

Factores relacionados con el clima de seguridad del paciente en un hospital de urgencias*


Dayse Edwiges Carvalho Castilho¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6287-5206>

Ana Elisa Bauer de Camargo Silva²

 <https://orcid.org/0000-0003-3454-6602>


Fernanda Raphael Escobar Gimenes³

 <https://orcid.org/0000-0002-5174-112X>


Ranielle de Lima Silva Nunes⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-3885-6018>

Ana Claudia Andrade Cordeiro Pires^{5,6}

 <https://orcid.org/0000-0003-1017-164X>

Cristina Alves Bernardes^{2,7}

 <https://orcid.org/0000-0002-0250-0012>

Objetivo: verificar la relación entre el perfil sociodemográfico y laboral de los profesionales de enfermería y el clima de seguridad del paciente en un hospital público de urgencias. **Método:** estudio transversal realizado con 177 profesionales de enfermería de un hospital público de urgencias. Para la recopilación de datos, se utilizó el *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006*, validado y adaptado transculturalmente al idioma portugués. Para verificar los factores relacionados con los dominios del instrumento se realizaron análisis bivariados y multivariados. Resultados: actuar en la clínica médica y quirúrgica o en la sala de emergencias, en un turno nocturno, y tener la intención de abandonar la enfermería, redujo el clima de seguridad general en el análisis de regresión múltiple. Los profesionales más jóvenes, con menos de cuatro años en la institución, y aquellos que trabajaban en el turno nocturno tuvieron un clima menor de seguridad relacionado con la percepción de la gerencia. Por otro lado, tener un contrato de trabajo con un trabajador contratado mejoró el clima general de seguridad y la satisfacción laboral. **Conclusión:** identificar los predictores en las puntuaciones de seguridad del paciente es una herramienta de gestión importante que permite diagnosticar, planificar y ejecutar actividades desde los dominios que deben mejorarse.

Descriptor: Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Gestión de la Seguridad; Enfermería; Calidad de la Atención de Salud; Servicio de Urgencia en Hospital.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Clima de segurança do paciente em um hospital de urgências", presentada en la Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, GO, Brasil. Apoyo Financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás, Proceso 19804, Brasil.

¹ Escola de Saúde Pública Cândido Santiago, Educação Profissional em Saúde, Goiânia, GO, Brasil.

² Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, GO, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.





⁴ Hospital das Clínicas, Unidade de Terapia Intensiva, Goiânia, GO, Brasil.

⁵ Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Goiânia, GO, Brasil.

⁶ Hospital Materno Infantil, CCIH, Goiânia, Goiás, Brasil.

⁷ Hospital do Coração Anis Rassi, Qualidade, Goiânia, GO, Brasil.

Cómo citar este artículo

Castilho DEC, Silva AEBC, Gimenes FRE, Nunes RLS, Pires ACAC, Bernardes CA. Factors related to the patient safety climate in an emergency hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3273. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3353.3273>. mes día año

URL

Introducción

En todo el mundo, 64 millones de años de vida ajustados por discapacidad se pierden anualmente debido a una atención poco segura⁽¹⁾. Esto significa que los eventos adversos, definidos como un incidente que causó daños al paciente⁽²⁾ son, probablemente, una de las diez causas principales de lesiones y muerte⁽¹⁾.

En Brasil, el boletín publicado en 2017 por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA - abreviatura en portugués)⁽³⁾, reveló que la mayoría de los incidentes de seguridad (definidos como un evento o una circunstancia que podría haber ocasionado daños innecesarios al paciente)⁽²⁾, reportado al Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria, ocurrió en hospitales (94%) y en servicios exclusivos de urgencia y emergencia (2,3%). Al considerar el número de incidentes relacionados con la atención médica reportados por unidad hospitalaria, los servicios de urgencia y emergencia ocuparon el tercer lugar (7,6%)⁽³⁾.

En los servicios de urgencia y emergencia, se evidencian situaciones de estrés relacionadas con las malas condiciones de trabajo, con el dimensionamiento inadecuado del equipo de enfermería, con recursos limitados, con la aglomeración, con largas esperas y con la exposición de los trabajadores al estrés que puede afectar la calidad y seguridad asistenciales⁽⁴⁾. En estas instituciones, los principales riesgos para la seguridad del paciente están relacionados con lo siguiente: manejo clínico, errores de diagnóstico y de medicación⁽⁵⁾, eventos adversos resultantes de la inserción, manipulación y mantenimiento de dispositivos médicos (como cánulas, catéteres venosos, tubos y drenajes), broncoaspiración y trauma⁽⁶⁾.

También se observa que hay un mayor número de comportamientos de riesgo que afectan la tasa de mortalidad⁽⁷⁾ en una situación de aglomeración. Es importante tener en cuenta que, aunque los servicios de urgencia y emergencia tienen un alto flujo de pacientes y demandas complejas, no hay justificación para poner en riesgo la seguridad del paciente⁽⁸⁾.

La seguridad del paciente se considera un atributo prioritario de la calidad de los sistemas de salud⁽⁹⁾, un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión⁽¹⁰⁾. Para que la atención se considere de calidad, es necesario ser seguro, efectivo, oportuno, eficiente, equitativo y centrado en el paciente⁽¹¹⁾. Además, la atención centrada en el paciente, el trabajo en equipo y el clima de seguridad están relacionados con mejores resultados para el paciente, con la mayor cantidad de notificaciones de incidentes de seguridad y con tasas más bajas de eventos adversos, muertes y reingresos al hospital⁽¹²⁾.

El clima de seguridad del paciente también está estrechamente relacionado con la cultura de seguridad, ya que representa las percepciones y prácticas organizativas de las personas que reflejan supuestos y creencias básicas basadas en la cultura⁽¹³⁾. El clima de seguridad juega un papel importante en la reducción de la cantidad de incidentes de seguridad⁽¹⁴⁾. Por ejemplo: los errores de medicación son menos frecuentes y las tasas de reingreso hospitalario son más bajas en las unidades donde el equipo de salud clasifica el clima de seguridad como positivo⁽¹³⁾. Un clima de seguridad positivo mejora no solo la productividad y las relaciones interpersonales⁽¹⁴⁾ sino también la calidad de la atención de enfermería⁽¹⁵⁾.

Varios factores influyen en el clima de seguridad del paciente⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Se pueden mencionar los siguientes: la percepción de los profesionales con respecto a la gestión, es decir, el grado de aprobación de los equipos en relación con las acciones de gestión; el trabajo en equipo que aborda la calidad de la colaboración entre el personal; la satisfacción laboral, que es el grado en el que las personas se sienten positivas en su experiencia laboral y las condiciones de trabajo, definidas por la calidad del entorno de trabajo y por el apoyo logístico⁽¹⁹⁾. Además, la carga de trabajo, el agotamiento profesional y la intención de dejar el trabajo afectan la calidad de la atención que brindan los profesionales de enfermería a los pacientes⁽²⁰⁾.

