi desenvolvido adotar práticas sistemáticas de promoção da higienização das mãos, incluindo a realização de treinamentos regulares, o monitoramento por meio de indicadores de qualidade e a divulgação contínua de informações sobre o tema. Ressalta-se que, por meio de simples medidas de higienização das mãos, é possível reduzir o índice de mortalidade por infecções nosocomiais, havendo, portanto, a necessidade de desenvolvimento de estratégias de educação em serviço que garantam uma assistência segura e de qualidade, o que pode, inclusive, reduzir os custos associados ao tratamento dos quadros infecciosos (Marques *et al.*, 2021).

Para garantir a segurança do paciente, é necessário manter um alto padrão de cuidados de enfermagem. Vários fatores impactam significativamente a prestação de cuidados, incluindo os recursos do ambiente de trabalho, a coordenação de pessoal, os sistemas de trabalho e a liderança do gestor em enfermagem (Daraghme *et al.*, 2024).

Entre as razões mais frequentemente identificadas neste estudo para a omissão do cuidado, destacam-se fatores como a indisponibilidade de medicamentos quando necessários, o número inadequado de profissionais para a assistência ou para a realização de tarefas administrativas, a inadequação ou a falha de materiais/equipamentos quando necessários e o dimensionamento insuficiente de pessoal. Tais achados estão em consonância com os resultados de um estudo internacional que apontou os problemas relacionados aos recursos humanos como a principal razão para a ocorrência de omissões no cuidado, especialmente em situações de aumento repentino da carga de trabalho e de maior gravidade clínica dos pacientes, condições que favorecem a ocorrência da omissão dos cuidados (Du *et al.*, 2020).

Nesse sentido, evidencia-se que ambientes organizacionais com processos de trabalho bem estruturados e equipes dimensionadas adequadamente tendem a reduzir a incidência de cuidados omitidos, promovendo uma assistência mais segura e eficaz (Dutra; Salles; Guirardello, 2019).

Ademais, a falta de recursos humanos continua sendo apontada como uma das principais causas da perda de cuidados de enfermagem, seguida por falhas na comunicação e pela carência de recursos materiais. Diante disso, torna-se essencial que as organizações de saúde garantam um dimensionamento adequado das equipes, assegurando uma proporção equilibrada entre pacientes e profissionais de enfermagem, fator decisivo para a qualidade da assistência e para experiências hospitalares mais positivas (Al-Faouri; Obaidat; Abualrub, 2020).

Em decorrência dessa realidade, observa-se uma crescente atenção ao tema nos últimos anos, com estudos apontando que as avaliações do ambiente de prática profissional têm

evidenciado não apenas a escassez de profissionais de enfermagem, mas também o envelhecimento da força de trabalho, refletido na elevação da idade média das enfermeiras e no aumento da relação enfermeiro/paciente, elementos que impactam diretamente a segurança e continuidade do cuidado (Zeleníková *et al.*, 2020).

Os gestores de enfermagem devem proporcionar e buscar um gerenciamento adequado dos recursos humanos e materiais, com maior atenção à proporção paciente/enfermeiro, à distribuição de cuidados conforme o nível de competência dos profissionais, à carga de trabalho, às tarefas delegadas que não são de competência da enfermagem e à disponibilidade de equipe de apoio, a fim de minimizar os cuidados de enfermagem perdidos. Ademais, esses fatores, quando inadequadamente geridos, reduzem o tempo destinado à assistência e ao planejamento, o que influencia diretamente a tomada de decisão à beira leito (Möller *et al.*, 2021).

As discussões multidisciplinares propiciam melhor comunicação entre as equipes. O profissional de enfermagem, ao não participar de discussões com profissionais de outras equipes, perde oportunidades de compartilhar o conhecimento de quem acompanha o paciente 24 horas por dia, além de evidenciar sua importância para a recuperação do paciente e para a oferta de uma assistência de qualidade (Lima; Silva; Caliri, 2020).

A comunicação assume papel central na consolidação da cultura de segurança do paciente e na redução das razões associadas à omissão do cuidado, uma vez que a maior disponibilidade dos profissionais para o diálogo está relacionada à menor ocorrência de cuidados omitidos. O diálogo sistemático sobre segurança do paciente fortalece a autonomia profissional ao possibilitar a identificação precoce de riscos e a prevenção de problemas que poderiam resultar em cuidados perdidos ou realizados com atraso. Nesse contexto, a organização do trabalho em enfermagem, operacionalizada por meio do Processo de Enfermagem, exerce influência direta sobre a efetividade da comunicação e a continuidade do cuidado (Silva *et al.*, 2021).

A partir da análise desses resultados, evidencia-se a necessidade de adoção de medidas voltadas à redução da omissão de cuidados, pois, apesar de alguns desses elementos ainda serem omitidos, especialmente na instituição em que essa pesquisa foi conduzida. Nesse sentido, destaca-se o papel da gestão na promoção de ações que fortaleçam a organização do trabalho, a comunicação entre as equipes e o clima de segurança do paciente, com vistas à qualificação contínua da assistência de enfermagem. Torna-se, portanto, imprescindível um envolvimento colaborativo entre gestores e profissionais da linha de frente do cuidado, de modo que ações de

melhorias sejam planejadas e efetivamente incorporadas ao cotidiano da assistência ofertada ao usuário dos serviços de saúde.

7.3 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE O AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM

O APE refere-se às características organizacionais do trabalho que podem facilitar ou dificultar o desempenho profissional na prática de enfermagem. Estudos indicam que os profissionais que perceberam o ambiente como favorável relatam menos motivos para a falta de assistência de enfermagem, um clima de segurança positivo e maior satisfação no trabalho (Dutra; Guirardello, 2020; Lake, 2002).

No âmbito da cultura organizacional positiva, e visando ao estabelecimento de um ambiente de trabalho de enfermagem saudável, as organizações de saúde precisam, necessariamente: possuir visão e missão organizacionais claras; exercer liderança voltada à transformação e ao empoderamento, de modo que os colaboradores se sintam parte da organização; e, por fim, promover uma cultura de cuidado, estabelecendo um ambiente inovador e orientado ao cuidado nos níveis micro e macro (Wei *et al.*, 2018).

Na descrição da percepção dos profissionais sobre o ambiente no qual atuam, de modo geral, foi possível identificar que, na instituição da presente pesquisa, o ambiente foi classificado como favorável. Para a amostra analisada, constatou-se que todas as subescalas da PES-NWI apresentaram valores superiores a 2,5 pontos, indicando que os profissionais consideraram o ambiente de trabalho como favorável à prática profissional.

Quanto a “*Relações colegiais entre enfermeiros e médicos*”, os resultados da presente pesquisa apontaram essa dimensão como aquela que apresentou a melhor média entre as avaliadas, classificando-se como altamente favorável à prática profissional na instituição analisada. Esse achado é coerente com outras investigações, que também destacam a boa interação entre essas categorias como uma das práticas mais relevantes, estando diretamente associada à satisfação dos profissionais com o ambiente de trabalho (Maurício *et al.*, 2017; Paulino *et al.*, 2020; Paula; Gasparino; Bohomol, 2024).

Um estudo internacional reforça que relações colegiais entre enfermeiros e médicos são fundamentais para a promoção da segurança do paciente. Nesse sentido, a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde é crucial, pois sua ausência figura entre as principais causas de eventos adversos na assistência. Assim, incentivar uma comunicação interprofissional clara,

respeitosa e alinhada contribui significativamente para a qualidade do cuidado e para a redução de riscos à segurança do paciente (Mihdawi *et al.*, 2020).

Na análise da percepção dos profissionais sobre o ambiente de trabalho, observou-se que, no domínio “*Fundamentos de enfermagem para a qualidade do cuidado*”, o cenário institucional investigado foi classificado como favorável à prática profissional. Essa tendência é corroborada por estudos nacionais que também apontaram resultados positivos nessa dimensão, reconhecendo-a como um fator essencial para a obtenção de melhores desfechos clínicos e organizacionais (Danno; Bohomol; Gasparino, 2022; Gasparino *et al.*, 2020).

A educação permanente, nesse contexto, destaca-se como um eixo central para o aperfeiçoamento profissional contínuo, uma vez que os conhecimentos técnicos são constantemente atualizados. Assim, é fundamental que o enfermeiro atue com base na competência, assegurando uma assistência de qualidade, integral e humanizada (Silva *et al.*, 2022).

Resultados semelhantes foram identificados em uma pesquisa internacional que utilizou o instrumento PES-NWI, na qual unidades universitárias apresentaram alta pontuação média no domínio “*Fundamentos de enfermagem para a qualidade do cuidado*”. Tal resultado foi atribuído à existência de ambientes organizacionais favoráveis, que promovem a prestação de cuidados alinhados aos padrões de excelência da prática de enfermagem (Nantsupawat *et al.*, 2017).

Esses achados são consistentes com outra pesquisa realizada em hospitais da província de Sichuan, na China, na qual as unidades avaliadas também apresentaram escores positivos nesse mesmo domínio. Atribuiu-se esse resultado à influência dos programas de garantia de qualidade, aos requisitos regulatórios e aos conceitos estruturais da enfermagem nesse país (Jingxia *et al.*, 2022).

No que se refere ao domínio “*Habilidade, liderança e suporte dos gestores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem*”, os resultados indicam que os profissionais percebem possuir autonomia sobre sua prática, bem como liberdade para tomar decisões relevantes no cuidado ao paciente e na organização do trabalho. Além disso, a gerência de enfermagem é vista como um apoio efetivo, respaldando a equipe mesmo quando suas decisões divergem das de outros profissionais. Tal achado converge com os resultados de um estudo brasileiro que identificou médias superiores a 2,5 nesse mesmo domínio, reforçando a compreensão de que o hospital investigado apresenta um ambiente favorável ao desenvolvimento de competências de liderança (Paula; Gasparino; Bohomol, 2024).

Um ambiente com liderança efetiva e suporte gerencial adequado associa-se a melhores desfechos clínicos, maior satisfação profissional, retenção de pessoal e menor ocorrência de eventos adversos. Destaca-se que o gestor de saúde tem sido, cada vez mais, um profissional indispensável, com uma importância na gestão em saúde nos hospitais públicos, uma vez que ele desempenha papel central no estímulo aos demais colaboradores e no gerenciamento de ações voltadas à melhoria na qualidade do serviço prestado ao usuário de saúde (Dombroski, 2022; Wei *et al.*, 2018).

Um estudo realizado em um hospital de ensino no Brasil evidencia que a melhoria na definição das atribuições de cada cargo de enfermagem e da linha de comando nas unidades de gestão do cuidado, por meio da responsabilização na prestação de cuidados e de intervenções educacionais adequadas, pode potencializar a superação dos motivos da falta de atendimento. Tais estratégias contribuem para o aprimoramento do trabalho em equipe, da comunicação, do gerenciamento e da organização da demanda assistencial dos pacientes atendidos pela equipe de enfermagem (Moura *et al.*, 2020).

Os gestores de enfermagem desempenham um papel crucial na construção de equipes resilientes. Estratégias voltadas para o fortalecimento da resiliência dos enfermeiros não apenas fortalecem a coesão da equipe, mas também impactam positivamente os resultados dos pacientes. O apoio da liderança de enfermagem melhora a qualidade da assistência prestada e contribui para o aumento da satisfação e da retenção dos profissionais (Wei *et al.*, 2018).

Além disso, os achados desta pesquisa oferecem subsídios valiosos para a implementação de estratégias voltadas à qualificação dos ambientes de trabalho, promovendo condições que favoreçam uma prática de enfermagem mais eficiente. Evidências demonstram que ambientes favoráveis à prática profissional estão associados a melhores desfechos, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde (Azevedo Filho; Rodrigues; Cimiotti, 2018; Gasparino *et al.*, 2019).

Para alcançar tais resultados, é fundamental adotar ações como aumentar a autonomia dos enfermeiros sobre sua prática, aprimorar suas habilidades de liderança, fornecer recursos e pessoal adequados e oferecer apoio contínuo por meio de programas educacionais. Tais medidas não apenas melhoram as condições de trabalho, mas também fortalecem as competências dos enfermeiros, contribuindo diretamente para o aprimoramento da qualidade do cuidado prestado (Mudallal *et al.*, 2017).

Acerca do domínio “*Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares*”, a atuação ativa dos enfermeiros nesses espaços é essencial para a melhoria da qualidade do cuidado e para a eficácia do trabalho em equipe. Além disso, um ambiente de

trabalho no qual as relações são pautadas pela aproximação, cortesia e colaboração entre os membros da equipe multidisciplinar favorece a coesão da equipe, o que resulta em desfechos clínicos mais positivos para os pacientes (Nery *et al.*, 2022).

No entanto, ao se analisar a dimensão “*Adequação da equipe e de recursos*”, observa-se uma diferença em relação às demais dimensões avaliadas, uma vez que essa apresentou a menor média entre elas, embora ainda classificada como favorável. Esse resultado chama atenção para a relevância do dimensionamento adequado de profissionais, aspecto crucial para a organização do trabalho em enfermagem. Em situações de suficiência de recursos humanos, os enfermeiros conseguem dedicar-se mais efetivamente às atividades de cuidado direto, contribuindo de forma significativa para a qualidade e a segurança da assistência prestada (Camponogara *et al.*, 2022).

Para o alcance da segurança do paciente, é necessária uma estrutura organizacional adequada, com investimento em pessoal, equipamentos e materiais. Contudo, ressalta-se que algumas práticas, especialmente aquelas voltadas à prevenção de eventos adversos, não dependem exclusivamente de equipamentos e insumos, podendo ser desenvolvidas com excelência pela equipe profissional, mesmo em cenários de escassez de recursos (Siman *et al.*, 2019).

Adicionalmente, observa-se que, nos últimos anos, o tema tem sido cada vez mais abordado na literatura, com estudos evidenciando tendências preocupantes no ambiente de prática profissional. Dentre elas, destacam-se a crescente escassez de profissionais de enfermagem, o envelhecimento da força de trabalho, refletido na elevação da idade média das enfermeiras, e o aumento da razão enfermeiro/paciente, fatores que impactam diretamente a sustentabilidade dos cuidados de qualidade (Cassiani *et al.*, 2018; Zeleníková *et al.*, 2020).

No contexto da presente pesquisa, observa-se uma tendência que reflete o cenário global: força de trabalho de enfermagem relativamente jovem, com 33% dos profissionais tendo menos de 35 anos, enquanto 19% possuem 55 anos ou mais, o que representa uma razão de 174 enfermeiros jovens para cada 100 profissionais em idade próxima à aposentadoria. Todavia, em 20 países, predominantemente de alta renda e localizados na Região Europeia, projeta-se que, nos próximos 10 anos, o número de enfermeiros que alcançarão a aposentadoria será superior ao de profissionais em início de carreira, sinalizando potenciais desafios para a sustentabilidade e renovação da força de trabalho em enfermagem. Esse desequilíbrio representa um desafio à sustentabilidade dos sistemas de saúde, exigindo investimentos na formação de novos enfermeiros e no fortalecimento de estratégias eficazes de retenção (WHO, 2025).

Diante desse cenário, é importante destacar que, nas organizações de saúde, os recursos humanos em enfermagem ainda são frequentemente escassos, o que impõe desafios significativos à qualidade e à continuidade do cuidado. Nesse contexto, torna-se essencial que os gestores de enfermagem adotem estratégias para otimizar o uso dos recursos disponíveis, assegurando que o processo de trabalho seja eficiente e seguro. O dimensionamento inadequado de pessoal interfere diretamente nas rotinas assistenciais, comprometendo tanto a eficácia das intervenções quanto o bem-estar dos profissionais (Fagerström; Kinnunen; Saarela, 2018).

A escassez de pessoal de enfermagem tem sido amplamente associada à diminuição da qualidade dos cuidados e ao aumento das taxas de mortalidade dos pacientes. Quando o número de enfermeiros é insuficiente para atender à demanda assistencial, a capacidade de fornecer cuidados adequados e oportunos fica prejudicada, podendo resultar em complicações evitáveis e desfechos clínicos adversos (Mudallal *et al.*, 2017).

Sob a perspectiva dos recursos materiais, observa-se que a inadequada disponibilidade ou distribuição desses insumos pode levar à precarização do ambiente hospitalar, gerando repercussões significativas tanto para a organização quanto para o processo de trabalho da equipe de enfermagem. Um dos fatores que contribuem para a dinâmica eficiente do trabalho em enfermagem é justamente a adequada alocação, em termos qualitativos e quantitativos, dos recursos materiais necessários à assistência (Souza *et al.*, 2017).

Dessa forma, a análise do ambiente de prática profissional de enfermagem, no contexto hospitalar, configura-se como uma estratégia fundamental para a melhoria contínua da qualidade do cuidado, impactando diretamente a assistência prestada pelos profissionais de enfermagem e promovendo melhores desfechos clínicos e organizacionais (Ribeiro *et al.*, 2020).

Esse cenário torna-se ainda mais relevante diante dos desafios impostos pela pandemia de covid-19, período em que as instituições de saúde precisaram conciliar suas funções assistenciais, educacionais e científicas com o enfrentamento de uma crise sanitária sem precedentes. A complexidade desse momento evidenciou a importância de ambientes de prática estruturados e resilientes para sustentar a qualidade e a segurança do cuidado, mesmo em situações de extrema adversidade.

O ambiente de prática da enfermagem é composto por múltiplas dimensões que influenciam diretamente o desempenho dos profissionais e a qualidade da assistência prestada. A identificação de um ambiente favorável é essencial para garantir condições adequadas de trabalho, promovendo segurança, satisfação e eficiência no cuidado. Nesse sentido, os achados deste estudo oferecem subsídios relevantes para que os gestores compreendam melhor as

características dos ambientes institucionais em que atuam, possibilitando uma avaliação crítica dos processos assistenciais de enfermagem e a implementação de estratégias de melhoria contínua, tais como fortalecimento da comunicação entre as equipes, dimensionamento adequado de pessoal, incentivo à liderança participativa e investimento em educação permanente voltada à segurança do paciente e à qualificação do cuidado de enfermagem.

7.4 AVALIAÇÃO DO CLIMA DE SEGURANÇA NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Mensurar o clima de segurança por meio da percepção dos profissionais constitui um ponto de partida fundamental para as instituições, pois permite identificar fragilidades, direcionar intervenções e fortalecer a cultura organizacional voltada à qualidade e à segurança do paciente (Toso *et al.*, 2016).

