

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Leticia Ribeiro Campagnacci

**Análise do ambiente da prática, clima de segurança e omissão de cuidados entre
profissionais de enfermagem de um hospital de ensino**

Juiz de Fora

2022

Leticia Ribeiro Campagnacci

Análise do ambiente da prática, clima de segurança e omissão de cuidados entre profissionais de enfermagem de um hospital de ensino

Documento apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora referente à defesa, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Herica Silva Dutra

Juiz de Fora

2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Campagnacci, Leticia Ribeiro.

Análise do ambiente da prática, clima de segurança e omissão de cuidados entre profissionais de enfermagem de um hospital de ensino /Leticia Ribeiro Campagnacci. -- 2022.

85 p.

Orientadora: Herica Silva Dutra

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, 2022.

1. Enfermagem. 2. Ambiente da Prática de Enfermagem. 3. Clima de Segurança. 4. Omissão de Cuidados de Enfermagem. I. Dutra, Herica Silva, orient. II. Título.

Leticia Ribeiro Campagnacci

Análise do ambiente da prática, clima de segurança e omissão de cuidados entre os profissionais de enfermagem de um hospital de ensino

Dissertação
apresentada ao
Programa de Pós-
Graduação em
Enfermagem
da Universidade
Federal de Juiz de
Fora como requisito
parcial à obtenção do
título de Mestre em
Enfermagem.

Aprovada em 25 de março de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Herica Silva Dutra - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Maria Cristina Soares Rodrigues
Universidade de Brasília

Profª Drª Nadia Fontoura Sanhudo
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Adrize Rutz Porto
Universidade Federal de Pelotas

Profª Drª Beatriz Francisco Farah
Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 11/03/2022.



Documento assinado eletronicamente por **Herica Silva Dutra, Professor(a)**, em 25/03/2022, às 15:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **MARIA CRISTINA SOARES RODRIGUES, Usuário Externo**, em 25/03/2022, às 15:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adrize Rutz Porto, Usuário Externo**, em 25/03/2022, às 15:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nadia Fontoura Sanhudo, Professor(a)**, em 25/03/2022, às 15:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0707013** e o código CRC **4E2CCD95**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus a oportunidade de estar concluindo mais esta etapa que contribuiu para meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Agradeço aos meus pais, Carlos e De Lourdes, por todo apoio, amor e confiança, por acreditarem mais em mim e no meu sonho do que eu mesma.

Agradeço ao meu noivo, Filipe, por toda compreensão e apoio nessa etapa.

Agradecimento à minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Herica Silva Dutra por todos os ensinamentos e parcerias realizadas.

Agradecimento à banca deste trabalho, composta da Prof^ª. Dr^ª. Maria Cristina Soares Rodrigues, Prof^ª Dr^ª Nádia Fontoura Sanhudo, Prof^ª Dr^ª Adrize Rutz Porto e Prof^ª Dr^ª Beatriz Francisco Farah por todas as considerações e ensinamentos para a profissão.

Agradeço aos meus amigos, meus familiares e amigos de profissão que me apoiaram nesse período de alguma forma.

EPÍGRAFE

“A persistência é o caminho do êxito.”

(Charles Chaplin)

RESUMO

A equipe de enfermagem é considerada um componente essencial de uma prática assistencial de qualidade e segura, por estar disponível a todo momento durante o período de internação e prestar assistência direta aos pacientes. A qualidade da assistência é influenciada pela adequação de ações da Segurança do Paciente, recursos materiais, dimensionamento de pessoal, estando associada a ambiente da prática de enfermagem, clima de segurança e índices de omissão de enfermagem. O objetivo deste estudo é avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o ambiente da prática de enfermagem, clima de segurança e omissão de cuidados em um hospital de Minas Gerais. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo e correlacional. Foram utilizados os seguintes instrumentos: PES-NWI, SAQ e MISSCARE-Brasil para identificar a percepção dos profissionais de enfermagem. Participaram do estudo 143 profissionais de enfermagem, sendo 35% enfermeiros e 65% técnicos de enfermagem. Entre os resultados foi observado um ambiente da prática de enfermagem, com pontuação superior a 2,5, indicando um ambiente favorável à prática profissional, clima de segurança com média geral inferior a 75 pontos, valor de 72,54, considerado desfavorável. Em relação à omissão de cuidados de enfermagem, os mais frequentes foram: “participação em discussões da equipe interdisciplinar” (52,45%), “deambulação três vezes ao dia” (47,55%), “sentar o paciente fora do leito” (34,26%); e a “higienização das mãos” (0,70%) foi o cuidado considerado mais realizado na percepção dos profissionais da instituição. Quanto às razões da omissão de cuidados, foram mencionados “aumento inesperado do volume/gravidade dos pacientes” (74,82%), “número inadequado de pessoal para assistência ou tarefas administrativas” (70,63%), “situação de urgência dos pacientes” (67,83%). Houve diferença na percepção relacionada a “condições de trabalho” ($p=0,04$), “recursos laborais” ($p=0,01$) do SAQ e “dimensão ética” ($p=0,03$) do MISSCARE entre técnicos de enfermagem e enfermeiros. Foram observadas correlações positivas entre as subescalas do PES-NWI e do SAQ e correlação negativa foi observada entre as subescalas do MISSCARE-BRASIL e a subescala “adequação da equipe e de recursos”. O presente estudo evidenciou relação entre o ambiente da prática de enfermagem, o clima de segurança e a omissão de cuidados de enfermagem. Foi evidenciado correlação negativa entre ambiente da prática de enfermagem, clima de segurança com a omissão de cuidados, demonstrando que ambientes de prática favoráveis e clima de segurança positivos são fatores para a redução dos índices de omissão de cuidados de enfermagem. Os dados obtidos neste estudo podem contribuir tanto para instituição alvo da pesquisa quanto para as demais instituições, a fim de

propor direcionamento de políticas institucionais voltadas para melhorias no ambiente da prática da equipe de enfermagem e no clima de segurança e redução dos índices de omissão de cuidados de enfermagem, bem como para incentivo a ações voltadas para a qualidade da assistência de enfermagem, segurança e satisfação dos pacientes.

Palavras-chave: Enfermagem. Ambiente da Prática de Enfermagem. Clima de Segurança. Omissão de cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The nursing team is considered an essential component of a quality and safe care practice, as it is available at all times during the hospitalization period and provides direct care to patients. The quality of care is influenced by the adequacy of Patient Safety actions, the adequacy of material resources, staff dimensioning, being associated with the nursing practice environment, safety climate and nursing omission rates. The objective of this study is to evaluate the perception of nursing professionals about the environment of nursing practice, safety climate and omission of care in a hospital in Minas Gerais. It is a study with a quantitative approach, of the descriptive and correlational type. The following instruments were used: PES-NWI, SAQ and MISCARE-Brasil to identify the perception of nursing professionals. A total of 143 nursing professionals participated in the study, being 35% nurses and 65% nursing technicians. Among the results, an environment of nursing practice was observed, with a score higher than 2.5 indicating a favorable environment for professional practice, a safety climate with an overall average of less than 75 points, a value of 72, 54, considered unfavorable. Regarding the omission of nursing care, the most omitted were: "participation in interdisciplinary team discussions" (52.45%), "walking three times a day" (47.55%), "sitting the patient out of bed" (34.26%); and "hand hygiene" (0.70%) was the care considered most carried out in the perception of the institution's professionals. Regarding the reasons for omission of care, was mentioned: "unexpected increase in the volume/severity of patients" (74.82%), "inadequate number of personnel for assistance or administrative tasks" (70.63%), "patient emergency situation" (67.83%). There was a difference in the perception related to "working conditions" ($p=0.04$), "labor resources" ($p=0.01$) of the SAQ and "ethical dimension" ($p=0.03$) of the MISSCARE among nursing technicians when compared to nurses. Positive correlations were observed between the PES-NWI and SAQ subscales and a negative correlation was observed between the MISCARE-BRASIL subscales and the subscale "Adequacy of staff and resources". The present study showed a relationship between the nursing practice environment, safety climate and the omission of nursing care. A negative correlation was evidenced between the environment of nursing practice, safety climate and the omission of care, demonstrating that favorable practice environments and positive safety climate are factors for reducing the rates of omission of nursing care.

Keywords: Nursing. Security Climate. Missed Nursing Care. Nursing. Nursing practice environment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|----------|---|----|
| Quadro 1 | – Subescalas do PES-NWI, descrição e itens..... | 31 |
| Quadro 2 | – Subescalas do SAQ, descrição e itens..... | 32 |
| Quadro 3 | – Subescalas do MISSCARE-BRASIL, descrição e itens..... | 34 |
| Figura 1 | – Valores referentes aos cuidados omitidos conforme relato dos profissionais de enfermagem (n=143), Brasil, 2019..... | 41 |
| Figura 2 | – Valores referentes às razões para a omissão de cuidados conforme relato dos profissionais de enfermagem (n=143), Brasil, 2021..... | 42 |

LISTA DE TABELAS

| | | | |
|----------|---|---|----|
| Tabela 1 | – | Caracterização pessoal e profissional, plano de deixar o cargo/função e satisfação laboral (n=143), Brasil, 2019..... | 38 |
| Tabela 2 | – | Subescalas do PES representado por média, desvio-padrão, mínimo, máximo e mediana (n=143), Brasil, 2019..... | 39 |
| Tabela 3 | – | Valores de média, desvio-padrão, mínimo, máximo e mediana referente às subescalas do SAQ (n=143), Brasil, 2019..... | 39 |
| Tabela 4 | – | Comparação entre categorias profissionais pelas subescalas do PES-NWI, SAQ e MISSCARE-BRASIL (n=143), Brasil, 2019..... | 43 |
| Tabela 5 | – | Valores de correlação entre as subescalas do PES-NWI, SAQ e MISSCARE-BRASIL (n=143), Brasil, 2019..... | 45 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| ANCC | <i>American Nurses Credentialing Center</i> |
| PNSP | Programa Nacional de Segurança do Paciente |
| SAQ | Questionário de Atitudes de Segurança |
| HSOPSC | <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> |
| PES-NWI | <i>Practice Environment Scale - Versão Brasileira</i> |
| SPSS | <i>Statistical Package for Social Sciences</i> |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 1 | APRESENTAÇÃO..... | 16 |
| 2 | INTRODUÇÃO | 18 |
| 3 | OBJETIVOS | 21 |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL..... | 21 |
| 3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 21 |
| 4 | REFERENCIAL TEÓRICO | 22 |
| 4.1 | AMBIENTE DA PRÁTICA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM DE QUALIDADE..... | 22 |
| 4.2 | FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O CLIMA DE SEGURANÇA NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE..... | 24 |
| 4.3 | A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA OMISSÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA CUIDADO SEGURO E DE QUALIDADE..... | 27 |
| 5 | METODOLOGIA..... | 29 |
| 5.1 | TIPO DE ESTUDO..... | 29 |
| 5.2 | CENÁRIO..... | 29 |
| 5.3 | POPULAÇÃO E AMOSTRA..... | 29 |
| 5.4 | INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS | 30 |
| 5.4.1 | <i>Practice Environment Scale (PES-NWI) - Versão Brasileira</i> | 30 |
| 5.4.2 | Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ – Short form) | 31 |
| 5.4.3 | MISSCARE-BRASIL..... | 33 |
| 5.5 | PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS | 34 |
| 5.6 | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO | 35 |
| 5.7 | ANÁLISE DOS DADOS | 35 |
| 5.8 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 36 |
| 6 | RESULTADOS..... | 37 |
| 6.1 | CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES..... | 37 |
| 6.2 | AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, CLIMA DE SEGURANÇA E OMISSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM..... | 38 |

| | | |
|-------|--|-----------|
| 6.3 | COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS POR CATEGORIA PROFISSIONAL..... | 43 |
| 6.4 | CORRELAÇÃO ENTRE AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, CLIMA DE SEGURANÇA E OMISSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM | 44 |
| 7 | DISCUSSÃO..... | 46 |
| 7.1 | CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES..... | 46 |
| 7.2 | PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO A AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, CLIMA DE SEGURANÇA E OMISSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM..... | 48 |
| 7.2.1 | Percepção dos profissionais em relação ao ambiente da prática de enfermagem..... | 48 |
| 7.2.2 | Percepção dos profissionais em relação ao clima de segurança..... | 51 |
| 7.2.3 | Percepção dos profissionais em relação à omissão dos cuidados de enfermagem..... | 53 |
| 7.3 | COMPARAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS POR CATEGORIA PROFISSIONAL..... | 54 |
| 7.4 | CORRELAÇÃO ENTRE AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, CLIMA DE SEGURANÇA E OMISSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM..... | 55 |
| 8 | CONCLUSÃO..... | 57 |
| | REFERÊNCIAS | 58 |
| | APÊNDICE..... | 69 |
| | ANEXOS..... | 70 |

1 APRESENTAÇÃO

Durante toda a minha trajetória acadêmica, tive a oportunidade de desenvolver atividades em diversas áreas da enfermagem, de atenção domiciliar até a atenção hospitalar. Em todas as atividades exercidas, era notória a preocupação com a qualidade da assistência prestada independentemente do cenário de atuação.

Durante a graduação, atuei na liga acadêmica de Sistematização da Assistência de Enfermagem desenvolvida por acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, que visava cumprir objetivos de ensino, pesquisa e extensão, desenvolvendo atividades tais como: realização de visitas de enfermagem para levantamento dos principais diagnósticos de enfermagem; elaboração de instrumentos para o desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Além disso, sempre tive grande interesse nas disciplinas que envolviam a temática de “Administração em Enfermagem”.

Fiz parte também de um projeto de pesquisa intitulado “Registros de Enfermagem em Unidade de Terapia Renal Substitutiva”, que foi uma oportunidade para aprofundar meus conhecimentos sobre os conceitos de qualidade e segurança do paciente. Foi também tema de meu trabalho de conclusão de curso: “Avaliação dos registros de enfermagem em uma Unidade de Terapia Renal Substitutiva”.

Ao realizar a especialização em modalidade de residência multiprofissional em atenção hospitalar, além de poder atuar em todos os setores assistenciais do hospital, entre unidades de internação médica e cirúrgica, terapia intensiva e pediatria, pude atuar no setor de Vigilância em Saúde e no Núcleo de Segurança do Paciente. Assim pude aprofundar os conhecimentos sobre a temática de Segurança do Paciente e identificar pontos de melhorias para a instituição que deram origem ao tema do meu trabalho de conclusão de curso da especialização, intitulado “Índices de omissão na administração de medicamentos em um hospital de ensino: estudo analítico transversal”.

Ao ingressar no mestrado, propus, em acordo com minha orientadora, a continuidade na linha de pesquisa voltada para ações de Segurança do Paciente, dando prosseguimento a um projeto da instituição que traz grandes contribuições para a sociedade, para as instituições de saúde e que coincide com o que almejava para minha carreira profissional.

O interesse nessa temática me levou a realizar pós-graduações e cursos e a participar em eventos voltados para a Segurança do Paciente e Qualidade da Assistência. Todo esse empenho me proporcionou chegar onde atuo hoje, como enfermeira responsável pelo Serviço de Controle

de Infecções Hospitalares e pelo Núcleo de Segurança do Paciente em uma unidade hospitalar de Juiz de Fora. Ao considerar toda a minha trajetória profissional, posso destacar que a realização desta pesquisa se torna uma oportunidade e experiência única de congruência entre a possibilidade de unir aspectos teóricos e práticos.

2 INTRODUÇÃO

A qualidade da assistência é fator de atenção das instituições na tentativa de minimização dos erros, assistência segura e satisfação dos pacientes. Uma estratégia importante para a melhoria da qualidade e segurança hospitalar é uma abordagem abrangente visando a uma melhoria nas condições de trabalho do enfermeiro e dos demais profissionais de saúde (OLDS *et al.*, 2017). Para isso, é importante a participação dos gestores na promoção de melhores condições para a assistência (GUERRA, 2019).

A equipe de enfermagem é considerada um componente essencial de uma prática assistencial de qualidade e segura, por estar disponível a todo momento durante o período de internação e prestar assistência direta aos pacientes. Entende-se que a equipe de enfermagem possui papel importante na qualidade do cuidado prestado, sendo de grande necessidade que os gestores se atentem para as condições que envolvem a qualidade e efetividade desses cuidados (McCAULEY *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2017; AIKEN *et al.*, 2002). Estudos apontam a influência do ambiente da prática de enfermagem na qualidade do cuidado (IBRAHIM; HABIEB, 2020; GUERRA, 2019; KIM; YOO; SEO, 2018; WEI, 2018).

Para compreensão deste trabalho, é necessária a compreensão do conceito de ambiente da prática de enfermagem, que consiste no conjunto de características do contexto de trabalho que podem facilitar ou dificultar a prática do profissional de enfermagem (LAKE, 2002). A discussão sobre o ambiente da prática de enfermagem teve início com um estudo americano realizado na década de 80, no qual se identificou que 41 das 163 instituições participantes apresentavam maior capacidade de atrair e reter enfermeiros, tendo bons resultados assistenciais (McCLURE *et al.*, 1983). Estas instituições foram chamadas de hospitais “Magnet”. Esse foi o ponto de partida para a elaboração do *Magnet Recognition Program* da *American Nurses Credentialing Center* (ANCC) (ANCC, 2021).