Las investigaciones realizadas en Brasil han mostrado un clima de seguridad del paciente que no es satisfactorio y con fragilidad en la percepción del estrés, en la percepción del manejo y en las condiciones de trabajo. Con respecto a los puntos positivos observados en la cultura de seguridad del paciente, los investigadores consideran que la satisfacción laboral es una dimensión positiva⁽²¹⁻²³⁾.

En otro estudio que tuvo como objetivo evaluar el clima de seguridad del paciente en una unidad de urgencia y emergencia brasileña, los investigadores identificaron un clima desfavorable, especialmente con respecto a las acciones de gestión en el manejo de la seguridad del paciente⁽²⁴⁾.

Evaluar el clima de seguridad puede ser útil para diagnosticar, planificar y ejecutar actividades basadas en los dominios que deben mejorarse y en los factores intrínsecos y extrínsecos de los profesionales que necesitan atención. Además, es importante medir el clima de seguridad del paciente en diferentes unidades del mismo servicio, porque eso puede diferir del clima general de la institución. Este diagnóstico permitirá identificar oportunidades de mejora⁽²⁵⁾.

La mayoría de los estudios investigaron el clima de seguridad en una sola unidad y se centraron en lugares con alto riesgo intrínseco, como quirófanos⁽²⁶⁾ y unidades de cuidados intensivos⁽²⁷⁻²⁸⁾. Sin embargo, los estudios

destinados a medir el clima de seguridad en los servicios de urgencia y emergencia aún son escasos.

También se debe tener en cuenta que el clima de seguridad puede diferir entre las personas que trabajan en la misma unidad y/o departamento⁽²⁹⁻³⁰⁾ y es importante investigar esta relación para orientar estrategias dirigidas a mejorar el clima de seguridad tanto a nivel organizacional como individual. Según una investigación realizada en dos industrias fabriles en Malasia, ciertos factores personales, como las características de personalidad de los empleados, la edad, el género, los ingresos y el nivel educativo, son ejemplos que pueden contribuir a adoptar comportamientos de riesgo y a empeorar el clima de seguridad⁽²⁹⁾. Sin embargo, esta relación aún no se ha establecido bien en las instituciones de salud, particularmente entre los profesionales de enfermería⁽³¹⁾.

En este contexto, la identificación de los factores que afectan el clima de seguridad del paciente es una herramienta importante para mejorar la calidad de la atención, ya que permite diagnosticar áreas que necesitan mejoras dentro de las instituciones de salud y entre los profesionales de enfermería⁽³²⁾.

Esta investigación tuvo como objetivo verificar la relación entre el perfil sociodemográfico y laboral de los profesionales de enfermería y el clima de seguridad del paciente en un hospital público de urgencia.

Método

Este es un estudio analítico transversal realizado en un hospital público de urgencia ubicado en Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil, de febrero a agosto de 2017. La institución es administrada por una Organización Social y tiene 100 camas, de las cuales 62 son para clínica médica y quirúrgica, 23 son para Atención de Emergencia, 10 para la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para adultos, una para Hemodiálisis y cuatro para la Sala de Recuperación Post-Anestésica (SRPA) de la Unidad del Centro Quirúrgico (UCQ). La media mensual de pacientes es de 2.700 y la cantidad media de hospitalizaciones/mes en 2017 fue de 244 en la Sala de Emergencias, de 240 en la clínica médica y quirúrgica y de 5 en la UCI. Como se trata de un hospital de urgencia, la rotación de pacientes es alta y la estada promedio es baja, que varía en alrededor de 2,8 días.

La población estuvo compuesta por 316 profesionales de enfermería que podían trabajar en la atención al paciente, en sectores relacionados, o que tenían un puesto de coordinación de enfermería. Se excluyó a quienes estuvieron ausentes del trabajo durante el período de recolección de datos debido a vacaciones o licencia, de cualquier tipo, lo que se traduce en una población elegible de 276 profesionales.

Se consideró que las pérdidas fueron participantes que, después de tres intentos de contacto, no respondieron los cuestionarios o respondieron menos del 25% de las preguntas de los cuestionarios. Por lo tanto, 177 profesionales aceptaron participar en la investigación y cumplieron con los criterios de inclusión.

Se utilizó el *Safety Attitudes Questionnaire - SAQ - Short Form 2006*, validado y adaptado transculturalmente al idioma portugués⁽³³⁾. El instrumento autosensible tiene buenas propiedades psicométricas y confiabilidad. Se divide en dos partes. La primera tiene cinco preguntas con respecto a género, posición, tiempo en la especialidad y rol de trabajo principal. La segunda se compone de 41 elementos que abarcan seis dominios: clima de trabajo en equipo, clima de seguridad y satisfacción laboral, percepción del estrés, percepción de la unidad y de la administración del hospital y condiciones de trabajo. Los ítems 14, 33, 34, 35 y 36 no pertenecen a ningún dominio, aunque sí se consideran en el puntaje final del instrumento.

Los participantes asignan una puntuación a cada afirmación contenida en el instrumento, basada en una escala bipolar del tipo *Likert* de 5 puntos: totalmente en desacuerdo (0 puntos), ligeramente en desacuerdo (25 puntos), neutral (50 puntos), ligeramente de acuerdo (75 puntos) y totalmente de acuerdo (100 puntos). Cada afirmación, también, presenta la opción de respuesta "no se aplica", que no se computa en el cálculo de la puntuación de los dominios. Por lo tanto, el puntaje se contabiliza de la siguiente manera: primero, los elementos inversos correspondientes a las preguntas 2, 11 y 36 del SAQ se recodifican. Luego, las preguntas del instrumento se ordenan en dominios que contienen un conjunto de elementos cuyas puntuaciones se suman. El resultado final de la suma de las puntuaciones se divide por la cantidad de elementos presentes en el dominio. Se considera que un clima de seguridad general positivo es un puntaje final general mayor o igual a 75⁽³³⁻³⁴⁾.

Para complementar los datos sociodemográficos y laborales, se aplicó un formulario elaborado por los investigadores. La intención de abandonar el trabajo se midió utilizando una escala de puntos Likert (ninguna = 1 punto; baja = 2 puntos; moderada = 3 puntos; alta = 4 puntos).

La recopilación de datos tuvo lugar tras la aceptación por parte del profesional de enfermería y la firma del Formulario de consentimiento libre e informado (FCLI). Para la recopilación de datos se contactó a cada participante individualmente en su ubicación y durante su horario de trabajo. El participante recibió el cuestionario autoadministrado para que lo complete y, luego, lo devolvió a los investigadores que lo esperaban en el acto.

Los datos se ingresaron por duplicado en Microsoft Excel y se analizaron utilizando los programas

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 24.0, y STATA, versión 14.0. La normalidad de las variables cuantitativas (edad, cantidad de profesionales de enfermería por turno, cantidad de pacientes por profesional y dominios SAQ) se verificó mediante la prueba de *Kolmogorov-Smirnov* con corrección de *Lilliefors*. Luego se realizó el análisis descriptivo. Las variables cuantitativas se presentaron como mediana y Rango Intercuartil (RIC) debido a la ausencia de normalidad para todas las variables, excepto las puntuaciones de los dominios del SAQ que se presentaron como media y desviación estándar (DE). Las variables cualitativas se presentaron como frecuencias absolutas y relativas en el análisis descriptivo de las características laborales y sociodemográficas.