Ao analisar o domínio “*Satisfação no trabalho*”, o qual mensura a percepção positiva dos profissionais sobre o seu ambiente de atuação, observam-se, nesta pesquisa, escores elevados, superiores a 75 pontos. Tal achado indica que, em média, os profissionais demonstram satisfação com o trabalho que desempenham, corroborando evidências de estudos que empregaram o mesmo instrumento em contextos de hospitais públicos no país. Esses resultados reforçam a compreensão de que os participantes percebem seu ambiente laboral de forma favorável (Carvalho *et al.*, 2017; Matiello *et al.*, 2016; Reis *et al.*, 2017).

A literatura destaca que a satisfação no trabalho está associada à sensação de bem-estar decorrente da afinidade com as atividades exercidas, à possibilidade de alcançar realização profissional e ao atendimento das necessidades individuais. Desse modo, o nível de satisfação tende a ser proporcional ao grau em que tais expectativas são contempladas. Ressalta-se, entretanto, que se trata de um constructo dinâmico, suscetível à influência de fatores internos e externos ao ambiente organizacional (Pimentel *et al.*, 2020).

Nesse contexto, quando a instituição oferece condições adequadas para o exercício profissional e os trabalhadores manifestam satisfação com as atividades desempenhadas, observa-se maior propensão à adoção de atitudes positivas relacionadas à segurança do paciente, contribuindo para o fortalecimento de uma cultura organizacional orientada para a qualidade e a segurança (Carvalho *et al.*, 2017).

No domínio “*Percepção do estresse*”, a média obtida foi de 76,60, dimensão avaliada de forma positiva, apresentando o segundo escore mais elevado. Esse resultado indica que a maioria dos profissionais reconhecia os aspectos estressores que influenciam na execução do

trabalho, demonstrando a capacidade de identificar situações de estresse que podiam influenciar negativamente a segurança do paciente.

Considerando que a presença de estresse associado às condições de trabalho tem afetado, de forma crescente, a saúde mental dos profissionais, favorecendo o desenvolvimento de outros agravos, torna-se imprescindível avaliar esses ambientes laborais. Tal avaliação permite identificar fatores de risco, visando à prevenção do estresse e à redução de danos à saúde dos trabalhadores (Tamborini *et al.*, 2023).

Em contrapartida aos resultados favoráveis dos domínios “*Satisfação no trabalho*” e “*Percepção do estresse*”, o escore médio dos domínios “*Condições de trabalho*” (percepção da qualidade do ambiente de trabalho), “*Clima de segurança*” (percepção dos profissionais sobre o comprometimento organizacional para a segurança do paciente) e “*Percepção da gerência da unidade e do hospital*” (busca da aprovação das ações da gerência ou administração, tanto da unidade em que o profissional atua quanto da instituição como um todo) indicaram um clima de segurança desfavorável, na percepção dos participantes.

O domínio “*Clima de trabalho em equipe*” apresentou média de 70,85, indicando uma percepção negativa por parte dos profissionais. Esses achados estão em consonância com estudo desenvolvido em um hospital de ensino de alta complexidade na região Sudeste do Brasil, no qual esse mesmo domínio alcançou média de 60,93, evidenciando o predomínio de percepções negativas entre os profissionais (Reis *et al.*, 2017).

Para estabelecer um clima de segurança eficaz dentro das organizações de saúde, é necessária uma boa comunicação entre os profissionais, além de confiança mútua, percepções compartilhadas sobre a importância da segurança e da eficácia de ações preventivas, bem como a avaliação da cultura vigente. No âmbito da enfermagem, torna-se essencial fortalecer o trabalho em equipe, aprimorando a comunicação e a colaboração entre os profissionais (Gawron; Oselame; Neves, 2016).

O envolvimento das equipes de gestão é um marco importante para disseminar o clima de segurança do paciente e, conseqüentemente, planejar, implementar e avaliar diversas ações de melhoria contínua. Além das iniciativas voltadas especificamente à segurança do paciente, é necessário que essas ações transcendam a equipe de enfermagem e se consolidem como cultura institucional orientada por boas práticas em saúde (Costa *et al.*, 2018).

No domínio “*Clima de Segurança*”, que avalia a percepção dos profissionais sobre o comprometimento institucional com a segurança do paciente, verificou-se que a média obtida também não atingiu um resultado positivo. Esse achado é semelhante ao observado em um

estudo realizado em um hospital de ensino da região Sudeste do Brasil, no qual essa dimensão igualmente apresentou percepção desfavorável, com média de 62,8 (Reis *et al.*, 2017)

O desenvolvimento de práticas seguras e a transição de uma organização de alta confiabilidade dependem de normas e diretrizes bem definidas, de ambientes com adequações nas condições operacionais e, sobretudo, da partilha de conhecimentos entre os sujeitos da instituição, pois o cotidiano organizacional, o real, é marcado pela dimensão informal, é o dinâmico, sendo determinado pelas relações sociais (Siman *et al.*, 2019).

Em relação ao domínio “*Condições de trabalho*”, último aspecto avaliado pelo SAQ, observou-se uma média de 59,97, com predomínio de percepções negativas entre os profissionais. Esse achado corrobora os resultados de um estudo conduzido em um hospital de ensino de grande porte na região Sudeste do Brasil, no qual a média registrada foi de 51,21, evidenciando também uma avaliação desfavorável das condições de trabalho (Reis *et al.*, 2017).

As “*Condições de trabalho*” estão relacionadas aos problemas associados à inadequação de recursos materiais e equipamentos, o que pode gerar riscos à prática profissional, favorecer o surgimento de conflitos éticos e comprometer a qualidade da assistência (Villagran *et al.*, 2023). Nesse sentido, a estrutura física inadequada, a insuficiência de recursos materiais, a baixa qualidade dos insumos utilizados e o quantitativo insuficiente de recursos humanos caracterizam-se como desafios a serem superados para o alcance de uma prática segura nos cuidados em saúde (Siman *et al.*, 2019).

Com a precarização de recursos vivenciada pela maioria das instituições de saúde brasileiras, reforça-se a necessidade de elaborar estratégias que promovam a qualidade de vida no trabalho e maior engajamento dos profissionais de enfermagem, como o reconhecimento e a valorização do trabalho. Esse engajamento profissional apresenta uma correlação positiva com a qualidade de vida no trabalho, o que evidencia a importância de as instituições de saúde desenvolverem estratégias de valorização dos profissionais de enfermagem, considerando os fatores que influenciam a satisfação e o envolvimento no trabalho (Carvalho *et al.*, 2023).

O domínio “*Percepção da gerência*”, considerado um fator influenciador na segurança do paciente, apresentou o menor escore entre os seis domínios avaliados. Achados semelhantes foram observados em pesquisas realizadas em outras unidades hospitalares de diferentes estados brasileiros, corroborando a tendência de baixa percepção da atuação gerencial entre os profissionais (Barbosa *et al.*, 2016; Carvalho *et al.*, 2017).

A valorização da segurança do paciente e a implantação de medidas voltadas a essa finalidade devem constituir prioridade, principalmente para aqueles que ocupam cargos estratégicos no topo do organograma institucional, bem como para todos os profissionais que

prestam assistência aos pacientes. Tais iniciativas favorecem melhores resultados nos processos de trabalho relacionados à segurança do paciente. As instituições devem, portanto, avaliar continuamente seus processos de trabalho, oportunizando a segurança do paciente por meio de boas condições estruturais de trabalho aos profissionais e conhecimento dos problemas existentes a fim de minimizá-los e evitá-los sempre que possível (Costa *et al.*, 2018).

É imprescindível estabelecer um sistema de avaliação contínua do clima de segurança no ambiente hospitalar, de modo a analisar e compreender seus determinantes como base para o fortalecimento do clima de segurança. Essa prática favorece o aumento do comprometimento dos profissionais de saúde, promovendo maior engajamento e contribuindo para a qualidade do cuidado em saúde.

7.5 AVALIAÇÃO COMPARATIVA DO AMBIENTE DE TRABALHO, DA OMISSÃO DO CUIDADO E SUAS RAZÕES, BEM COMO DO CLIMA DE SEGURANÇA ENTRE CATEGORIAS DA ENFERMAGEM

Os dados sugerem um alinhamento entre enfermeiros e técnicos de enfermagem na identificação dos principais desafios presentes no ambiente hospitalar, sobretudo no que diz respeito à comunicação, à disponibilidade de recursos materiais, à dimensão ética, ao estilo de gestão, à liderança e aos fundamentos da qualidade do cuidado. Esses achados corroboram os resultados de um estudo conduzido em um hospital universitário brasileiro, que igualmente destacou percepções convergentes entre os diferentes membros da equipe de enfermagem. Ademais, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas comparações realizadas, reforçando a homogeneidade das percepções entre os grupos profissionais analisados (Lima *et al.*, 2022).

Entretanto, divergências estatisticamente significativas foram observadas em um dos domínios avaliados pelo SAQ: condições de trabalho. Esses achados são corroborados por estudo realizado em hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, que também identificou resultados desfavoráveis nessa dimensão, com escore médio de 50,2 (DP = 28,6) (Carvalho *et al.*, 2021).

Essa diferença pode estar relacionada às distintas atribuições e responsabilidades de cada categoria profissional. Os enfermeiros, geralmente responsáveis pela coordenação das equipes, pela tomada de decisões clínicas e pela gestão de recursos, estão mais expostos a fatores estressores e à sobrecarga de trabalho, o que pode impactar negativamente sua percepção sobre o ambiente. Já os técnicos de enfermagem, apesar de atuarem diretamente no cuidado ao

paciente, apresentam menor envolvimento com processos gerenciais e administrativos, o que pode favorecer uma percepção mais positiva do clima de equipe e das condições de trabalho (Dutra; Sales; Guirardello, 2019; Bragadóttir; Kalisch, 2018).

Além disso, os dados reforçam que a percepção do clima organizacional e da segurança do paciente é construída de forma coletiva, mas pode variar conforme o grau de responsabilidade e o posicionamento hierárquico dos profissionais. Tal constatação destaca a importância de estratégias de liderança participativa e de suporte institucional, especialmente voltadas aos enfermeiros, a fim de promover maior satisfação profissional e equilíbrio nas condições de trabalho entre os diferentes membros da equipe (Dutra; Sales; Guirardello, 2019).

7.6 CORRELAÇÃO ENTRE AS SUBESCALAS MISSCARE-BRASIL, PES-NWI E SAQ

As correlações entre as subescalas do MISSCARE-BRASIL e os domínios dos instrumentos PES-NWI e SAQ foram, em sua maioria, fracas e negativas, indicando que percepções desfavoráveis dos profissionais de enfermagem em relação ao clima de segurança do paciente estão associadas a uma maior prevalência da percepção de omissão do cuidado de enfermagem. Portanto, para a melhoria da qualidade e da segurança da assistência, o clima de segurança do paciente e a omissão do cuidado devem ser abordados de forma integrada, assim como seus fatores associados (Silva *et al.*, 2024).

Um estudo em hospital público de ensino no estado de Goiás demonstra que a omissão de elementos do cuidado de enfermagem configura-se como um risco para a qualidade e a segurança da assistência de enfermagem e que, dentre as razões mais frequentes para a omissão dos cuidados, destacam-se aquelas relacionadas aos recursos humanos e aos recursos materiais. Nesse sentido, tais achados corroboram os resultados obtidos em nosso estudo, reforçando a influência dessas limitações estruturais na ocorrência de cuidados omitidos (Lima; Silva; Caliri, 2020).

Profissionais que percebem seus ambientes como favoráveis relatam menos razões para a omissão de cuidados, maior satisfação no trabalho e percepção positiva do clima de segurança. Além disso, a adoção de métodos organizacionais eficazes e a construção de uma cultura de segurança mostram-se fundamentais para a constituição de ambientes mais saudáveis e eficientes (Dutra; Guirardello, 2021; Jingxia *et al.*, 2022; Nery *et al.*, 2022; Ribeiro *et al.*, 2020).

Destaca-se a existência de uma correlação forte e positiva entre a “*Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalar*”, os “*Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado*”, as “*Relações colegiais entre enfermeiros e médicos*” e o “*Clima*

de trabalho em equipe”. Esses resultados indicam que ambientes de trabalho que promovem a autonomia profissional, o cuidado de qualidade e a colaboração interprofissional estão diretamente relacionados à percepção de um clima organizacional caracterizado por relações interpessoais eficazes e cooperativas.

No que se refere a aspectos como autonomia e relações profissionais, esses fatores exercem impactos significativos sobre a segurança do paciente. Portanto, o apoio da gestão hospitalar configura-se como um elemento essencial para o fortalecimento da segurança, do aprendizado organizacional e da melhoria contínua dos processos de cuidado (Dorigan; Guirardello, 2018; Möller *et al.*, 2021).

Diante disso, evidencia-se a necessidade de investimento em estratégias de comunicação eficazes, como reuniões regulares, que proporcionem aos membros da equipe oportunidades para interagir, reconhecer e validar decisões clínicas relacionadas ao cuidado dos pacientes. Essas práticas favorecem o fortalecimento da confiança mútua e do respeito entre os profissionais. Ademais, o compartilhamento colaborativo de informações contribui para maior clareza dos papéis profissionais e para uma melhor compreensão das contribuições individuais, promovendo um processo decisório mais integrado e centrado no paciente. Como resultado, observa-se aumento na satisfação do usuário, melhores desfechos em saúde e a consolidação de um ambiente de apoio mútuo (Johnson *et al.*, 2020).

Aspectos positivos relacionados à satisfação e à percepção dos profissionais de enfermagem sobre o ambiente de trabalho configuram-se como importantes ferramentas para subsidiar práticas gerenciais mais eficazes (Paulino *et al.*, 2020). O nível de satisfação, quando analisado em conjunto com o clima de segurança e a omissão do cuidado, revela-se um fator fundamental para o aumento do moral e do engajamento dos profissionais, além de contribuir para a redução de comportamentos de risco, eventos adversos e da própria omissão do cuidado de enfermagem, contribuindo significativamente para a melhoria do ambiente de prática e da qualidade da assistência prestada (Silva *et al.*, 2024).

Nesse cenário, cultivar uma cultura de responsabilização nos ambientes de saúde pode atuar como fator de proteção frente aos efeitos negativos da sobrecarga de trabalho, impactando positivamente tanto na qualidade do atendimento ao paciente quanto na saúde mental dos profissionais de enfermagem. Isso evidencia a importância de intervenções organizacionais voltadas à promoção da responsabilização coletiva e do comprometimento da equipe com os resultados assistenciais (Cohen; Drach-Zahavy; Srulovici, 2025).

Observou-se, ainda, uma correlação fraca entre o SAQ4 (*Percepção de estresse*) e as subescalas do PES-NWI, o que pode indicar que o estresse percebido pelos profissionais de

enfermagem não está diretamente associado às características do ambiente de prática, o qual, neste estudo, foi classificado como favorável. Essa percepção de estresse pode estar mais relacionada a fatores externos e contextuais, como os impactos da pandemia da covid-19. Tal cenário demonstra que, mesmo em ambientes organizacionais considerados positivos, os níveis de estresse podem permanecer elevados em função de condições excepcionais e desafiadoras, como as enfrentadas durante o contexto pandêmico (Luzia *et al.*, 2024).

8 CONCLUSÃO

Diante da análise dos resultados obtidos a partir da percepção dos profissionais de enfermagem participantes da pesquisa, lotados nas unidades assistenciais do hospital em tela, evidenciou-se que, apesar de o ambiente de prática ter sido avaliado como favorável, foram identificadas fragilidades significativas no clima de segurança, o qual foi classificado como negativo. Essas fragilidades estão diretamente associadas à ocorrência de omissões nos cuidados, especialmente em práticas essenciais do cuidado de enfermagem.

Essa constatação dialoga com o panorama identificado na revisão integrativa da literatura realizada, a qual mapeou, em bases de dados nacionais e internacionais, os estudos sobre a omissão do cuidado de enfermagem e suas razões no ambiente hospitalar. Constatou-se que essa temática ganhou mais evidência na última década, com o Brasil se destacando como o país com o maior número de publicações sobre o assunto. Esse cenário mostra não apenas a relevância do tema no contexto nacional, mas também aponta para a necessidade contínua de aprofundamento por meio de novas investigações, especialmente no que se refere às relações entre ambiente de trabalho, clima de segurança e qualidade assistencial.

Na análise do perfil dos profissionais de enfermagem participantes da pesquisa, 81,8% eram do sexo feminino e a média de idade foi de 38 anos. Com relação às funções exercidas, 69,9% eram técnicos de enfermagem e 30,1% eram enfermeiros assistenciais. Trata-se de um grupo experiente, com tempo médio de 12 anos de atuação na área. Além disso, destaca-se o nível de qualificação acadêmica: 50,3% dos participantes informaram ter realizado pós-graduação, predominantemente cursos de especialização na área de enfermagem. Esses dados evidenciam uma equipe de profissionais com maior escolarização, principalmente em nível de pós-graduação *lato sensu*, representando um diferencial para contribuir de maneira mais significativa para a qualidade da assistência prestada e para a implementação de práticas baseadas em evidências.

No que se refere à omissão dos cuidados na percepção dos participantes da pesquisa, os resultados revelaram que os cuidados de enfermagem mais frequentemente omitidos foram a deambulação do paciente três vezes ao dia ou conforme prescrição e a participação em discussões da equipe interdisciplinar sobre a assistência prestada, quando ocorridas. Os cuidados menos omitidos incluíram a higienização das mãos, o monitoramento da glicemia capilar, a avaliação dos sinais vitais conforme prescrição e a administração da dieta, seja por via oral ou por sonda, dentro dos horários estabelecidos.

As principais razões apontadas para a omissão dos cuidados, conforme os diferentes cargos e funções, estiveram relacionadas, sobretudo, à escassez de recursos humanos e materiais, seguidas por falhas na comunicação, pelo estilo de gerenciamento e liderança, além de aspectos éticos.

Ficou evidente que a omissão de cuidados de enfermagem permanece como uma realidade persistente, fortemente associada à estrutura organizacional das unidades investigadas. Essa constatação reforça a urgência de mudanças estruturantes capazes de promover maior segurança ao paciente. A insuficiência de recursos, a desorganização do processo de trabalho e as fragilidades no planejamento da assistência dificultam a implementação de um cuidado adequado e comprometem a qualidade do atendimento. Diante disso, torna-se imprescindível a adoção de estratégias que qualifiquem os ambientes de trabalho e fortaleçam uma prática assistencial segura, eficaz e centrada no paciente.