No Brasil, ainda não existem hospitais credenciados pelo programa (ANCC, 2021), o que impossibilita a investigação relacionada ao impacto desse tipo de reconhecimento nos hospitais nacionais (ALMEIDA; BIZUTTI; DRAGANOV, 2019). Mas, em estudos internacionais, observa-se que a adequação de hospitais conforme as características “Magnet” traz resultados positivos para a instituição, para os profissionais e pacientes (BARNES; REARDEN; McHUGH, 2016; STIMPFEL *et al.*, 2015).

Entre os aspectos positivos para a instituição, observa-se a baixa rotatividade dos profissionais. Esses hospitais também apresentaram melhores resultados relacionados a satisfação do paciente (STIMPFEL *et al.*, 2015), menor taxa de mortalidade e de tempo

internação (BEKELIS; MISSIONS; MACKENZIE, 2017; FRIESE *et al.*, 2015). Observou-se que, após os atendimentos, os pacientes são mais propensos a recomendar esses hospitais e relatar experiências de cuidado e comunicação com a enfermagem de modo mais positivo (STIMPFEL *et al.*, 2014).

O reconhecimento das características “*Magnet*” está correlacionado com ambientes de prática de enfermagem de alta qualidade e resultados positivos do paciente (BARNES; REARDEN; McHUGH, 2016). O ambiente da prática de enfermagem vem sendo estudado para ser melhorado a fim de promover uma assistência de qualidade e segura. Evidências demonstram que ambiente favorável à prática de enfermagem contribui para os baixos índices de eventos adversos, níveis baixos de *burnout*, maior satisfação profissional (GUERRA, 2019) e menores índices de exaustão emocional (GASPARINO; GUIRARDELLO, 2017).

A relação do ambiente da prática de enfermagem com a cultura de segurança também é aspecto discutido em estudos. Há evidências de que quanto melhor o ambiente da prática, melhor o clima de segurança (ALVES; SILVA; GUIRARDELLO, 2017; DORIGAN; GUIRARDELLO, 2018; OLDS *et al.*, 2017).

O clima de segurança pode ser definido como a medida temporal do estado da cultura de segurança da instituição e pode ser medido pelas percepções individuais sobre as atitudes da organização quanto à cultura de segurança (RIGOBELLO *et al.*, 2012). A identificação e o monitoramento do clima de segurança permitem propor ações pontuais que vão afetar positivamente a qualidade e a segurança da assistência. O clima de segurança pode ser impactado pelo clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, condições de trabalho e exaustão emocional (HUANG *et al.*, 2020).

A não adequação do ambiente em que os profissionais estão inseridos para a realização do cuidado pode ocasionar falhas no processo assistencial de enfermagem (LEITE *et al.*, 2020). A sobrecarga de trabalho é apontada como fator que contribui para a deficiência da assistência prestada (KALISCH; AEBERSOLD, 2010), assim como a escassez de recursos que podem possibilitar ao profissional a não realização de um cuidado necessário (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

A não realização do cuidado ou o atraso significativo para sua realização são compreendidos como omissão de cuidados (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009). Alguns fatores podem estar associados à omissão de cuidados como o número de pessoal e materiais inadequados, turno de trabalho, exaustão emocional, insatisfação com o trabalho (LEITE *et al.*, 2020). A omissão de cuidados de enfermagem pode ser controlada pelo ambiente da prática de enfermagem e a cultura de segurança, por meio da adequação do número de

peçoal e de materiais, do desenvolvimento de habilidades dos gerentes de enfermagem e liderança eficaz (KIM; YOO; SEO, 2018).

A percepção de enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre o ambiente da prática de enfermagem, clima de segurança e omissão de cuidados pode ser diferente quando comparada entre si, considerando que cada categoria profissional apresenta atribuições específicas, de diferentes níveis e graus de responsabilidade (AZEVEDO FILHO; RODRIGUES; CIMIOTTI, 2018). O enfermeiro, por ser líder da equipe de enfermagem, tende a considerar e compreender aspectos relacionados à gestão; diferentemente dos técnicos de enfermagem, que podem atentar para aspectos característicos da assistência. Essa visão diferenciada é decorrente da divisão e organização de trabalho da equipe de enfermagem (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Nesse sentido, a avaliação dos hospitais nacionais no que tange a ambiente da prática de enfermagem, clima de segurança e omissão de cuidados de acordo com a percepção dos profissionais de enfermagem se faz relevante por proporcionar discussões sobre as condições de trabalho e incentivar a identificação de pontos de melhoria na prática assistencial.

A realização deste estudo tem por justificativa as poucas evidências sobre os temas no país. Além disso, este tipo de pesquisa permite o reconhecimento da realidade da instituição e identificação das necessidades, podendo contribuir para melhorias da assistência de enfermagem e segurança do paciente na instituição alvo e apontar possibilidades de intervenção em outras instituições.

Esta pesquisa faz parte do estudo intitulado “Avaliação do ambiente da prática de enfermagem, omissão de cuidados e clima de segurança entre profissionais de enfermagem de diferentes regiões do Brasil” que está vinculado ao grupo de pesquisa Gerência em Saúde e em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo é avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o ambiente da prática de enfermagem, o clima de segurança e a omissão de cuidados em um hospital de Minas Gerais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

São objetivos específicos: a) Descrever as percepções dos profissionais de enfermagem sobre o ambiente da prática de enfermagem, o clima de segurança, e a omissão de cuidados; b) Comparar se ambiente da prática de enfermagem, omissão de cuidados e clima de segurança diferem entre as categorias profissionais; c) Verificar a correlação entre as subescalas do ambiente da prática de enfermagem, clima de segurança e omissão de cuidados.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, será discutido o referencial teórico que dá suporte a esta investigação conforme os seguintes tópicos: ambiente da prática e cuidado de enfermagem de qualidade; fatores que contribuem para o clima de segurança nas instituições de saúde; a importância da avaliação da omissão de cuidados de enfermagem para cuidado seguro e de qualidade.

4.1 AMBIENTE DA PRÁTICA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM DE QUALIDADE

Os resultados esperados pelo cuidado realizado a pacientes pela equipe de enfermagem podem ser afetados pelo ambiente onde se encontram esses profissionais. Quando inserida em ambientes com características favoráveis à prática profissional, a equipe de enfermagem desempenha o cuidado de qualidade atendendo às necessidades do paciente (WEI *et al.*, 2018; STIMPFEL *et al.*, 2015).

A discussão sobre ambientes favoráveis teve origem após um estudo americano (McCLURE *et al.*, 1983) com objetivos de identificar os hospitais com capacidade de atrair e reter enfermeiros e descrever as variáveis organizacionais que ajudavam a criar a prática de enfermagem e ambientes hospitalares que promovessem a satisfação profissional da equipe de enfermagem. Nesse estudo, os hospitais que apresentavam maior capacidade de retenção dos profissionais de enfermagem eram chamados de hospitais “*Magnet*” (McCLURE *et al.*, 1983).

Esses hospitais mencionados no estudo apresentavam mudança de poder relacionado à Enfermagem e possuíam uma combinação de elementos que criavam um ambiente de prática positivo. Observou-se também que os hospitais com características “*Magnet*” envolviam questões estratégicas, qualidade administrativa e de liderança diferentemente dos outros hospitais avaliados (McCLURE *et al.*, 1983).

Esses aspectos foram subsídios para a elaboração do *Magnet Recognition Program* da ANCC. O programa tem por objetivo reconhecer instituições de saúde que apresentam serviços de enfermagem de excelência. As instituições credenciadas pelo programa apresentam maior qualidade e segurança na assistência, padrões e práticas de enfermagem de excelência, reconhecimento dos enfermeiros e maior participação desses profissionais na tomada de decisão (ANCC, 2021). O programa pode ser considerado um indicador útil de qualidade também para os pacientes, uma vez que há evidência de uma relação entre o *status* de “*Magnet*” e melhores resultados apresentados pelos pacientes (BEKELIS; MISSIONS; MACKENZIE, 2017; BARNES; REARDEN; McHUGH, 2016; STIMPFEL *et al.*, 2015).

No Brasil, não existem evidências relacionadas ao impacto desse tipo de reconhecimento (ALMEIDA; BIZUTTI; DRAGANOV, 2019) uma vez que não existem hospitais nacionais credenciados pelo programa (ANCC, 2021). Internacionalmente, evidências apontam que hospitais que apresentam características “*Magnet*” tendem a melhores índices de satisfação dos pacientes (STIMPFEL *et al.*, 2015), menores taxas de mortalidade e de tempo de internação (BEKELIS; MISSIOS; MACKENZIE, 2017; FRIESE *et al.*, 2015), maior colaboração entre os profissionais e ambiente da prática de enfermagem de alta qualidade e mais seguros (ABD EL FATTAH; ABO EL ATA; MORSY, 2017; BARNES; REARDEN; McHUGH, 2016; CLAVELLE; O’GRADY; DRENKARD, 2013).

O ambiente da prática de enfermagem, composto do conjunto de características que podem facilitar ou dificultar a prática do profissional de enfermagem, pode ser classificado como favorável, desfavorável ou misto. Os ambientes considerados favoráveis são aqueles que apresentam resultados positivos em grande parte ou na totalidade dos aspectos avaliados, proporcionando boas condições para uma prática profissional de qualidade; os ambientes desfavoráveis são aqueles que não apresentam boas condições em grande parte ou na totalidade dos aspectos avaliados; e mistos, os que apresentam parte dos aspectos favoráveis e outra parte desfavorável (LAKE; FRIEZE, 2006; LAKE, 2002).

A avaliação do ambiente da prática de enfermagem vem sendo realizada por meio de instrumentos que analisam aspectos sobre estrutura, processo e resultado e permite a identificação e modificação da cultura institucional nos fatores que precisam de melhoria (RIBEIRO *et al.*, 2020; SWIGER *et al.*, 2017). Os instrumentos de avaliação tendem a ser adaptados para a realidade do local onde serão aplicados e são inspirados nas características dos hospitais “*Magnet*” (RIBEIRO *et al.*, 2020). Os aspectos considerados para avaliação em grande parte dos instrumentos englobam as bases do cuidado de enfermagem, as relações entre enfermeiros e médicos, a autonomia profissional e a participação nas discussões de assuntos hospitalares, adequação de recursos humanos e materiais, liderança e gestão (RIBEIRO *et al.*, 2020; GASPARINO *et al.*, 2019; WANG; LIU, 2015; AMARAL, FERREIRA; LAKE, 2012).

É consolidado na literatura que ambientes favoráveis da prática de enfermagem estão intimamente ligados à qualidade do cuidado prestado (GUERRA *et al.*, 2019), influenciam positivamente a satisfação profissional (PAULINO *et al.*, 2019; OLIVEIRA, E. *et al.*, 2017), contribuem para menores níveis de *burnout* e de exaustão emocional (DUTRA; CIMIOTTI; GUIRARDELLO, 2018; MARCELINO; GUIRARDELLO, 2018; GASPARINO; GUIRARDELLO, 2017). Ambientes favoráveis também contribuem para resultados positivos para os pacientes, diminuindo o número de complicações e aumentando a satisfação dos

mesmos em relação aos cuidados (WEI *et al.*, 2018; COPANITSANOU; FOTOS; BROKALAKI, 2017).

Por outro lado, a avaliação desfavorável do ambiente da prática de enfermagem pode estar relacionada à inadequação de materiais e recursos humanos, problemas referentes à gestão e liderança por parte da instituição e dos coordenadores/supervisores de enfermagem (YANARICO *et al.*, 2020; AZEVEDO FILHO; RODRIGUES; CIMIOTTI, 2018). Esses aspectos também podem afetar o clima de segurança da instituição e contribuir para o aumento dos eventos adversos e falhas no processo de assistência de enfermagem (HUANG *et al.*, 2020; KIM; YOO; SEO, 2018).

Nesse sentido, são relevantes as investigações sobre o ambiente da prática de enfermagem nos hospitais nacionais para que possam ser identificados aspectos de melhoria (RIBEIRO *et al.*, 2020). Assim como se fazem pertinentes o reconhecimento e a discussão sobre as diferentes percepções acerca do ambiente da prática de enfermagem pelos membros da equipe de enfermagem.

4.2 FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O CLIMA DE SEGURANÇA NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

A segurança do paciente é destaque em todo o mundo, como um incentivo à busca de ações que contribuam para uma assistência de qualidade e que minimize ao máximo a ocorrência de danos ao paciente (WHO, 2021). A discussão relacionada à segurança do paciente e aos eventos adversos começou com a publicação do relatório do Instituto de Medicina do Estados Unidos, intitulado “*To Err is Human*” (2000), que trouxe em seus resultados que cerca de 44 mil a 98 mil pessoas morriam anualmente vítimas de iatrogenias nos serviços de saúde e que grande parte desses casos eram decorrentes dos erros de medicação (IOM, 2000).

A melhoria da qualidade e segurança assistencial é parte do resultado de ações que englobam a cultura, processos e estruturas da organização. A implementação de ações para minimizar possíveis falhas na assistência envolve a instituição como um todo, fazendo parte todos os profissionais participantes do processo assistencial. É importante considerar que a equipe de enfermagem tem papel fundamental na segurança do paciente, sendo capaz de influenciar e prevenir riscos e contribuir para uma assistência segura e de qualidade (SANTOS; SANTOS; GÓIS, 2018; HERNÁNDEZ-CRUZ *et al.*, 2017; SANTOS; MICHELONE, 2015).

No Brasil, a regulamentação das ações de segurança do paciente se deu com a publicação da Portaria n. 529/2013 do Ministério da Saúde, que instituiu o Programa Nacional

de Segurança do Paciente (PNSP). O objetivo geral do PNSP é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013).

O conceito e a definição de cultura de segurança são abordados na Portaria n. 529/2013 no artigo 3, inciso V.

Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

- a) 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;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013).

O clima de segurança é a parte que pode ser mensurada da cultura de segurança e reflete as percepções individuais dos profissionais a respeito das questões de segurança do seu local de trabalho (SEXTON *et al.*, 2006). A mensuração do clima de segurança se faz por meio de instrumentos validados e adaptados para a realidade local (SILVA *et al.*, 2020; KOLANKIEWICZ *et al.*, 2017). Esses instrumentos fornecem apoio para a gestão e aos profissionais direcionando ações em prol da qualidade da assistência capazes de impactar os índices de eventos adversos, taxas de morbimortalidade e aspectos financeiros hospitalares, entre outros (SILVA *et al.*, 2020; SILVA; NOVARETTI; PEDROSO, 2019; ROMERO *et al.*, 2018; RIGOBELLO *et al.*, 2012)

No cenário brasileiro, por meio do uso desses instrumentos de mensuração, vêm sendo observados resultados que apontam percepção dos profissionais de saúde de clima de segurança desfavorável nas instituições pesquisadas (MUCELINI *et al.*, 2020; CARVALHO *et al.*, 2019; MAGALHÃES *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2019; GASPARINO *et al.*, 2017; DORIGAN; GUIRARDELLO, 2017). Entre as fragilidades observadas pelos profissionais são mencionados dimensionamento inadequado de pessoal, falta de apoio da gestão em prover boas condições de trabalho, comunicação ineficiente e dificuldades relacionadas ao lidar com uma forma de resposta não punitiva às falhas ocorridas (MAGALHÃES *et al.*, 2019; COSTA *et al.*, 2018; CRUZ *et al.*, 2018).

O dimensionamento inadequado de pessoal é visto como fator negativo, podendo estar relacionado a sobrecarga de trabalho, exaustão emocional e consequentemente aumento nos

índices de falhas assistenciais (ARBOIT *et al.*, 2020; GIRÃO *et al.*, 2019; CRUZ *et al.*, 2018; HUANG *et al.*, 2018; ALVES; GUIRARDELLO, 2016). Outro aspecto considerado é a forma de lidar com os erros que acontecem durante a prática assistencial. Apesar do reconhecimento dos aspectos negativos da abordagem punitiva, essa conduta ainda se faz presente nas instituições de saúde (GURKOVÁ *et al.*, 2020; SOUZA, C. *et al.*, 2019; CRUZ *et al.*, 2018; ROMERO *et al.*, 2018). A conduta punitiva pode trazer implicações como a ocultação dos erros por parte dos profissionais, dificultando a identificação e a tomada de decisão para redução dos danos (ROMERO *et al.*, 2018).