El análisis de la consistencia interna del SAQ se realizó por medio del coeficiente Alfa de Cronbach estandarizado, con buena confiabilidad interna $> 0,7$. También se utilizó el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI). Los valores por debajo de 0,5, entre 0,5 y 0,75, entre 0,76 y 0,90, y $> 0,90$ indican confiabilidad deficiente, moderada, buena y excelente, respectivamente.

Para analizar los factores relacionados con las puntuaciones de los dominios del SAQ se realizaron análisis bivariados y múltiples. Inicialmente, en el análisis bivariado, se efectuaron análisis de regresión lineal simple entre cada variable independiente (género, edad, tipo de vínculo, cantidad de vínculos, tiempo de trabajo en el hospital, sector laboral, turno de trabajo, intención de abandonar el lugar de trabajo e intención de abandonar la enfermería) y las variables dependientes analizadas (dominios del SAQ). Luego, se usó un nivel de significancia del 20% (valor $p < 0,20$) mediante la prueba *t* de regresión como método de selección para ingresar la variable en el modelo⁽³⁵⁾. Por lo tanto, solo las variables con $p < 0,20$ se incluyeron en los modelos de regresión lineal múltiple. Finalmente, se realizaron modelos de regresión lineal múltiple, utilizando el método automático *stepwise*, para ajustar los poderes de confusión variables de los modelos⁽³⁶⁾. La significancia estadística de las regresiones lineales múltiples también se estableció mediante la prueba *t*⁽³⁷⁾. Los resultados de los modelos de regresión se presentaron como un coeficiente de regresión ajustado (β_{aj}) y sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%). En el presente estudio, solo las variables estadísticamente significativas de los modelos de regresión múltiple se presentaron en las tablas. Las variables con un valor $p < 0,05$ en el análisis de regresión múltiple se consideraron estadísticamente significativas.

El modelo 1 (puntaje general de SAQ) se ajustó para las siguientes variables independientes: edad, género, cantidad de vínculos, sector de empleo, tipo de

vínculo, tiempo en el hospital, turno de trabajo, intención de abandonar la enfermería e intención de abandonar el lugar de trabajo; el modelo 2 (clima relacionado con el trabajo en equipo) se ajustó por edad, género, sector laboral, intención de abandonar la enfermería e intención de abandonar el lugar de trabajo; el modelo 3 (percepción de la unidad y el manejo del hospital) se ajustó por edad, género, tipo de empleo, sector de trabajo, tiempo en el hospital, turno de trabajo, intención de abandonar la enfermería e intención de abandonar el lugar de trabajo; el modelo 4 (clima de seguridad) se ajustó por edad, género, sector laboral, tipo de empleo, turno de trabajo, intención de abandonar la enfermería e intención de abandonar el lugar de trabajo; el modelo 5 (satisfacción laboral) se ajustó por edad, género, sector laboral, tipo de empleo, turno de trabajo, intención de abandonar la enfermería e intención de abandonar el lugar de trabajo; el modelo 6 (condiciones de trabajo) se ajustó por edad, género, turno de trabajo, sector de trabajo, intención de abandonar la enfermería e intención de abandonar el lugar de trabajo. El modelo 7 (estrés percibido) se ajustó por edad, género e intención de abandonar el lugar de trabajo. Cabe señalar que solo las variables con un valor $p < 0,20$ se incluyeron en los modelos de regresión en el análisis bivariado.

Esta investigación es parte del proyecto "Clima de seguridad entre el equipo de salud multi-profesional" aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos y Animales del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Goiás, con el número de opinión 1.887.147, CAAE: 49279115.4.0000.5078.

Resultados

De los profesionales de enfermería, 177 aceptaron participar en el estudio y cumplieron con los criterios de inclusión, generando una tasa de respuesta del 64,1%. El valor p de la prueba de normalidad de *Kolmogorov-Smirnov* con corrección de *Lilliefors* mostró ausencia de normalidad para todas las variables cuantitativas: edad (valor $p = 0,024$), cantidad de profesionales de enfermería por turno (valor $p < 0,001$), cantidad de pacientes por profesional (valor $p < 0,001$), dominio de condiciones de trabajo (valor $p = 0,034$), dominio general (valor $p = 0,011$) y otros dominios del SAQ (valor $p < 0,001$). Del total, el 27,1% eran enfermeros y el 72,9%, técnicos o auxiliares de enfermería. La mayoría de los encuestados eran mujeres (85,9%) y la mediana de edad de los profesionales fue de 40 años (RIC: 33,0-45,5).

De los profesionales, el 48,0% eran estatutarios y el 52,0% eran oficiales contratados; el 53,7% reportó tener más de un trabajo; el 54,8% trabajaba en el turno diurno y el 45,2% por la noche. Entre los técnicos y asistentes de enfermería, el 49,6% tenía más de 10 años

de capacitación, mientras que el 14,7% recibió algún tipo de capacitación complementaria. Entre los enfermeros, el 52,1% tenía entre 5 y 10 años de graduación y el 93,8% tenía alguna capacitación complementaria.

La mayoría (54,3%) de los técnicos y asistentes de enfermería habían trabajado en el hospital durante más de cinco años, mientras que casi 1/3 de los enfermeros había estado en la institución durante menos de un año. Entre los profesionales que participaron en la investigación, el 17,0% tenía una intención moderada/alta de abandonar el lugar de trabajo y el 8,5%, una intención moderada/alta de abandonar la enfermería. La mediana de la cantidad de profesionales de enfermería por turno en la unidad/sector fue de 6,0 profesionales (RIC: 36,0-60,0). La mediana de la cantidad de pacientes por profesional fue 10,0 (RIC: 3,5-15,0).

La media de la puntuación general del SAQ fue 67,6 (DE: 14,2). El instrumento total presentó un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,899 y un CCI de 0,890, lo que sugiere buena consistencia y confiabilidad interna, respectivamente. Las puntuaciones del coeficiente Alfa (α) de Cronbach y del CCI para cada dominio fueron las siguientes: clima de trabajo en equipo (media: 70,4; DE: 19,5; $\alpha = 0,602$; CCI: 0,538); clima de seguridad (valor medio: 60,3; DE: 18,4; $\alpha = 0,623$; CCI: 0,597); satisfacción en el trabajo (valor medio: 78,8; DE: 21,8; $\alpha = 0,805$; CCI: 0,773); percepción del estrés (valor medio: 71,8; DE: 26,3; $\alpha = 0,759$; CCI: 0,756); percepción de la gerencia de la unidad y del hospital (valor medio: 58,9; DE: 19,4; $\alpha = 0,815$; CCI: 0,804) y condiciones de trabajo (valor medio: 65,4; DE: 23,6; $\alpha = 0,735$; CCI: 0,735).