Nesse sentido, a avaliação do ambiente de prática profissional de enfermagem, realizada por meio da escala PES-NWI, classificou-o como favorável ao exercício da profissão. O domínio com melhor desempenho foi o das relações colaborativas entre médicos e enfermeiros na prestação da assistência, evidenciando um ambiente de trabalho pautado na cooperação interdisciplinar. Esses achados são fundamentais para que os gestores compreendam as características do ambiente institucional em que atuam, possibilitando comparações com outras realidades e incentivando a adoção de estratégias que qualifiquem a atuação da equipe de enfermagem.

Entretanto, o domínio referente à adequação da equipe e dos recursos obteve pontuação limítrofe na escala, o que sinaliza uma fragilidade que demanda maior atenção da gestão hospitalar. Essa situação pode ter sido agravada pela pandemia de covid-19, período marcado por intensas pressões sobre os sistemas de saúde. Diante disso, torna-se imprescindível a definição de ações direcionadas à melhoria das condições de trabalho, à redução da sobrecarga e do esgotamento profissional, bem como à garantia de uma assistência segura, eficaz e centrada no paciente.

Corroborando achados de estudos nacionais e internacionais, os resultados desta pesquisa apontam uma correlação positiva entre ambientes de prática favoráveis e melhores desfechos, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de enfermagem.

Na avaliação do clima de segurança no ambiente de prática, realizada por meio do instrumento SAQ, observou-se um clima predominantemente negativo em quatro dos seis domínios analisados, isto é, “clima de trabalho em equipe”, “clima de segurança”, “condições de trabalho” e “percepção da gerência”, sendo este último o mais fragilizado. Apenas os

domínios “satisfação no trabalho” e “percepção do estresse” apresentaram um clima de segurança fortalecido, refletindo a presença de atributos profissionais positivos que contribuem para a segurança do paciente, apesar das limitações estruturais.

Esses resultados evidenciam a necessidade urgente de intervenções que promovam a melhoria do ambiente de trabalho e fortaleçam o clima de segurança nas instituições. Entre as ações prioritárias, destacam-se o estímulo ao trabalho em equipe, o aprimoramento da comunicação e o fortalecimento da colaboração entre os profissionais.

Em síntese, os resultados desta pesquisa indicam que enfermeiros e técnicos de enfermagem compartilham percepções convergentes sobre aspectos estruturais do ambiente de trabalho, especialmente no que se refere à comunicação, aos recursos materiais, aos aspectos éticos, ao estilo de gestão, à liderança e aos fundamentos da qualidade do cuidado. A ausência de diferenças estatisticamente significativas reforça a coerência dessas percepções entre os grupos. No entanto, a análise dos domínios do SAQ revelou diferenças no clima de trabalho em equipe e nas condições de trabalho, evidenciando áreas importantes que demandam atenção e intervenções específicas para a promoção de um ambiente de trabalho mais seguro e colaborativo.

Verificou-se uma correlação negativa entre o ambiente de prática da enfermagem, o clima de segurança do paciente e a omissão do cuidado, indicando que percepções menos favoráveis sobre o ambiente e a segurança estão associadas a maiores níveis de omissão do cuidado de enfermagem.

Os resultados desta pesquisa são de grande importância para a enfermagem e a saúde pública, pois oferecem subsídios valiosos para o planejamento e a gestão em futuras emergências sanitárias. Ao compreender os fatores que influenciaram a percepção negativa do clima de segurança, torna-se possível aperfeiçoar estratégias de atuação e fomentar a criação de ambientes de trabalho mais seguros, colaborativos e resilientes.

É importante destacar, no entanto, as limitações deste estudo, sobretudo relacionadas ao período de coleta de dados, que ocorreu durante a pandemia de covid-19. Nesse contexto, as instituições de saúde, incluindo a investigada, enfrentaram intensos processos de reestruturação, com escassez de insumos, equipamentos, recursos humanos e materiais, fatores que possivelmente influenciaram os resultados e acentuaram fragilidades que podem não representar com exatidão a realidade em condições normais de funcionamento.

Além disso, por se tratar de uma pesquisa voltada exclusivamente à equipe de enfermagem, pode haver lacunas na avaliação do ambiente de prática da saúde como um todo, reforçando a necessidade de novos estudos com escopo mais amplo, o que contribuiria para

uma análise mais abrangente e aprofundada do tema. Ademais, por se tratar de uma amostra por conveniência, os achados devem ser interpretados com cautela, uma vez que não permitem generalizações para outras populações ou contextos assistenciais.

Considerando os achados deste estudo, novas pesquisas podem aprofundar a compreensão sobre a relação entre o clima de segurança e a ocorrência de omissões de cuidados, especialmente sob a ótica de diferentes modelos de gestão. Outrossim, estudos longitudinais podem avaliar o impacto de intervenções voltadas à educação permanente e ao desenvolvimento de competências gerenciais na promoção de ambientes mais seguros e resilientes. Investigações qualitativas também podem explorar as percepções subjetivas dos profissionais sobre o significado do cuidado omitido e suas repercussões na prática assistencial.

Por fim, ressalta-se a necessidade de uma avaliação criteriosa da estrutura organizacional da instituição pesquisada, acompanhada da definição de ações contínuas de educação permanente, da implantação de ferramentas de monitoramento e do desenvolvimento de estratégias de apoio aos profissionais que atuam diretamente no cuidado. Tais iniciativas são fundamentais para o fortalecimento da cultura de segurança e para a qualificação do cuidado prestado aos pacientes.

REFERÊNCIAS

- AGENCY INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY. **Summary report on the post-accident review meeting on the Chernobyl accident**. Vienna: Agency IAE, 1986. Disponível em: <https://www.nrc.gov/docs/ML0716/ML071690245.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2023.
- ALBSOUL, R.; FITZGERALD, G.; FINUCANE, J.; BORKOLES, E. Factors influencing missed nursing care in public hospitals in Australia: an exploratory mixed methods study. **International Journal of Health Planning and Management**, v. 34, n. 4, e1820-e1832, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hpm.2898>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- AL-FAOURI, I.; OBAIDAT, D. M.; ABUALRUB, R. F. Missed nursing care, staffing levels, job satisfaction, and intent to leave among Jordanian nurses. **Nursing Forum**, v. 55, n. 2, p. 273-283, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nuf.12537>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- ALMEIDA, A. H. N. S. R. de; PAULA, A. C. A. L.; PEREIRA, B. F. R.; SILVA NETO, P. P.; VÁMSZER, M. V. A. M.; SANTOS, R. P. dos; MOREIRA, G. I.; BARCELOS, C. G.; COSTA, L. P.; SILVA, I. T. da. Síndrome de Burnout: impactos, diagnóstico, prevenção e tratamento. **Journal of Social Issues and Health Sciences**, v. 1, n. 4, p. 1-12, jul. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.12986226>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- ANDRADE, C. M. M. **Ambiente da Prática Profissional de Enfermagem: impacto na qualidade dos cuidados de saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/17248>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- ARAÚJO, P. R. S.; RODRIGUES, M. C. S.; SANTOS, A. C. S. Evidências de omissões de cuidados de enfermagem e suas razões: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, e316111133632, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33632>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- AZEVEDO FILHO, F. M. de; RODRIGUES, M. C. S.; CIMIOTTI, J. P. Ambiente da prática de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 217-223, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800031>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- BACAKSIZ, F. E.; ALKAN, F.; ESKICI, G. T.; GUMUS, E.; HANDAN, A. A cross-sectional study of the determinants of missed nursing care in the private sector: hospital/unit/staff characteristics, professional quality of life and work alienation. **Journal of Nursing Management**, v. 28, n. 8, p. 1975-1985, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12999>.
- BARBOSA, M. H.; SOUSA, E. M.; FÉLIX, M. M. S.; OLIVEIRA, K. F.; BARICHELLO, E. Clima de segurança do paciente em um hospital especializado em oncologia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 1-9, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/34614>. Acesso em: 26 dez. 2025.

- BÁO, A. C. P.; AMESTOY, S. C.; MOURA, G. M. S. S.; TRINDADE, L. L. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 360-366, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- BLACKMAN, I.; LYE, C. Y.; DARMAWAN, I. G. N.; HENDERSON, J.; GILES, T.; WILLIS, E.; TOFFOLI, L.; XIAO, L.; VERRALL, C. Modeling Missed Care: Implications for Evidence-Based Practice. **Worldviews Evid Based Nurs.**, v. 15, n. 3, p. 178-188, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/wvn.12285>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M. I. Predictors of nursing workers' intention to leave the work unit, health institution and profession. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, e3219, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3280.3219>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- BRAGADÓTTIR, H.; KALISCH, B. J. Comparison of reports of missed nursing care: registered nurses vs. practical nurses in hospitals. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 32, n. 3, p. 1227-1236, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12570>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- BRAGADÓTTIR, H.; KALISCH, B. J.; TRYGGVADÓTTIR, G. B. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. **J Clin Nurs.**, v. 26, n. 11-12, p. 1524-1534, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.13449>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_fatores_risco_prognostico.pdf. Acesso em: 26 dez. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: Anvisa, 2017. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf>. Acesso em: 15 maio 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 26: incidentes relacionados à assistência à saúde – 2021**. Brasília, DF: Anvisa, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/boletim-2021.pdf>. Acesso em: 11 maio 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Plano de enfrentamento das ações de vigilância em saúde da covid-19 no período pós-emergência em saúde pública nacional e internacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/sau.gov.br/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/svsa/covid-19/plano-de-enfrentamento-da-covid-19-pela-oms-em-2023.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2024.

- CALDEIRA, M. M.; SOUZA, T. V.; MORAIS, R. C. M.; MORAES, J. R. M. M.; NASCIMENTO, L. C. N.; OLIVEIRA, I. C. S. Anotações da equipe de enfermagem: a (des)valorização do cuidado pelas informações fornecidas. **Revista Fun Care Online**, v. 11, n. 1, p. 135-141, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.135-141>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- CAMPBELL, C. M.; PRAPANJAROENSIN, A.; ANUSIEWICZ, C. V.; BAERNHOLDT, M.; JONES, T.; PATRICIAN, P. A. Variables associated with missed nursing care in Alabama: a cross-sectional analysis. **Journal of Nursing Management**, v. 28, n. 8, p. 2174-2184, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12979>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- CAMPELO, C. L.; SOUSA, S. de M. A. de; SILVA, L. D. C.; DIAS, R. S.; AZEVEDO, P. R.; NUNES, F. D. O.; PAIVA, S. de S. Cultura de segurança do paciente e cuidado cultural de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 9, p. 2500-2506, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235048>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- CAMPONOGARA, S.; SANTOS, J. L. G. dos; BALSANELLI, A. P.; MOURA, L. N.; SCHORR, V.; MELLO, T. S. de; IMASATO, L. H.; FREITAS, E. de O. Ambiente de prática profissional dos enfermeiros em hospitais universitários brasileiros: estudo transversal multicêntrico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, eAPE0333345, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0333345>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- CAPP, E.; NIENOV, O. H. Bioestatística quantitativa aplicada. Porto Alegre: [s.n.], 2020.
- CARVALHO, P. A.; AMORIM, F. F.; CASULARI, L. A.; GOTTEMS, L. B. D. Cultura de segurança na percepção dos profissionais de saúde de hospitais públicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 56, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002838>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- CARVALHO, P. A.; LAUNDOS, C. A. S.; JULIANO, J. V. S.; CASULARI, L. A.; GOTTEMS, L. B. D. Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal District, Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 252–258, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0716>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- CARVALHO, R. E. F. L. de; ARRUDA, L. P.; NASCIMENTO, N. K. P. do; SAMPAIO, R. L.; CAVALCANTE, M. L. S. N.; COSTA, A. C. P. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, e2849, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- CARVALHO, R. E. F. L. de; CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 575-582, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>. Acesso em: 26 dez. 2025.
- CARVALHO, T. M. de; LOURENÇÃO, L. G.; PINTO, M. H.; VIANA, R. A. P. P.; MOREIRA, A. M. B. da S. G.; MELLO, L. P. de; MEDEIROS, G. G. de; GOMES, A. M. F. Qualidade de vida e engajamento no trabalho em profissionais de enfermagem no início da pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 10, p. 2903-2913, 2023.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.09982023>. Acesso em: 26 dez. 2025.

CASSIANI, S. H. B.; HOYOS, M. C.; BARRETO, M. F. C.; SIVES, K. da; SILVA, F. A. M. Distribuição de pessoal de enfermagem na Região das Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, e72, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.72>. Acesso em: 13 maio 2025.

CAVALCANTI, L. P. de M.; TRINDADE FILHO, E. M. A concepção do enfermeiro frente às mudanças para melhorar a segurança do paciente no ambiente hospitalar. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 12, e12321, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.12-015>. Acesso em: 26 dez. 2025.

CHEGINI, Z.; JAFARI-KOSHKI, T.; KHEIRI, M.; BEHFOROZ, A.; ALIYARI, S.; MITRA, U.; ISLAM, S. M. S. Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. **J Nurs Manag.**, v. 28, n. 8, p. 2205-2215, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.13055>. Acesso em: 26 dez. 2025.

COHEN, J. A power primer. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 112, n. 1, p. 155-159, 1992.

COHEN, M.; DRACH-ZAHAVY, A.; SRULOVICI, E. The dual protective role of accountability: Mitigating missed nursing care and nurse moral distress in a nested diary study design. **Journal of Clinical Nursing**, v. 34, n. 5, p. 1741-1752, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.17322>. Acesso em: 16 nov. 2021.

COLLA, J. B.; BRACKEN, A. C.; KINNEY, L. M.; WEEKS, W. B. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality and Safety in Health Care**, v. 14, n. 5, p. 364-366, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014217>. Acesso em: 26 dez. 2025.

CORCINO, J. R. M. J.; CUNHA, J. M. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) como ferramenta em pesquisas acadêmicas: Análise do software KoBoToolbox. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, v. 4, n. 9, 16 nov. 2017. Disponível em: <https://periodicos.itp.ifsp.edu.br/index.php/IC/article/view/697/825>. Acesso em: 16 nov. 2020.

COSTA, D. B. da; RAMOS, D.; GABRIEL, C. S.; BERNARDES, A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 3, e2670016, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>. Acesso em: 26 dez. 2025.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; ROBERTO, B. A. D.; DAIBERT, P. B. **II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil**: propondo as prioridades nacionais. Belo Horizonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2018. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2021.

DANNO, C. H.; BOHOMOL, E.; GASPARINO, R. C. Ambiente de prática dos enfermeiros antes e durante a pandemia de COVID-19. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, eAPE03287, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03287>. Acesso em: 26 dez. 2025.

DAS, A. S. KoboToolbox. *In*: PUNDIR, A.; MEHTO, A. K.; JAISWAL, A. (ed). **Open Electronic Data Capture Tools for Medical and Biomedical Research and Medical Allied Professionals**. London: Academic Press, 2024. p. 241-329 Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-15665-6.00004-X>. Acesso em: 26 dez. 2025.

DARAGHMEH, H.; AYED, A.; SALAMEH, B.; FASHAFSHEH, I. Factors of missed nursing care in intensive care units: Palestinian perspective. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 47, n. 1, p. 62-70, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000494>. PMID: 38031309. Acesso em: 26 dez. 2025.

DIAZ, J. O.; WERKA, H. M. G.; CAPP, E.; NIENOV, O. H. Correlações, risco, razão de chances e avaliação de testes diagnósticos. *In*: CAPP, E.; NIENOV, O. H. (org.). **Bioestatística quantitativa aplicada**. Porto Alegre: UFRGS, 2020. p. 177-196.

DOMBROSKI, Renato Douglas Pascoal. Importância da gestão em saúde nos hospitais públicos. **Revista de Administração e Negócios da Amazônia**, v. 14, n. 1, p. 53-65, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18361/2176-8366/rara.v14n1p53-65>. Acesso em: 26 dez. 2025.

DOMINGOS, J. E. P.; SILVA, N. O.; OLIVEIRA CAVALCANTE, V.; SILVA ANDRADE, V.; SILVA FILHO, J. A.; SANTOS GADELHA, N. A.; VIANA, M. C. A. Indicadores diagnósticos para risco de lesão por pressão em pacientes com trauma ortopédico. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 40, e-021329, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.40-art.1475>. Acesso em: 26 dez. 2025.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DORIGAN, G. H.; GUIRARDELLO, E. B. Effect of the practice environment of nurses on job outcomes and safety climate. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, e3056, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2633.3056>. Acesso em: 26 dez. 2025.

DU, H.; YANG, Y.; WANG, X.; ZANG, Y. A cross-sectional observational study of missed nursing care in hospitals in China. **Journal of Nursing Management**, v. 28, n. 7, p. 1578-1588, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.13112>. Acesso em: 26 dez. 2025.

DUTRA, C. K. dos R.; GUIRARDELLO, E. de B. Nurse work environment and its impact on reasons for missed care, safety climate, and job satisfaction: A cross-sectional study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 77, n. 5, p. 2398-2406, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.14764>. Acesso em: 26 dez. 2025.

DUTRA, C. K. dos R.; SALLES, B.G.; GUIRARDELLO, E. de B. Situações e razões para a omissão do cuidado de enfermagem em unidades de clínica médica e cirúrgica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, e03470, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017050203470>. Acesso em: 26 dez. 2025.

ERDMANN, A. L.; STUART, M. R.; SOLDERA, D. Governança em enfermagem: fundamentos políticos e estratégicos na formulação de políticas públicas e gestão de crises. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 17, n. 11, p. 1-14, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv17n11-117>. Acesso em: 26 dez. 2025.

ESKICI, G. T.; BAYKAL, U. Frequency, reasons, correlates and predictors of missed nursing care in Turkey: A multi-hospital cross-sectional study. **Int J Nurs Pract.**, v. 28, n. 5, e130502022, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijn.13050>. Acesso em: 26 dez. 2025.

ESKIN, F. B.; ALAN, H.; ESKICI, G. T.; GUMUS, E. A cross-sectional study of the determinants of missed nursing care in the private sector: Hospital/unit/staff characteristics, professional quality of life and work alienation. **J Nurs Manag.**, v. 28, n. 8, p. 1975-1985, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12999>. Acesso em: 26 dez. 2025.

