

Desafíos de la cultura de seguridad en Centro Quirúrgico: estudio de métodos mixtos*

Nery José de Oliveira Junior¹

 <https://orcid.org/0000-0001-5222-6958>

Caren de Oliveira Riboldi¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7685-9183>

Daniela Campos de Andrade Lourenção²

 <https://orcid.org/0000-0002-3050-0378>

Vanessa de Brito Poveda²

 <https://orcid.org/0000-0000-5839-7253>

João Lucas Campos de Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1822-2360>

Ana Maria Müller de Magalhães¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0691-7306>

Destacados: (1) La comunicación y el trabajo en equipo refuerzan la cultura de seguridad. (2) Equipo de enfermería más comprometido con la cultura de seguridad. (3) Percepción favorable del clima de seguridad por parte de los profesionales de la salud y de apoyo. (4) Adhesión del equipo de enfermería a los procesos y rutinas institucionales.

Objetivo: analizar las actitudes de seguridad de los profesionales de la salud y de áreas de apoyo que trabajan en el Centro Quirúrgico.

Método: estudio explicativo secuencial de métodos mixtos. La etapa cuantitativa abarcó a 172 profesionales de la salud y de apoyo en ocho Centros Quirúrgicos de un complejo hospitalario. Se aplicó el Cuestionario de Actitudes de Seguridad/Centro Quirúrgico. En la etapa cualitativa posterior, participaron del Grupo Focal 16 profesionales. Se utilizaron métodos fotográficos desde la perspectiva del pensamiento ecológico y restaurativo, y el análisis de datos se produjo de manera integrada, por medio de conexión. **Resultados:** el puntaje general, por grupo de Centros Quirúrgicos, con base en los dominios del Cuestionario de Actitudes de Seguridad/Centro Quirúrgico, revela una percepción favorable del clima de seguridad, con énfasis en los dominios Percepción del Estrés, Comunicación en el Ambiente Quirúrgico, Clima de Seguridad y Percepción del Desempeño Profesional. El análisis global del dominio Comunicación y Colaboración entre Equipos parece positivo y está corroborado por datos de la etapa cualitativa, que resalta la importancia de la interacción y de la comunicación entre los equipos de salud como fundamentales para el trabajo diario. **Conclusión:** la percepción de las actitudes de seguridad entre los profesionales de la salud y de apoyo fue positiva. Se destaca la percepción del equipo de enfermería como más cercana o favorable a actitudes coherentes con la cultura de seguridad.

Descriptor: Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Enfermería Perioperatoria; Centros Quirúrgicos; Enfermería; Ambiente de Instituciones de Salud.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Atitudes de segurança em centro cirúrgico: desafios para alcançar um ambiente seguro para os pacientes e profissionais", presentada en la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Oliveira NJ Junior, Riboldi CO, Lourenção DCA, Poveda VB, Oliveira JLC, Magalhães AMM. Challenges of safety culture in Surgical Center: mixed methods study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4205 [cited ____]. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7001.4205>

año mes día

URL

Introducción

La Organización Mundial de la Salud destaca que cada año, en países de ingresos bajos y medios, ocurren aproximadamente 134 millones de eventos adversos y 2,6 millones de muertes asociadas a entornos inseguros, lo que demuestra que la seguridad del paciente debe ser un objetivo permanente. En este contexto, si bien existen avances en la evidencia sobre el impacto de los eventos adversos, las medidas para reducir, mitigar, prevenir y medir los riesgos potenciales en términos de tecnología, recursos financieros e intervenciones aún son incipientes⁽¹⁾. Para implementar mejoras es necesario fomentar una cultura que favorezca la seguridad del paciente en las organizaciones de salud⁽²⁾.

La cultura de seguridad se entiende como un conjunto de valores y prácticas individuales y colectivas enfocadas a reducir los riesgos y daños al paciente⁽³⁾. Al tratarse de un elemento cultural y eminentemente polifacético, que emana de una concepción organizacional, existen factores que se consideran medibles⁽⁴⁾. Un ejemplo es el clima de seguridad, que se refiere a la percepción de los actores organizacionales sobre políticas y prácticas (in)seguras en el ambiente del cuidado en salud⁽³⁻⁴⁾.

Los medios para analizar la cultura y el clima de seguridad incluyen cuestionarios, entrevistas y observaciones, o incluso evaluaciones externas por parte de expertos en la materia. Dichos análisis permiten verificar el nivel de compromiso institucional y profesional con valores, creencias, recursos, actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente^(1,4-5). En otras palabras, si bien en la práctica el clima de seguridad se evalúa por medio de la dinámica de trabajo, incluyendo principalmente la percepción de los trabajadores, esto será un reflejo de cómo se posiciona la cultura organizacional en relación al cuidado seguro^(2,5).