A satisfação no trabalho é considerada fator associado à percepção do clima de segurança e é um construto multifacetado, definido como a reação afetiva do indivíduo em relação às suas atividades laborais comparadas entre o real e o esperado, que inclui fatores extrínsecos (salários e benefícios, por exemplo) e intrínsecos (desenvolvimento profissional e reconhecimento, por exemplo) (DUTRA; CIMIOTTI; GUIRARDELLO, 2018; CARVALHO; CASSIANI, 2012). Outro ponto importante é o clima de trabalho em equipe, considerando a estrutura do trabalho em saúde inserido no contexto de equipe multidisciplinar e da atuação na equipe de enfermagem, a percepção da qualidade deste trabalho em equipe é fator associado à percepção do clima de segurança, quando este é visto de modo positivo pode contribuir para uma percepção positiva do clima de segurança (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

A adequação desses aspectos mencionados, juntamente com o apoio da gestão, a liderança, a comunicação e o trabalho em equipe, tende a ser fator positivo para a cultura de segurança. Uma liderança eficaz tem capacidade de promover comunicação eficiente entre os trabalhadores da saúde, melhor condução do trabalho em equipe e facilidade em repassar para a gestão da instituição aspectos que precisam de melhoria para uma possível mudança organizacional (SOUSA *et al.*, 2020; ALVES; GUIRARDELLO, 2016; KAWAMOTO *et al.*, 2016). A mudança organizacional poderá melhorar a condição de trabalho e a qualidade do cuidado prestado, contribuindo para o gerenciamento de risco dentro da instituição e afetando positivamente a percepção da equipe em relação ao clima de segurança (HUANG *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2018; LEMOS *et al.*, 2018).

Nesse sentido, pode-se considerar que o monitoramento sistemático do clima de segurança pode contribuir para a promoção do trabalho em equipe e da assistência segura. O reconhecimento do clima de segurança permite a implementação de ações que prezam pela segurança do paciente e do profissional, a fim de minimizar pontos específicos que podem desencadear erros na assistência (SILVA *et al.*, 2020; ALVES; GUIRARDELLO, 2016; BARBOSA *et al.*, 2016).

4.3 A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA OMISSÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO SEGURO E DE QUALIDADE

Ao tratar sobre segurança e qualidade do cuidado de enfermagem, é necessário observar que existe a possibilidade de erros na assistência. Esses erros podem se manifestar de duas formas: a) atos de comissão, relacionados a fazer algo errado; e b) atos de omissão, que ocorrem quando se deixa de fazer a coisa certa (KALISCH; XIE, 2014). Nesse sentido, a omissão de cuidados é entendida como todo cuidado direcionado ao paciente e que não é realizado ou é atrasado significativamente (KALISCH; LANDSTROM, 2009).

O ambiente da prática de enfermagem foi relacionado à omissão dos cuidados. Quando o ambiente da prática não é favorável, pode contribuir para incidência de omissões de cuidados de enfermagem (KALÁNKOVÁ *et al.*, 2020; CAMPBELL *et al.*, 2020; KIM; YOO; SEO, 2018; JONES; HAMILTON; MURRY, 2015). Da mesma forma, são fatores relacionados à omissão de cuidados a baixa satisfação no trabalho (BRAGADÓTTIR *et al.*, 2020; ALSUBHI *et al.*, 2020), a sobrecarga dos profissionais de enfermagem, excesso de horas extras trabalhadas (BACAKASIZ *et al.*, 2020), níveis elevados de estresse e esgotamento (ALSUBHI *et al.*, 2020), baixa autoestima e frustração relativas a condições inadequadas de trabalho (BACAKASIZ *et al.*, 2020). São apontadas como razões para a omissão de cuidados: a falta de recursos materiais (CHEGENI *et al.*, 2020;), equipe insuficiente (CHEGENI *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020), estrutura física inadequada (SILVA *et al.*, 2020), falhas na comunicação (CHEGENI *et al.*, 2020), liderança ineficaz (KIM; YOO; SEO, 2018) e a inadequada distribuição dos pacientes por profissionais (CAMPBELL *et al.*, 2020), entre outras.

A omissão do cuidado de enfermagem pode contribuir para a insatisfação dos pacientes e provocar aumento do nível de insatisfação dos profissionais em relação ao trabalho e consequente intenção de deixar o emprego (ALSUBHI *et al.*, 2020; LEITE, 2020; KALISCH; XIE, 2014). Para a redução dos índices de omissão de cuidados de enfermagem, faz-se necessário também o acompanhamento da cultura de segurança na instituição (IBRAHIM; HABIEB, 2020; KIM; YOO; SEO, 2018).

A avaliação da omissão do cuidado de enfermagem vem sendo realizada por meio de instrumentos com a observação dos índices e as razões pelas quais os cuidados de enfermagem são omitidos. O intuito dessa avaliação é reconhecer o desempenho dos profissionais de enfermagem, fundamentar a tomada de decisão, diminuir as falhas na assistência de enfermagem e evitar riscos de danos à saúde do paciente (BASSI *et al.*, 2020; CAMPBELL *et*

al., 2020; CHEGINI *et al.*, 2020; HÜBSCH *et al.*, 2020; KALISCH; McLAUGHLIN; DABNEY, 2012).

No Brasil, a omissão de cuidados de enfermagem vem sendo avaliada, evidenciando-se relatos de omissão relacionados aos cuidados de “sentar o paciente fora do leito”, “mudança de decúbito a cada duas horas”, “deambulação três vezes ao dia”, “participação em discussões da equipe interdisciplinar sobre assistência ao paciente”, “planejamento e ensino do paciente e família na alta hospitalar” (LIMA; SILVA; CALIRI, 2020; SILVA, R. *et al.*, 2020; DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019). Sendo consideradas razões para essas omissões o “número inadequado de pessoal para assistência ou tarefas administrativas”, o “aumento inesperado da gravidade ou volume de pacientes” e as “situações de urgência dos pacientes” (LIMA; SILVA; CALIRI, 2020; DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019).

Esses cuidados de enfermagem, quando omitidos, podem desencadear um atendimento fragmentado ao paciente por parte da equipe multidisciplinar, maiores complicações para os pacientes, uma assistência prestada de forma descontinuada, além de estender o tempo de tratamento previsto e aumentar o tempo de internação (LABRAGUE *et al.*, 2020; GORMLEY *et al.*, 2019). Os cuidados frequentemente relatados nos estudos brasileiros também corroboram características evidenciadas internacionalmente por outros estudos que mostram em seus resultados a omissão referente aos cuidados de mobilização e deambulação dos pacientes e apoio emocional aos pacientes e familiares (JAROŠOVÁ *et al.*, 2021; CHEGINI *et al.*, 2020; BACAKSIZ *et al.*, 2020).

Nesse sentido, faz-se necessária a movimentação por parte dos gestores a fim de proporcionar a implementação de ações que reduzam a carga de trabalho dos profissionais e busquem adequação das condições de trabalho e número de profissionais (BACAKSIZ *et al.*, 2020; ZELENÍKOVÁ *et al.*, 2020; LAKE; RIMAN; SLOANE, 2020). O enfermeiro posto como líder da equipe também pode contribuir para a redução da omissão de cuidado por meio do desenvolvimento das habilidades de liderança, apoio ao relacionamento da equipe, maior transparência em relação aos cuidados omitidos e capacitação da equipe (LABRAGUE *et al.*, 2020; McCAULEY *et al.*, 2020; DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019; KALISCH; XIE, 2014).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo e correlacional. Este tipo de estudo tem por finalidade descrever e mensurar relações entre as variáveis em um contexto determinado (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

5.2 CENÁRIO

O cenário desta investigação foi um hospital de ensino público de Minas Gerais, situado em município de médio porte, com atendimento de referência regional. Trata-se de um hospital visto como importante campo de ensino, pesquisa e extensão para cursos da área da saúde. Possui duas unidades situadas em localizações distintas, sendo uma delas responsável pelos serviços ambulatoriais, diagnóstico e exames; e a outra unidade, responsável pelos atendimentos de internação (adulto e pediátrico) e unidade de terapia intensiva (UTI).

A instituição possuía no período de coleta de dados 140 leitos de internação entre enfermarias de atendimento de internação clínica (masculino e feminino), cirúrgica (masculino e feminino), pediátrica, terapia intensiva (adulto) e transplante de medula óssea.

A equipe multiprofissional atuante na instituição era composta de profissionais, residentes e estagiários. A equipe de enfermagem dos setores era composta de pelo menos um enfermeiro e cinco a seis técnicos de enfermagem, no total atuavam 120 enfermeiros e 227 técnicos de enfermagem. O regime empregatício era composto de Regime Jurídico Único (RJU), estatutário e os enquadrados em regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), celetistas.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo é se compõe de profissionais da enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que atuam nas unidades de internação adulto ou pediátrica e unidade de terapia intensiva, independentemente do horário de trabalho (diurno ou noturno). No momento deste estudo, trabalhavam no hospital 120 enfermeiros e 227 técnicos de enfermagem.

Para seleção da amostra, foi realizado o cálculo amostral com auxílio do *software* G*Power 3.1.9.3, obtendo como resultado uma amostra desejada de 143 participantes por meio

do teste qui-quadrado, e, para o teste Mann-Whitney, o tamanho amostral calculado foi de 106 participantes. Quanto à correlação, o cálculo amostral indicou a inclusão de 111 participantes. Assim, optou-se por definir a amostra final em 143 participantes. Nesse sentido, foi definida a utilização de uma amostra proporcional entre as categorias, tendo sido convidados a participar deste estudo 50 enfermeiros e 93 técnicos de enfermagem.

Foi composta uma amostra aleatória com reposição. A amostra aleatória dos participantes foi realizada no *website* <www.random.org> por meio da função *Random Sequence Generator*, na qual foi inserida uma lista cedida pela administração do hospital após solicitação, com todos os nomes dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam na instituição, independentemente do setor ou unidade de atuação.

5.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Na coleta de dados, os participantes foram convidados a responder a três instrumentos: a) *Practice Environment Scale* (PES-NWI) - Versão Brasileira; b) Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ – Short form) c) MISSCARE - Brasil.

Para utilização desses instrumentos, foi necessária consulta prévia e autorização dos respectivos autores.

5.4.1 *Practice Environment Scale* (PES-NWI) - Versão Brasileira

O instrumento PES-NWI tem por objetivo avaliar a presença de características favoráveis à prática profissional do enfermeiro. O PES-NWI foi previamente validado para a cultura brasileira (GASPARINO; GUIRARDELLO, 2017). São 24 itens distribuídos em cinco subescalas, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Subescalas do PES-NWI, descrição e itens

| Subescalas | Descrição | Itens |
|---|--|---------------------------|
| Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares. | O papel e o valor do enfermeiro no amplo contexto hospitalar | 5, 13, 17, 19, 22 |
| Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado | Perspectiva da filosofia de enfermagem voltada para altos padrões de qualidade do cuidado | 4, 14, 15, 18, 21, 23, 24 |
| Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem | O papel do gerente de enfermagem na instituição | 3, 6, 9, 11 e 16 |
| Adequação da equipe e de recursos | Necessidade de uma equipe adequada quanto ao dimensionamento e habilidades e adequação de recursos | 1, 7, 8 e 10 |
| Relações colegiais entre enfermeiros e médicos | Caracteriza as relações de trabalho positivas entre enfermeiros e médicos | 2, 12 e 20 |

Fonte: Adaptado de Gasparino; Guirardello (2017).

Para resposta dos itens, é utilizada a escala tipo Likert, na qual o participante deve responder se concorda ou não com a afirmativa “esse fator está presente no meu trabalho diário”, escolhendo uma das quatro opções: “discordo totalmente”, “discordo parcialmente”, “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”. A pontuação varia de um ponto a quatro pontos, respectivamente nas respostas entre discordo totalmente e concordo totalmente.

O ponto neutro de pontuação das subescalas será de 2,5; sendo a variação entre um a quatro pontos. Em pontuações acima de 2,5 em quatro a cinco subescalas, considera-se o ambiente favorável à prática profissional. São considerados ambientes desfavoráveis à prática profissional aquelas instituições que não apresentam pontuações superiores a 2,5 em nenhuma subescala ou apresentam pontuação superior em apenas uma subescala. Já instituições que apresentam pontuações acima de 2,5 em duas ou três subescalas podem apresentar ambientes mistos (LAKE; FRIEZE, 2006; LAKE, 2002).

5.4.2 Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ – Short form)

O Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) é um instrumento cujo objetivo é mensurar a percepção dos profissionais de saúde sobre o clima de segurança. Ele apresenta boas propriedades psicométricas, sendo o instrumento de avaliação da cultura de segurança mais utilizado nos Estados Unidos, no Reino Unido e na Austrália. É uma ferramenta importante para identificação de fatores que precisam ser aprimorados na instituição e que influenciam a

cultura de segurança, como trabalho em equipe, satisfação profissional e condições de trabalho (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Ele é dividido em duas partes principais, sendo: a) primeira parte: 41 questões, de avaliação da percepção do profissional sobre a segurança do paciente; b) segunda parte: relacionada à coleta de dados dos profissionais (cargo, tempo de atuação, gênero) (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

A primeira parte, em que se avalia a percepção do profissional sobre a segurança do paciente, é dividida em seis subescalas e se compõe de 41 questões (Quadro 2).

Quadro 2: Subescalas do SAQ, descrição e itens

| Subescalas | Descrição | Itens |
|-----------------------------|---|--------------------------|
| Clima de trabalho em equipe | Compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe | 1, 2, 3, 4, 5 e 6 |
| Clima de segurança | Engloba a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente | 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13 |
| Satisfação no Trabalho | Identifica a visão a respeito do local de trabalho, considerando aspectos multifatoriais (intrínsecos e extrínsecos) comparados entre o real e o esperado | 15,16,17,18 e 19 |
| Percepção de Estresse | Trata do reconhecimento do quanto aos fatores estressores influenciam a execução do trabalho | 20, 21, 22 e 23 |
| Percepção da gerência | Refere-se à aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança | 24, 25, 26, 27, 28 e 29 |
| Condições de Trabalho | Refere-se à percepção da qualidade do ambiente do trabalho | 30, 31, 32 e 33 |

Fonte: Adaptado de Carvalho; Cassiani (2012).

Para avaliação das respostas dos itens, utiliza-se escala do tipo Likert. As respostas incluem discordo totalmente, valendo zero pontos; discordo parcialmente, valendo 25 pontos; neutro, valendo 50 pontos; concordo parcialmente, valendo 75 pontos, e concordo totalmente, valendo cem pontos, incluindo o não se aplica, sem pontuação.

O resultado pode variar de zero a cem pontos. Sendo que resultados iguais ou superiores a 75 pontos são considerados como indicadores de percepção favorável ao clima de segurança e resultados inferiores a 75 pontos, percepção desfavorável ao clima de segurança (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

5.4.3 MISSCARE-BRASIL

O MISSCARE-BRASIL é um instrumento específico de avaliação da omissão de cuidados de enfermagem e permite identificar as razões pelas quais os cuidados não são fornecidos ao paciente (SIQUEIRA *et al.*, 2013). Foi traduzido e validado para a cultura brasileira (SIQUEIRA, 2012) e posteriormente ampliado com a inclusão de itens que melhor possam explicar a realidade das instituições brasileiras (SIQUEIRA, 2016).

O MISSCARE-BRASIL contém uma parte inicial composta de dados pessoais e profissionais, bem como a avaliação de intenção de deixar o emprego, percepção sobre adequação do número de profissionais e satisfação no trabalho. O instrumento é dividido em duas partes: a parte A, com 28 questões, referentes aos cuidados que não são realizados ou são atrasados de forma significativa pelos profissionais; e a parte B, com 28 questões, correspondentes às razões pelas quais os cuidados não são implementados.

A avaliação da parte A do instrumento é feita pela escala do tipo Likert, variando entre “nunca é realizado” e “é sempre realizado”, com pontuação entre um e cinco pontos. A avaliação da parte B também é realizada pela escala Likert, variando em quatro opções entre “razão significativa” e “não é uma razão” com valores de um a quatro pontos.

Para obtenção do escore final do instrumento, são calculadas as frequências 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, 2016).

Os itens que compõem a parte B do instrumento são agrupados em cinco subescalas conforme Quadro 3.

Quadro 3: Subescalas do MISSCARE-BRASIL, descrição e itens

| Subescalas | Descrição | Itens |
|--------------------|---|------------------------------------|
| Comunicação | Refere-se aos itens que descrevem razões para omissão do cuidado relacionado à comunicação | 5,7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 24 |
| Recursos Materiais | Agrupamento dos itens referentes às razões relacionadas à disponibilização e ao funcionamento de recursos materiais | 6, 9, 10, 23 |
| Recursos laborais | Trata-se dos itens relacionados aos recursos laborais | 1, 2, 3, 4, 17, 19, 27, 28 |
| Dimensão ética | Refere-se aos itens referentes a aspectos da dimensão ética | 18, 20, 25 |
| Liderança | Trata-se dos itens referentes a liderança e estilos de gerenciamento | 21, 22, 26 |

Fonte: Adaptado de Siqueira (2016).

5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados deste estudo aconteceu no período de 6 de outubro de 2018 a 24 de abril de 2019, realizada pelos membros de projeto de iniciação científica vinculado ao estudo. Os profissionais de enfermagem foram abordados de maneira individual ou em pequenos grupos em seu local de trabalho e foram convidados a participar do estudo. Foram explicados os objetivos do estudo e instrumentos/técnicas para coleta dos dados a todos os participantes, tendo sido respondidos todos os questionamentos a respeito do estudo.