FAGERSTRÖM, L.; KINNUNEN, M.; SAARELA, J. Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. **BMJ Open**, v. 8, e016367, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016367>. Acesso em: 26 dez. 2025.

FALK, A.-C.; NYMARK, C.; GÖRANSSON, K. E.; VON VOGELSANG, A.-C. Missed nursing care in the critical care unit, before and during the COVID-19 pandemic: a comparative cross-sectional study. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 72, 103276, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103276>. Acesso em: 26 dez. 2025.

FERNANDES, T. P.; RIBEIRO, A. C.; BORTOLINI, J.; ROCHA, R. P. S.; VENDRAMINI, A. C. M. G.; SANTOS NETO, A. M. D. Quality of life related to the health of older nurses. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 11, e4188, 2021. Disponível em: <http://doi.org/10.19175/recom.v11i0.4188>. Acesso em: 26 dez. 2025.

FRIESE, C. R.; KALISCH, B. J.; LEE, K. H. Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. **Cancer Nurs.**, v. 36, n. 6, p. 51-57, 2013. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318275f552>. Acesso em: 26 dez. 2025.

GABRIEL, C. S.; GABRIEL, A. B.; BERNARDES, A.; ROCHA, F. L. R.; MIASSO, A. I. Qualidade na assistência de enfermagem hospitalar: visão de alunos de graduação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 529-535, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000300017>. Acesso em: 26 dez. 2025.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 5-5, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001>. Acesso em: 26 dez. 2025.

GASPARINO, R. C.; GUIRARDELLO, E. B. Validation of the Practice Environment Scale to the Brazilian culture. **Journal of Nursing Management**, v. 25, n. 5, p. 375-383, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12475>. Acesso em: 26 dez. 2025.

GASPARINO, R. C.; MARTINS, M. C.; ALVES, D. F. dos S.; FERREIRA, T. D. M. Validação da Practice Environment Scale entre técnicos e auxiliares de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, eAPE20190243, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0243>. Acesso em: 26 dez. 2025.

GAWRON, L. C.; OSELAME, G. B.; NEVES, E. B. Trabalho em equipe e comunicação entre profissionais de enfermagem: implicações para a segurança do paciente. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 3, p. 387-396, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/21459>. Acesso em: 26 dez. 2025.

GNATTA, J. R.; VIEIRA, R. de C. A.; SANTOS, L. S. C.; PENHA, S. L.; SANCHEZ, G. N.; OLIVEIRA, J. C.; SANTANA-SANTOS, E.; VATTIMO, M. de F. F. Safety of nursing professionals and patient facing COVID-19 pandemic in critical care unit. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, e3861, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6317.3861>. Acesso em: 26 dez. 2025.

GOLLE, L.; CIOTTI, D.; HERR, G.E.G.; AOZANE, F.; SCHMIDT, C.R.; KOLANKIEWICZ, A.C.B. Culture of patient safety in hospital private. **Revista Fund Care Online**, v. 10, n. 1, p. 85-89, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.85-89>. Acesso em: 26 dez. 2025.

GRIFFITHS, P.; RECIO-SAUCEDO, A.; DALL'ORA, C.; BRIGGS, J.; MARUOTTI, A.; SMITH, G. B.; BALL, J. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 74, n. 7, p. 1474-1487, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.13564>. Acesso em: 26 dez. 2025.

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; Northern Ethiopia. **PLoS One**, v. 14, n. 12, e0225814, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225814>. Acesso em: 26 dez. 2025.

HARVEY, C. L.; THOMPSON, S.; WILLIS, E.; MEYER, A.; PEARSON, M. Understanding how nurses ration care. **J Health Organ Manag.**, v. 32, n. 3, p. 494-510, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2017-0248>. Acesso em: 26 dez. 2025.

JHA, A. K.; LARIZGOITIA, I.; AUDERA-LOPEZ, C.; PRASOPA-PLAIZIER, N.; WATERS, H.; BATES, D. W. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **BMJ Quality & Safety**, v. 22, n. 10, p. 809-815, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001748>. Acesso em: 16 nov. 2021.

JIANG, F.; ZHOU, H.; RAKOFSKY, J.; HU, L.; LIU, T.; WU, S.; LIU, H.; LIU, Y.; TANG, Y. Intention to leave and associated factors among psychiatric nurses in China: A nationwide cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 94, p. 159-165, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.0103>. Acesso em: 26 dez. 2025.

JINGXIA, C.; LONGLING, Z.; QIANTAO, Z.; WEIXUE, P.; XIAOLIAN, J. The changes in the nursing practice environment brought by COVID-19 and improvement recommendations from the nurses' perspective: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 754, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08135-7>. Acesso em: 26 dez. 2025.

JOSEPH, B.; PLUMMER, V.; CROSS, W. Mental health nurses' perceptions of missed nursing care in acute inpatient units: a multi-method approach. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 31, n. 3, p. 697-707, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inm.12990>. Acesso em: 26 dez. 2025.

KALISCH, B. J.; LANDSTROM, G.; WILLIAMS, R. A. Missed nursing care: errors of omission. **Nursing Outlook**, v. 57, n. 1, p. 3-9, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007>. Acesso em: 26 dez. 2025.

KALISCH, B. J.; LEE, K. H. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. **Nursing Outlook**, v. 60, n. 5, p. e32-e39, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.04.006>. Acesso em: 26 dez. 2025.

KALISCH, B. J.; TSCHANNEN, D.; LEE, H.; FRIESE, C. R. Hospital variation in missed nursing care. **American Journal of Medical Quality**, v. 26, n. 4, p. 291-299, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1062860610395929>. Acesso em: 26 dez. 2025.

KALISCH, B. J.; WILLIAMS, R. A. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. **The Journal of Nursing Administration**, v. 23, n. 39, p. 211-219, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5>. Acesso em: 26 dez. 2025.

KAUARK, F.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: guia prático**. Itabuna: Via Litterarum, 2010.

KOSYDAR-BOCHENEK, J.; KRUPA, S.; RELIGA, D.; FRIGANOVIĆ, A.; OOMEN, B.; BRIONI, E.; IORDANOU, S.; SUCHOPARSKI, M.; KNAP, M.; MĘDRZYCKA-DĄBROWSKA, W. A percepção do clima de segurança do paciente por profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19 - Pesquisa internacional. **Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, v. 19, n. 15, p. 9712, 2022. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/artigo/percepcao-do-clima-de-seguranca-do-paciente-pelos-profissionais-de-saude-durante-pandemia-de>. Acesso em: 26 dez. 2025.

LAKE, E. T. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. **Research in Nursing & Health**, v. 25, n. 3, p. 176-188, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.10032>. Acesso em: 26 dez. 2025.

LAKE, E.T; GERMACK, H.D; VISCARDI, M.K. Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals. **BMJ Quality & Safety**, v. 25, n. 7 p. 535-543, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-003961>. Acesso em: 26 dez. 2025.

LAKE, E. T.; FRIESE, C. R. Variations in nursing practice environments. **Nursing Research**, v. 55, n. 1, p. 1-9, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006199-200601000-00001>. Acesso em: 26 dez. 2025.

LAKE, E. T.; SANDERS, J.; DUAN, R.; RIMAN, K. A.; SCHOENAUER, K. M.; CHEN, Y. A meta-analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and 4 sets of outcomes. **Medical Care**, v. 57, n. 5, p. 353-361, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001109>. Acesso em: 26 dez. 2025.

LIMA, J. C.; SILVA, A. E. B. C.; CALIRI, M. H. L. Omission of nursing care in hospitalization units. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, e3233, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>. Acesso em: 14 jun. 2023.

LIMA, M. B.; MOURA, E. C. C.; PERES, A. M.; NASCIMENTO, L. R. da S.; SIQUEIRA, R. M. de O. T.; COSTA, J. P. Cuidados de enfermagem omissos na percepção da equipa: uma análise das razões. **Revista de Enfermagem Referência**, v. VI, n. 1, e21057, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV21057>. Acesso em: 26 dez. 2025.

LOURENÇÃO, D. C. A.; TRONCHIN, D. M. R. Confirmatory factor analysis of the safety attitudes questionnaire/operating room. **Enfermería Global**, v. 18, n. 3, p. 230-45, 2019. Disponível em: <http://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.334781>. Acesso em: 26 dez. 2025.

LUCAS, P. R.; NUNES, E. M. Nursing practice environment in primary health care: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p. e20190479, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0479>. Acesso em: 26 dez. 2025.

LUZIA, R. W. S.; PEREIRA FILHO, J. A.; VIEIRA, A.; SILVA, S. M.; CASTRO, M. M.; SILVA, K. R. Estresse ocupacional de um hospital público durante o período de enfrentamento da covid-19. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 3, e3476, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/3476>. Acesso em: 5 jun. 2025.

MALONEY, S.; FENCL, J. L.; HARDIN, S. R. Is Nursing Care Missed? A Comparative Study of Three North Carolina Hospitals. **Medsurg Nurs.**, v. 24, n. 4, p. 229-235, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26434035/>. Acesso em: 26 dez. 2025.

MARCELINO, C. F.; ALVES, D. F. S.; GUIRARDELLO, E. B. Autonomia e controle do ambiente de trabalho por profissionais de Enfermagem reduzem índices de exaustão emocional. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, e-1101, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180029>. Acesso em: 26 dez. 2025.

MARQUES, A. T.; ROCHA, R. G.; MARINS, T. G.; TAVARES, J. M. A. B.; ALMEIDA, L. F.; PEREIRA, E. R.; MARTA, C. B. Avaliação da técnica de higienização das mãos e sua relação com segurança do paciente. **Global Academy Nursing**, v. 2, Sup. 4, e206, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200206>. Acesso em: 26 dez. 2025.

MARTINS, M. Qualidade do cuidado de saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (org.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Editora Fiocruz, 2019. p. 27-40. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0004>. Acesso em: 26 dez. 2025.

MATIELLO, R. D. C.; LIMA, E. F. A.; COELHO, M. C. R.; OLIVEIRA, E. R. A.; LEITE, F. M. C.; PRIMO, C. C. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. esp., p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45486>. Acesso em: 26 dez. 2025.

MAURÍCIO, L. F. S.; OKUNO, M. F. P.; CAMPANHARO, C. R. V.; LOPES, M. C. B. T.; BELASCO, A. G. S.; BATISTA, R. E. A. Professional nursing practice in critical units: assessment of work environment characteristics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, e2854, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1424.2854>. Acesso em: 26 dez. 2025.

MENDONÇA, P. K.; LOUREIRO, M. D. R.; FROTA, O. P.; SOUZA, A. S. de. Prevenção de lesão por pressão: Ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 4, e4610017, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004610017>. Acesso em: 26 dez. 2025.

MIHDAWI, M.; AL-AMER, R.; DARWISH, R.; RANDALL, S.; AFANEH, T. The influence of nursing work environment on patient safety. **Workplace Health & Safety**, v. 68, n. 8, p. 384-390, ago. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32193998/>. Acesso em: 13 maio 2025.

MITCHELL, P.; CRIBB, A.; ENTWISTLE, V. Patient Safety and the Question of Dignitary Harms. **Journal of Medical Philosophy**, v. 48, n. 1, p. 33-49, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jmp/jhac035>. Acesso em: 26 dez. 2025.

MÖLLER, G.; OLIVEIRA, J. L. C.; DAL PAI, D.; AZZOLIN, K.; MAGALHÃES, A. M. M. Nursing practice environment in intensive care unit and professional burnout. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e20200409, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-00409>. Acesso em: 26 dez. 2025.

MOURA, E. C.; LIMA, M. B.; PERES, A. M.; LOPEZ, V.; BATISTA, M. E.; BRAGA, F. D. Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care. **Journal of Nursing Management**, v. 28, n. 8, p. 2103-2112, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12846>. Acesso em: 26 dez. 2025.

MOWBRAY, P. K.; WILKINSON, A.; TSE, H. H. An integrative review of employee voice: Identifying a common conceptualization and research agenda. **Rev. International Journal of Management Reviews**, v. 17, n. 3, p. 382-400, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijmr.12045>. Acesso em: 26 dez. 2025.

MUDALLAL, R. H.; SALEH, M. Y.; AL-MODALLAL, H. M.; ABDEL-RAHMAN, R. Y. Quality of nursing care: The influence of work conditions, nurse characteristics and burnout. **International Journal of Africa Nursing Sciences**, v. 7, p. 24-30, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2017.06.002>. Acesso em: 26 dez. 2025.

NANTSUPAWAT, A.; KUNAVIKTIKUL, W.; NANTSUPAWAT, R.; WICHAIKHUM, O. A.; THIENTHONG, H.; POGHOSYAN, L. Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. **International Nursing Review**, v. 64, n. 1, p. 91-98, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12342>. Acesso em: 26 dez. 2025.

NERY, V. D.; LINARES, M. de O.; MARTINS, B.; REIS, M. B.; CAMPOS, M. M. Y. de; TAMINATO, M.; BALSANELLI, A. P. Ambiente de prática profissional em enfermagem na perspectiva de estudantes na COVID-19. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, eAPE00122, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO00122>. Acesso em: 13 maio 2025.

NUMMINEN, O.; RUOPPA, E.; LEINO-KILPI, H.; ISOAHO, H.; HUPLI, M.; MERETOJA, R. Practice environment and its association with professional competence and work-related factors: perception of newly graduated nurses. **Journal of Nursing Management**, v. 24, n. 1, p. 1-11, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25676482>. Acesso em: 20 jan. 2017.

OLIVEIRA, B. L. C. A. de; SILVA, A. M. da; LIMA, S. F. Carga semanal de trabalho para enfermeiros no Brasil: desafios ao exercício da profissão. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1221-1236, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00159>. Acesso em: 26 dez. 2025.

OLIVEIRA, J. L. C.; SOUZA, V. S.; PEREIRA, A. C. S.; HADDAD, M. C. F. L.; MARCON, S. S.; MATSUDA, L. M. Ambiente de trabalho e acreditação: análise pelo método misto explanatório sequencial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, e20170379, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0379>. Acesso em: 26 dez. 2025.

OLIVEIRA, M. C. N.; LEITE, H. D. C. S.; LOPES, V. C. A.; CRUZ, J. V. O. M.; VASCONCELOS, C. D. A.; NOGUEIRA, L. T. Reasons correlated with omission of nursing care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2022, v. 56, e20220171. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0171en>. Acesso em: 26 dez. 2025.

OLIVEIRA, R. M.; LEITÃO, I. M. T. de A.; SILVA, L. M. S. da; FIGUEIREDO, S. V.; SAMPAIO, R. L.; GONDIM, M. M. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>. Acesso em: 26 dez. 2025.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Thomson Learning, 2004.

PAPASTAVROU, E.; CHARALAMBOUS, A.; VRYONIDES, S.; ELEFThERIOU, C.; MERKOURIS, A. To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing. **Eur J Oncol Nurs.**, v. 21, p. 48-56, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.01.002>. Acesso em: 26 dez. 2025.

PARK, S. H.; HANCHETT, M.; MA, C. Practice environment characteristics associated with missed nursing care. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 50, n. 6, p. 722-730, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jnu.12434>. Acesso em: 26 dez. 2025.

PAULA, A. G.; GASPARINO, R. C.; BOHOMOL, E. The nursing practice environment in a university hospital during the COVID-19 pandemic. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 33, e20230127, 2024. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/fiocruz/resource/pt/biblio-1560590>. Acesso em: 26 dez. 2025.

PAULINO, G. M. E.; MATTA, A. C. G.; CAMILLO, N. R. S.; SIMÕES, A. C.; NISHIYAMA, J. A. P.; OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA, L. M. Satisfação profissional e ambiente de trabalho da equipe de Enfermagem em unidades de terapia intensiva. **REME – Revista Minerva de Enfermagem**, v. 23, e-1271, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190119>. Acesso em: 26 dez. 2025.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 1024-1031, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400024>. Acesso em: 26 dez. 2025.

PESSOA, G. R.; CARVALHO, R. E. F. L. de; OLIVEIRA, S. K. P. de; ANJOS, S. de J. S. B. dos; TRIGUEIRO, J. G.; SILVA, L. M. S. da. Segurança do paciente em tempos de pandemia: reflexão a partir dos atributos de qualidade do cuidado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 26, n. spe, e20220109, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0109pt>. Acesso em: 26 dez. 2025.

PIMENTEL, N. de J. S.; SILVA, R. R. C. da; OLIVEIRA, Y. H. A. de; SILVA, A. G. I. da. A satisfação dos trabalhadores de enfermagem como indicador de gestão. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 55, e3258, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3258.2020>. Acesso em: 26 dez. 2025.

PLEVOVÁ, I.; ZELENÍKOVÁ, R.; JAROŠOVÁ, D.; JANÍKOVÁ, E. The relationship between nurse's job satisfaction and missed nursing care. **Medycyna Pracy**, v. 72, n. 3, p. 231-237, 2021. Disponível em: <http://medpr.imp.lodz.pl/The-relationship-between-nurse-s-job-satisfaction-and-missednursing-care,132660,0,2.html>. Acesso em: 26 dez. 2025.

RABELO, N. Integração das forças de trabalho e ampliação do ensino são planos do HUB. **UnB Notícias**, 16 mar. 2017. Disponível em: <https://noticias.unb.br/76-institucional/1347-integracao-das-forcas-de-trabalho-e-ampliacao-do-ensino-sao-planos-do-hub>. Acesso em: 11 maio 2025.

RABIN, E. G.; SILVA, C. N.; SOUZA, A. B.; LORA, P. S.; VIEGAS, K. Application of the MISSCARE scale in an Oncology Service: a contribution to patient safety. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, e03513, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018025403513>. Acesso em: 26 dez. 2025.

RAMOS, S.; SALES, L.; BARROSO, F. Segurança do doente: princípios e conceitos. *In*: BARROSO, F.; SALES, L.; RAMOS, S. (org.). **Guia prático para a segurança do doente**. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda., 2021. p. 3-10.

REIS, F. F. P.; OLIVEIRA, K. F.; LUIZ, R. B.; BARICHELO, E.; CRUZ, L. F.; BARBOSA, M. H. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 6, n. 2, 2017. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1991>. Acesso em: 10 jun. 2025.

RIBEIRO, O. M. P. L.; VICENTE, C. M. F. de B.; MARTINS, M. M. F. P. da S.; VANDRESEN, L.; SILVA, J. M. A. V. da. Instruments for assessing professional nursing practice environments: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, p. e20190381, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190381>. Acesso em: 26 dez. 2025.