En las tablas 1 a 5 se muestran los factores asociados con los puntajes de los dominios del SAQ obtenidos en modelos de regresión lineal, método *stepwise*. Cabe señalar que la percepción del estrés no se asoció con ninguna característica sociodemográfica y laboral.

En el análisis de regresión, se verificó que actuar en la Sala de Emergencias redujo la puntuación del clima de seguridad general en 11,30 puntos ($\beta_{aj} = -11,30$) (Tabla 1), en 11,71 puntos el puntaje del clima relacionado con el trabajo en equipo ($\beta_{aj} = -11,71$) (datos no mostrados en las Tablas), en 15,65 puntos el puntaje de la percepción de la unidad y la gerencia del hospital ($\beta_{aj} = -15,65$) (Tabla 2), en 11,42 puntos la puntuación del clima de seguridad ($\beta_{aj} = -11,42$) (Tabla 3), en 11,75 puntos el puntaje de satisfacción laboral ($\beta_{aj} = -11,75$) (Tabla 4) y en 12,74 puntos el puntaje del dominio que se refiere a las condiciones de trabajo ($\beta_{aj} = -12,74$) (Tabla 5). Este resultado indica que actuar en la Sala de Emergencias contribuyó a reducir el clima de seguridad general y de la mayoría de los dominios.

Trabajar en la clínica médica y quirúrgica redujo la puntuación del clima de seguridad general en

11,07 puntos ($\beta_{aj} = -11,07$) (Tabla 1), en 14,51 puntos la puntuación de la percepción de la gerencia ($\beta_{aj} = -14,51$) (Tabla 2), en 10,65 puntos la puntuación del clima de seguridad ($\beta_{aj} = -10,65$) (Tabla 3), en 9,00 puntos la puntuación de la satisfacción laboral ($\beta_{aj} = -9,00$) (Tabla 4) y en 22,82 puntos la puntuación del clima relacionado con las condiciones de trabajo ($\beta_{aj} = -22,82$) (Tabla 5). Se verificó que el dominio "condiciones de trabajo" mostró la mayor reducción relacionada con el trabajo en la clínica médica y quirúrgica en comparación con los demás dominios.

Para el clima de seguridad general, el modelo de regresión mostró un excelente ajuste ($F = 7,80$; $p < 0,001$) y explicó el 29,8% (R ajustado²: 0,298) de la variabilidad de esta variable en la muestra en estudio (Tabla 1).

Tabla 1 - Factores relacionados con el clima de seguridad general de los profesionales de enfermería. Aparecida de Goiânia, GO, Brasil, 2017

| Variables | β_{aj}^* | IC 95% [†] | Valor p |
|---|----------------|---------------------|---------|
| Sector | | | |
| CME/UCQ [‡] (R [§]) | | | |
| UCI [¶] | -4,25 | -10,23; 1,71 | 0,161 |
| Clínica Médica y Quirúrgica | -11,07 | -16,89; -5,25 | <0,001 |
| Sala de Emergencias | -11,30 | -15,77; -6,83 | <0,001 |
| Tipo de vínculo | | | |
| Estatutario (R [§]) | | | |
| Contratado | 7,00 | 1,85; 12,16 | 0,008 |
| Turno de trabajo | | | |
| Diurno (R [§]) | | | |
| Nocturno | -5,60 | -9,45; -1,75 | 0,005 |
| Intención de abandonar la enfermería | | | |
| Ninguna/Poca (R [§]) | | | |
| Moderada/Alta | -8,27 | -15,08; -1,46 | 0,018 |
| Valor F (valor p): 7,80 (<0,001) | | | |
| R ² : 0,298 | | | |

* β = Coeficiente de regresión; [†]IC 95% = Intervalo de confianza del 95%;

[‡]CME/UCQ = Centro de Material de Esterilización/Unidad de Centro Quirúrgico;

[§]R = Categoría de referencia; [¶]UCI = Unidad de Cuidados Intensivos

Se observó una asociación negativa entre las puntuaciones de percepción de la gerencia y tiempo de trabajo entre 6 y 11 meses ($\beta_{aj} = 0,014$) y 1-4 años ($\beta_{aj} = 0,011$). Esto sugiere que los profesionales con tiempo intermedio en el hospital (6 meses a 4 años) tienen menos percepción de la gerencia. Para este dominio, el modelo de regresión mostró un ajuste excelente ($F = 7,37$; $p < 0,001$) y explicó el 23,2% (R^2 ajustado: 0,232) de la variabilidad de los puntajes del clima relacionado con la percepción de la unidad y la gerencia del hospital en la muestra (Tabla 2).

Tabla 2 - Factores relacionados con la percepción que tienen los profesionales de enfermería sobre la gerencia de la unidad y del hospital. Aparecida de Goiânia, GO, Brasil, 2017

| Variables | β_{aj}^* | IC 95%† | Valor p |
|---|----------------|---------------|---------|
| Sector | | | |
| CME/UCQ‡ (R§) | | | |
| UCI¶ | -7,75 | -17,06; 1,55 | 0,102 |
| Clínica Médica y Quirúrgica | -14,51 | -22,61; -6,40 | 0,001 |
| Sala de Emergencias | -15,65 | -22,81; -8,49 | <0,001 |
| Tiempo de trabajo en el hospital | | | |
| < 6 meses (R§) | | | |
| 6-11 meses | -14,54 | -26,14; -2,94 | 0,014 |
| 1-4 años | -9,68 | -17,07; -2,29 | 0,011 |
| > 5 años | -9,37 | -20,90; 2,15 | 0,110 |
| Turno de trabajo | | | |
| Diurno (R§) | | | |
| Nocturno | -10,36 | -15,75; -4,99 | <0,001 |
| Intención de abandonar la enfermería | | | |
| Ninguna/Poca (R§) | | | |
| Moderada/Alta | -9,96 | -19,14; -0,79 | 0,033 |
| Valor F (valor p): | | | |
| 7,37 (< 0,001) | | | |
| R²: 0,232 | | | |

* β = Coeficiente de regresión; †IC 95 = Intervalo de confianza del 95%; ‡CME/UCQ = Centro de Material de Esterilización/Unidad de Centro Quirúrgico; §R = Categoría de referencia; ¶UCI = Unidad de Cuidados Intensivos

Tabla 3 - Factores relacionados con el clima de seguridad de los profesionales de enfermería. Aparecida de Goiânia, GO, Brasil, 2017

| Variables | β_{aj}^* | IC 95%† | Valor p |
|-----------------------------------|----------------|---------------|---------|
| Sector | | | |
| CME/UCQ‡ (R§) | | | |
| UCI¶ | -4,23 | -11,72; 3,25 | 0,266 |
| Clínica Médica y Quirúrgica | -10,65 | -17,93; -3,37 | 0,004 |
| Sala de Emergencias | -11,42 | -18,49; -4,35 | 0,002 |
| Tipo de vínculo | | | |
| Estatutario (R§) | | | |
| Contratado | 8,09 | 2,62; 13,55 | 0,004 |
| Turno de trabajo | | | |
| Diurno (R§) | | | |
| Nocturno | -9,83 | -15,22; -4,43 | < 0,001 |
| Valor F (valor p): 6,06 (< 0,001) | | | |
| R²: 0,222 | | | |