A participação no estudo foi voluntária, sem vantagens financeiras. Foram assegurados aos participantes o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como o direito de suspender sua participação em qualquer momento do desenvolvimento do estudo. Foi entregue aos participantes do estudo o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias para cada, assinados pela pesquisadora e pelo participante.

A coleta dos dados foi realizada com a presença de uma das pesquisadoras, em local que assegurava a confidencialidade das informações e individualmente por meio do uso do aplicativo *Kobotoolbox* (CORCINO; CUNHA, 2017). O aplicativo é de sistema *android* que reduz os vieses de digitação e agiliza a documentação das respostas dadas pelos participantes, sendo encaminhados para nuvem todos os dados armazenados em forma de planilha pelo *Excel for Windows* de forma automática pelo aplicativo. As dúvidas relacionadas ao uso do aplicativo por parte dos participantes eram esclarecidas com a pesquisadora presente no local.

5.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram convidados a participar do estudo os indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: a) ser enfermeiro, técnico de enfermagem; b) possuir vínculo empregatício com a instituição alvo da pesquisa há no mínimo três meses – tempo necessário para término do contrato de experiência; c) não estar de férias ou licença no momento da coleta de dados; d) prestar assistência de enfermagem direta a pacientes.

5.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados por meio do programa “*Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS), versão 22. A descrição do perfil da amostra foi realizada por meio de tabelas de frequência absoluta e por percentual.

Para análise do PES-NWI, foram categorizadas as subescalas conforme as médias de respostas de cada uma delas. Foi adotado como medida neutra o valor de 2,5, considerando quanto maior o valor obtido melhor o ambiente da prática de enfermagem em relação à subescala verificada (LAKE; FRIEZE, 2006; LAKE, 2002).

No SAQ, as análises referentes às subescalas foram estipuladas a partir da média aritmética conforme o valor respondido em cada domínio. O resultado pode variar de zero a cem pontos, sendo favoráveis os casos de pontuação superior a 75 pontos e desfavoráveis casos em que a pontuação se apresente inferior a esse valor (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Em relação à omissão de cuidados de enfermagem, foram avaliadas as respostas da parte A por meio da frequência absoluta dos itens “nunca é realizado”, “raramente é realizado” e “ocasionalmente não é realizado” e para itens da parte B, “razão significativa” e “razão moderada” (SIQUEIRA, 2016).

A confiabilidade das subescalas dos instrumentos envolvidos no estudo foi verificada por meio da consistência interna com o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach (HAIR *et al.*, 2010).

O teste Mann-Whitney foi aplicado para a análise de comparação envolvendo uma variável contínua e uma variável categórica (PAGANO; GAUVREAU, 2004). A correlação entre as subescalas do PES-NWI, SAQ e MISSCARE-BRASIL foi obtida por meio do coeficiente de correlação de Spearman. O teste de Spearman pode variar entre zero a -1 apontando uma correlação negativa e de zero a +1 uma correlação positiva. 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, correlação forte (DIAZ *et al.*, 2020). Para este estudo, foram considerados p -valor $\leq 0,05$ nos testes estatísticos empregados (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados os preceitos estabelecidos na Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), preservando o sigilo em relação aos participantes e a utilização dos dados coletados exclusivamente para fins acadêmicos.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovado em 27/08/2018, número do Parecer 2.847.615.

Os profissionais foram abordados e convidados a participar do estudo. Após concordarem, foi-lhes solicitado que assinassem o TCLE. Todos receberam informações sobre os objetivos do estudo, a não compensação financeira, o anonimato na divulgação da pesquisa e a possibilidade de recusa em responder a quaisquer itens dos instrumentos e de retirar o seu consentimento a qualquer momento, se assim o desejar, sem que isso lhes acarretasse algum prejuízo.

6 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados conforme os seguintes tópicos: caracterização dos participantes; resultados dos instrumentos PES, SAQ E MISSCARE-BRASIL; comparação dos resultados por categoria profissional; correlação entre as subescalas do PES, SAQ E MISSCARE-BRASIL.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 143 profissionais de enfermagem, sendo 35% enfermeiros e 65% técnicos de enfermagem. A maioria dos profissionais possuía pós-graduação, trabalhava no período diurno (manhã e/ou tarde) em turnos de 12 horas, com carga horária semanal de 36 horas. Além disso, os participantes referiram não ter faltado ao trabalho (74,8%) e não ter feito horas extras (82,3%).

Do total de participantes, 77,6% eram do sexo feminino e 57,4% tinham de zero a dez anos de experiência no cargo. Observou-se que 96,5% não pretendem deixar o cargo/a função e que grande parte dos profissionais estão satisfeitos com o cargo (88,9%), a profissão (93,1%) e a equipe de trabalho (79,7%), conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização pessoal e profissional, plano de deixar o cargo/função e satisfação laboral (n=143), Brasil, 2019.

| Variáveis | n | (%) | Variáveis | N | (%) |
|--|-----|------|--|-----|------|
| Profissão | | | Sexo | | |
| Enfermeiros | 50 | 35,0 | Feminino | 111 | 77,6 |
| Técnicos de Enfermagem | 93 | 65,0 | Masculino | 32 | 22,4 |
| Nível educacional | | | Horas semanais | | |
| Ensino médio | 45 | 31,4 | 30 horas | 15 | 10,5 |
| Ensino superior | 38 | 26,6 | 36 horas | 125 | 87,4 |
| Pós-graduação | 60 | 42,0 | Acima de 36 horas | 3 | 2,1 |
| Período de trabalho | | | Tempo de Experiência no cargo | | |
| Diurno (manhã e/ou tarde) | 87 | 60,8 | 0 a 10 anos | 82 | 57,3 |
| Noturno | 56 | 39,2 | 11 a 20 anos | 49 | 34,3 |
| Turno de trabalho | | | ≥ 21 anos | 12 | 8,4 |
| 12 horas | 125 | 87,4 | Tempo de Experiência na unidade | | |
| 6 horas | 15 | 10,5 | 0 a 5 anos | 119 | 83,2 |
| Rodízio entre 6, 8 ou 12 horas | 3 | 2,1 | 6 a 10 anos | 10 | 7,0 |
| Percepção de adequação do número de profissionais | | | ≥11 anos | 14 | 9,8 |
| 0% do tempo | 39 | 27,3 | Plano de deixar o cargo/função | | |
| 25% do tempo | 47 | 32,9 | Não pretende deixar | 138 | 96,5 |
| 50% do tempo | 23 | 16,1 | Nos próximos seis meses a um ano | 5 | 3,5 |
| 75% do tempo | 27 | 18,9 | Satisfação com o cargo | | |
| 100% do tempo | 7 | 4,8 | Satisfeitos | 127 | 88,9 |
| Horas Extras nos últimos três meses | | | Indefinidos | 12 | 8,3 |
| 0 horas | 122 | 85,3 | Insatisfeitos | 4 | 2,8 |
| 1 a 25 horas | 19 | 13,3 | Satisfação com a profissão | | |
| Acima de 25 horas | 2 | 1,4 | Satisfeitos | 133 | 93,1 |
| Faltas no último mês | | | Indefinidos | 6 | 4,1 |
| 0 | 107 | 74,8 | Insatisfeitos | 4 | 2,8 |
| 1 | 14 | 9,8 | Satisfação com a equipe | | |
| 2 | 8 | 5,6 | Satisfeitos | 114 | 79,7 |
| 3 | 1 | 0,7 | Indefinidos | 19 | 13,3 |
| ≥ 4 | 13 | 9,1 | Insatisfeitos | 10 | 7,0 |

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

6.2 AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, CLIMA DE SEGURANÇA E OMISSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Em relação ao ambiente da prática de enfermagem, foi observado que todas as subescalas do PES-NWI, conforme a percepção dos profissionais de enfermagem, apresentaram pontuação superior a 2,5 (Tabela 2). Esse aspecto indica um ambiente favorável à prática profissional.

Tabela 2 –Subescalas do PES representado por média, desvio-padrão, mínimo, máximo e mediana (n=143), Brasil, 2019.

| Subescalas | Média | DP± | Mínimo | Máximo | Mediana |
|---|--------------|------------|---------------|---------------|----------------|
| Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado | 3,16 | 0,53 | 1,70 | 4,00 | 3,20 |
| Adequação da Equipe e de Recursos | 3,12 | 0,72 | 1,00 | 4,00 | 3,25 |
| Relações entre enfermeiros e médicos | 3,07 | 0,66 | 1,33 | 4,00 | 3,00 |
| Habilidade, Liderança e Suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem | 3,06 | 0,74 | 1,00 | 4,00 | 3,20 |
| Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares | 3,03 | 0,61 | 1,44 | 4,00 | 3,11 |

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Em relação ao clima de segurança, observa-se que a subescala “Satisfação no trabalho” apresentou média superior a 75 pontos. As demais subescalas apresentaram pontuação inferior a esse valor, conforme Tabela 3.

Tabela 3– Valores de média, desvio-padrão, mínimo, máximo e mediana referente às subescalas do SAQ (n=143), Brasil, 2019.

| Subescalas | Média | DP± | Mínimo | Máximo | Mediana |
|-----------------------------------|--------------|------------|---------------|---------------|----------------|
| Satisfação no Trabalho | 87,09 | 13,84 | 35,00 | 100,00 | 90,00 |
| Clima de Trabalho em Equipe | 74,53 | 13,54 | 29,17 | 100,00 | 75,00 |
| Percepção de estresse | 72,51 | 22,75 | 0,00 | 100,00 | 75,00 |
| Clima de Segurança | 72,19 | 16,16 | 21,43 | 100,00 | 75,00 |
| Condições de Trabalho | 68,11 | 23,69 | 8,33 | 100,00 | 70,83 |
| Percepção de Gerência da Unidade | 64,88 | 20,58 | 16,67 | 100,00 | 66,66 |
| Percepção de Gerência do Hospital | 62,62 | 19,31 | 16,67 | 100,00 | 62,50 |

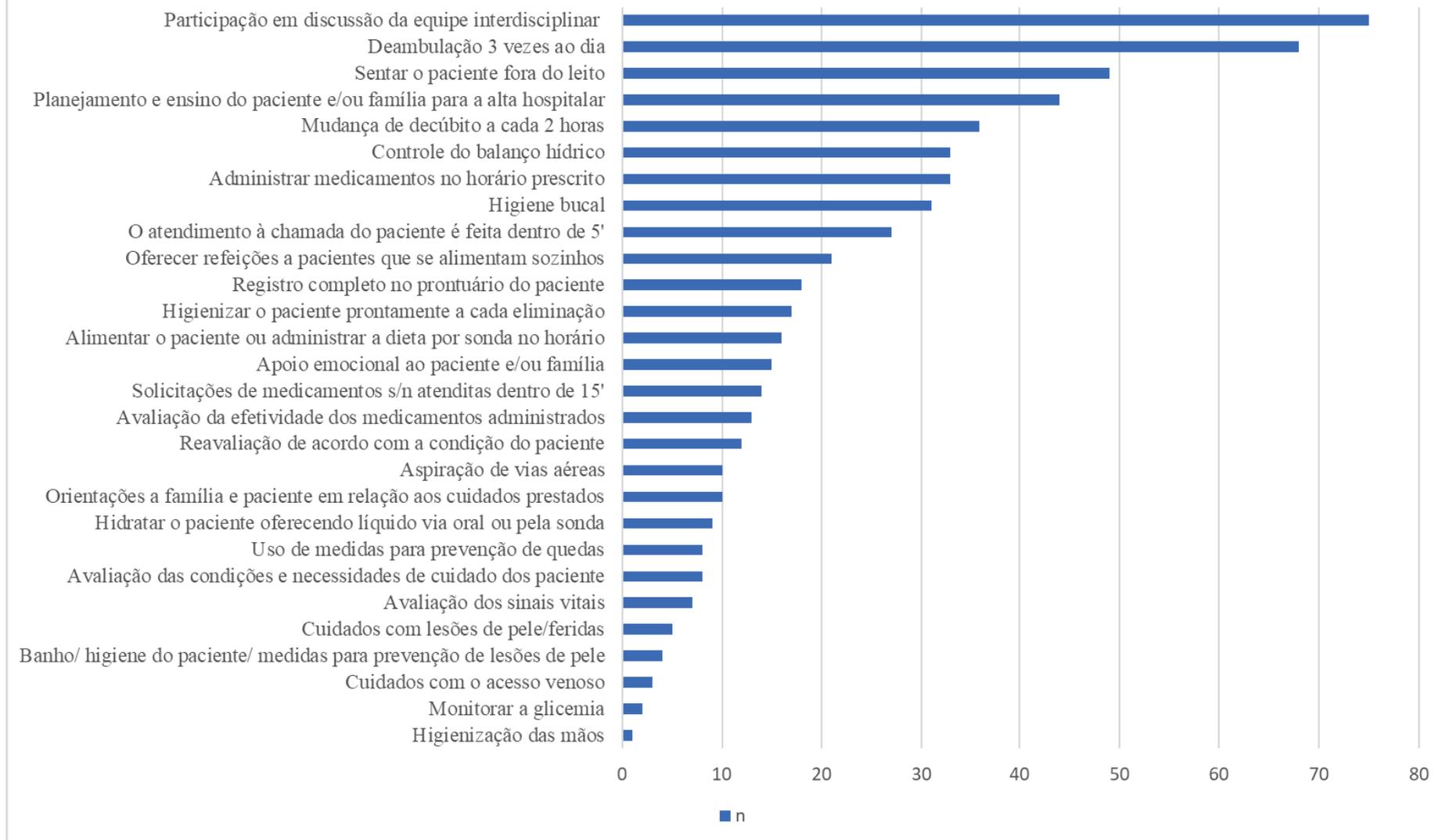
Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Na avaliação geral do clima de segurança, o resultado demonstra que o hospital em questão não apresentou clima de segurança favorável, pois apresentou média geral inferior a 75 pontos, valor de 72,54 (DP= ± 11,44).

Em relação à omissão de cuidados de enfermagem, observa-se que, na percepção dos profissionais, os cuidados mais omitidos foram: “participação em discussões da equipe interdisciplinar”, “deambulação três vezes ao dia”, “sentar o paciente fora do leito”, “planejamento e ensino ao paciente e familiares na alta hospitalar”. A “higienização das mãos” foi o cuidado considerado mais realizado na percepção dos profissionais da instituição (Figura 1).

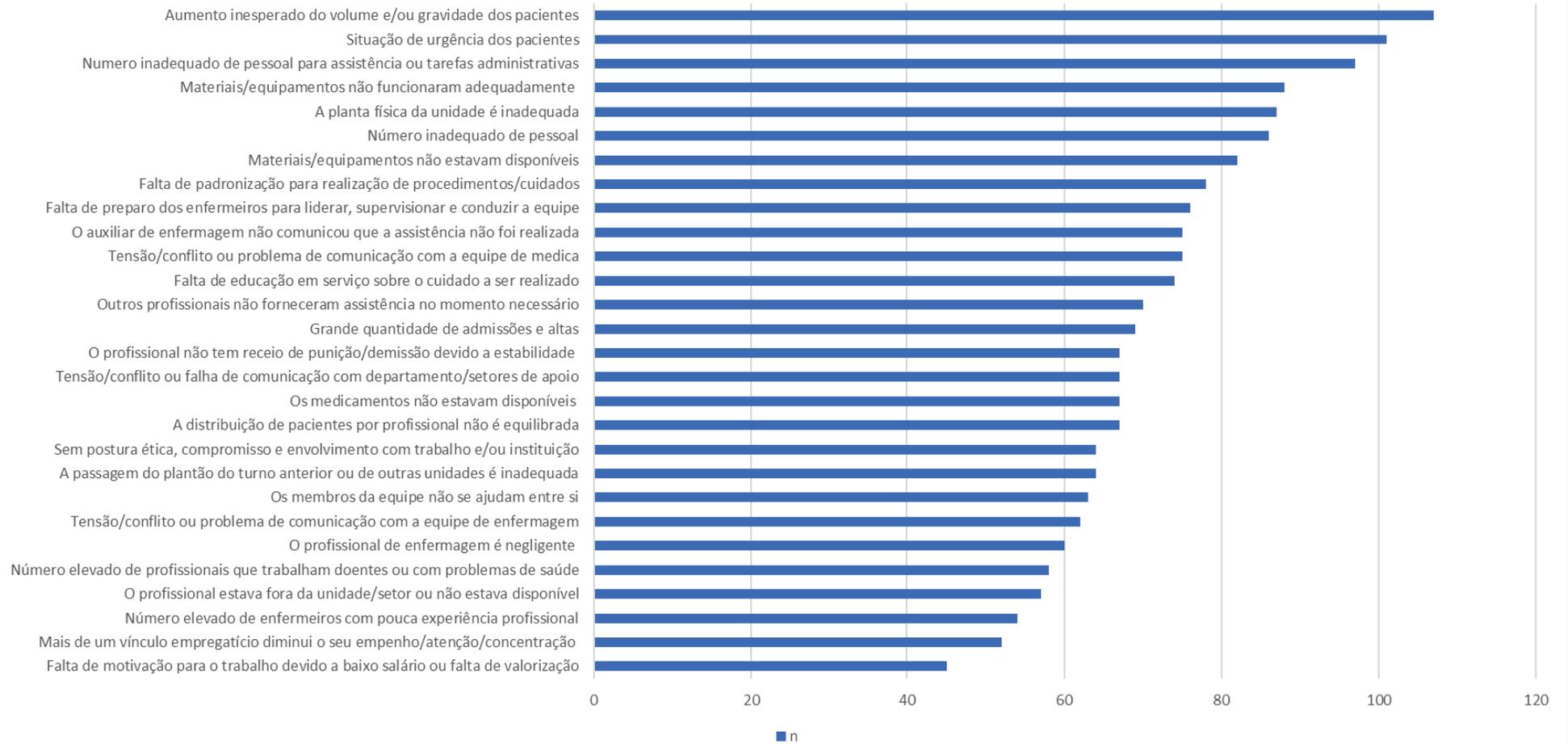
Em relação às razões da omissão de cuidados, verificou-se que o “aumento inesperado do volume/gravidade dos pacientes”, a “situação de urgência dos pacientes” e o “número inadequado de pessoal na assistência ou tarefas administrativas” foram as razões mais mencionadas na percepção dos profissionais, conforme Figura 2.