RIGOBELLO, M. C. G.; CARVALHO, R. E. F. L. de; CASSIANI, S. H. D. B.; GALON, T.; CAPUCHO, H. C.; DEUS, N. N. de. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>. Acesso em: 26 dez. 2025.

SAQER, T. J.; ABUALRUB, R. F. Missed nursing care and its relationship with confidence in delegation among hospital nurses. **Journal of Clinical Nursing**, 27, n. 13-14, p. 2887-2895, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.14380>. Acesso em: 26 dez. 2025.

SEXTON, J. B.; HELMREICH, R. L.; NEILANDS, T. B.; ROWAN, K.; VELLA, K.; BOYDEN, J.; ROBERTS, P. R.; THOMAS, E. J. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 44, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>. Acesso em: 26 dez. 2025.

SILVA, K. D. C.; CARVALHO, D. E.; LIMA, J. C. de; SOUZA, L. A.; SILVA, A. E. B. de C. Factors associated with care omission and patient safety climate. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 45, e20230059, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230059.en>. Acesso em: 26 dez. 2025.

SILVA, K. R. D.; NEVES, L. G. D. S.; SILVA, L. F. D.; SILVA, M. J. R. B.; SIMOR, A. Educação permanente em cuidados de enfermagem na manutenção do cateter venoso central de inserção periférica. **Revista de Enfermagem UFPI**, v. 11, n. 1, e2556, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v11i1.2556>. Acesso em: 26 dez. 2025.

SILVA, R. P. L.; MENEGUETI, M. G.; SIQUEIRA, L. D. C.; ARAÚJO, T. R.; AUXILIADORA-MARTINS, M.; ANDRADE, L. M. S.; LAUS, A. M. Omission of nursing care, professional practice environment and workload in intensive care units. **Journal of Nursing Management**, v. 28, n. 8, p. 1986-1996, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13005>. Acesso em: 26 dez. 2025.

SILVA, S. C.; MORAIS, B. X.; MUNHOZ, O. L.; ONGARO, J. D.; URBANETTO, J. S.; MAGNAGO, T. S. B. S. Patient safety culture, missed Nursing care and its reasons in Obstetrics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, e3461, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4855.3461>. Acesso em: 26 dez. 2025.

SIMAN, A. G.; BRAGA, L. M.; AMARO, M. de O. F.; BRITO, M. J. M. Practice challenges in patient safety. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1504-1511, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0441>. Acesso em: 26 dez. 2025.

SIQUEIRA, L. D. C.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J.; KALISCH, B.; DANTAS, R. A. S. Validação do MISSCARE-BRASIL - instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, e2975, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2354.2975>. Acesso em: 26 dez. 2025.

SOUSA, L. M. M.; VIEIRA, C. M. A. M.; SEVERINO, S. S. P.; ANTUNES, A. V. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Revista Investigação em Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 17-26, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.12253/1311>. Acesso em: 26 dez. 2025.

SOUSA, P.; MENDES, W. (org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: CDEAD; ENSP; Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0004>. Acesso em: 26 dez. 2025.

SOUZA, C. S. de; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; ROCHA, L. P.; BARLEM, E. L. D.; SILVA, T. L.; NEUTZLING, B. R. da S. Patient safety culture in intensive care units: perspective of health professionals. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. esp., e20180294, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180294>. Acesso em: 26 dez. 2025.

SOUZA, N. V. D. O.; GONÇALVES, F. G. A.; PIRES, A. S.; DAVID, H. M. S. L. Influência do neoliberalismo na organização e processo de trabalho hospitalar de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 912-919, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0092>. Acesso em: 26 dez. 2025.

STALPERS, D.; VAN DER LINDER, D.; KALJOUW, M. J.; SCHUURMANS, M. J. Nurse-perceived quality of care in intensive care units and associations with work environment characteristics: a multicentre survey study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 73, n. 6, p. 1482-1490, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.13242>. Acesso em: 26 dez. 2025.

TAMBORINI, M. M. de F.; CENTENARO, A. P. F. C.; SOUTO, E. N. de S.; ANDRES, A. T. G.; STUMM, E. M. F.; COLET, C. de F. Estrés laboral en profesionales de la atención primaria durante la pandemia de COVID-19: estudio de métodos mixtos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, e4040, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6797.4040>. Acesso em: 26 dez. 2025.

TEIXEIRA, C. C.; BOAVENTURA, R. P.; SOUZA, A. C. S.; PARANAGUÁ, T. T. DE B.; BEZERRA, A. L. Q.; BACHION, M. M.; BRASIL, V. V. Vital signs measurement: an indicator of safe care delivered to elderly patients. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 1071-1078, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003970014>. Acesso em: 26 dez. 2025.

TOSO, G. L.; GOLLE, L.; MAGNAGO, T. S. B. de S.; HERR, G. E. G.; LORO, M. M.; AOZANE, F.; KOLANKIEWICZ, A. C. B. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, p. e58662, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.58662>. Acesso em: 26 dez. 2025.

VIANA SANTANA, L. T.; POLLO, C. F.; MORAIS, J. F. de; DEPLACIDO DE LEO, A. F.; FREITAS, J. P. de; OLIVEIRA, C. de; MENEGUIN, S. Association between the practice environment and missed nursing care in the emergency room. **International Emergency Nursing**, v. 80, 101609, 2025. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2025.101609>. Acesso em: 26 dez. 2025.

VILLAGRAN, C. A.; DALMOLIN, G. de L.; BARLEM, E. L. D.; GRECO, P. B. T.; LANES, T. C.; ANDOLHE, R. Association between Moral Distress and Burnout Syndrome in university-hospital nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, e3747, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6071.3747>. Acesso em: 26 dez. 2025.

ZELÉNÍKOVÁ, R.; JAROŠOVÁ, D.; PLEVOVÁ, I.; JANÍKOVÁ, E. Nurses' perceptions of professional practice environment and its relation to missed nursing care and nurse satisfaction. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 11, p. 3805, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17113805>. Acesso em: 26 dez. 2025.

WEI, H.; ROBERTS, P.; STRICKLER, J.; CORBETT, R. W. Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. **Nursing Management**, v. 49, n. 6, p. 42-51, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12736>. Acesso em: 26 dez. 2025.

WIECZOREK-WOJCIK, B.; GAWORSKA-KRZEMIŃSKA, A.; OWCZAREK, A. J.; KILAŃSKA, D. In-hospital mortality as the side effect of missed care. **Journal of Nursing Management**, v. 28, n. 8, p. 2240-2246, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12965>. Acesso em: 26 dez. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **71st World health assembly 2018 side event – summary: Global Action on Patient Safety for Achieving Effective Universal Health Coverage**. Geneva: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **10 facts on patient safety**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-facts-on-patient-safety>. Acesso em: 13 jun. 2023

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs and Leadership**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5d564226-7418-4c10-9fb3-08d7e09626ec/content>. Acesso em: 13 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. Acesso em: 13 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards Zero Patient Harm in Health Care**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4. Acesso em: 23 ago. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Patient Safety Report 2024**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>. Acesso em: 11 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **State of the world's nursing 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery**. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/381329>. Acesso em: 26 dez. 2025.

APÊNDICE A – TREINAMENTO PARA COLETA DE DADOS COM AS PESQUISADORAS

AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, OMISSÃO DE CUIDADOS E CLIMA DE SEGURANÇA: PERCEPÇÃO DE ENFERMAGEM EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL

TREINAMENTO PARA COLETA DE DADOS

DOCTORANDA: PAULA ROBERTA SILVA ARAÚJO
ORIENTADORA: MARIA CRISTINA SOARES RODRIGUES

OBJETIVO DO ESTUDO

Avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o ambiente da prática, omissão de cuidados e clima de segurança.

ETAPAS DA COLETA DE DADOS:

Os profissionais de enfermagem serão convidados a participar do estudo por meio de abordagem em seus locais de trabalho (clínica médica, unidade de terapia intensiva, clínica cirúrgica, unidade de transplante, clínica pediátrica) de maneira individual ou em pequenos grupos.

Neste momento serão explicados os objetivos do estudo e instrumentos/técnicas para coleta dos dados, bem como respondidos possíveis questionamentos a respeito do estudo. Será também esclarecido que a participação é voluntária, sem vantagens financeiras. Será assegurado aos participantes o anonimato e confidencialidade das informações, bem como o direito de suspender sua participação em qualquer momento do desenvolvimento do estudo.

ETAPAS DA COLETA DE DADOS:

Aos profissionais que concordarem em participar será entregue o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, o qual deverá ser assinado pelo participante e pela pesquisadora responsável, ficando uma via para cada um destes.

Os dados serão coletados individualmente, em local que possibilite assegurar a confidencialidade das informações fornecidas pelo participante com apoio do uso do aplicativo KobotoolKit (CORCINO; CUNHA, 2017).

ETAPAS DA COLETA DE DADOS:

Aos profissionais que concordarem em participar será entregue o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, o qual deverá ser assinado pelo participante e pela pesquisadora responsável, ficando uma via para cada um destes.

Os dados serão coletados individualmente, em local que possibilite assegurar a confidencialidade das informações fornecidas pelo participante com apoio do uso do aplicativo KobotoolKit (CORCINO; CUNHA, 2017).

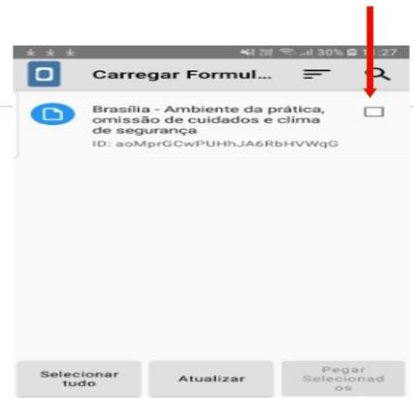
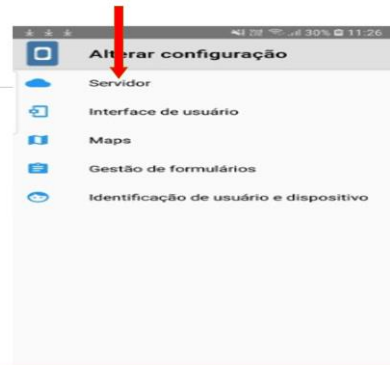
ETAPAS DA COLETA DE DADOS:

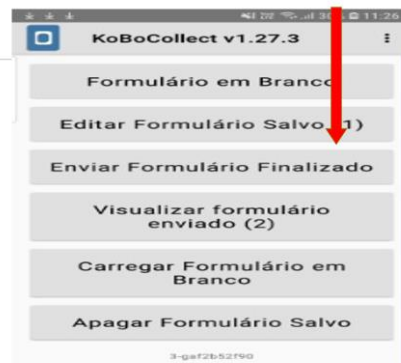
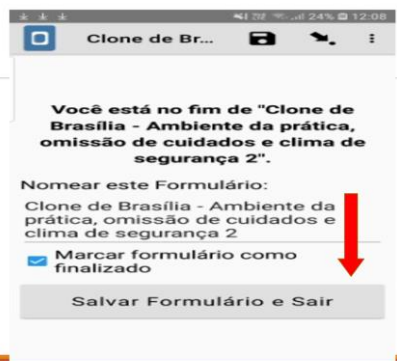
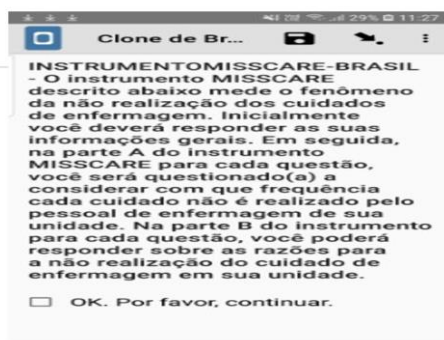
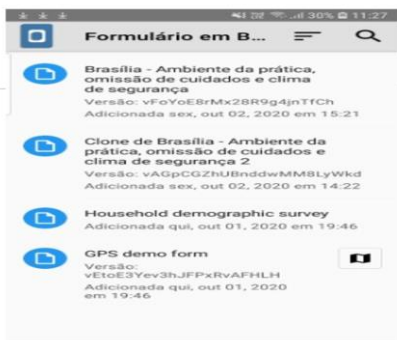
Trata-se de um sistema andróide que agiliza o processo de documentação das repostas dos participantes e reduz viés de digitação, uma vez que a utilização desse aplicativo exclui a digitação manual dos dados por serem eles deslocados online da nuvem onde ficam armazenados para uma planilha no Programa Excel for Windows. Dessa forma, será solicitado ao participante responder as questões por meio do KoBocollect v1.27.3.

APLICATIVO KOBOLLECT



APLICATIVO KOBOLLECT





APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, OMISSÃO DE CUIDADOS E CLIMA DE SEGURANÇA: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é que “o ambiente da prática de enfermagem em hospitais ainda não foi amplamente investigado no Brasil, tornando importante avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem nos diferentes cenários da prática assistencial, bem como sua interface com a omissão de cuidados e com a percepção do clima de segurança”. Nesta pesquisa pretendemos “avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o ambiente da prática de enfermagem, satisfação no trabalho, omissão de cuidados e clima de segurança em hospitais de diferentes regiões do Brasil”.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você “solicitar que responda um questionário”. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: “a obtenção de informações, sem que seja realizada nenhuma intervenção. Inclui o risco de exposição pessoal e cansaço ao responder o questionário”. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, “será desenvolvida identificação codificada dos participantes para inserção de informações no banco de dados. Também será permitido que o participante dedique o tempo que julgar necessário para o preenchimento do instrumento de coleta de dados, mesmo que isso implique em interromper a coleta e retomar o preenchimento quando julgar pertinente. Além disso, aos participantes será garantida a possibilidade de interrupção da participação ou exclusão das informações por eles oferecidas em qualquer momento durante a coleta dos dados, bem como o direito de recusa a responder qualquer uma das questões ou instrumentos envolvidos na coleta de dados”. A pesquisa pode ajudar “para o direcionamento de políticas institucionais voltadas para melhorias no ambiente de trabalho da equipe de enfermagem, na qualidade da assistência de enfermagem, e na segurança e satisfação dos pacientes.”

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Brasília (DF), _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Pesquisadora Responsável: Maria Cristina Soares Rodrigues
Universidade de Brasília/Faculdade de Ciências da Saúde
Fone: (61) 98237-8710/3107-2028, E-mail: mcsouares@unb.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos- Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Telefone (61) 3107-1947 ou e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DE USO DO MISSCARE-BRASIL

----- Forwarded message -----

De: **Lillian Castilho** <ldcsiqueira@gmail.com>

Date: sáb., 19 de out. de 2019 às 08:03

Subject: Autorização uso do MISSCARE-BRASIL

To: <enfherica@gmail.com>

Cc: Maria Caliri <mariacaliri@yahoo.com.br>

Oi, Hérica, bom dia!

Você está autorizada utilizar o MISSCARE-BRASIL, segue em anexo o instrumento bem como as instruções de utilização.

Atenciosamente,

Lillian

--

Lillian Dias Castilho Siqueira

Enfermeira HU-UF6D

Doutora em Ciências (EERP/USP)

ANEXO B – INSTRUMENTO MISSCARE-BRASIL

Prezado (a) participante,

O instrumento *MISSCARE* descrito abaixo mede o fenômeno da não realização dos cuidados de enfermagem. Inicialmente você deverá preencher as suas informações gerais. Em seguida, a **parte A** do instrumento *MISSCARE* é composta por 28 itens. Para cada questão, você será questionado (a) a considerar com que frequência cada cuidado não é realizado pelo pessoal de enfermagem de sua unidade. A **parte B** do instrumento é composta por 28 itens. Para cada questão, você poderá preencher as razões para a não realização do cuidado de enfermagem em sua unidade. Por favor, preencha até o final (o instrumento possui oito páginas).

Informação geral

1. Nome da unidade/setor onde você trabalha _____
2. Passo a maior parte do meu tempo de trabalho nesta unidade/setor: ___sim ___
não
3. Nível educacional mais elevado:
 - 1)_____ Ensino fundamental
 - 2)_____ Ensino médio
 - 3)_____ Ensino Superior
 - 4)_____ Pós-Graduação
4. Qual é a sua formação educacional mais elevada:
 - 1)_____ Auxiliar de enfermagem
 - 2)_____ Técnico em enfermagem
 - 3)_____ Enfermeiro
 - 4)_____ Ensino superior fora da área de enfermagem
 - 5)_____ Especialização na área de Enfermagem
 - 6)_____ Especialização fora da área de Enfermagem
 - 7)_____ Mestrado ou doutorado em Enfermagem
 - 8)_____ Mestrado ou doutorado fora da área de enfermagem
5. Sexo: Feminino _____ Masculino _____

6. Idade (em anos completos): _____

7. Cargo/Função no trabalho:

1) _____ Escriturário/Secretário/Auxiliar administrativo da unidade/setor

2) _____ Auxiliar de enfermagem

3) _____ Técnico em enfermagem

4) _____ Enfermeiro

5) _____ Enfermeiro com função administrativa (chefe de unidade/setor, coordenador, gerente)

6) _____ Outro (por favor, especifique): _____

8. Número de horas geralmente trabalhadas por semana na unidade/setor _____

9. Período de trabalho (marque a alternativa que melhor descreve seu período de trabalho)

1) _____ Diurno (manhã e/ou tarde)

2) _____ Vespertino

3) _____ Noturno

4) _____ Rodízio entre diurno, vespertino e noturno

10. Tempo de experiência em seu cargo/função: _____ anos _____ meses

11. Tempo de Experiência na unidade/setor de internação de paciente onde você trabalha atualmente: _____ anos _____ meses

12. Em qual turno você trabalha com maior frequência?

1) _____ 6 horas

2) _____ 8 horas

3) _____ 12 horas

4) _____ Rodízio entre 6, 8 ou 12 horas

5) _____ Outro [Por favor, especifique

13. Nos últimos 3 meses, quantas horas extras você trabalhou? _____

14. Nos últimos 3 meses, quantos dias ou turnos você faltou ao trabalho devido à doença, acidente ou motivos particulares (excluindo os dias previstos de folga na escala)? _____

15. Você planeja deixar seu cargo/função atual?

1) _____ nos próximos 6 meses

2) _____ no próximo ano

16. Com que frequência você sente que o número de funcionários na sua unidade/setor é adequado?

1) _____ 100% do tempo

2) _____ 75% do tempo

3) _____ 50% do tempo

4) _____ 25% do tempo

5) _____ 0% do tempo

17. No seu turno de hoje ou no último em que você trabalhou, de quantos pacientes você cuidou? _____

17- a. Quantas admissões de pacientes você realizou (incluindo transferências para a sua unidade)? _____

17- b. Quantas altas de pacientes você realizou (incluindo transferências para outras unidades)? _____

Por favor, marque uma resposta para cada questão

	Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito e nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
18. O quanto você está satisfeito em seu cargo/função atual?					
19. Independente de seu trabalho atual, o quanto você está satisfeito em ser um escriturário/secretário, auxiliar de enfermagem, técnico ou enfermeiro da unidade?					
20. O quanto você está satisfeito com o desempenho do trabalho em equipe desta unidade?					