* β = Coeficiente de regresión; †IC 95% = Intervalo de confianza del 95%; ‡CME/UCQ = Centro de Material de Esterilización/Unidad de Centro Quirúrgico; §R = Categoría de referencia; ¶UCI = Unidad de Cuidados Intensivos

Se verificó que trabajar de noche disminuyó la puntuación del clima de seguridad general en 5,60 puntos ($\beta_{aj} = -5,60$) (Tabla 1), en 10,36 puntos la puntuación del clima relacionado con la percepción de la gerencia de la unidad y del hospital ($\beta_{aj} = -10,36$) (Tabla 2), en 9,83 puntos la puntuación del clima de seguridad ($\beta_{aj} = -9,83$) (Tabla 3) y en 8,57 puntos la puntuación del clima relacionado con la satisfacción

laboral ($\beta_{aj} = -8,57$) (Tabla 4). Para el dominio "clima de seguridad", el modelo de regresión mostró un ajuste excelente ($F = 6,06$; $p < 0,001$) y explicó el 22,2% (R^2 ajustado: 0,222) de la variabilidad de esta variable.

Tabla 4 - Factores relacionados con la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería. Aparecida de Goiânia, GO, Brasil, 2017

| Variables | β_{aj}^* | IC 95%† | Valor p |
|---|----------------|---------------|---------|
| Sector | | | |
| CME/UCQ‡ (R§) | | | |
| UCI¶ | -6,50 | -14,26; 1,25 | 0,100 |
| Clínica Médica y Quirúrgica | -9,00 | -17,61; -0,39 | 0,040 |
| Sala de Emergencias | -11,75 | -18,78; -4,72 | 0,001 |
| Tipo de vínculo | | | |
| Estatutario (R§) | | | |
| Contratado | 14,38 | 7,47; 21,28 | < 0,001 |
| Turno de trabajo | | | |
| Diurno (R§) | | | |
| Nocturno | -8,57 | -14,86; -2,22 | 0,008 |
| Intención de abandonar su lugar de trabajo | | | |
| Ninguna/Poca (R§) | | | |
| Moderada/Alta | -9,50 | -18,29; -0,71 | 0,034 |
| Valor F (valor p): 5,89 (< 0,001) | | | |
| R²: 0,274 | | | |

* β = Coeficiente de regresión; †IC 95% = Intervalo de confianza del 95%; ‡CME/UCQ = Centro de Material de Esterilización/Unidad de Centro Quirúrgico; §R = Categoría de referencia; ¶UCI = Unidad de Cuidados Intensivos

Tabla 5 - Factores relacionados con las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería. Aparecida de Goiânia, GO, Brasil, 2017

| Variables | β_{aj}^* | IC 95%† | Valor p |
|-----------------------------------|----------------|----------------|---------|
| Sector | | | |
| CME/UCQ‡ (R§) | | | |
| UCI¶ | -3,01 | -14,46; 8,44 | 0,604 |
| Clínica Médica y Quirúrgica | -22,82 | -32,28; -13,35 | < 0,001 |
| Sala de Emergencias | -12,74 | -21,51; -3,97 | 0,005 |
| Valor F (valor p): 5,99 (< 0,001) | | | |
| R²: 0,215 | | | |

* β = Coeficiente de regresión; †IC 95% = Intervalo de confianza del 95%; ‡CME/UCQ = Centro de Material de Esterilización/Unidad de Centro Quirúrgico; §R = Categoría de referencia; ¶UCI = Unidad de Cuidados Intensivos

También se constató que tener una intención moderada/alta de abandonar la enfermería redujo la puntuación del clima global en 8,27 puntos ($\beta_{aj} = -8,27$) (Tabla 1) y en 9,96 puntos la puntuación de la percepción de la gerencia ($\beta_{aj} = -9,96$) (Tabla 2). La intención de abandonar el lugar de trabajo contribuyó a la reducción en la puntuación de la satisfacción laboral en 9,50 puntos ($\beta_{aj} = -9,50$) (Tabla 4). Para el dominio "condiciones

de trabajo”, el modelo de regresión también mostró un ajuste excelente ($F = 5,99$; $p < 0,001$) y explicó el 21,5% (R^2 ajustado: 0,215) de la variabilidad de esta variable.

Los profesionales contratados evaluarían mejor el clima de seguridad y tendrían una mejor satisfacción laboral en comparación con los trabajadores estatutarios ($\beta_{aj} = 8,09$ y $\beta_{aj} = 17,38$, respectivamente) (Tablas 3 y 4).

Discusión

El hecho de que la mayoría de los profesionales de enfermería sean mujeres y adultos jóvenes converge con otros estudios nacionales realizados con el equipo de enfermería⁽³⁸⁻⁴⁰⁾. La realidad de los recursos humanos con diferentes regímenes laborales, trabajadores estatutarios y contratados también se encontró en otra investigación⁽⁴⁰⁾ y puede explicarse debido al movimiento de adopción de la gerencia de los servicios de salud pública por parte de organizaciones sociales, de modo que hay, dentro del mismo hospital, trabajadores con diferentes relaciones laborales y, en consecuencia, con derechos y condiciones salariales desiguales⁽⁴¹⁾.

Quedó en evidencia que casi todos los enfermeros declararon que tenían alguna capacitación complementaria, como postgrado, o cursos de capacitación y de actualización. La participación de la Enfermería en programas de educación permanente produce cambios en el proceso de trabajo y genera efectos positivos en la atención brindada⁽⁴²⁾ y, en consecuencia, en la seguridad del paciente.

La cantidad de pacientes por profesionales fue casi el doble para los enfermeros en comparación con los técnicos y asistentes de enfermería. En Brasil, la cantidad de pacientes varió de 9 a 27 por enfermero y de 3 a 7 por asistente/técnico, según las unidades de internación⁽⁴³⁾. El aumento en la carga de trabajo está relacionado con la presencia de fallas e incidentes de salud⁽⁴³⁾.

Se identificaron cuatro factores relacionados con el clima de seguridad general: trabajar en la Sala de Emergencias o en la clínica médica y quirúrgica, tener la intención de abandonar el lugar de trabajo o la enfermería, trabajar en el turno nocturno y tener un tiempo de trabajo mayor o igual a cinco años en la institución.

Trabajar en la Sala de Emergencias redujo el clima general de seguridad del paciente, el clima relacionado con el trabajo en equipo y el clima de seguridad, además de disminuir la satisfacción laboral, el clima relacionado con la percepción de la gerencia y el clima asociado con las condiciones de trabajo. En un servicio de urgencia en un hospital brasileño, el clima de seguridad fue negativo, con una media del SAQ por debajo de 75. Las percepciones de los participantes sobre el clima de seguridad fueron negativas, independientemente del género, del tiempo de trabajo en el servicio y de la posición⁽²⁴⁾.