Las investigaciones relacionadas con la cultura de seguridad en el ambiente hospitalario están en constante crecimiento⁽⁶⁻⁷⁾, lo que refuerza el hecho de que los valores organizacionales impactan directamente en los resultados de seguridad, abarcando también la ocurrencia de eventos adversos, es decir, daños concretos al paciente⁽⁸⁾. Tales valores deben fortalecerse en cualquier entorno de prestación de atención, aunque se reconoce que algunos ambientes tienen un riesgo mayor o más evidente debido a la naturaleza de los procesos de trabajo desarrollados, como el Centro Quirúrgico (CQ)⁽⁹⁾.

Los llamados *near misses* o *casí errores* ya fueron menos frecuentes en los CQ que en otras unidades, como hospitalización, cuidados intensivos y pediatría⁽¹⁰⁾. Por otro lado, resulta alarmante la aparición de eventos adversos de muy alta gravedad – conocidos como *never*

events –, en el intraoperatorio y postoperatorio inmediato, como cirugía en lateralidad incorrecta, procedimiento y/o paciente incorrectos, retención de material en el paciente y quemaduras por electrocauterización⁽¹¹⁾. A esto se suma el hecho de que hasta el 90% de los eventos adversos relacionados con la cirugía se clasifican como prevenibles⁽¹²⁾, por lo que es imperativo instituir y fomentar medidas de seguridad del paciente en el CQ, lo que se puede lograr con mayor asertividad por medio de análisis sistemáticos de las actitudes de seguridad en esos entornos.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación se basó en las siguientes preguntas orientadoras: ¿Cuál es la percepción del clima de seguridad entre los profesionales de la salud y de áreas de apoyo que trabajan en CQ? ¿Qué aspectos impactan la cultura de seguridad en este escenario? Por lo tanto, el objetivo de este trabajo fue analizar las actitudes de seguridad entre los profesionales de la salud y de áreas de apoyo que trabajan en CQ.

Método

Diseño del estudio

Se trata de un estudio de métodos mixtos, anclado en el diseño explicativo secuencial, que combina elementos cuantitativos y cualitativos para responder a las preguntas de investigación de una manera más amplia y completa. La primera fase, con un enfoque cuantitativo y de mayor peso (CUAN), permitió medir variables específicas de manera objetiva, mientras que la etapa posterior, con un enfoque cualitativo secundario (Cual), tuvo como objetivo profundizar en la comprensión del fenómeno previamente medido. El análisis inicial de los resultados cuantitativos guió la recopilación de datos cualitativos (CUAN→Cual), apoyando la exploración de insights con mayor detalle y facilitando el descubrimiento de nuevos significados, interpretaciones y relaciones entre las variables⁽¹³⁾.

Escenario de recolección de datos

El estudio se realizó en un único complejo compuesto por ocho hospitales, ubicado en la ciudad de Porto Alegre-RS, Brasil. Cada local cuenta con un CQ, totalizando 53 salas dedicadas a cirugías generales y especializadas. En total, la productividad quirúrgica es de aproximadamente 6.000 procedimientos por mes. Los CQ incluidos en esta investigación se caracterizan de la siguiente manera: CQ "A" (13 salas), que realiza cirugías de diferentes especialidades; CQ "B" (4 salas), destinado a procedimientos oftalmológicos; CQ "C" (3 salas),

que realiza cirugías de especialidad en neumología; CQ "D" (3 salas), que realiza cirugías neurológicas; CQ "E" (4 salas), que realiza cirugías cardíacas; CQ "F" (7 salas), que atiende la especialidad de oncología; CQ "G" (12 salas), que cubre las especialidades de cirugía plástica y trasplantes; y CQ "H" (7 salas), que atiende la especialidad de pediatría.

Período

El estudio se llevó a cabo entre junio de 2020 y febrero de 2021.

Población

La población de estudio estuvo compuesta por profesionales de la salud y de áreas de apoyo de los ocho CQ. Los profesionales de la salud fueron: cirujanos y anestesiólogos, médicos residentes, enfermeras y técnicos de enfermería. Como áreas de apoyo se consideraron auxiliares administrativos, auxiliares de farmacia e higiene.

Criterios de selección

Los criterios de elegibilidad para participar en el estudio consistieron en ser parte del equipo de uno de los CQ y no estar de vacaciones o licencia funcional durante el transcurso de la recolección de datos.