Parte A – Cuidados de enfermagem não realizados

Os membros da equipe de enfermagem frequentemente têm múltiplas demandas no trabalho, o que requer a reorganização de prioridades, não realizando todos os cuidados necessários aos pacientes.

Considerando o seu conhecimento, com qual frequência os seguintes elementos dos cuidados de enfermagem não são realizados pelos membros da equipe de enfermagem (incluindo você) na unidade onde você trabalha?

Marque somente uma alternativa para cada item.

	Nunca é realizado	Raramente é realizado	Ocasionalmente não é realizado	Realizado frequentemente	É sempre realizado
1) Deambulação três vezes por dia ou conforme prescrito					
2) Mudar o decúbito do paciente a cada duas horas					
3) Alimentar o paciente ou administrar a dieta por sonda, no horário					
4) Oferecer as refeições para os pacientes que se alimentam sozinhos					
5) Administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito					
6) Avaliação dos sinais vitais conforme prescrito					
7) Controle do balanço hídrico – entradas e saídas					
8) Registro completo no prontuário do paciente, de todos os dados necessários					
9) Orientações aos pacientes e familiares quanto às rotinas, procedimentos e cuidados prestados					
10) Apoio emocional ao paciente e/ou família					
11) Banho/higiene do paciente/medidas para prevenção de lesões de pele					
12) Higiene bucal					
13) Higienização das suas mãos					
14) Planejamento e ensino do paciente e/ou família para a alta hospitalar					
15) Monitorar a glicemia capilar (glicosimetria/dextro) conforme prescrito					
16) Avaliação das condições do paciente a cada turno, identificando as suas necessidades de cuidado					

	Nunca é realizado	Raramente é realizado	Ocasionalmente não é realizado	Realizado frequentemente	É sempre realizado
17) Reavaliação focada, de acordo com a condição do paciente					
18) Cuidados com acesso venoso e infusão, de acordo com as normas da instituição					
19) O atendimento à chamada do paciente é feita dentro de cinco minutos.					
20) As solicitações para administração de medicamentos prescritos S/N são atendidas em quinze minutos					
21) Avaliação da efetividade dos medicamentos administrados					
22) Participação em discussão da equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente, se ocorrer					
23) Higienizar o paciente prontamente após cada eliminação					
24) Cuidados com lesões de pele/feridas					
25) Aspiração de vias aéreas					
26) Uso de medidas de prevenção para pacientes em risco de queda					
27) Sentar o paciente fora do leito					
28) Hidratar o paciente, quando adequado, oferecendo líquidos via oral ou administrando pela sonda					

Parte B - Razões para a não realização dos cuidados de enfermagem

Pense sobre os cuidados de enfermagem que não são realizados por toda equipe de enfermagem de sua unidade (como você indicou na Parte A do instrumento desta pesquisa) e indique as RAZÕES pelas quais o cuidado de enfermagem não é realizado.

Marque somente uma alternativa para cada item.

	RAZÃO Significante	RAZÃO Moderada	RAZÃO Pouco Significante	Não é uma RAZÃO
1) Número inadequado de pessoal				
2) Situações de urgência dos pacientes (Ex. a piora da condição de um paciente)				
3) Aumento inesperado do volume e/ou da gravidade dos pacientes da unidade				
4) Número inadequado de pessoal para a assistência ou tarefas administrativas (ex. número inadequado de escriturários/secretários, auxiliares de enfermagem, técnicos ou enfermeiros)				
5) A distribuição de pacientes por profissional não é equilibrada				
6) Os medicamentos não estavam disponíveis quando necessário				
7) A passagem de plantão do turno anterior ou das unidades que encaminham pacientes é inadequada				
8) Outros profissionais da equipe não forneceram a assistência no momento em que era necessário (Ex. fisioterapeuta não auxiliou na deambulação do paciente)				
9) Materiais/equipamentos não estavam disponíveis quando necessário				
10) Materiais/equipamentos não funcionaram adequadamente quando necessário				
11) Os membros da equipe não se ajudam entre si				

	RAZÃO Significante	RAZÃO Moderada	RAZÃO Pouco Significante	Não é uma RAZÃO
12) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio				
13) Tensão/conflito ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM				
14) Tensão/conflito ou problemas de comunicação com a EQUIPE MÉDICA				
15) O auxiliar de enfermagem não comunicou que a assistência não foi realizada				
16) O profissional responsável pelo cuidado estava fora da unidade/setor ou não estava disponível				
17) Grande quantidade de admissões e altas				
18) O profissional não tem postura ética e não tem compromisso e envolvimento com o trabalho e/ou com a instituição				
19) Número elevado de enfermeiros com pouca experiência profissional				
20) O profissional que não realizou o cuidado não tem receio de punição/demissão devido à estabilidade no emprego				
21) Falta de preparo dos enfermeiros para liderar, supervisionar e conduzir o trabalho em equipe				
22) Falta de educação em serviço sobre o cuidado a ser realizado (o que inclui treinamento, atualização, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional)				
23) A planta física da unidade/ setor é inadequada, o que dificulta o fornecimento da assistência aos pacientes em isolamento ou em áreas mais distantes				
24) Falta de padronização para realização de procedimentos/cuidados				
25) O profissional de enfermagem é negligente (apresenta preguiça, falta de atenção ou insensibilidade)				
26) Falta de motivação para o trabalho (devido a baixo salário e/ou à falta de valorização do profissional)				
27) Número elevado de profissionais que trabalham doentes ou com problemas de saúde (o que impede que desempenhem as funções para as quais foram contratados)				

ANEXO C – PRACTICE ENVIRONMENT SCALE - VERSÃO BRASILEIRA

Por favor, indique para cada item nesta seção, até que ponto você concorda que ele está presente em seu trabalho atual. Indique o quanto você concorda, fazendo um círculo em volta do número apropriado.

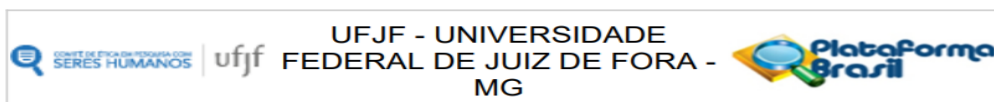
		Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
1	Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes.	1	2	3	4
2	Equipe médica e de enfermagem possuem boas relações de trabalho.	1	2	3	4
3	Uma equipe de gerente/coordenador/supervisor, da unidade, que dá suporte à enfermagem.	1	2	3	4
4	Desenvolvimento ativo da equipe ou programas de educação continuada para a enfermagem.	1	2	3	4
5	Oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional.	1	2	3	4
6	Oportunidade para os enfermeiros participarem das decisões administrativas.	1	2	3	4
7	Os gerentes/coordenadores/supervisores, da unidade, utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não como críticas.	1	2	3	4
8	Tempo e oportunidade suficientes para discutir com outros enfermeiros os problemas relacionados aos cuidados do paciente.	1	2	3	4

9	Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade.	1	2	3	4
10	O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder.	1	2	3	4
11	O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é acessível e sempre presente para a equipe.	1	2	3	4
12	Equipe de enfermagem suficiente para realizar o trabalho.	1	2	3	4
13	Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito.	1	2	3	4
14	Altos padrões de cuidados são esperados pela administração da enfermagem.	1	2	3	4
15	O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem tem o mesmo poder e autoridade que outros gerentes/diretores da alta administração do hospital.	1	2	3	4
16	A enfermagem e os médicos trabalham bem em equipe.	1	2	3	4
17	Oportunidades de aperfeiçoamento.	1	2	3	4
18	Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente.	1	2	3	4
19	Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes.	1	2	3	4
20	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico.	1	2	3	4
21	A administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores.	1	2	3	4

22	Programa ativo de garantia da qualidade.	1	2	3	4
23	Os enfermeiros são envolvidos na direção interna do hospital (como por exemplo, nos comitês de normas e de práticas clínicas).	1	2	3	4
24	Colaboração (prática conjunta) entre as equipes médica e de enfermagem.	1	2	3	4
25	Programa de acompanhamento/tutoria dos profissionais de enfermagem recém-contratados.	1	2	3	4
26	O cuidado de enfermagem é baseado mais em modelos de enfermagem do que em modelos médicos.	1	2	3	4
27	Os enfermeiros têm oportunidade de participar de comissões do hospital e de enfermagem.	1	2	3	4
28	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, consulta a equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia.	1	2	3	4
29	Planos de cuidado de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes.	1	2	3	4
30	A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (isto é: um mesmo profissional de enfermagem cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos).	1	2	3	4
31	Uso de diagnósticos de enfermagem.	1	2	3	4

Fonte: Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000400017>. Acesso em: 12 dez. 2019.

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIANDO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, OMISSÃO DE CUIDADOS E CLIMA DE SEGURANÇA: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL

Pesquisador: Herica Silva Dutra

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 89406618.2.1001.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.256.202



Continuação do Parecer: 4.256.202

Outros	MISSCARE.pdf	10/07/2018 10:45:23	Herica Silva Dutra	Aceito
Outros	Cadastro_projeto.pdf	10/05/2018 17:41:43	Herica Silva Dutra	Aceito
Outros	Cadastro_pesquisador.pdf	10/05/2018 17:39:00	Herica Silva Dutra	Aceito
Outros	Viabilidade_economica.pdf	10/05/2018 17:32:18	Herica Silva Dutra	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_concordancia_e_infraestrutura.pdf	10/05/2018 15:35:02	Herica Silva Dutra	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 03 de Setembro de 2020

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIANDO DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, OMISSÃO DE CUIDADOS E CLIMA DE SEGURANÇA: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL

Pesquisador: Maria Cristina Soares Rodrigues

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 89406618.2.2001.0030

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado - Universidade de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.376.643

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.376.643

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 03 de Novembro de 2020

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador(a))

**ANEXO G – CARTA DE ACEITE DA PUBLICAÇÃO DO ARTIGO: EVIDÊNCIAS
DE OMISSÕES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E SUAS RAZÕES: REVISÃO
INTEGRATIVA**

RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT

Letter of Acceptance

The manuscript entitled "Evidências de omissões de cuidados de enfermagem e suas razões: revisão integrativa", submitted on "08/01/2022" was accepted for publication and will be published within 30 days in the Research, Society and Development Journal - ISSN 2525-3409.

The manuscript is authored by:

Paula Roberta Silva Araújo, Maria Cristina Soares Rodrigues and
Anna Cecilia Soares Santos.

São Paulo, August 15, 2022, Brazil.



Dr. Ricardo Shitsuka
Editor

ANEXO H – ARTIGO: EVIDÊNCIAS DE OMISSÕES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E SUAS RAZÕES: REVISÃO INTEGRATIVA

Research, Society and Development, v. 11, n. 11, e316111133632, 2022
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33632>

Evidências de omissões de cuidados de enfermagem e suas razões: revisão integrativa

Evidence of nursing care omissions and their reasons: integrative review

Evidencia de omisiones en los cuidados de enfermería y sus motivos: revisión integradora

Recebido: 01/08/2022 | Revisado: 13/08/2022 | Aceito: 15/08/2022 | Publicado: 23/08/2022

Paula Roberta Silva Araújo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2495-1180>
Universidade de Brasília, Brasil
E-mail: paula.roberta1@hotmail.com

Maria Cristina Soares Rodrigues

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8669-7408>
Universidade de Brasília, Brasil.
E-mail: mcsoares@unb.br

Anna Cecília Soares Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9903-861X>
Hospital de Urgência Governador João Alves Filho, Brasil
E-mail: anna_cecilia@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Identificar na literatura científica os cuidados de enfermagem regularmente omitidos e as razões para essa omissão, em unidades hospitalares. **Métodos:** Revisão integrativa cuja pesquisa bibliográfica foi realizada nos meses de março a julho de 2022, mediante consulta a cinco bases de dados: *MEDLINE*, *LILACS*, *CINAHAL*, *EMBASE* e *SCOPUS*. A pergunta de pesquisa foi elaborada com base na estratégia PICO em que o problema era "omissão de cuidado", o fenômeno de interesse as "razões para a omissão" e o contexto o "cuidado de enfermagem". Os critérios de inclusão foram: artigos completos relacionados ao objeto de pesquisa, sem restrição de idiomas, originados de periódicos nacionais e internacionais, indexados nas bases de dados referidas e sem limitação temporal. **Resultados:** Entre as produções encontradas, foram selecionados 20 artigos que passaram pelo crivo dos critérios de inclusão e exclusão, baseados na temática "cuidados de enfermagem omitidos e suas razões". **Conclusão:** Evidenciou-se que os cuidados de enfermagem regularmente omitidos contribuem de modo negativo para a qualidade da assistência ofertada ao usuário de saúde e na satisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Imperícia; Qualidade da assistência à saúde; Segurança do paciente; Hospital.

Abstract

Objective: To identify in the scientific literature nursing care that is regularly omitted and the reasons for this omission in hospital units. **Methods:** Integrative review whose literature search was carried out from March to July 2022, by consulting five databases: *MEDLINE*, *LILACS*, *CINAHAL*, *EMBASE* and *SCOPUS*. The research question was based on the PICO strategy in which the problem was "omission of care", the phenomenon of interest was the "reasons for omission" and the context was "nursing care". The inclusion criteria were: full articles related to the research object, without language restrictions, originating from national and international journals, indexed in the aforementioned databases and without time limitation. **Results:** Among the productions found, 20 articles were selected that passed the sieve of inclusion and exclusion criteria, based on the theme "omitted nursing care and its reasons". **Conclusion:** It was evidenced that nursing care that is regularly omitted contributes negatively to the quality of care offered to the health user and to the job satisfaction of nursing professionals.

Keyword: Nursing care; Malpractice; Quality of health care; Patient safety; Hospitals.

Resumen

Objetivo: Identificar en la literatura científica los cuidados de enfermería que se omiten regularmente y las razones de esa omisión en las unidades hospitalarias. **Métodos:** Revisión integrativa cuya búsqueda bibliográfica se realizó de marzo a julio de 2022, mediante la consulta de cinco bases de datos: *MEDLINE*, *LILACS*, *CINAHAL*, *EMBASE* y *SCOPUS*. La pregunta de investigación se basó en la estrategia PICO en la que el problema fue la "omisión del cuidado", el fenómeno de interés fueron los "motivos de la omisión" y el contexto fue el "cuidado de enfermería". Los criterios de inclusión fueron: artículos completos relacionados con el objeto de investigación, sin restricción de idioma, provenientes de revistas nacionales e internacionales, indexados en las bases de datos mencionadas y sin limitación de tiempo. **Resultados:** Entre las producciones encontradas, fueron seleccionados 20 artículos que pasaron el tamiz de criterios de inclusión y exclusión, a partir del tema "cuidados de enfermería omitidos y sus motivos".

Conclusión: Se evidenció que el cuidado de enfermería que se omite regularmente contribuye negativamente a la calidad de la atención ofrecida al usuario de salud y a la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería.

Palabras clave: Cuidado de enfermera; Negligencia profesional; Calidad de la Atención de la Salud; Seguridad del paciente; Hospitales.

1. Introdução

A segurança do paciente (SP) e a qualidade do cuidado em serviços de saúde tem sido prioridade nas agendas internacionais e nacionais, uma vez que milhares de pessoas têm sofrido danos incapacitantes ou vão à óbito em decorrência da assistência insegura em saúde (Who, 2009).

Os eventos adversos (EA) constituem em importantes indicadores de qualidade da assistência e apontam graves problemas para a saúde pública (Reis, 2013). A ocorrência de EA pode ser descrita como um alinhamento das falhas estruturais ou pontuais, prática incorreta ou descuido dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros ou de risco por parte dos pacientes e de familiares, que afetam a SP de forma direta ou indireta e resultam na incidência de um dano à saúde (Reason, 2016).

Quando acontece um EA, a questão importante não é quem o cometeu, mas como e por que as defesas falharam (Reason, 2009). Florence Nightingale já utilizava o conceito *não causar danos* aos pacientes como um pressuposto para a Enfermagem. Na atualidade, a qualidade do cuidado prestado pelos profissionais da enfermagem está relacionada à dedicação dos profissionais para promover a SP, o controle de riscos e EA, de tal forma que é possível admitir que não há cuidado sem segurança (Malvarez & Rodrigues, 2011).

Nesse contexto, o ambiente da prática de enfermagem tem sido identificado como um importante preditor da qualidade do cuidado e dos resultados para o paciente. Entretanto, o ambiente de trabalho dos enfermeiros tem sido descrito como rápido e imprevisível, propiciando interrupções e erros na assistência de enfermagem. Além disso, estão constantemente movendo-se de uma atividade para outra e gerenciando informações de variadas fontes, trabalham em duas ou mais tarefas simultaneamente, podendo apresentar altas taxas de descontinuidade na execução de seu trabalho (Kalisch & Aebersold, 2010). Diante da multiplicidade de atividades e escassez de recursos, em algumas situações, a equipe sente-se impossibilitada de realizar todos os cuidados demandados pelos pacientes, podendo abreviá-lo, atrasá-lo ou até mesmo omiti-lo (Kalisch, et al., 2009).

A omissão dos cuidados de enfermagem tem se apresentado como um problema comum, universal e que ocorre com frequência, devido a fatores complexos e numerosos (Lake, et al., 2015). É descrito como todo e qualquer aspecto do cuidado requerido pelo paciente que é atrasado ou não realizado, seja em parte ou por completo; quando relacionado à enfermagem, tal termo é conhecido na língua inglesa como *Missed Nursing Care* (Kalisch, 2006).