Figura 1. Valores referentes aos cuidados omitidos conforme relato dos profissionais de enfermagem (n=143), Brasil, 2019.



Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Figura 2. Valores referentes às razões para omissão dos cuidados conforme relato dos profissionais de enfermagem (n=143), Brasil, 2019



Fonte: Elaborada pela autora (2019).

6.3 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS POR CATEGORIA PROFISSIONAL

Houve diferença na percepção dos aspectos relacionados a “condições de trabalho”, “recursos laborais” e “dimensão ética” entre técnicos de enfermagem quando comparados com os enfermeiros, sendo que a percepção dos técnicos foi mais favorável nesses aspectos (Tabela 4).

Tabela 4 – Comparação entre categorias profissionais das subescalas do PES-NWI, SAQ e MISSCARE-BRASIL (n=143), Brasil, 2019.

| Subescalas do PES-NWI | Enfermeiros | Técnicos de Enfermagem | p-valor* |
|---|---------------|------------------------|-------------|
| | Média (SD) | | |
| Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado | 3,07 (0,53) | 3,20 (0,52) | 0,14 |
| Adequação da Equipe e de Recursos | 3,02 (0,76) | 3,18 (0,70) | 0,27 |
| Relações entre enfermeiros e médicos | 3,09 (0,66) | 3,03 (0,64) | 0,60 |
| Habilidade, Liderança e Suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem | 2,89 (0,85) | 3,15 (0,65) | 0,14 |
| Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares | 2,94 (0,67) | 3,07 (0,58) | 0,31 |
| Subescalas do SAQ | | | |
| Satisfação no Trabalho | 84,89 (16,34) | 89,28 (12,12) | 0,17 |
| Clima de Trabalho em Equipe | 72,91 (15,90) | 76,91 (12,96) | 0,18 |
| Percepção de estresse | 70,47 (23,55) | 70,37 (26,36) | 0,85 |
| Clima de Segurança | 71,12 (19,85) | 73,02 (14,74) | 1,00 |
| Condições de Trabalho | 64,36 (23,48) | 72,22 (24,55) | 0,04 |
| Percepção de Gerência da Unidade | 65,90 (18,10) | 63,28 (24,95) | 0,90 |
| Percepção de Gerência do Hospital | 59,86 (23,10) | 62,96 (17,30) | 0,63 |
| Dimensões e itens de razões para omissão de cuidados de enfermagem | | | |
| Comunicação | 2,22 (0,81) | 2,51(0,99) | 0,08 |
| Recursos materiais | 2,56 (0,82) | 2,75(0,98) | 0,16 |
| Recursos laborais | 2,37(0,71) | 2,68(0,86) | 0,01 |
| Dimensão Ética | 2,10(1,00) | 2,56(1,19) | 0,03 |
| Liderança | 2,10(0,95) | 2,4(1,04) | 0,08 |

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Legenda: * Teste Mann-Whitney.

6.4 CORRELAÇÃO ENTRE AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, CLIMA DE SEGURANÇA E OMISSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Na Tabela 5, são apontadas as correlações entre as subescalas do PES-NWI, do SAQ e MISSCARE-BRASIL.

Tabela 5 –Valores de correlação entre as subescalas do PES-NWI, SAQ e MISSCARE-BRASIL (n=143), Brasil, 2019.

| | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | S6 | S7 | S8 | S9 | S10 | S11 | S12 | M13 | M14 | M15 | M16 |
|-----|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------|------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| P2 | 0,80 | | | | | | | | | | | | | | | |
| P3 | 0,78 | 0,76 | | | | | | | | | | | | | | |
| P4 | 0,62 | 0,63 | 0,64 | | | | | | | | | | | | | |
| P5 | 0,56 | 0,66 | 0,64 | 0,57 | | | | | | | | | | | | |
| S6 | 0,58 | 0,56 | 0,51 | 0,38 | 0,39 | | | | | | | | | | | |
| S7 | 0,57 | 0,63 | 0,59 | 0,49 | 0,53 | 0,43 | | | | | | | | | | |
| S8 | 0,40 | 0,42 | 0,44 | 0,34 | 0,38 | 0,40 | 0,43 | | | | | | | | | |
| S9 | 0,64 | 0,61 | 0,67 | 0,49 | 0,45 | 0,63 | 0,53 | 0,35 | | | | | | | | |
| S10 | 0,67 | 0,63 | 0,66 | 0,51 | 0,45 | 0,59 | 0,56 | 0,28 | 0,89 | | | | | | | |
| S11 | 0,61 | 0,69 | 0,57 | 0,48 | 0,55 | 0,52 | 0,45 | 0,45 | 0,58 | 0,61 | | | | | | |
| S12 | -0,10 | -0,12 | -0,09 | -0,18 | -0,05 | -0,01 | -0,03 | -0,03 | -0,01 | -0,05 | -0,08 | | | | | |
| M13 | -0,08 | -0,21 | -0,13 | -0,30 | -0,25 | -0,09 | -0,21 | -0,04 | -0,22 | -0,18 | -0,15 | 0,08 | | | | |
| M14 | -0,05 | -0,19 | -0,14 | -0,23 | -0,27 | -0,11 | -0,13 | -0,09 | -0,20 | -0,18 | -0,16 | 0,03 | 0,81 | | | |
| M15 | -0,05 | -0,12 | -0,11 | -0,34 | -0,20 | -0,08 | -0,18 | -0,09 | -0,25 | -0,21 | -0,07 | 0,11 | 0,80 | 0,71 | | |
| M16 | -0,01 | -0,10 | -0,02 | -0,18 | -0,11 | -0,03 | -0,16 | -0,03 | -0,11 | -0,09 | -0,08 | 0,08 | 0,84 | 0,67 | 0,70 | |
| M17 | -0,08 | -0,17 | -0,10 | -0,27 | -0,17 | -0,08 | -0,13 | -0,06 | -0,14 | -0,08 | -0,06 | 0,09 | 0,83 | 0,68 | 0,72 | 0,87 |

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Legenda: P1 - Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares; P2 - Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado; P3- Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem; P4 - Adequação da equipe e de recursos; P5- Relações colegiais entre enfermeiros e médicos; S6- Clima de Trabalho em Equipe; S7- Clima de Segurança; S8- Satisfação no trabalho; S9- Percepção de estresse; S10 - Percepção da Gerência da Unidade; S11- Percepção da Gerência do Hospital; S12 - Condições de trabalho; M13 - Comunicação; M14- Recursos materiais; M15- Recursos laborais; M16- Dimensão Ética; M17- Liderança. Valores destacados em negrito apresentam correlação significativa $\leq 0,05$. Correlação Forte Correlação Moderada Correlação Fraca.

7 DISCUSSÃO

A discussão deste estudo compreende os seguintes tópicos: caracterização dos participantes, percepção dos profissionais em relação ao ambiente da prática de enfermagem, clima de segurança e omissão de cuidados, comparação da percepção dos profissionais por categoria profissional, correlação entre as subescalas do PES, SAQ E MISSCARE-BRASIL.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O perfil dos profissionais participantes reflete a realidade da profissão, que, conforme contexto estrutural e histórico, apresenta-se majoritariamente feminino (MACHADO *et al.*, 2015). Essa perspectiva nacional aponta que existe aumento gradativo da participação masculina, mas ainda em números pouco expressivos (MACHADO *et al.*, 2015).

A maioria dos profissionais refere apresentar carga horária de trabalho equivalente a 36 horas semanais (87,4%) em turnos de trabalho de 12 horas (87,4%). A jornada de trabalho em turnos de 12 horas é uma característica comum na rotina de trabalho de enfermeiros em hospitais no mundo (GIFKINS *et al.*, 2020). Essa característica de trabalho por turnos pode afetar diretamente a qualidade de vida desses profissionais, que, dependendo da rotina de trabalho, têm seu cotidiano alterado, sendo observados aspectos como alteração no sono, aumento da fadiga e do estresse (GIFKINS *et al.*, 2020; SILVA, ALIDNE PINHEIRO DA; CARVALHO; CARDIM, 2017).

Jornadas de trabalho extensas também podem resultar em diminuição da capacidade de concentração para a realização das atividades (DUTRA *et al.*, 2019a). Esse aspecto é apontado em estudos como um fator relacionado à omissão de cuidados de enfermagem, juntamente com um dimensionamento de pessoal desequilibrado, número elevado de pacientes por profissional, e excessiva carga de trabalho (BALL *et al.*, 2016; LEITE *et al.*, 2020).

Na instituição avaliada, o relato dos profissionais também evidencia que a percepção quanto à adequação do número de profissionais ocorre entre zero (27,3%) e 25% do tempo (32,9%). O dimensionamento de pessoal é um fator de preocupação, uma vez que, quando não realizado de forma adequada, além de desencadear sobrecarga de trabalho aos profissionais, interfere também na qualidade da assistência prestada e nos custos da instituição (COSTA *et al.*, 2018).

O absentéismo é um aspecto que interfere no dimensionamento de pessoal, de modo que a ausência de funcionários recorrente no período laboral sobrecarrega os demais membros da

equipe, afetando o trabalho exercido, com aumento da demanda de trabalho e possibilidade de erros, e conseqüentemente a qualidade do trabalho prestado (COSTA *et al.*, 2018). Na instituição avaliada neste estudo, foi observado que a maior parte dos profissionais não relataram faltas no último mês (74,8%) nem realização de horas extras nos últimos três meses (85,3%).

A escolaridade apresentada pelos profissionais de enfermagem participantes demonstra que, em sua maioria, independentemente da categoria profissional do cargo vinculado à instituição, realizaram algum curso de pós-graduação. A qualificação dos profissionais por meio de educação permanente e/ou continuada é considerada fator relevante na melhoria da qualidade assistencial, de modo que profissionais qualificados tendem a executar os procedimentos de forma correta e o conhecimento adquirido permite tomada de decisão consciente e baseada em evidências (BETTANIN; RODRIGUES; BACCI, 2020; RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2019; ALVES *et al.*, 2018).

Entre os profissionais participantes do estudo, a maioria (57,4%) possuía até dez anos de experiência no/a cargo/função e até cinco anos de experiência na unidade (83,2%). Esses aspectos podem estar relacionados com a troca de gestão pela qual passou a instituição nos anos anteriores, que demandou reformulação dos processos e do quadro de funcionários (PINHEIRO; BORGES, 2019; MACHADO DOS SANTOS GOMES, 2016).

A experiência no/a cargo/função influencia a qualidade do cuidado prestado, uma vez que profissionais experientes tendem a ter maior domínio da rotina. O tempo maior de experiência no/a cargo/função e unidade pode indicar uma baixa rotatividade na equipe, o que contribui para alinhamento das atividades, sintonia entre os membros da equipe e pode estar relacionado ao interesse dos profissionais em não deixar o/a cargo/função. Esse aspecto contribui para uma cultura de segurança na instituição, que precisa de fatores como alinhamento de processos e estruturas, além de demandar que os profissionais estejam sensibilizados e executem os processos de forma eficiente (GASPARINO *et al.*, 2017a).

Neste estudo, a maioria dos profissionais (96,5%) não pretende deixar o/a cargo/função. Essa característica pode estar vinculada a fatores como ambiente da prática de enfermagem favorável e percepção positiva em relação à satisfação desses profissionais. A retenção dos profissionais é frequentemente associada a satisfação nos ambientes de trabalho, segurança do paciente, qualidade do atendimento, satisfação com a liderança e gestão da instituição (SASSO *et al.*, 2019).

A intenção de deixar o cargo está frequentemente associada à insatisfação no trabalho (DORIGAN; GUIRARDELLO, 2017), assim como a ambientes da prática de enfermagem

desfavoráveis (DUTRA; CIMIOTTI; GUIRARDELLO, 2018), e pode ser considerada fator relacionado ao clima de segurança na instituição (LIRA *et al.*, 2020).

Os participantes desta pesquisa relataram apresentar satisfação com o cargo (88,9%) e satisfação com a profissão (93,1%). Há evidências de associação entre o ambiente de prática de enfermagem favorável e a satisfação profissional (OLIVEIRA *et al.*, 2017), sendo também fator relacionado à omissão do cuidado de enfermagem (LEITE, 2020). A satisfação dos trabalhadores está ligada a qualidade e segurança dos serviços prestados, tendo em vista que profissionais insatisfeitos ou desmotivados tendem a ter menor empenho ao trabalho e a estar mais susceptíveis a falhas (ALMEIDA; BIZUTTI; DRAGANOV, 2019).

A satisfação com a equipe (79,7%) foi positiva na percepção dos profissionais participantes. O trabalho em equipe é componente importante do ambiente da prática de enfermagem, assim como a coesão e a confiança entre os profissionais da equipe são fatores de funcionamento das rotinas e processos institucionais e da cultura de segurança entre os profissionais e devem ser estimulados pela instituição (HUANG, 2020; CALLADO, 2019).

7.2 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO A AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, CLIMA DE SEGURANÇA E OMISSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

7.2.1 Percepção dos profissionais em relação ao ambiente da prática de enfermagem

A percepção dos profissionais em relação ao ambiente da prática de enfermagem foi positiva na instituição avaliada. Essa avaliação positiva exerce influência nas boas respostas dos pacientes internados e na qualidade da assistência prestada, assim como na capacidade e no desempenho e engajamento dos profissionais de enfermagem (AMARAL; FERREIRA, 2013; AZEVEDO FILHO; RODRIGUES; CIMIOTTI, 2018).

O resultado favorável encontrado neste estudo também foi evidenciado em outros estudos (MAGALHÃES *et al.*, 2020; GASPARINO *et al.*, 2019; DORIGAN; GUIRARDELLO, 2017; ALVES; GUIRARDELLO, 2016). Esse resultado demonstra uma preocupação por parte das instituições em promover ambientes adequados aos profissionais de enfermagem para que exerçam sua função. Entretanto esse aspecto não demonstra na totalidade a realidade do país, pois ainda existem desafios a serem considerados e observados em outros ambientes hospitalares como evidenciam estudos que apresentaram como resultado ambientes classificados como mistos (YANARICO *et al.*, 2020; GASPARINO *et al.*, 2019) e

desfavoráveis (AZEVEDO FILHO; RODRIGUES; CIMIOTTI, 2018; GASPARINO *et al.*, 2019).

Em relação aos “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado”, observa-se uma percepção positiva por parte dos trabalhadores participantes, o que demonstra que os profissionais de enfermagem da instituição avaliada relatam uma perspectiva de atuação na enfermagem voltada para os altos padrões de qualidade do cuidado. Esse resultado foi superior ao apresentado em estudos semelhantes realizados no Brasil e em Portugal (AMARAL, *et al.*, 2013; YANARICO *et al.*, 2020).

A percepção da prestação de cuidados de qualidade pode estar associada à busca por qualificação desses profissionais, que é demonstrada também pelo perfil de escolaridade apresentado na caracterização deste estudo no qual grande parte dos profissionais possuíam curso de pós-graduação. Nesse mesmo sentido, pode estar relacionada ao interesse da instituição em capacitar seus profissionais.

A adequação da equipe e de recursos também foi avaliada com valores acima da média prevista pelo instrumento. Esse aspecto pode estar associado ao interesse da instituição em manter adequado o dimensionamento de pessoal e de recursos materiais. A adequação de recursos materiais nos setores permite a realização dos procedimentos de forma apropriada, reduz o tempo de realização do procedimento, permitindo o atendimento e o cumprimento de outras demandas, além de diminuir a possibilidade de falhas na realização dos procedimentos e reduzir o risco de infecções (GUERRA *et al.*, 2019).