La Sala de Emergencias se caracteriza por ser una unidad con una alta rotación de pacientes, lo que deriva en un aumento de la carga de trabajo y puede justificar el clima de menor seguridad entre estos profesionales. Además, factores como la gravedad y la complejidad de los pacientes pueden interferir con el clima de seguridad de este sector. También son frecuentes las manifestaciones de estrés, cansancio, sufrimiento, agotamiento mental y sobrecarga de trabajo de los profesionales de enfermería que trabajan en unidades de urgencia⁽⁴⁾.

Una investigación sobre las influencias en la satisfacción, la participación en el trabajo, el agotamiento emocional, la intención de dejar el trabajo y el sufrimiento psicosomático en los enfermeros de los servicios de urgencia demostraron que casi el 20% de los encuestados dejó su trabajo en menos de 18 meses. También demostró que la sobrecarga de trabajo y las altas demandas emocionales pueden conducir a un estado de agotamiento. Los autores concluyeron que la alta rotación es un tema importante en los servicios de urgencia y que las inversiones en liderazgo colaborativo y empático de los supervisores son necesarias, así como la creación de un clima laboral favorable y oportunidades para el crecimiento profesional de los enfermeros de urgencias con el objetivo de estimular su permanencia en el trabajo⁽⁴⁴⁾.

Las unidades de atención de urgencia y emergencia pueden presentar factores estresantes peculiares, como satisfacer demandas espontáneas, hacer frente a situaciones inesperadas, sobrecarga de trabajo, además de problemas relacionados con procesos de trabajo, infraestructura y recursos humanos y materiales⁽⁴⁾.

Los profesionales de la Clínica Médica y Quirúrgica, caracterizados por el gran volumen de pacientes por mes, también evaluaron en peor medida el clima de seguridad general, el clima de seguridad y el relacionado con la satisfacción laboral. También evaluaron negativamente la percepción de la gerencia y las condiciones de trabajo en comparación con los profesionales en los sectores de la UCI y de CME/UCQ.

Los profesionales con menos de cuatro años en la institución tuvieron una peor percepción del clima de seguridad en comparación con la gerencia. En otros estudios, los profesionales más jóvenes también presentaron una menor percepción del clima de seguridad del paciente^(17,40). Se considera que los profesionales más recientes en la institución estudiada son en su mayoría enfermeros, lo que puede conducir a una visión más crítica sobre las condiciones de trabajo relacionadas con la capacitación de nuevos miembros, la supervisión de pasantes de enfermería y la disponibilidad de información para tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Trabajar de noche redujo el clima de seguridad del paciente en general, el clima de seguridad y el relacionado con la percepción de la gerencia. Estos datos pueden

indicar una distancia probable entre los profesionales del turno nocturno y sus gerentes y líderes. Los enfermeros que trabajan en el turno nocturno mostraron un aumento en los síntomas relacionados con la fatiga crónica y psicológica, además de una mayor intención de dejar su trabajo en comparación con los demás⁽⁴⁵⁾.

Los gerentes y líderes deben adoptar estrategias que permitan el compromiso, la valorización y la participación de los empleados en la toma de decisiones organizacionales. Esta medida puede hacer que los empleados se sientan parte del proceso de construcción de la historia de la institución y deseen permanecer en el lugar de trabajo. Este enfoque es particularmente importante para los profesionales del turno nocturno, que necesitan sentirse involucrados en la cultura de seguridad de la institución.

Los investigadores han demostrado la relación entre la reducción de la satisfacción laboral, el aumento de los factores estresantes y el trabajo en turnos nocturnos⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾. Sin embargo, en este estudio, los profesionales de los turnos diurnos presentaron menos satisfacción laboral. Estos datos pueden estar relacionados con un mayor volumen de actividades planificadas para el día, tales como exámenes y cirugías programadas, alta hospitalaria y traslado de pacientes. La mayor carga de trabajo atribuida a estos profesionales puede derivar en una reducción de la satisfacción laboral.

Tener la intención de abandonar la enfermería ha contribuido a reducir el clima de seguridad del paciente en general y el asociado con la percepción de la gerencia. La intención de abandonar el lugar de trabajo también redujo la satisfacción laboral. Los estilos de liderazgo, la falta de apoyo del empleador y el apoyo entre los miembros del equipo son razones muy comunes para que los profesionales abandonen el trabajo⁽⁴⁷⁾ o tengan la intención de abandonar la profesión⁽⁴⁸⁾.

Las investigaciones realizadas con enfermeros y técnicos y asistentes de enfermería demostraron la correlación directa entre el entorno de la práctica profesional, los niveles de agotamiento emocional, la percepción de la calidad de la atención, la satisfacción laboral y la intención de dejar el trabajo en los próximos 12 meses. Todo esto puede verse influenciado por el nivel de complejidad y el método de gestión de la institución^(15,49). En otro estudio, los profesionales con la intención de abandonar la enfermería presentaron menor percepción de la gerencia y menos satisfacción laboral⁽⁵⁰⁾. El estrés y la falta de satisfacción laboral contribuyen a un aumento en la tasa de rotación y la intención de abandonar la profesión⁽⁴⁸⁾.

Los enfermeros con las peores relaciones con los médicos, con poca autonomía y con poco control sobre el medio ambiente, presentaron un mayor

nivel de agotamiento emocional. Esto puede influir negativamente en sus percepciones de la calidad de la atención, su satisfacción con el trabajo y su intención de abandonar el trabajo⁽¹⁵⁾.

Los profesionales contratados calificaron mejor el clima de seguridad y tuvieron una mejor satisfacción laboral. En otra investigación, ser empleado estatutario se relacionó negativamente ($p < 0.05$) con la percepción de la gerencia de la unidad y del hospital⁽¹⁷⁾. Los autores sugirieron que los profesionales sin estabilidad laboral pueden presentar respuestas más positivas, con respecto a la cultura de seguridad, porque temen represalias en el lugar de trabajo⁽¹⁷⁾. Sin embargo, el trabajo realizado en tres hospitales públicos brasileños de urgencias y emergencias sugirió que la estabilidad laboral puede ser una estrategia motivadora para garantizar la permanencia de los profesionales que trabajan en urgencias⁽⁵¹⁾.

Las unidades de urgencia y emergencia pueden presentar condiciones de trabajo adversas que afectan, negativamente, el clima de seguridad del paciente. Por esta razón, es necesario implementar estrategias para reducir el estrés, mejorar el trabajo en equipo y promover una cultura de seguridad para estos trabajadores.

La limitación de este trabajo se refiere a su desempeño solo con profesionales de enfermería, lo que puede limitar la extrapolación de datos a otros escenarios y a otras categorías profesionales. Se sugiere continuar la investigación en otras instituciones de salud, involucrando a equipos de salud multi-profesionales para evaluar los factores que predicen el clima de seguridad del paciente.