O fenômeno da omissão dos cuidados de enfermagem foi primeiramente relatado em um estudo cujo objetivo era identificar os tipos de cuidados de enfermagem regularmente omitidos em hospitais de cuidados agudos, nos Estados Unidos da América (EUA), e as razões para essa omissão. O estudo utilizou uma abordagem qualitativa e foi conduzido com o pessoal de enfermagem de unidades médico-cirúrgicas (107 enfermeiros, 15 técnicos e 51 auxiliares) de dois hospitais norte-americanos (Kalisch, 2006).

Outro estudo evidenciou que os cuidados de enfermagem podem não ser realizados em sua totalidade, visto que 74,1% dos profissionais relataram pelo menos uma atividade de enfermagem omitida em seu turno de trabalho e que esse fato ocorre em mais da metade dos hospitais no Brasil e no mundo (Dutra, et al., 2019).

Pesquisas têm sido desenvolvidas para compreender a dimensão do fenômeno da omissão e apontam que cuidados como, deambulação, higiene bucal, conversar e confortar os pacientes, planejar os cuidados e educar os pacientes e familiares

são os mais omitidos pelos profissionais de enfermagem em diversos países, como Inglaterra, México, EUA e países europeus (Lake, et al., 2015; Hernández-Cruz et al., 2017; Ball et al., 2014).

No contexto brasileiro, um estudo evidenciou que cuidados direcionados ao atendimento das necessidades emocionais, espirituais, sociais, eliminações fisiológicas e segurança física do paciente adulto foram omitidos e/ou pouco realizados durante a sua internação hospitalar (Freitas et al., 2014). Dados semelhantes foram verificados em ambiente pediátrico, no que tange ao fornecimento de orientações aos acompanhantes de crianças hospitalizadas e ao acompanhamento do banho da criança (Lima et al., 2017).

As omissões dos cuidados trazem consequências indesejáveis para pacientes, profissionais e às instituições de saúde. A omissão dos cuidados de enfermagem tem sido associada a resultados negativos para os pacientes, quais sejam: lesão por pressão, erros de medicação, quedas, infecções (Carthon et al., 2015), para os profissionais, absenteísmo e síndrome de *burnout* (Ball et al., 2017). As instituições de saúde, por sua vez, têm seu custo aumentado em detrimento do aumento do tempo de permanência dos pacientes, das readmissões e da necessidade de reparo/tratamento dos danos gerados aos pacientes (Kalisch, 2006; Baal et al., 2017; Kalisch, et al., 2011).

Nesse cenário, acredita-se que a identificação, mitigação e discussão transparente acerca das omissões do cuidado de enfermagem podem auxiliar no gerenciamento de risco institucional e na construção da cultura de segurança, sendo um alerta precoce de maior risco para os resultados negativos aos pacientes (Kalisch, et al., 2011).

Complementarmente, a realização de estudos relacionados à omissão do cuidado de enfermagem e as razões por essa omissão podem impulsionar a compreensão desse fenômeno e assim propiciar o desenvolvimento de soluções para melhorar a qualidade e a segurança da assistência ofertada por profissionais de enfermagem.

Dada a relevância da temática em tela e a necessidade de se conhecer acerca das evidências científicas atuais, traçou-se como objetivo deste estudo identificar na literatura científica os cuidados de enfermagem regularmente omitidos e as razões para essa omissão, em unidades hospitalares.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Este tipo de estudo consiste em uma busca de pesquisas relevantes sobre um determinado assunto, que possibilita identificar lacunas que podem ser preenchidas com a realização de outras pesquisas. Esse desenho de investigação científica possibilita uma avaliação crítica e a síntese de evidências disponíveis sobre o tema investigado em seu produto final, proporcionando uma organização do estado atual do conhecimento e a reflexões para a implementação de novas intervenções (Mowbray, et al., 2015).

O processo de preparação da revisão integrativa se pautou em seis etapas: 1) identificação do tema e elaboração da pergunta norteadora; 2) busca dos dados e determinação dos critérios de inclusão e exclusão; 3) coleta de dados e categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) discussão e interpretação dos resultados; e, 6) apresentação da revisão ou síntese do conhecimento (Sousa, et al., 2017).

Para a elaboração da pergunta norteadora de pesquisa, seguiram-se as recomendações da estratégia PICO, definindo-se como Problema a “omissão de cuidados”, como Fenômeno de interesse as “razões para a omissão” e como Contexto “cuidados de enfermagem” (Brasil, 2014). Assim, formulou-se a seguinte questão norteadora: Quais são os cuidados de enfermagem omitidos no ambiente hospitalar e as razões para essa omissão identificados na literatura?

O levantamento bibliográfico foi realizado nos meses de março a julho de 2022 mediante o acesso as bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) acessada no portal PubMed, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*(LILACS) acessada no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), EMBASE (Elsevier) e *SCOPUS*.

Os Descritores Controlados (DC) e não controlados (DNC) foram selecionados após consulta aos termos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH). A fim de minimizar o viés de seleção, os estudos foram selecionados por dois pesquisadores, de forma independente. Para a leitura na íntegra dos artigos incluídos e daqueles em discordância, contou-se com a presença de um terceiro pesquisador.

Foram utilizados os seguintes DeCS: "omissão do cuidado"; imperícia; "qualidade da assistência à saúde"; "segurança do paciente"; "cuidados de enfermagem"; hospitalar; e, MeSH: "Malpractice"; "Misscare" "Quality of Health Care"; "Patient Safety"; "Nursing Care"; "Hospitals", cruzando os descritores entre si, por meio do operador booleano "OR" e "AND".

Foram incluídos na revisão artigos completos relacionados ao objeto de pesquisa, sem restrição de idiomas, originados de periódicos nacionais e internacionais, indexados nas bases de dados referidas e sem limitação temporal.

Foram excluídos artigos do tipo revisão, resenhas, dissertações e comentários, bem como, artigos cujo objeto de estudo principal abordassem a omissão do cuidado por outras categorias profissionais, ou em outro nível de complexidade, como serviços ambulatoriais ou atenção primária à saúde. Pontua-se ainda que, os artigos encontrados em mais de uma base de dados foram contabilizados apenas uma vez.

Inicialmente foram encontrados 240 artigos pelas buscas nas bases de dados. Procedeu-se à leitura dos títulos e resumos. Foram, então, selecionados 30 artigos para a leitura dos textos na íntegra, desses, 10 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Desse modo, 20 artigos compuseram a amostra e foram analisados. A Figura 1 descreve o percurso realizado para seleção dos estudos, segundo a base consultada.

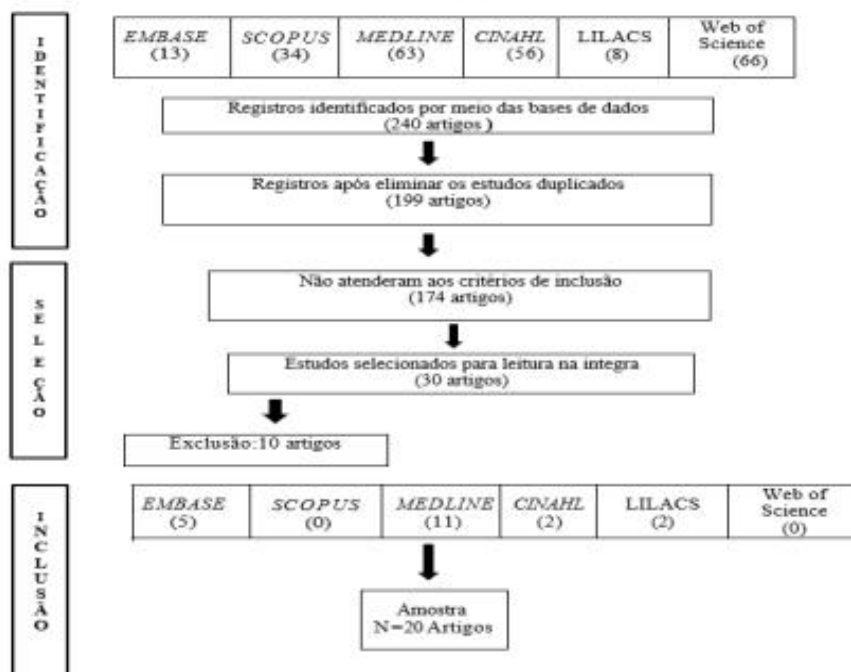
O Nível de Evidência (NE) foi determinado segundo a seguinte classificação: nível 1 – resultantes de evidências de revisões sistemáticas ou meta-análise de Ensaios Clínicos Randomizados Controlados (ECRC); nível 2 – evidências obtidas de, pelo menos, um ECRC bem delineado; nível 3 – ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 – estudo de caso-controle e de corte bem delineados; nível 5 – obtidas de revisões sistemáticas de estudos descritivos ou qualitativos; nível 6 – oriundos de um único estudo descritivo ou qualitativo; e nível 7 – evidências originárias de opinião de autoridades e/ou comitê de especialistas (Galvão, 2006).

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento próprio para o registro das seguintes informações: autor, local, ano de publicação, título do estudo, delineamento da pesquisa, razões para a omissão e nível de evidência. A análise e síntese dos dados foram realizadas de forma descritiva e as produções selecionadas foram organizadas em planilhas no Microsoft Excel, procedendo-se a construção de quadros de acordo com as variáveis identificadas. Com isso, estabeleceu-se uma categoria temática de análise.

3. Resultados

Entre as produções encontradas, foram selecionados 20 artigos que passaram pelo crivo dos critérios de inclusão e exclusão, baseados na temática "cuidados de enfermagem omitidos e suas razões". Os artigos são apresentados no Quadro 1, contendo as características de publicação (autor periódico/ano, título e local do estudo/Periódico). No Quadro 2, são apresentadas as particularidades do delineamento do estudo, nível de evidência e as razões para a omissão dos cuidados.

Figura 1. Fluxograma da sistematização da busca nas bases de dados (2022)



Fonte: Dados dos autores (2022).

O Quadro 1 trata de um *corpus* de análise, com publicações nacionais e internacionais, apresentando experiências de cuidados omitidos no contexto hospitalar. Houve uma predominância de publicações internacionais, com 16 estudos (80%).

Quadro 1. Características dos estudos selecionados, relativos à autoria, ano, título, local do estudo e periódico de publicação. Brasil, 2022.

Nº	Autor principal/Ano	Título	Local do estudo	Periódico
01	KALISCH et al. 2011 ⁽²³⁾	Hospital variation in missed nursing care	Estados Unidos	Am J Med Qual
02	FRIESE et al. 2013 ⁽²⁴⁾	Patterns and correlates of missed nursing care in in patient oncology units	Estados Unidos	Cancer Nurs
03	MALONEY et al. 2015 ⁽²⁵⁾	Is Nursing Care Missed? A Comparative Study o f Three North Carolina Hospitals	Estados Unidos	Med surg Nurs
04	PAPASTAVROU et al. 2016 ⁽²⁶⁾	To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing	República do Chipre	Eur J Oncol Nurs
05	H. BRAGADÓTTIR et al. 2017 ⁽²⁷⁾	Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals	Islândia	J Clin Nurs
06	HARVEY et al. 2018 ⁽²⁸⁾	Understanding how nurses ration care.	Nova Zelândia	J Health Organ Manag
07	BLACKMAN et al. 2018 ⁽²⁹⁾	Modeling Missed Care: Implications for Evidence-Based Practice.	Austrália	World views Evid Based Nurs.
08	ALBSOUL R et al. 2019 ⁽³⁰⁾	Factors influencing missed nursing care in public hospitals in Australia: An exploratory mixed methods study	Austrália	Int J Health Plann Manage

09	RABIN et al. 2019 ⁽³¹⁾	Application of the MISSCARE scale in an Oncology Service: a contribution to patient safety	Brasil	Revista da Escola de Enfermagem da USP
10	HAFTU et al. 2019 ⁽³²⁾	Commonly missed nursing cares in the obstetrics and gynecologic wards of Tigray general hospitals; Northern Ethiopia.	Etiópia	PLoS ONE
11	LIMA et al. 2020 ⁽³³⁾	Omissão do cuidado de enfermagem em unidades de internação	Brasil	Revista Latino-Americana De Enfermagem
12	DU et al. 2020 ⁽³⁴⁾	A cross-sectional observational study of missed nursing care in hospitals in China	China	J Nurs Manag
13	AL-FAOURI et al. 2020 ⁽³⁵⁾	Missed nursing care, staff in glevel, job satisfaction, and intent to leave among Jordanian nurses	Jordânia	Nursing Forum
14	CHEGINI et al. 2020 ⁽³⁶⁾	Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey.	Irãnia	J Nurs Manag
15	SILVA et al. 2020 ⁽³⁷⁾	Omission of nursing care, professional practice environment and work load in intensive care units.	Brasil	Journal of Nursing Management
16	ESKIN et al. 2020 ⁽³⁸⁾	A cross-sectional study of the determinants of missed nursing care in the private sector: Hospital/unit/staff characteristics, professional quality of life and work alienation.	Túrcia	J Nurs Manag
17	SILVA et al. 2021 ⁽³⁹⁾	Patient safety culture, missed Nursing care and its reasons in Obstetrics	Brasil	Rev. Latino-Am. Enfermagem
18	JOSEPH et al. 2022 ⁽⁴⁰⁾	Mental health nurses perceptions of missed nursing care in acute inpatient units: a multi-method approach	Austrália	Int J Ment Health Nurs
19	ESKICI et al. 2022 ⁽⁴¹⁾	Frequency, reasons, correlates and predictors of missed nursing care in Turkey: a multi-hospital cross-sectional study	Túrcia	International Journal of Nursing Practice
20	ANN-CHARLOTTE FALK et al. 2022 ⁽⁴²⁾	Missed nursing care in the critical care unit, before and during the covid-19 pandemic: a comparative cross-sectional study	Suécia	Intensive and Critical Care Nursing

Fonte: Dados dos autores (2022).

Com relação às publicações nacionais, foram selecionados quatro (20%) estudos brasileiros. Quanto ao ano de publicação, observou-se a predominância de artigos publicados no ano de 2020 com seis estudos (30%). O periódico que mais se destacou foi o *J Nurs Manag* com três (15%) produções.

Como apresentado no Quadro 2, houve predominância de estudos com o delineamento transversal em nove (45%) produções. Sintetizando o conhecimento produzido, quanto ao nível de evidência dos estudos analisados destacam-se: 95% apresentam nível de evidência 6 e 5% nível 4 de evidência. Identificou-se, portanto, a carência de estudos nacionais e internacionais com outros níveis de evidência (nível 1 e 2), que se referem a revisões sistemáticas ou meta-análise ou evidências obtidas de, pelo menos, um Ensaio Clínico Randomizado Controlado (ECRC) bem delineado. Quanto às razões para omissão do cuidado identificados nos estudos destaca-se a inadequação de recursos humanos em 14 estudos (70%).

Quadro 2. Características dos estudos selecionados, relativos ao delineamento, nível de evidência e as razões para a omissão do cuidado. Brasil, 2022.

Nº	Delineamento do Estudo	Nível de Evidência	Razões para omissão do cuidado
01	Descritivo	6	Recursos de mão de obra inadequados foi o motivo mais citado para a falta de atendimento, seguido de recursos materiais e comunicação.
02	Descritivo	6	Recursos de pessoal inadequados.
03	Descritivo	6	Volume de pacientes e/ou complexidade na unidade, inadequado número de funcionários.
04	Descritivo, Correlacional e Transversal	6	Número inadequado de funcionários, situações de pacientes urgentes e aumento inesperado no volume de pacientes/complexidade da unidade.
05	Quantitativo, Transversal	6	As características da unidade e da equipe e o trabalho em equipe de enfermagem.
06	Descritivo	6	Número inadequado de funcionários, número aumentado de pacientes e complexidade de atendimentos dos pacientes.
07	Descritivo	6	O número de funcionários escalados e com a configuração do local de trabalho.
08	Descritivo	6	O aumento inesperado no volume e na carga de trabalho do paciente, interrupções no fluxo de trabalho, compartilhamento inadequado de informações e falta percebida de suporte gerencial.
09	Transversal	6	A falha na comunicação foi mais prevalente.
10	Transversal	6	Os recursos trabalhistas foram o principal motivo de omissão ou atraso no atendimento de enfermagem, seguido pelo trabalho em equipe, recursos materiais e comunicação.
11	Transversal	6	Inadequação de recursos humanos e o aumento inesperado no volume e/ou gravidade dos pacientes foram percebidas pelos profissionais de enfermagem como de maior prevalência.
12	Transversal e Observacional	4	Inadequação de pessoal ou cargas de trabalho pesadas (por exemplo, aumento súbito de casos ou em casos graves, alta/admissão e carga de trabalho desigual).
13	Descritivo e Transversal	6	Recursos trabalhistas foram relatados como a causa mais comum de “falta de assistência de enfermagem”, seguido por fatores de comunicação, depois recursos materiais.
14	Transversal	6	Inadequação de recursos humanos.
15	Transversal	6	O ambiente de prática profissional, assim como a carga de trabalho.
16	Descritivo transversal	6	Características da equipe, como jornada de trabalho semanal, horas extras e percepção de adequação do enfermeiro.
17	Transversal	6	Número inadequado de pessoal, seguido pela grande quantidade de admissões e altas e a situação de urgência das pacientes.
18	Transversal	6	Número inadequado de enfermeiros, aumento das necessidades de cuidados físicos, aumento da complexidade e baixa satisfação no trabalho.
19	Descritivo e Transversal	6	Trabalho em equipe em enfermagem afetou significativamente os cuidados de enfermagem perdidos.
20	Transversal	6	Número de pessoal inadequado, situações de urgência e aumento do volume de pacientes.

Fonte: Dados dos autores (2022).

4. Discussão

Os achados desta revisão identificaram a existência de cuidados de enfermagem que vêm sendo regularmente omitidos e as razões para essa omissão, emergindo assim a categoria de discussão a partir da análise de estudos internacionais e nacionais.

4.1 Cuidados de enfermagem regularmente omitidos e suas razões na omissão do cuidado

No que concerne aos enfoques desta categoria, os resultados revelaram que os cuidados omitidos com maior frequência foram: deambulação 3 vezes ao dia ou conforme solicitado; mudança de decúbito a cada 2 horas; administração de medicamentos em até 30 minutos antes ou depois do horário agendado; e, alimentação do paciente quando a comida ainda está quente (Kalisch, et al., 2011; Friese et al., 2013; Maloney, et al., 2015; Papastavrou et al., 2016; Harvey et al., 2018; Albsoul et al., 2019; EskinBacaksiz et al., 2020; Falk et al., 2022).