O dimensionamento adequado de pessoal também tem influência direta na qualidade do cuidado (SILVA *et al.*, 2019), uma vez que, quando se têm equipes compostas de um ideal de profissionais, evita-se a sobrecarga de trabalho, o que, conseqüentemente, contribui para um ambiente favorável, facilita a divisão das tarefas e o alinhamento do trabalho em equipe.

Nessa avaliação, há a participação dos enfermeiros na discussão de assuntos hospitalares, apresentando menores resultados comparados às demais subescalas avaliadas, o que pode indicar a necessidade de reforço e ações que favoreçam essa relação. Estudos similares apresentaram resultados opostos, evidenciando essa categoria com uma das maiores médias comparadas com as outras escalas (YANARICO *et al.*, 2020; AMARAL *et al.*, 2013).

A participação da equipe multidisciplinar no cuidado em saúde e as discussões interdisciplinares são imprescindíveis para alinhamento das condutas assistenciais e cuidado do paciente, uma vez que contribuem para uma assistência continuada e eficiente. A relação entre enfermeiros e médicos precisa ser reforçada e realizada de forma positiva, por meio de comunicação eficiente entre os profissionais (SANTOS *et al.*, 2021; BARBOSA *et al.*, 2020).

A subescala “habilidade, liderança e suporte dos coordenadores” foi percebida de forma positiva pelos enfermeiros participantes deste estudo. A média encontrada neste estudo foi superior à de outros estudos (YANARICO *et al.*, 2020; AMARAL *et al.*, 2013). A liderança e o suporte dos coordenadores são considerados fatores importantes para a realização de uma assistência de qualidade. Destaca-se que é necessário que os profissionais tenham incentivo à autonomia profissional e atuem em uma rede colaborativa para que se estabeleça um ambiente favorável à prática (OLIVEIRA; COCA; SPIRI, 2021).

Outro ponto a ser considerado é que a adequação de recursos humanos e materiais nos serviços de saúde é providenciada por meio do planejamento e de ações dos coordenadores, que, entre suas funções específicas, não devem medir esforços para que esses aspectos se mantenham apropriados, a fim de garantir a qualidade, a eficiência e a eficácia da assistência prestada (VALLE *et al.*, 2021).

Esses aspectos avaliados referentes ao ambiente da prática de enfermagem reforçam a percepção positiva dos profissionais e podem estar relacionados às iniciativas propostas pela instituição de contribuir para a autonomia dos enfermeiros. Essa autonomia promove melhorias no contexto do ambiente de trabalho e nas tomadas de decisão em busca do cuidado seguro e de qualidade prestado aos pacientes (MAGALHÃES *et al.*, 2020). Cabe ressaltar que é importante a participação de todos os profissionais envolvidos nos processos em discussões que apresentem pontos de vista interdisciplinares e multidisciplinares (BARBOSA *et al.*, 2020).

A ampliação das discussões interdisciplinares e o incentivo a elas, bem como a autonomia profissional, promovem o rompimento da ideologia proposta pelo modelo biomédico, para as preocupações estritamente voltadas à condição biológica do paciente (RAPOZO *et al.*, 2020). A segurança do paciente requer ações que atribuem novas visões para a melhoria e segurança das práticas assistenciais.

Nessa perspectiva, a melhoria do ambiente da prática de enfermagem e o interesse em aprimorar as condições de trabalho e fomentar uma rotina de discussão das situações em visão interdisciplinar diminuem a burocracia para o funcionamento dos processos, que, apesar de necessária, não pode ser fator de impedimento para a realização das ações. Além disso, tais ações rompem com a rotina mecanicista do trabalho e a automatização das tarefas, que podem ser fatores que possibilitam os erros e que afetam a qualidade assistencial e a segurança do paciente (SOUSA *et al.*, 2020).

7.2.2 Percepção dos profissionais em relação ao clima de segurança

O clima de segurança foi percebido pelos participantes de maneira negativa na instituição avaliada, o que demanda uma maior investigação acerca das possíveis causas de tal fato e investimentos por parte da instituição na adequação desse quesito.

O cenário brasileiro apresenta outras instituições com percepção negativa em relação ao clima de segurança conforme apontam algumas pesquisas (CARVALHO *et al.*, 2019; MAGALHÃES *et al.*, 2019; DORIGAN; GUIRARDELLO, 2017; BARBOSA *et al.*, 2016). Por outro lado, observa-se que, em comparação ao apresentado na literatura acerca do tema, os valores evidenciados neste estudo referentes ao clima de segurança estão mais próximos da média positiva do que quando comparados com outros países, como China (JIANG *et al.*, 2019) e Quênia (MBUTHIA; MOLEKI, 2020) por exemplo.

Os resultados desta pesquisa mostraram uma percepção positiva apenas em relação à subescala “satisfação no trabalho”. Esse aspecto é visto como positivo, considerando a associação em outros estudos que afirmam que instituições que possuem funcionários insatisfeitos tendem a ter maiores índices de rotatividade, maior intensão de deixar o emprego por parte dos profissionais e também maiores índices de falhas assistenciais (RABIN *et al.*, 2019; RIGOBELLO *et al.*, 2012).

As demais subescalas do instrumento apresentaram média inferior a 75 pontos. Essa característica também foi observada em outros hospitais nacionais, em que, apesar de apresentarem avaliação negativa do clima de segurança no geral, os profissionais de enfermagem tiveram percepção positiva da satisfação no trabalho (CARVALHO *et al.*, 2019; GASPARINO *et al.*, 2017).

Esse resultado demonstra a percepção negativa dos profissionais frente ao clima de segurança do paciente, mas, por outro lado, evidencia que os profissionais se sentem satisfeitos no exercício profissional, mesmo em condições inadequadas (GASPARINO *et al.*, 2017). O dispêndio de esforços por parte da instituição na organização dos processos relacionados às ações de segurança do paciente pode ser fator para melhoria dessa avaliação.

É importante salientar que o clima de trabalho em equipe contribui para a segurança do paciente. A criação de uma rede de apoio mútuo e o compartilhamento de informações entre os profissionais promovem a execução com qualidade do trabalho em si, evitam sobrecarga dos profissionais, permitem uma maior avaliação e compreensão dos erros quando ocorrem e contribuem para implementação de uma cultura de segurança e maior adesão às capacitações (LE MOS *et al.*, 2018).

A percepção de estresse também não se apresentou favorável neste estudo, indicando a presença de fatores estressores que podem interferir na qualidade da assistência. Outros estudos nacionais apresentaram resultados semelhantes (MAGALHÃES *et al.*, 2019; KOLANKIEWICZ *et al.*, 2017).

As condições de trabalho podem afetar significativamente a qualidade de vida dos enfermeiros e, conseqüentemente, a qualidade da assistência prestada (ALVES *et al.*, 2021). Além disso, quando essas condições são inadequadas, podem desencadear falhas na assistência, afetar a qualidade da assistência prestada e aumentar o estresse dos profissionais (BARDAQUIM *et al.*, 2019).

Profissionais de enfermagem se encontram expostos a riscos ocupacionais em seu processo laboral, físicos, químicos, mecânicos e biológicos, além de fatores fisiológicos e psicológicos, que podem agravar o desgaste do profissional (BARDAQUIM *et al.*, 2019). A atenção a esses aspectos deve ser ainda maior quando se considera que profissionais de enfermagem atuantes em hospitais estão expostos a maiores estressores quando comparados com os profissionais de outras áreas e níveis de atenção (MUHAMAD *et al.*, 2021).

A percepção da gerência de unidade e da instituição também apresentou resultados inferiores à média esperada. Outros estudos brasileiros apresentaram resultados semelhantes aos achados desta pesquisa, demonstrando uma percepção desfavorável em relação ao desenvolvimento de ações por parte dos gestores em prol da segurança do paciente (GIRÃO *et al.*, 2019; MAGALHÃES *et al.*, 2019; GASPARINO *et al.*, 2017). A gerência da instituição tem papel fundamental em planejamento, elaboração e monitoramento de ações e estratégias a favor do desenvolvimento de uma cultura organizacional alinhada à segurança do paciente, sendo fator contribuinte para a sensibilização dos profissionais. Oferece suporte por meio de recursos humanos e materiais, definição de fluxos, além do apoio aos profissionais nos esforços diários (GIRÃO *et al.*, 2019; MAGALHÃES *et al.*, 2019). Torna-se necessário refletir sobre essa condição apresentada, pois o clima de segurança negativo pode propiciar o aumento do número de eventos adversos e elevação das taxas de mortalidade.

Apesar da avaliação com resultados com média inferior sobre a percepção do clima de segurança, observa-se neste estudo que a instituição caminha para a implementação de melhorias, visto que é apresentada uma percepção positiva dos aspectos relacionados ao ambiente da prática de enfermagem.

7.2.3 Percepção dos profissionais em relação à omissão dos cuidados de enfermagem

Entre os cuidados de enfermagem mais omitidos na percepção dos profissionais de enfermagem citam-se os que apresentaram maiores frequências de omissão: “participação em discussões da equipe interdisciplinar”, “deambulação três vezes ao dia, “sentar o paciente fora do leito”, “planejamento e ensino ao paciente e familiares na alta hospitalar”.

A “participação em discussões da equipe interdisciplinar” permite a troca de informações e discussão sobre os casos dos pacientes e conseqüentemente o planejamento de uma assistência interdisciplinar eficiente (BORGES; CARUSO; NASSAR, 2021; SILVA, 2020). A sobrecarga de trabalho foi apontada como fator que interfere na frequência de participação da enfermagem nas reuniões interdisciplinares (BORGES; CARUSO; NASSAR, 2021). Cabe ressaltar que as discussões interdisciplinares contribuem para a comunicação entre os membros da equipe, paciente e família deste; permitem a elaboração de um plano de ação amplo, que contemple o paciente de forma integral, melhore a qualidade da assistência, reduza os riscos e as falhas de comunicação, garantindo a prestação de um cuidado seguro (GUZINSKI *et al.*, 2019).

A omissão de cuidados como “deambulação três vezes ao dia”, “sentar o paciente fora do leito” impacta diretamente a segurança do paciente, uma vez que são ações vistas como de prevenção de lesão por pressão, evitando complicações que podem prolongar a internação. Esse resultado também foi evidenciado em outros estudos (LIMA; SILVA; CALIRI, 2020; DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019a; RABIN *et al.*, 2019). É importante mencionar que, apesar de os profissionais de enfermagem relatarem a omissão do cuidado “deambulação três vezes ao dia”, este é um cuidado que também pode ser realizado por outros profissionais de saúde conforme rotina institucional.

O “planejamento e ensino ao paciente e familiares na alta hospitalar” referem-se à atuação da equipe de enfermagem na alta hospitalar e seu papel em continuidade do cuidado além do âmbito hospitalar. A não realização desse cuidado foi identificada em outros estudos (LIMA; SILVA; CALIRI, 2020; CHEGINI *et al.*, 2020; DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019a), o que demonstra uma dificuldade dos profissionais de enfermagem em preparar o paciente para a alta hospitalar de forma sistematizada, destacando-se dos demais profissionais nesse processo (POMPEO *et al.*, 2007).

Por outro lado, os resultados deste estudo demonstram que os profissionais da instituição consideram o cuidado de “higienização das mãos” o item mais frequentemente realizado. Isso é visto de forma positiva, uma vez que a higienização das mãos é fator de proteção à segurança

do paciente como medida de profilaxia de infecção hospitalar (SOUZA *et al.*, 2013). Esse resultado foi semelhante ao encontrado em outro estudo (DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019).

As razões principais para omissão de cuidados apontadas neste estudo foram “aumento inesperado do volume/gravidade dos pacientes”, “situação de urgência dos pacientes”, “número inadequado de pessoal na assistência ou tarefas administrativas”. Todas essas justificativas mencionadas pertencem à dimensão de recursos laborais. Estão intimamente relacionadas ao dimensionamento de pessoal, que, quando inadequado, pode desencadear sobrecarga dos profissionais (ALSUBHI *et al.*, 2020), exaustão emocional e esgotamento (COSTA *et al.*, 2018) e afetar a qualidade e segurança da assistência prestada (LIMA; SILVA; CALIRI, 2020; BALL *et al.*, 2014). O presente estudo evidenciou que, na percepção dos profissionais da instituição pesquisada, a adequação de pessoal ocorreu entre 0 a 25% do tempo.

7.3 COMPARAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS POR CATEGORIA PROFISSIONAL

Os resultados de cada subescala dos instrumentos foram comparados por categorias profissionais: enfermeiros e técnicos de enfermagem. Destacam-se, nessa comparação, as subescalas “condições de trabalho” do SAQ, “recursos laborais e “dimensão ética” do MISSCARE, que apresentaram valores com diferença significativa entre as categorias.

Apesar de ambas as categorias evidenciarem resultados desfavoráveis sobre a percepção em relação à subescala “condições de trabalho” do SAQ, os técnicos de enfermagem apresentaram maior escore quando comparados aos enfermeiros. As subescalas “recursos laborais” e “dimensão ética”, relacionadas às razões da omissão de cuidados, também apresentaram uma melhor percepção por parte dos técnicos de enfermagem.

A diferença de percepção entre técnicos de enfermagem e enfermeiros vem sendo apresentada em outras avaliações (DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019b; BRAGADÓTTIR; KALISCH, 2018). Esse resultado pode estar relacionado ao grau de responsabilidade demandado por cada categoria (ALVES *et al.*, 2021), o que permite que os profissionais apresentem perspectivas diferentes de percepção e pode influenciar na escolha de prioridades em situações nas quais não há possibilidade de atender totalmente à demanda de trabalho (BRAGADÓTTIR; KALISCH, 2018).

7.4 CORRELAÇÃO ENTRE AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, CLIMA DE SEGURANÇA E OMISSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O ambiente da prática de enfermagem, o clima de segurança e a omissão de cuidados são fatores que estão atrelados. Existem evidências de que ambiente da prática de enfermagem desfavorável e clima de segurança negativo podem influenciar a ocorrência das omissões de cuidados de enfermagem, assim como ambiente da prática de enfermagem favorável e clima de segurança positivo podem reduzir os índices de omissão de cuidados de enfermagem (ZELENÍKOVÁ *et al.*, 2020; IBRAHIM; ABOHABIEB, 2020; KIM; YOO; SEO, 2018).

Neste estudo, observou-se uma correlação forte entre as subescalas que compõem o mesmo instrumento e uma correlação moderada entre as subescalas de instrumentos distintos deste estudo. Nesse sentido, reforça a adequação do instrumento e a possibilidade de associação entre as características avaliadas, demonstrando que os temas “ambiente da prática de enfermagem, clima de segurança e omissão de cuidados” possuem aspectos em comum.

Destaca-se a correlação forte entre a “adequação da equipe e recursos” e a “percepção das gerências da unidade”. Essa condição evidencia a importância de ações por parte das gerências da unidade para manter os parâmetros de adequação dos recursos humanos e materiais, a fim de promover um ambiente da prática favorável e um clima de segurança positivo (DUFFY; CULP; PADRUTT, 2018).

Apesar de o estudo em questão não apresentar percepção de clima de segurança positivo, a adequação do ambiente da prática de enfermagem e a percepção da equipe de enfermagem como um ambiente favorável podem demonstrar o interesse da instituição em melhorar esses aspectos.

A relação entre ambiente da prática e clima de segurança ficou evidenciada pelo resultado de correlação positiva moderada a forte entre as subescalas do PES-NWI e do SAQ. Observa-se, portanto, que o ambiente da prática pode impactar o clima de segurança, ou seja, quando apresentado como favorável, o ambiente da prática pode ser considerado um pilar para um clima de segurança positivo (DUTRA; GUIRARDELLO, 2021; ABOHABIEB, 2020; KIM; YOO; SEO, 2018).

No que tange às subescalas do PES-NWI e do SAQ correlacionadas com as subescalas do MISSCARE-BRASIL, observa-se uma correlação negativa, indicando que quanto melhor a percepção do ambiente da prática de enfermagem e do clima de segurança, menor é a omissão de cuidados. Nesse sentido, esses resultados corroboram os achados de outros estudos, demonstram que a adequação de aspectos como recursos laborais, comunicação, capacitação

dos profissionais, liderança e gerência é fator que pode influenciar e reduzir os índices de omissões do cuidado de enfermagem (GURKOVÁ; MIKŠOVÁ; ŠÁTEKOVÁ, 2021; PAIVA; AMARAL; MOREIRA, 2021; SILVA, 2021).

A correlação da “adequação da equipe e recursos” com a subescala “recursos materiais” do MISSCARE-BRASIL foi evidenciada de forma negativa. Isso evidencia que, apesar de avaliar aspectos semelhantes, a forma como foram descritas nos instrumentos foi divergente. No MISSCARE-BRASIL, busca-se identificar as razões para omissão e, conforme apontado em outros estudos, entre essas razões, tem-se a falta e/ou dificuldades relacionadas aos recursos materiais (SILVA, 2021; DUTRA; SALLES; GUIRARDELLO, 2019; HERNÁNDEZ-CRUZ *et al.*, 2017).