Conclusión

En el análisis de regresión múltiple, trabajar en los sectores de la clínica médica y quirúrgica ($\beta_{aj} = -11,07$), trabajar en la sala de emergencias ($\beta_{aj} = -11,30$), en un turno nocturno ($\beta_{aj} = -5,60$), y tener la intención de abandonar la enfermería ($\beta_{aj} = -8,27$) redujo el clima de seguridad general. Los profesionales más jóvenes ($\beta_{aj} = 0,014$), con menos de cuatro años en la institución ($\beta_{aj} = 0,011$), y aquellos que trabajaban en el turno nocturno ($\beta_{aj} = -10,36$) presentaron un clima de menor seguridad relacionado con la percepción de la gerencia. Por otro lado, tener un contrato de trabajo con un trabajador contratado mejoró el clima de seguridad general ($\beta_{aj} = 7,00$) y la satisfacción laboral ($\beta_{aj} = 17,38$).

Comprender los factores relacionados con el clima de seguridad del paciente en enfermería es de suma importancia, ya que estos profesionales se encuentran en una situación estratégica para actuar en la prevención de eventos adversos y, cuando ocurren, deben actuar en consecuencia con el fin de instituir conductas para minimizar el daño causado al paciente. Considerando el contexto de las unidades de urgencia y emergencia, el desempeño

adecuado de los profesionales de enfermería se vuelve vital para la promoción de la seguridad del paciente.

La evidencia de esta investigación puede ayudar a los gerentes de salud a planificar acciones dirigidas a tres aspectos: invertir en la valorización de los trabajadores, estimular el diálogo y promover el aprendizaje organizacional basado en los errores. También pueden contribuir a la educación de los profesionales de enfermería, con el fin de promover la reflexión sobre cuestiones organizacionales y personales que interfieren en la provisión de una atención segura. Los resultados de este estudio también pueden respaldar futuras investigaciones destinadas a evaluar el clima de seguridad del paciente en las instituciones de salud. Estos esfuerzos contribuyen a la mejora de la práctica clínica en enfermería y, en consecuencia, a la difusión y al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente en el país.

Referencias

1. World Health Organization. Patient safety: global action on patient safety. Report by the Director-General. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited Nov 25 2019]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327526>
2. World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited Nov 25 2019]. Available from: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Boletim de segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 15: incidentes relacionados à assistência à saúde. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2017 [Acesso 10 ago 2019]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+15/bb637392-4973-4e7f-8907-a7b3af1e297b>
4. Amaral APS, Longuiniere ACFDL, Santos JNMO, Vilela ABA, Vieira SNS, Sanches GJC. Occupational stress: the exposure of an emergency unit nursing team. *J Res Fundam Care Online*. [Internet]. 2019 [cited Nov 25 2019]; 11 (Sp. Issue):455-63. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.455-463>
5. Stang AS, Wingert AS, Hartling L, Plint AC. Adverse events related to emergency department care: a systematic review. *PLoS ONE*. [Internet]. 2013 [cited Nov 25 2019]; 8(9):e74214. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074214>.
6. Paixão DPSS, Batista J, Maziero ECS, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz EDA. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018 [cited Nov 25 2019]; 71(Suppl. 1):577-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>
7. Paranaguá T, Lopes M, Rodrigues M, editores. Intervenções de segurança do paciente em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa. *Proceedings do 17º Congresso de la Sociedad Cubana de Enfermería*; 2017 Sep 18-23; La Habana, Cuba. [Internet]. 2017 [Acesso 31 ago 2019]. Disponível em: <http://www.enfermeria2017.sld.cu/index.php/enfermeria/2017/paper/view/489/108>
8. Santos AKN, Soratto MT. Segurança do paciente nas Unidades de Urgência Emergência. *Enferm Brasil*. [Internet]. 2018 [Acesso 8 set 2019]; 17(3):279-96. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/517/3759>
9. Gama Z, Saturno P. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). *Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. [Internet]. Brasília: Anvisa; 2017. [Acesso 26 nov 2019]. p.29-40. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assistencia+Segura+-+Uma+Reflexao+Teorica+Aplicada+a+Pratica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>
10. World Health Organization. Quality of care: patient safety. Report by the Secretariat. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002. [cited Nov 26 2019]. Available from: <https://www.who.int/patientsafety/worldalliance/ea5513.pdf>
11. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. [Internet]. Washington (DC): National Academies Press; 2001. [cited Nov 25 2019]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf_NBK222274.pdf
12. Hwang JI, Kim SW, Chin HJ. Patient participation in patient safety and its relationships with nurses' patient-centered care competency, teamwork, and safety climate. *Asian Nurs. Res*. [Internet]. 2019 [cited Nov 25, 2019]; 13(2):130-6. doi: 10.1016/j.anr.2019.03.001
13. Mascherek AC, Schwappach DLB. Patient safety climate profiles across time: strength and level of safety climate associated with a quality improvement program in Switzerland-a cross-sectional survey study. *PLoS One*. [Internet]. 2017 [cited Nov 25 2019]; 12(7):e0181410. doi: 10.1371/journal.pone.0181410
14. Jang H, Lee NJ. Patient safety competency and educational needs of nursing educators in South Korea. *PLoS One*. [Internet]. 2017 [cited Nov 25 2019]; 12(9):e0183536. doi: 10.1371/journal.pone.0183536
15. Gasparito R, Guillardello E. Professional practice environment and burnout among nurses. *Rev Rene*.