Ressalta-se, ainda, que na categoria planejamento da assistência, os itens de enfermagem mais omitidos foram a participação em conferências interdisciplinares de cuidado sempre que realizadas, juntamente com o ensino do paciente sobre seu estado de saúde atual (Kalisch, et al., 2011; Friese et al., 2013; Papastavrou et al., 2016; Harvey et al., 2018; Albsoul, et al., 2019; Lima, et al., 2020; Du et al., 2020; Chegini et al., 2020).

Com relação aos cuidados de enfermagem classificados como menos omitidos, foram demonstrados aqueles relacionados ao tratamento, como, monitorização de sinais vitais e glicemia e aspiração de vias aéreas (Kalisch, et al., 2011; Al-Faouri, et al., 2020; Silva et al., 2020; Joseph, et al., 2022; Falk et al., 2022). Corroborando estes dados, em um estudo realizado no Brasil, identificou-se que, avaliar os sinais vitais e monitorar a glicemia capilar foram as atividades mais realizadas (98,4% e 95,2%, respectivamente), seguidas pela avaliação das condições da paciente a cada turno, identificando as suas necessidades básicas de cuidado em (90,3%), reavaliação focada, cuidados com acesso venoso e higienização das mãos (88,8%), cada. Já os cuidados com maior omissão foram associados à aspiração de vias aéreas (43,6%) e higiene bucal (42,0%) (Silva et al., 2020).

Um estudo realizado em hospitais da China, identificou que 47,8% dos participantes relataram 1 a 27 itens perdidos em suas unidades (média 2,98; SD \pm 2,582). Logo, os cuidados omitidos com maior frequência foram: deambulação, mudança de decúbito e uso de banheiro. Assim, esses cuidados básicos são considerados de suma importância para pacientes com problemas neurológicos ou esquelético-muscular, isso pode justificar o porque esses cuidados omitidos serem percebidos com maior frequência nas unidades neurológicas, cardíacas e ortopédicas (Du et al., 2020).

Entre as razões para a omissão do cuidado mais reconhecida foram, em dois estudos analisados, relacionados à escassez de força de trabalho, aumento inesperado de pacientes, número de pacientes críticos, falta de profissionais de enfermagem, recusa do paciente e família, equipe administrativa inadequada, aumento de alta e admissão, e número de casos desproporcional ao número de profissionais (Du et al., 2020; Falk et al., 2022). Ambientes com processos de trabalho estruturados e com um número adequado de profissionais podem contribuir para a diminuição dos cuidados omitidos e favorecer o planejamento da assistência (Silva et al., 2021).

Observou-se que a incidência de cuidados de enfermagem omitidos crescia conforme a idade dos participantes aumentava. Por outro lado, não houve relação entre "cuidados de enfermagem omitidos" e fatores sociodemográficos" tais como: escolaridade, anos de experiência como enfermeira, o número de empregos e anos de atuação na unidade atual e número de leitos na unidade (Al-Faouri, et al., 2020).

Outro fator relacionado é a falta de atendimento por turno de trabalho. O turno da manhã influenciou fortemente a falta de atendimento no turno da tarde, podendo estar associado ao dimensionamento de pessoal para os turnos da tarde, que

pode estar relacionado ao fluxo decorrente da omissão de cuidados do turno da manhã para o turno da tarde, somatizando um maior número de cuidados a serem desempenhados pela equipe da tarde (Blackman Et Al., 2018).

Quando se fala em prestação de cuidados gerais de prestação de cuidados de enfermagem, houve uma menor incidência de cuidados omitidos quando comparado com os sistemas de prestação de cuidados funcionais. Tal incidência pode se justificar devido ao sistema de enfermagem integral de prestação de cuidados, isto é, uma enfermeira é responsável pelo cuidado prestado de modo geral a um grupo de pacientes, enquanto na prestação de cuidados de enfermagem funcional e em equipe, estes enfermeiros são alocados para fornecer parte do cuidado de um grupo dos pacientes e isso pode levar à falta de um olhar integral quanto aos aspectos do cuidado ou fazer as enfermeiras esperarem umas nas outras quanto a prestação do cuidado (Du et al., 2020).

Ademais, estudos corroboram que, em relação à unidade de trabalho dos participantes, as unidades de clínica médica/cirúrgica foram associadas a uma maior incidência de cuidados de enfermagem omitidos em comparação com unidades de cuidados intensivos, isso pode estar relacionado à proporção inadequada de pacientes/enfermeiros, e assim contribuir para a omissão de alguns aspectos dos cuidados de enfermagem. Este resultado pode estar relacionado ao processo de trabalho desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o qual possibilita um maior controle sobre os cuidados prestados aos pacientes críticos, e contribui positivamente para a cultura de segurança (Maloney et al., 2022; Bragadóttir et al., 2017; Blackman Et Al., 2018; Al-Faouri, et al., 2020).

Outros autores enfatizam que o racionamento da assistência de enfermagem em UTI pode motivar à baixa satisfação no trabalho, correlacionando de forma estatisticamente significativa com a fadiga (físico, cognitivo e psicossocial). Assim, quanto maior o nível de fadiga, maior será o racionamento de cuidados e menor será a satisfação com o trabalho, logo, níveis mais altos de satisfação estão associados a uma menor incidência de omissão de cuidados de enfermagem (Al-Faouri, et al., 2020; Cofen, 2007).

Outra questão realacionada à omissão do cuidado é o auxílio do trabalho de cuidadores familiares ou cuidadores remunerados, demonstrando que os cuidados podem ser perdidos com mais frequência quando comparado aos profissionais de enfermagem. Desse modo percebe-se que isso se dá devido os profissionais entregarem os cuidados aos acompanhantes e esperar nele que os prestem. É preciso ressaltar, que o código de ética profissional de enfermagem brasileiro em seu Capítulo III – das proibições, Artigo 92 proíbe delegar atribuições dos(as) profissionais de enfermagem, previstas na legislação, para acompanhantes e/ou responsáveis pelo paciente (Du et al., 2020; Al-Faouri, et al., 2020; Falk et al., 2022; BRASIL, 2017).

Estudos apontam que é razão para omissão de cuidados de enfermagem a falta de recursos humanos, considerada uma das causas mais comuns para perda de cuidados de enfermagem, seguido por fatores relacionados à comunicação e recursos materiais. Diante disso, as organizações de saúde devem fornecer um dimensionamento da equipe de enfermagem de modo adequado visando melhorar a proporção paciente e enfermeiros, garantindo assim experiências positivas do paciente durante a hospitalização (Kalisch et al., 2011; Haftu et al., 2019; Du et al., 2020).

Nessa perspectiva, os gerentes de enfermagem devem viabilizar o gerenciamento de recursos humanos e materiais dando maior atenção quanto à proporção de pacientes/enfermeiros, distribuição de cuidados conforme o nível de competência dos enfermeiros, carga de trabalho, tarefas delegadas que não são competência da enfermagem, disponibilidade de equipe de apoio para minimizar os cuidados de enfermagem perdidos. Ademais, o serviço de apoio administrativo insuficiente pode sobrecarregar os profissionais de enfermagem com tarefas burocráticas, o que reduz o tempo para a assistência e para o planejamento da assistência, assim influenciando diretamente na tomada de decisão à beira leito (Haftu et al., 2019; Al-Faouri, et al., 2020; Eskici & Baykal, 2022; Alves & Guirardello, 2016).

Estratégias de avaliação e promoção para um ambiente favorável à prática da enfermagem são de grande relevância, uma vez que estas ações estratégicas podem impactar positivamente tanto nos resultados quanto na percepção do clima de

segurança nas instituições assistenciais e, assim, fidelizar esses profissionais em suas funções, sendo oportuno mantê-los com condições adequadas para uma boa prática de enfermagem (Chegini et al., 2020; Eskici & Baykal, 2022; Chevalier et al., 2017).

5. Conclusão

Verificou-se que os principais cuidados de enfermagem regularmente omitidos identificados nos estudos analisados nesta revisão foram a oferta de alimentação ainda quente, deambulação, banho, mudança de decúbito, suporte emocional, medicação em horário oportuno, uso de banheiro e higiene bucal. Entre as razões para a omissão do cuidado mais reconhecida foi relacionada à escassez de força de trabalho, aumento inesperado de pacientes, número de pacientes críticos e falta de profissionais de enfermagem.

Evidenciou-se que, os cuidados de enfermagem regularmente omitidos podem contribuir de modo negativo para a qualidade da assistência ofertada ao usuário de saúde e na satisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem. Nesse sentido é importante o desenvolvimento de estratégias que determinem à equipe de enfermagem um ambiente de prática favorável à prestação de cuidados, ou para determinar os melhores meios para fortalecer o comportamento no ambiente de trabalho. Nessas intervenções, os enfermeiros devem ser encorajados a discutir as várias dimensões da responsabilidade pessoal e suas consequências, ainda, comportamentos de cuidado de enfermagem omissos.

Programas educacionais para enfermagem podem aumentar a capacidade desses profissionais quanto as suas responsabilidades pessoais, que, por sua vez, pode melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, diminuindo assim os cuidados de enfermagem omitidos.

Como limitação do estudo, aponta-se para o fato de os artigos selecionados terem pouca ênfase em cuidados de enfermagem omitidos, o que dificultou uma análise mais abrangente, destacando, portanto, a importância de mais estudos que abordem a avaliação do ambiente de prática dos profissionais de enfermagem, que possam contribuir para omissão do cuidado de enfermagem.

Referências

- Albsoul, R., FitzGerald, G., Finucane, J., & Borkoles, E. (2019). Factors influencing missed nursing care in public hospitals in Australia: an exploratory mixed methods study. *International Journal of Health Planning and Management*, 34, 1820-1832. <https://doi.org/10.1002/hpm.2898>.
- Al-Faouri, L., Obaidat, D. M., & AbuAlRub, R. F. (2020). Missed nursing care, staffing levels, job satisfaction, and intention to leave among Jordanian nurses. *Nursing Forum*, 1-11. <https://doi.org/10.1111/nuf.12537>.
- Alves, D. F. S., & Guirardello, E. B. (2016). Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. *Rev Gaúcha Enferm*, 37(2):e58817. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58817>.
- Azevedo, F. M., Rodrigues, M. C., & Cimiotti, J. P. (2018). Ambiente da prática de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*, 31(2):217-23. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800031>.
- Bacaksiz, F. E., Alan, H., Eskici, G. T., & Gumus, E. (2020). A cross-sectional study of the determinants of missed nursing care in the private sector: Hospital/unit/staff characteristics, professional quality of life and work alienation. *Journal of nursing management*, 28(8), 1975-1985. <https://doi.org/10.1111/jonm.12999>.
- Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Tishelman, C., Griffiths, P., & RN4Cast Consortium. (2018). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*, Feb; 78:10-15. [10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004).
- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf*, 23(2):116-25. [10.1136/bmjqs-2012-001767](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767). Epub 2013 Jul 29. PMID: 23898215; PMCID: PMC3913111.
- Blackman, I., Lye, C. Y., Darmawan, I., Henderson, J., Giles, T., Willis, E., Toffoli, L., Xiao, L., & Verrall, C. (2018). Modeling Missed Care: Implications for Evidence-Based Practice. *Workviews on evidence-based nursing*, 15(3), 178-188. <https://doi.org/10.1111/wvn.12285>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. (2014) Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico. Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - Cofen (2017). < <http://www.portalcofen.gov.br>>.

Carthon, J. M., Lasater, K. B., Sloane, D. M., & Kutney-Lee, A. (2015). The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ quality & safety*, 24(4), 255–263. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003346>.

Chevalier, S., Lejeune, J., Fouquereau, E., Coillot, H., Gillet, N., Gandemer, V., Michon, J., & Colombat, P. (2017). Organizational and Managerial Resources and Quality of Care in French Pediatric Oncology Nursing. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(6), 406–413.

Chegini, Z., Jafari-Koshki, T., Kheiri, M., Behforoz, A., Aliyari, S., Mitra, U., & Islam, S. (2020). Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. *Journal of nursing management*, 28(8), 2205–2215. <https://doi.org/10.1111/jonm.13055>.

Du, H., Yang, Y., Wang, X., & Zang, Y. (2020). A cross-sectional observational study of missed nursing care in hospitals in China. *Journal of nursing management*, 28(7), 1578–1588. <https://doi.org/10.1111/jonm.13112>.

Dutra, C., Salles, B. G., & Guirardello, E. B. (2019). Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units. Situações e razões para a omissão do cuidado de enfermagem em unidades de clínica médica e cirúrgica. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 53, e03470. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017050203470>.

Eskici, T. G., & Baykal, U. (2022) Frequency, reasons, correlates and predictors of missed nursing care in Turkey: A multi-hospital cross-sectional study. *Int J Nurs Pract* 16:e13050. 10.1111/ijn.13050. Epub ahead of print. PMID: 35294994.

Falk, A. C., Nymark, C., Göransson, K. E., & Vogelsang, A. C. (2022). Missed nursing care in the critical care unit, before and during the COVID-19 pandemic: A comparative cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 72, 103276. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103276>.

Freitas, J. S., Silva, A. E. B. C., Minamisava, R., Bezerra, A. L. Q., & Sousa, M. R. G. (2014). Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] [cited 2022mar 16];22(3):454-60. 10.1590/0104-1169.3241.2437» <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>.

Friese, C. R., Kalisch, B. J., & Lee, K. H. (2013). Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. *Cancer nursing*, 36(6), E51–E57. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318275E552>.

Galvão, C. M. (2006). Níveis de evidência. *Acta Paul Enferm*, 19(2):5.

Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., & Tryggvadóttir, G. B. (2017). Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of clinical nursing*, 26(11-12), 1524–1534. <https://doi.org/10.1111/jocn.13449>.

Harvey, C. L., Thompson, S., Willis, E., Meyer, A., & Pearson, M. (2018). Understanding how nurses ration care. *Journal of health organization and management*, 32(3), 494–510. <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2017-0248>.

Haftu, M., Girmay, A., Gebremeskel, M., Aregawi, G., Gebregziabher, D., & Robles, C. (2019). Commonly missed nursing cares in the obstetrics and gynecologic wards of Tigray general hospitals; Northern Ethiopia. *PLoS one*, 14(12), e0225814. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225814>.

Hernández-Cruz, R., Moreno-Monsiváis, M. G., Cheverría-Rivera, S., & Díaz-Oviedo A. (2017). Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25:e2877.

Joseph, B., Plummer, V., & Cross, W. (2022). Mental health nurses perceptions of missed nursing care in acute inpatient units: A multi-method approach. *International journal of mental health nursing*, 31(3), 697–707. <https://doi.org/10.1111/inm.12990>.

Kalisch, B., Tschannen, D., & Lee, H. (2011). Does missed nursing care predict job satisfaction?. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*, 56(2), 117–133.

Kalisch, B. J., & Aebbersold, M. (2010). Interruptions and multitasking in nursing care. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 36(3), 126–132. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(10\)36021-1](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(10)36021-1).

Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 65(7), 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>.

Kalisch, B. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual*, 21(4), 306–313. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16985399>.

Kalisch, B. J., Tschannen, D., Lee, H., & Friese, C. R. (2011). Hospital variation in missed nursing care. *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality*, 26(4), 291–299. <https://doi.org/10.1177/1062860610395929>.

Lima, J. C., Silva, A. E. B. C., Sousa, M. R. G., Freitas, J. S., & Bezerra, A. L. Q. (2017). Assessment of quality and safety of nursing assistance to the hospitalized child: perception of accompanying. *Rev Enferm UFPE online*. [Internet]. [cited 2022mar 16];11(Supl. 11):4700-8. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231212/25221>.

Lima, J. C., Silva, A. E. B. C., & Caliri, M. H. L. (2020). Omission of nursing care in hospitalization units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 28:e3233. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>.

Lake, E. T., Germack, H. D., & Viscardi, M. K. (2016). Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ quality & safety*, 25(7), 535–543. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-003961>.

Maloney, S., Fencl, J. L., & Hardin, S. R. (2015). Is Nursing Care Missed? A Comparative Study of Three North Carolina Hospitals. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 24(4), 229–235.

- Malvarez, S., & Rodrigues, J. (2011) Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales. In: Cometto, M. C. et al. *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. cap. 1, p. 1-18.
- Mowbray, P. K., Wilkinson, A., & Tse, H. H. (2015). An integrative review of employee voice: identifying a common conceptualization and research agenda. *Rev international journal of management reviews* [internet];17(3):382-400. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijmr.12045>.
- Papastavrou, E., Charalambous, A., Vryonides, S., Eleftheriou, C., & Merkouris, A. (2016). To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 21, 48-56. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.01.002>.
- Rabin, E. G., Silva, C. N., Souza, A. B., Lora, P. S., & Viegas, K. (2019) Application of the MISSCARE scale in na Oncology Service: a contribution to patient safety. *Rev Esc Enferm USP*, 53:e03513. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018025403513>.
- Reis, C. T. (2013) *A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro*. 203 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.: <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/7683>>.
- Reason, J. (2009) Human error: models and management. *BMJ*, London, 320(7237), 768-770.
- Reason, J. T. (2016). Organizational Accidents Revisited. *CRC press*, v. 172, n.6, p.393-396. https://www.researchgate.net/publication/327365505_Organizational_Accidents_Revisited
- Pereira, L. S. R., Gonçalves, M. M., Dias, C. S. L., Araújo, T. R., Martins, M. A., Andrade, L. M. S., & Laus, A. M. (2020). Omission of nursing care, professional practice environment and workload in intensive care units. *Journal of nursing management*, 28(8), 1986-1996. <https://doi.org/10.1111/jonm.13005>
- Sousa, L. M. M., Vieira, C. M. A. M., Severino, S. S. P., & Antunes, A.V. (2017) A Metodologia de Revisão Integrativa da literatura em Enfermagem. *Revista investigação em enfermagem* [on-line] 1(1),17-26. [citado em 31 mar 2022];. URL: https://repositorio.cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1311/1/Metodologia%20de%20Revis%3o%20Integrativa_RIE21_17-26.pdf.
- Silva, S. C., Morais, B. X., Munhoz, O. L., Ongaro, J. D. Urbanetto, J. S., & Magnago, T. S. B. S. (2021) Patient safety culture, missed Nursing care and its reasons in Obstetrics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.; 29:e3461. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4855.3461>.
- World Health Organization. (2009) The conceptual framework for the international classification for patients safety [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2022mar 16]. http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. » http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.