8 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu uma avaliação situacional dos profissionais que atuam diretamente na assistência, com análise de aspectos estruturais e laborais. Observou-se um ambiente favorável à prática profissional, clima de segurança negativo e a ocorrência de omissões dos cuidados de enfermagem como: “participação em discussões da equipe interdisciplinar”, “deambulação três vezes ao dia, “sentar o paciente fora do leito”. Também foram apresentadas as seguintes razões para omissão de cuidados: “aumento inesperado do volume/gravidade dos pacientes”, “situação de urgência dos pacientes”, “número inadequado de pessoal na assistência ou tarefas administrativas”.

Houve diferença entre as percepções dos profissionais de enfermagem conforme categoria profissional: enfermeiro e técnicos de enfermagem. Estes apresentaram percepção mais positiva nas subescalas: “condições de trabalho”, “recursos laborais” e “dimensão ética”.

O presente estudo evidenciou relação entre o ambiente da prática de enfermagem, o clima de segurança e a omissão de cuidados de enfermagem. Evidenciou-se correlação negativa entre o ambiente da prática de enfermagem, o clima de segurança com a omissão de cuidados, demonstrando que ambientes de prática favoráveis e clima de segurança positivo são fatores para a redução dos índices de omissão de cuidados de enfermagem.

As evidências apresentadas neste estudo reforçam a necessidade de aprimoramento das condições de trabalho e do ambiente da prática de enfermagem para a melhor percepção do clima de segurança e implementação de práticas assistenciais seguras. Nesse sentido, reforçam também a importância da liderança e da autonomia do enfermeiro como fatores positivos na melhoria do cuidado prestado aos pacientes.

O presente estudo apresentou limitações comuns ao tipo de estudo descritivo, que não possibilita relações casuais e é preciso considerar que foi um estudo realizado no período pelo qual a instituição estava se adaptando à nova gestão. O que sugere a necessidade de outras avaliações para acompanhamento dos processos e a percepção dos profissionais frente as mudanças.

REFERÊNCIAS

- ABD EL FATTAH, Magda Abd Hamed; ABO EL ATA, Gehad Ahmed; MORSY, Fathi Abdulla. Hospital magnet designation attributes for nursing excellence that promotes patient safety culture: certified versus noncertified hospitals. **Egypt Nurs J.** v. 14, n. 2, p. 162–167, 2017.
- AIKEN, Linda H. et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. **Journal of the American Medical Association.** v. 288, n. 16, p. 1987–1993, 2002.
- ALMEIDA, Lucas Vargas De; BIZUTTI, Nanci Soares; DRAGANOV, Patricia Bover. Impactos da acreditação Magnet Recognition nos serviços de enfermagem: uma revisão narrativa. **Revista de Administração em Saúde.** v. 19, n. 77, 2019.
- ALSUBHI, Hattan et al. Missed nursing care and nurses' intention to leave: An integrative review. **Journal of Nursing Management.** v. 28, n. 8, p. 1830–1840, 2020.
- ALVES, Carina Maria *et al.* Contribuições da Educação Permanente para Qualificação da Assistência de Enfermagem em um Hospital Público. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde** v. 22, n. 1, p. 87–94, 2018.
- ALVES, Daniela Fernanda dos Santos; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem** v. 37, n. 2, p. 1–7, 2016.
- ALVES, Daniela Fernanda dos Santos; SILVA, Dirceu da; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Nursing practice environment, job outcomes and safety climate: a structural equation modelling analysis. **Journal of Nursing Management** v. 25, n. 1, p. 46–55, 2017.
- ALVES, Gabrielle *et al.* Condições de trabalho da enfermagem : uma revisão integrativa. **REVISA** v. 10, n. 1, p. 13–21, 2021.
- AMARAL, António Fernando Salgueiro; FERREIRA, Pedro Lopes; LAKE, Eileen. Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. **International Journal of Caring Sciences** v. 5, n. 3, p. 280–288, 2012.
- AMARAL, António Fernando Salgueiro *et al.* Percepção dos Enfermeiros Acerca do Ambiente da Prática dos Cuidados em Quatro Hospitais da Região Centro. **Revista Investigação em Enfermagem**, 2013.
- AMARAL, António Fernando Salgueiro; FERREIRA, Pedro Lopes. Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. **Revista Investigação em Enfermagem** p. 66–74, 2013.
- ANCC. American Nurses Credentialing Center. **Magnet Recognition Program.** Disponível em: <<https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/>>.

ARBOIT, Éder Luís et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva multiprofissional. **Research, Society and Development** v. 9, n. 5, p. e125953088, 2020.

AZEVEDO FILHO, Francino Machado de; RODRIGUES, Maria Cristina Soares; CIMIOTTI, Jeannie 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: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000200217&lng=pt&tlng=pt>.

BACAKSIZ, Feride Eskin et al. 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.

BALL, Jane E. *et al.* A cross-sectional study of ‘care left undone’ on nursing shifts in hospitals. **Journal of Advanced Nursing** v. 72, n. 9, p. 2086–2097, 2016.

BALL, Jane E. *et al.* Care left undone during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. **BMJ Quality and Safety** v. 23, n. 2, p. 116–125, 2014.

BASSI, Erika et al. Unfinished Nursing Care Survey: A development and validation study. **Journal of Nursing Management**. v. 28, n. 8, p. 2061–2071, 2020.

BARBOSA, Maria Helena et al. Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 26, p. e3014–e3014, 2016.

BARBOSA, Rubens Vitor *et al.* Benefícios do round multidisciplinar na unidade de terapia intensiva / Benefits of the multidisciplinary round in the intensive therapy unit. **Brazilian Journal of Health Review** v. 3, n. 6, p. 17989–18001, 2020.

BARDAQUIM, Vanessa Augusto *et al.* Reflexão sobre as condições de trabalho da enfermagem: subsídio às 30 horas de trabalho. **Revista Enfermagem Contemporânea** v. 8, n. 2, p. 172, 2019.

BARNES, Hilary; REARDEN, Jessica; MCHUGH, Matthew D. Magnet® Hospital Recognition Linked to Lower Central Line-Associated Bloodstream Infection Rates. **Research in nursing & health**. 39, n. 2, p. 96-104, 2016.

BEKELIS, Kimon; MISSIONS, Symeon; MACKENZIE, Todd A. Association of Magnet Status With Hospitalization Outcomes for Ischemic Stroke Patients. **Journal of the American Heart Association** v. 6, n. 4, 2017.

BETTANIN, Franceline Susan Mihara; RODRIGUES, Jamile Carvalho; BACCI, Marcelo Rodrigues. Permanent health education as an instrument for assistance quality. **Brazilian Journal of Development** v. 6, n. 7, p. 42986–42992, 2020.4298642992.

BORGES, Maria Luiza; CARUSO, Pedro; NASSAR, Antonio Paulo. Nursing workload associated with the frequency of multidisciplinary rounds: A cross-sectional study. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** v. 33, n. 1, p. 82–87, 2021.

BRAGADÓTTIR, Helga et al. The association of missed nursing care and determinants of satisfaction with current position for direct-care nurses—An international study. **Journal of Nursing Management** v. 28, n. 8, p. 1851–1860, 2020.

BRAGADÓTTIR, Helga; KALISCH, Beatrice 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 529, de 1° de Abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União: 2013.

CALLADO, Ana. O Ambiente Da Prática E A Sua Importância Para A Enfermagem. **Journal of Aging and Innovation** v. 8, n. 3, p. 92–107, 2019.

CAMPBELL, Caitlin Marley et al. Variables associated with missed nursing care in Alabama: A cross-sectional analysis. **Journal of Nursing Management** v. 28, n. 8, p. 2174–2184, 2020.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima De; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire-Short Form 2006 for Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 20, n. 3, p. 575–582, 2012.

CARVALHO, Paloma Aparecida et al. Avaliação da cultura de segurança em um hospital público no Distrito Federal, Brasil. **Health Services Assessment** v. 72, n. Suppl 1, p. 263–269, 2019.

CHEGINI, Zahra et al. Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. **Journal of Nursing Management**. v. 28, n. 8, p. 2205–2215, 2020.

CLAVELLE, Joanne T.; O'GRADY, Tim Porter; DRENKARD, Karen. Structural Empowerment and the Nursing Practice Environment in Magnet® Organizations. **JONA: The Journal of Nursing Administration**. v. 43, n. 11, p. 566–573, 2013.

COPANITSANOU, Panagiota; FOTOS, Nikolaos; BROKALAKI, Hero. Effects of work environment on patient and nurse outcomes. **British Journal of Nursing**. v. 26, n. 3, p. 172–176, 2017.

CORCINO, Julio Rodrigues Mota Junior; CUNHA, Josafá Moreira Da. 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, 2017.

COSTA, Natália Nunes et al. Ambiente de trabalho pediátrico: satisfação dos profissionais de enfermagem. **Rev. enferm. UFPE**. v. 12, n. 12, p. 3327–3336, 2018.

CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida et al. Safety culture among health professionals in a teaching hospital. **Cogitare Enfermagem**. v. 23, n. 1, 2018.

DIAZ, Johanna Ovalle et al. Correlações, risco, razão de chances e avaliação de testes diagnósticos. **Bioestatística quantitativa aplicada**. Porto Alegre: UFRGS, 2020. Cap. 9, p. 177-196, 2020.

DORIGAN, Gisele Hespanhol; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Nursing practice environment, satisfaction and safety climate: The nurses' perception. **ACTA Paulista de Enfermagem** v. 30, n. 2, p. 129–135, 2017.

DORIGAN, Gisele Hespanhol; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Effect of the practice environment of nurses on job outcomes and safety climate. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** v. 26, e3056. 2018.

DUFFY, Joanne R.; CULP, Stacey; PADRUTT, Tom. Description and Factors Associated with Missed Nursing Care in an Acute Care Community Hospital. **Journal of Nursing Administration** v. 48, n. 7–8, p. 361–367, 2018.0000000000000000.

DUTRA, Carla Klava dos Reis; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. 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, 9 maio 2021. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14764>>.

DUTRA, Carla Klava Dos Reis; SALLES, Bianca Gomes; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. 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, n. e03470, p. 1–7, 2019.

DUTRA, Herica Silva; CIMIOTTI, Jeannie P.; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Nurse work environment and job-related outcomes in Brazilian hospitals. **Applied Nursing Research** v. 41, p. 68–72, 2018.

DUTRA, Herica Silva; CIMIOTTI, Jeannie P.; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Nurse work environment and job-related outcomes in Brazilian hospitals. **Applied Nursing Research** v. 41, p. 68–72, 1 jun. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29853218/>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

FALGUERA, Charlie C e *et al.* Relationship between Nurse Practice Environment and Work Outcomes: A Survey Study in the Philippines. **International Journal of Nursing Practice** v.27, n.1, p. 2021.

FRIESE, Christopher R. et al. Hospitals In 'Magnet' Program Show Better Patient Outcomes On Mortality Measures Compared To Non-'Magnet' Hospitals. **Health Affairs** v. 34, n. 6, p. 986–992. 2015.

GASPARINO, Renata Cristina et al. Validação da Practice Environment Scale entre técnicos e auxiliares de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**; v. 33, n. 12, p. 128–139, 1 jun. 2020.

GASPARINO, Renata Cristina et al. Avaliação do ambiente da prática profissional da enfermagem em instituições de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 32, n. 4, p. 449–455, 2019.

GASPARINO, Renata C.; GUIRARDELLO, Edinêis de B. Validation of the Practice Environment Scale to the Brazilian culture. **Journal of Nursing Management**. v. 25, n. 5, p. 375–383, 2017.

GASPARINO, Renata Cristina et al. Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições públicas e privadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 38, n. 3, p. e68240, 2017.

GIFKINS, Jane *et al.* Fatigue and recovery in shiftworking nurses: A scoping literature review. **International Journal of Nursing Studies** v. 112, 2020.

GIRÃO, Ana Livia Araújo et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: percepção de profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 21, n. 50649, p. 1–10. 2019.

GORMLEY, Denise K. et al. Impact of Nurse-Led Inter professional Rounding on Patient Experience. **Nursing Clinics of North America**. v. 54, n. 1, p. 115–126, 2019.

GUERRA, Magda et al. Ambiente da prática em enfermagem e qualidade dos cuidados. **Gestão e Desenvolvimento**. v. 27, n. 27, p. 181–195, 2019.

GURKOVÁ, E. et al. Hospital safety climate from nurses' perspective in four European countries. **International Nursing Review**. v. 67, n. 2, p. 208–217, 2020.

GURKOVÁ, Elena; MIKŠOVÁ, Zdeňka; ŠÁTEKOVÁ, Lenka. Missed nursing care in hospital environments during the COVID-19 pandemic. **International Nursing Review**. 2021.

GUZINSKI, Célia *et al.* Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. **Revista gaucha de enfermagem** v. 40, n. spe, p. e20180353, 2019.

HERNÁNDEZ-CRUZ, Raúl et al. Factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido en pacientes de un hospital privado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 25, n. e2877, p. 1–8, 2017.

HAIR, Joseph F. *et al.* **Multivariate data analysis: A global perspective**. [S.l.]: Pearson Upper Saddle River, NJ, 2010.

HUANG, Chih-Husan et al. What we should know about patient safety culture: An empirical investigation of viewpoints from four categories of hospital staffs in Taiwan. **International Journal of Management, Economics and Social Sciences (IJMESS)**. v. 7, n. Special Issue, p. 73–84, 2018. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10419/176836>>.

HUANG, ChihHsuan et al. Patient safety in work environments: Perceptions of pediatric healthcare providers in Taiwan. **Journal of Pediatric Nursing**. v. 53, p. 6–13, 2020.

HÜBSCH, Christine et al. Performed and missed nursing care in Swiss acute care hospitals: Conceptual considerations and psychometric evaluation of the German MISSCARE questionnaire. **Journal of Nursing Management**. v. 28, n. 8, p. 2048–2060, 2020.

IBRAHIM, Ibrahim Abdullatif; ABOHABIEB, Eltahra Elsayed. Associations between Nursing Work Environment, Patient Safety Culture, and Missed Nursing Care Among Staff nurses. **Port Said Scientific Journal of Nursing**. v. 7, n. 3, p. 244–264, 2020.

IOM. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.

JONES, Terry L.; HAMILTON, Patti; MURRY, Nicole. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. **International Journal of Nursing Studies** v. 52, n. 6, p. 1121–1137, 2015.

JAROŠOVÁ, Darja et al. Hospital and unit variables of missed nursing care in acute care hospitals: A cross-sectional study. **Journal of Clinical Nursing**. p. 1–12, 2021.

JIANG, Kexin *et al.* A cross-sectional survey on patient safety culture in secondary hospitals of Northeast China. **PLoS ONE** v. 14, n. 3, p. 1–11, 2019.

KALÁNKOVÁ, Dominika et al. Missed, rationed or unfinished nursing care: A scoping review of patient outcomes. **Journal of Nursing Management**. v. 28, n. 8, p. 1783–1797, 2020.

KALISCH, Beatrice J.; LANDSTROM, Gay L.; HINSHAW, Ada Sue. Missed nursing care: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**. v. 65, n. 7, p. 1509–1517, 2009.

KALISCH, Beatrice J.; LEE, Kyung Hee. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. **Nursing Outlook**. v. 60, n. 5, p. e32–e39, 2012.

KALISCH, Beatrice J.; MCLAUGHLIN, Margaret; DABNEY, Beverly Waller. Patient perceptions of missed nursing care. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**. v. 38, n. 4, p. 161–167, 2012.

KALISCH, Beatrice J.; XIE, Boqin. Errors of Omission: Missed Nursing Care. **Western Journal of Nursing Research**. v. 36, n. 7, p. 875–890, 27 ago. 2014.

KALISCH, Beatrice J.; AEBERSOLD, Michelle. Interruptions and multitasking in nursing care. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**. v. 36, n. 3, p. 126–132, 2010.

KAWAMOTO, Andressa Morello et al. Leadership and patient safety culture: perceptions of professionals in a university hospital. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. v. 8, n. 2, p. 4387, 2016.

KIM, Kyoung Ja; YOO, Moon Sook; SEO, Eun Ji. Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. **Asian Nursing Research**. v. 12, n. 2, p. 121–126, 2018.

KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat et al. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: Fatores contribuintes. **ACTA Paulista de Enfermagem**. v. 30, n. 5, p. 531–537, 2017.

LABRAGUE, Leodoro J. et al. The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: **A cross-sectional study. Journal of Nursing Management.** v. 28, n. 8, p. 2257–2265, 2020.

LAKE, Eileen T.; RIMAN, Kathryn A.; SLOANE, Douglas M. Improved work environments and staffing lead to less missed nursing care: A panel study. **Journal of Nursing Management.** v. 28, n. 8, p. 2157–2165, 2020.

LAKE, Eileen T. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. **Research in nursing & health.** v. 25, n. 3, p. 176–188, 2002.