- [Internet]. 2015 [cited Nov 25 2019];16(1):90-6. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000100012>
16. Cavalcanti AB, Bozza FA, Machado FR, Salluh JI, Campagnucci VP, Vendramim P, et al. Effect of a quality improvement intervention with daily round checklists, goal setting, and clinician prompting on mortality of critically ill patients: a randomized clinical trial. *JAMA*. [Internet]. 2016 [cited Oct 22 2019];315(14):1480-90. doi: 10.1001/jama.2016.3463
17. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017 [cited Aug 20, 2019];25:e 2849. doi: 10.1590/15188345.1600.2849
18. Carvalho PA, Gottens LB, Pires MR, Oliveira ML. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015 [cited Aug 20 2019];23(6):1041-8. doi: 10.1590/0104-1169.0669.2647
19. Weng SJ, Kim SH, Wu CL. Underlying influence of perception of management leadership on patient safety climate in healthcare organizations - a mediation analysis approach. *Int J Qual Health Care*. [Internet]. 2017 [cited Aug 20, 2019];29(1):111-6. doi: 10.1093/intqhc/mzw145
20. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. [Internet]. 2012 [cited Sep 20, 2019];344:e1717. doi: 10.1136/bmj.e1717
21. Cauduro F, Frates L, Sarquis LM, Sarquis LMM, Cruz E, Almeida D. Safety culture among surgical center professionals. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2015 [cited Sep 20 2019];20(1):128-37. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.50717>
22. Marinho MM, Radünz V, Barbosa SFF. Assessment of safety culture by surgical unit nursing teams. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2014; [cited Sep 20 2019];23:581-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002640012>
23. Fermo VC, Radünz V, Rosa LMD, Marinho MM. Professional attitudes toward patient safety culture in a bone marrow transplant unit. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2016 [cited Sep 20, 2019];37(1):e55716. doi: 10.1590/1983-1447.2016.01.55716
24. Rigobello MCG, Carvalho R, Guerreiro JM, Motta APG, Atila E, Gimenes FRE. The perception of the patient safety climate by professionals of the emergency department. *Int Emerg Nurs*. [Internet]. 2017 [cited Sep 20, 2019];33:1-6. doi: 10.1016/j.ienj.2017.03.003
25. Soh SE, Morello R, Rifat S, Brand C, Barker A. Nurse perceptions of safety climate in Australian acute hospitals: a cross-sectional survey. *Aust Health Rev*. [Internet]. 2018 [cited Sep 20 2019];42(2):203-9. doi: 10.1071/AH16172
26. Erestam S, Haglind E, Bock D, Andersson AE, Angenete E. Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study. *Patient Saf Surg*. [Internet]. 2017 [cited Nov 25 2019];11(4):1-10. doi: 10.1186/s13037-017-0120-6
27. Raftopoulos V, Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. *J Crit Care*. [Internet]. 2013 [cited Nov 25, 2019];28(1):51-61. doi: 10.1016/j.jcrc.2012.04.013
28. France DJ, Greevy RA Jr, Liu X, Burgess H, Dittus RS, Weinger MB, et al. Measuring and comparing safety climate in intensive care units. *Med Care*. [Internet]. 2010 [cited Nov 25, 2019];48(3):279-84. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181c162d6
29. Saedi AM, Majid AA, Isa Z. Evaluation of safety climate differences among employees demographic variables: a cross-sectional study in two different-sized manufacturing industries in Malaysia. *Int J Occup Saf Ergon*. [Internet]. 2019 [cited Nov 25, 2019];25(1):1-14. doi: 10.1080/10803548.2019.1623454
30. Zhou P, Bai F, Tang HQ, Bai J, Li MQ, Xue D. Patient safety climate in general public hospitals in China: differences associated with department and job type based on a cross-sectional survey. *BMJ Open*. [Internet]. 2018 [cited Nov 25, 2019];8(4):e015604. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015604
31. Silver SR, Boiano JM. Differences in safety climate perception by health care worker, work schedule, and workplace characteristics. *Am J Med Qual*. [Internet]. 2018 [cited Nov 25, 2019];34(2):165-75. doi: 10.1177/1062860618791757
32. Luiz RB, Simões ALA, Barichello E, Barbosa MH. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015 [cited Nov 25, 2019];23(5):880-7. doi: 10.1590/0104-1169.0059.2627
33. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 for Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2012 [cited Nov 25, 2019];20(3):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
34. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*.

- [Internet]. 2006 [cited Nov 25, 2019];6:44. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
35. LeePH, Burstyn I. Identification of confounder in epidemiologic data contaminated by measurement error in covariates. *BMC Med Res Methodol*. [Internet]. 2016 [cited Nov 25, 2019];16:54. doi: 10.1186/s12874-016-0159-6
36. Zhang Z. Variable selection with stepwise and best subset approaches. *Ann Transl Med*. [Internet]. 2016 [cited Nov 25, 2019];4(7):136. doi:10.21037/atm.2016.03.35
37. Zou KH, Tuncali K, Silverman SG. Correlation and simple linear regression. *Radiology*. [Internet]. 2003 [cited Nov 25, 2019];227:617-28. doi: <https://dx.doi.org/10.1148/radiol.2273011499>
38. Guirardello EB. Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2017 [cited Nov 25 2019];25:e2884. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1472.2884>
39. Tondo JCA, Guirardello EB. Perception of nursing professionals on patient safety culture. *Rev Bras Enferm*. [Internet] 2017 [cited Nov 25 2019];70(6):1284-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010>
40. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2017 [cited Nov 25, 2019];25:e2849. doi: 10.1590/15188345.1600.2849
41. Bernardo MH, Verde FF, Pinzón JG. Experiences of workers with different employment relationships in a public laboratory. *Cad Psicol Soc Trabalho*. [Internet]. 2013 [cited Nov 25, 2019];16(1):119-33. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v16i1p119-133>
42. Flores GE, Oliveira DLL, Zocche DAA. Permanent education in the hospital context: the experience that brings new meaning to nursing care. *Trab Educ Saúde*. [Internet]. 2016 [cited Nov 25, 2019];14(2):487-504. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00118>
43. Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Nursing workload and patient safety – a mixed method study with an ecological restorative approach. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2013 [cited Jan 12, 2018];21(Spec):146-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/19.pdf>
44. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *J Nurs Manag*. [Internet]. 2015 [cited Jan 12, 2018];23(3):346-58. doi: 10.1111/jonm.12138
45. Ferri P, Guadi M, Marcheselli L, Balduzzi S, Magnani D, Di Lorenzo R. The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts. *Risk Manag Healthc Policy*. [Internet]. 2016 [cited Jan 12, 2018];14(9):203-11. doi: <https://dx.doi.org/10.2147/RMHP.S115326>
46. McVicar A. Scoping the common antecedents of job stress and job satisfaction for nurses (2000–2013) using the job demands-resources model of stress. *J Nurs Manag*. [Internet]. 2016 [cited Jan 12, 2018];24(2):E112–36. doi: 10.1111/jonm.12326
47. Sfantou DF, Laliotis A, Patelarou AE, Sifaki-Pistolla D, Matalliotakis M, Patelarou E. Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: a systematic review. *Healthcare*. (Basel) [Internet]. 2017 [cited Jan 12, 2018];5(4):73. doi: <https://dx.doi.org/10.3390/healthcare5040073>
48. Pishgooie AH, Atashzadeh-Shoorideh F, Falcó-Pegueroles A, Lotfi Z. Correlation between nursing managers leadership styles and nurses' job stress and anticipated turnover. *J Nurs Manag*. [Internet]. 2019 [cited Nov 25, 2019];27(3):527-34. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jonm.12707>
49. Liu Y, Aunguroch Y. Factors influencing nurse-assessed quality nursing care: a cross-sectional study in hospitals. *J. Adv. Nurs*. [Internet]. 2018 [cited Nov 25, 2019];74(4):935-45. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jan.13507>
50. Abbate TJC, Brito GE. Perception of nursing professionals on patient safety culture. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2017 [cited Nov 25, 2019];70(6):1284-90. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010>
51. Mendes ACG, Araújo JLAC Júnior, Furtado BMASM, Duarte PO, Silva ALA, Miranda GMD. Conditions and motivations for the work of nurses and physicians in high complexity emergency services. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2013 [cited Feb 7, 2018];66(2):161-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/02.pdf>

Recibido: 18.04.2019

Aceptado: 15.02.2020

Editora Asociada:

Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi


Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Ana Elisa Bauer de Camargo Silva

E-mail: anaelisa@terra.com.br <https://orcid.org/0000-0003-3454-6602>