LAKE, Eileen T.; FRIESE, Christopher R. Variations in Nursing Practice Environments: Relation to Staffing and Hospital Characteristics. **Nursing Research.** v. 55, n. 1, p.1-9. 2006.

LEITE, Hilda Dandara Carvalho Santos et al. Environmental factors related to the omission of nursing care. **Ciencia y Enfermeria.** v. 26, p. 1–13, 2020.

LEMOS, Grazielle De Carvalho et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro.** v. 8, 2018.

LIMA, Juliana Carvalho De; SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo; CALIRI, Maria Helena Larcher. Omission of nursing care in hospitalization units. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v. 28, 2020.

LIRA, Vanessa Leal *et al.* Patient safety climate from the nursing perspective. **Revista Brasileira de Enfermagem** v. 73, n. 6, p. e58662 , 2020.

LORENZETTI, Jorge et al. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: Abordagens na literatura. **Texto e Contexto Enfermagem.** v. 23, n. 4, p. 1104–1112, 2014.

MBUTHIA, Nickcy; MOLEKI, Mary. Assessing Patient Safety Culture: Application of the Safety Attitudes Questionnaire in a Kenyan Setting. **The Open Nursing Journal** v. 14, n. 1, p. 203–210 , 2020.

MACHADO, Renata dos Santos Gomes. A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): um estudo de caso. **Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário** v. 5, p. 26–38 , 2016.

MACHADO, Maria Helena *et al.* Características Gerais Da Enfermagem: O Perfil Sócio Demográfico. **Enfermagem em Foco** v. 7, n. ESP, p. 9 , 2015.

MAGALHÃES, Ana Maria Müller De *et al.* The environment of the nursing team's professional practice in inpatient units of a university hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem** v. 41, p. 1–8 , 2020. Disponível em:
<<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/308898>>.

MAGALHÃES, Felipe Henrique de Lima *et al.* Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista gaucha de enfermagem** v. 40, n. spe, p. e20180272 , 2019.

- MARCELINO, Carla Fernanda; ALVES, Daniela Fernanda dos Santos; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Autonomy and Control of the Work Environment By Nursing Professionals Reduce Emotional Exhaustion Indexes. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**. v. 22, p. 1–6, 2018.
- MCCAULEY, Lauren et al. A SCOPING REVIEW: The role of the nurse manager as represented in the missed care literature. **Journal of Nursing Management**. v. 28, n. 8, p. 1770–1782, 2020.
- MCCLURE, Margaret L. et al. Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses (The Original Study). **Attraction and Retention of Professional Nurses**. p. 1–16, 1983.
- MUCELINI, Fernanda Cristina et al. Clima de segurança do paciente: avaliação de trabalhadores do pronto-socorro de hospital universitário. **Revista Ciências Em Saúde**. v. 10, n. 3, p. 101–108, 2020.
- MUHAMAD R *et al.* Why so stressed? A comparative study on stressors and stress between hospital and non-hospital nurses. BMC Nursing [revista en Internet] 2021 [acceso 01 de febrero de 2021]; 20(1): 1-10. **BMC Nursing** v. 20, n. 2, p. 1–10, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7780689/pdf/12912_2020_Article_511.pdf>.
- OLDS, Danielle M. et al. Association of nurse work environment and safety climate on patient mortality: A cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**. v. 74, p. 155–161, 2017.
- OLIVEIRA, João Lucas Campos De et al. Atuação do enfermeiro no processo de acreditação: percepções da equipe multiprofissional hospitalar. **Revisita Baiana de Enfermagem**. v. 31, n. 2, p. 1–10, 2017.
- OLIVEIRA, Elaine Machado De et al. Nursing practice environment and work satisfaction in critical units. **Revista brasileira de enfermagem**. v. 70, n. 1, p. 79–86, 2017.
- OLIVEIRA, Priscila Braga De; COCA, Letícia Nunes; SPIRI, Wilza Carla. Associação entre absenteísmo e ambiente de trabalho dos técnicos de enfermagem. **Escola Anna Nery** v. 25, n. 2, p. 1–7, 2021.
- PAGANO, Marcello; GAUVREAU, Kimberlee. **Princípios de bioestatística**. [S.l.]: Thomson Learning, 2004.
- PAIVA, Ivo; AMARAL, António; MOREIRA, Isabel. Cuidados de enfermagem omissos num contexto hospitalar português: percepção dos enfermeiros sobre estratégias minimizadoras. **Revista de Enfermagem Referência**. n. 7, 2021.
- PAULINO, Gabriela Machado Ezaias et al. Professional satisfaction and work environment of the nursing team in intensive care units. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**. v. 23, p. 1–8, 2019.

PINHEIRO, Karina De Farias; BORGES, Ângela Maria Carvalho. Os Efeitos Da Ebsersh Na Gestão Dos Recursos Humanos Dos Hospitais Universitários Federais. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades** n. 247, p. 452 , 2019.

POMPEO, Daniele Alcalá *et al.* Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta Paul Enferm** v. 20, n. 3, p. 345–50 , 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf>.

RABIN, Eliane Goldberg *et al.* Application of the MISSCARE scale in an Oncology Service: A contribution to patient safety. **Revista da Escola de Enfermagem** v. 53, n. e03513, p. 1–8 , 2019.

RAPOZO, Apoana Câmara *et al.* A satisfação profissional do enfermeiro assistencial em um hospital de ensino. **Temas em Saúde** v. 20, n. 1, p. 360–389, 2020.

RIBEIRO, Bárbara Caroline Oliveira; SOUZA, Rafael Gomes De; SILVA, Rodrigo Marques Da. The importance of continuing education and permanent education in the intensive care unit – literature review. **Revista de Iniciação Científica e Extensão** v. 2, n. 3, p. 167–175 , 2019. Disponível em: <<https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/253/193>>.

RIBEIRO, Olga Maria Pimenta Lopes *et al.* Instruments for assessing professional nursing practice environments: An integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 41, p. 1–12, 2020.

RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 25, n. 5, p. 728–735, 2012.

ROMERO, Manuel Portela *et al.* A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Revista Bioética**. v. 26, n. 3, p. 333–342, 2018.

SAMPIERE RH; COLLADO, DF; LUCIO, MPB. Definição do alcance da pesquisa a ser realizada: exploratória, descritiva, correlacional ou explicativa. In: **Metodologia de pesquisa**. 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013. P.99-110.

SANTOS, Aire de Jesus; SANTOS, Lúcia Helena Ferreira dos; GÓIS, Rebecca Maria Oliveira de. A cultura de segurança como prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde em neonatologia: uma revisão bibliográfica. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT – SERGIPE**., v. 4, n. 3, p. 27, 16 abr. 2018.

SANTOS, Bruna Oliveira dos; MICHELONE; Adriana de Paula Congro. Atuação da enfermagem na promoção à segurança do paciente. **Enfermagem Brasil**. v. 14, n. 1, p. 45, 2019.

SANTOS, Tatiane De Oliveira *et al.* Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA** v. 15, n. 55, p. 159–168 , 2021.

SASSO, Loredana *et al.* Push and pull factors of nurses' intention to leave. **Journal of**

Nursing Management v. 27, n. 5, p. 946–954, 2019.

SEXTON, John B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**. v. 6, p. 1–10, 2006.

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo et al. Evaluation of the patient safety climate in hospitalization units: A cross-sectional study. **Revista da Escola de Enfermagem**. v. 53, p. 1–8, 2019.

SILVA, Alidne Pinheiro Da; CARVALHO, Emilene Santos De; CARDIM, Adryanna. Trabalho Noturno Na Vida Dos Enfermeiros. **Revista Enfermagem Contemporânea** v. 6, n. 2, p. 177, 2017.

SILVA, Geórgia Kerley Da; NOVARETTI, Márcia Cristina Zago; PEDROSO, Marcelo Caldeira. Percepção dos Gestores quanto à Aderência de um Hospital Público ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**. v. 8, n. 1, p. 80–95, 2019.

SILVA, Laís Carolina Da *et al.* Dimensionamento De Pessoal E Sua Interferência Na Qualidade Do Cuidado. **Revista de Enfermagem UFPE on line** v. 13, n. 1, p. 491–8, 2019.

SILVA, Renata Pereira Lima et al. Omission of nursing care, professional practice environment, and workload in intensive care units. **Journal of Nursing Management**. p. jonm.13005, 2020.

SILVA, Silvana Cruz et al. Patient safety culture, missed nursing care and its reasons in obstetrics*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* v. 29, 2021.

SILVA, Vanessa de Carvalho et al. Patient safety assessment instruments in health services: an integrative review. **Brazilian Journal of Health Review**. v. 3, n. 6, p. 17210–17225, 2020.

SIQUEIRA, Lillian Dias Castilho et al. Adaptação cultural e análise da consistência interna do instrumento MISSCARE para uso no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 21, n. 2, p. 610–617, 2013.

SIQUEIRA, Lillian Dias Castilho. **Validação do MISSCARE-BRASIL- Instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem**. Tese de Doutorado – Universidade de São Paulo, 2016.

SOUSA, João Batista Alves et al. Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: Desafio na segurança do paciente. **Brazilian Journal of Health Review** v. 3, n. 3, p. 6467–6479, 2020.

SOUZA, Catharine Silva De et al. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista gaucha de enfermagem**. v. 40, n. spe, p. e20180294, 2019.

SOUZA, Elaine C De *et al.* Importância Da Higienização Das Mãos Como Profilaxia a

Infecção Hospitalar Pelos Profissionais De Saúde Importance of Hand Hygiene As Hospital Infection Prophylaxis By Health Professionals Importancia De La Limpieza Higiénica De Las Manos Como Profilaxis. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** v. 04, p. 1421–1433 , 2013.

SOUZA, Verusca Soares De et al. Clima de segurança em terapia intensiva para adultos: foco nos profissionais de enfermagem. **Avances em Enfermería**. v. 37, n. 1, p. 83–91, 2019.

STIMPFEL AW, SLOANE DM, MCHUGH MD, AIKEN LH. Hospitals Known for Nursing Excellence Associated with Better Hospital Experience for Patients. **Health Serv Res**. v.51, n.3, p.:1120-34. 2015.

STIMPFEL, A. W.; ROSEN, J. E.; MCHUGH, M. D. Understanding the role of the professional practice environment on quality of care in Magnet® and non-Magnet hospitals. **The Journal of Nursing Administration**. v. 44, n. 1, p. 10–16, 2014.

SWIGER, Pauline A. et al. The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. **International Journal of Nursing Studies**. v. 74, n. May, p. 76–84, 2017.

VALLE, Rebeca Beatriz Lucena Ribeiro *et al.* A relação entre a liderança autêntica dos enfermeiros e o empoderamento estrutural : revisão sistemática. **Journal of school of nursing- university of São Paulo** v. 55, p. 1–8 , 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019029003667>>.

WANG, Shanshan; LIU, Yanhui. Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: test of structural equation modelling. **Journal of Nursing Management**. v. 23, n. 3, p. 287–296, 2015.

WEI, Holly et al. The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. **International Journal of Nursing Sciences**. v. 5, n. 3, p. 287–300, 2018.

WHO. World Health Organization. **Global Patient Safety Action Plan 2021–2030**. p. 109, 2021. Disponível em: <[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/psf/gpsap/global-patient-safety-action-plan-2021-2030_third-draft_january-2021_web.pdf?sfvrsn=6767dc05_13](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/psf/gpsap/global-patient-safety-action-plan-2021-2030_third-draft_january-2021_web.pdf?sfvrsn=6767dc05_13)>.

YANARICO, Dilzabeth Margot Imata et al. Classification and evaluation of the environment of the professional nursing practice in a teaching hospital. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 28, p. e3376, 2020.

ZELÉNÍKOVÁ, Renata et al. Unfinished nursing care in four central European countries. **Journal of Nursing Management**. v. 28, n. 8, p. 1888–1900, 2020.

APÊNDICES

APÊNDICES I



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 ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL NO ESTADO DE MINAS GERAIS". 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 interação 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 um hospital de Minas Gerais".

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você "solicitar que responda um questionário". Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: "riscos mínimos, pois envolve a obtenção de informações, sem que seja realizada nenhuma intervenção". Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, "será desenvolvida identificação codificada dos participantes para inserção de informações no banco de dados. 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.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Herioto Silva Dutra
Campus Universitário da UFJF
Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Enfermagem
CEP: 36036-900
Fone: (32) 89118-2423
E-mail: enfherioto@gmail.com

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

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXOS

ANEXO I

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 |

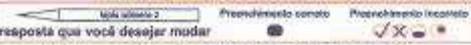
| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 9 | Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | O responsável técnico/diretor/gerente 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 |

ANEXO II

Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado

Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo:
 Departamento: _____ Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área

• Use somente lápis número 2  **Preenchimento correto** **Preenchimento incorreto** **Não se aplica**

• Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar   

Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica
 Selecione suas respostas usando a escala abaixo:

| A | B | C | D | E | X |
|---------------------|-------------------|--------|-------------------|---------------------|---------------|
| Discordo totalmente | Discordo em parte | Neutro | Concordo em parte | Concordo totalmente | Não se aplica |

1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área

2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente

3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)

4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes

5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem

6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada

7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente

8. Erros são tratados de maneira apropriada nesta área

9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área

10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho

11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros

12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente

13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros

14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse a administração

15. Eu gosto do meu trabalho

16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família

17. Este é um bom lugar para trabalhar

18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área

19. O moral nesta área é alto

20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado

21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)

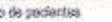
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis

23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiopulmonar, convulsões)

24. A administração apóia meus esforços diários: Adm unit  Adm hosp 

25. A administração está fazendo um bom trabalho: Adm unit  Adm hosp 

26. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: Adm unit  Adm hosp 

27. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): Adm unit  Adm hosp 

28. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes

30. Esta hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe

31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim

32. Estratégias de minha profissão são adequadamente supervisionadas

33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área

34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área

35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área

36. Falhas na comunicação que levam a erros no atendimento são comuns

INFORMAÇÕES

Você já teve preenchido este instrumento anteriormente? Sim Não Não sabe Data (mês/ano): _____

Cargo: (marque somente um)

Médico da equipe responsável Psicólogo Técnico em radição/ radiologia laboratorial

Médico residente Farmacêutico (a) Fonoaudiólogo

Chefe de enfermagem Fisioterapeuta Administrativo (auxiliar executivo/ secretária/ recepcionista)

Enfermeiro (a) Assistente social Suporte ambiental (pesador do linpaço)

Auxiliar de enfermagem / Técnico de enfermagem Nutricionista Outro: _____

Gênero: homem mulher **Atuação principal:** adulto pediátrica ambos

Tempo na especialidade: menor de 6 meses 6 a 11 meses 1 a 2 anos 3 a 4 anos 5 a 10 anos 11 a 20 anos 21 anos ou mais

Obrigado por responder este instrumento, seu tempo e sua participação são muito importantes.

POR FAVOR NÃO ESCREVA NESTA ÁREA



ANEXO III

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/conflicto ou problemas de comunicação com outros departamentos/setores de apoio | | | | |
| 13) Tensão/conflicto ou problemas de comunicação dentro da EQUIPE DE ENFERMAGEM | | | | |
| 14) Tensão/conflicto 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) | | | | |

| | RAZÃO Significante | RAZÃO Moderada | RAZÃO Pouco Significante | Não é uma RAZÃO |
|---|-----------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------|
| 28) O profissional tem mais de um vínculo empregatício, o que diminui o seu empenho/ atenção/concentração para realizar a assistência | | | | |

Obrigada por participar!

ANEXO IV



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 ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Pesquisador: Herica Silva Dutra

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 89406618.2.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.847.615

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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 um hospital de Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

- a) Analisar a percepção dos enfermeiros e técnicos de enfermagem quanto o ambiente da prática de enfermagem, satisfação no trabalho, omissão de cuidados e clima de segurança;
- b) Comparar o ambiente da prática de enfermagem, satisfação no trabalho, omissão de cuidados e clima de segurança diferem entre as categorias profissionais;
- c) Verificar a correlação entre as dimensões do ambiente da prática de enfermagem, omissão de cuidados e clima de segurança.

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 35.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 2.847.815

atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos envolvidos nesse estudo são mínimos, pois envolve a obtenção de informações, sem que seja realizada nenhuma intervenção. Entretanto, a fim de minimizar os riscos aos quais os participantes estarão expostos, será desenvolvida identificação codificada dos mesmos para inserção de informações no banco de dados. 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. Como benefício acredita-se que os dados obtidos poderão contribuir 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. Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N





Continuação do Parecer: 2.847.615

| | | | | |
|---|--|------------------------|--------------------|--------|
| 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 |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 10/05/2018 15:37:00 | Herica Silva Dutra | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | declaracao_concordancia_e_infraestrutura.pdf | 10/05/2018 15:35:02 | Herica Silva Dutra | Aceito |
| Orçamento | orcamento.pdf | 10/05/2018 15:30:26 | Herica Silva Dutra | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto.pdf | 10/05/2018 15:27:32 | Herica Silva Dutra | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 27 de Agosto de 2018

Assinado por:
Helena de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br