Participantes

La etapa cuantitativa abarcó a 172 profesionales, distribuidos entre las siguientes categorías: instrumentador quirúrgico y circulante (100), enfermero de CQ (22), cirujano o cirujano asistente (16), residente de cirugía o interno (9), jefe de enfermería (7), asistente administrativo (6), anestesiólogo (5), perfusionista (3), residente de anestesiología (1) y auxiliares de farmacia o higiene (3). Cabe señalar que hubo un bajo número de cirugías realizadas debido a las restricciones durante el período de pandemia de Covid-19, lo que se tradujo en una menor presencia de equipos médicos, al reducirse los horarios quirúrgicos. Estas restricciones también impactaron la siguiente etapa, cualitativa, que contó con 16 participantes entre: enfermeros (5), técnicos de enfermería (10) y auxiliar administrativo (1). Para esta fase, además de participar en la etapa anterior, era necesario trabajar en los CQ que presentaron puntajes más favorables o desfavorables en la etapa cuantitativa. En el primer encuentro participaron ocho representantes de cada CQ, y en el segundo participaron 12 trabajadores, seis de cada grupo.

Instrumentos utilizados para recolectar la información

En la etapa cuantitativa se utilizó el Cuestionario de Actitudes de Seguridad/Centro Quirúrgico (CAS/CQ) con el objetivo de medir el clima de seguridad en los servicios de salud a partir de la percepción de los profesionales sobre la seguridad del paciente. Los investigadores optaron por una versión menos actualizada del instrumento, porque culturalmente, en el lugar donde se realizó el estudio, los técnicos de enfermería desempeñan alternativamente el papel de circulante o instrumentador en el horario de trabajo. En la versión actual del instrumento, estas funciones fueron agrupadas, no aplicándose a la realidad en cuestión.

La versión brasileña del CAS/CQ consta de una escala tipo Likert y está dividida en tres partes. La primera, con 15 afirmaciones, se refiere a la calidad de la comunicación y colaboración entre los profesionales que actúan en el ámbito quirúrgico, a la que el participante de la investigación debe responder sobre su relación con cada una de las categorías profesionales. El segundo está compuesto por 40 enunciados, divididos conceptualmente en seis dominios: clima de seguridad (siete ítems), percepción de la gestión (cinco ítems), percepción del estrés (cuatro ítems), condición de trabajo (seis ítems), comunicación en el ambiente quirúrgico (cuatro ítems) y percepción del desempeño profesional (cuatro ítems). La tercera parte cubre información demográfica (género, raza/etnia, categoría profesional, tiempo de experiencia, turno de trabajo, entre otros) y un espacio donde el participante puede escribir tres recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en CQ, e indicar si ya había respondido el instrumento previamente⁽¹⁴⁾.

La etapa cualitativa posterior utilizó la técnica de Grupo Focal (GF) y métodos de investigación fotográfica desde la perspectiva del pensamiento ecológico y restaurativo, por medio de caminata fotográfica (CF)⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. En esta etapa, la muestra fue intencional y por conveniencia, entre quienes participaron en la primera etapa (cuantitativa).

Para la realización de los GF se utilizó un guión elaborado por los investigadores, abarcando los temas: cultura de seguridad, qué influye en la cultura de seguridad, relación del equipo multidisciplinario en el ambiente del CQ y clima de seguridad en el CQ.

La técnica de GF se organizó y condujo de acuerdo con el siguiente guión: apertura de la sesión, integración de los participantes, explicación de la dinámica de las discusiones, configuración del grupo, debate, síntesis de los momentos previos y cierre del encuentro. Además,

se firmó un acuerdo de confidencialidad, reforzando que los debates e ideas discutidas en los encuentros estarían restringidos a los miembros del grupo.

El guión fue planificado en base a la necesidad de complementar/profundizar los hallazgos cuantitativos. Por lo tanto, la investigación de estos elementos fue importante para constituir una base de datos cualitativos, creando un repositorio de información rica y contextual que puede ser verificada, para encontrar inferencias y aclaraciones sobre los hallazgos cuantitativos.

Recolección de datos

En la primera fase del estudio, de recolección de datos cuantitativos, se aplicó el cuestionario en forma impresa y presencial, durante la jornada laboral de los profesionales. Se siguió la selección de la muestra por conveniencia, de junio a julio de 2020. La segunda fase de la investigación, de carácter cualitativo, se desarrolló entre octubre de 2020 y febrero de 2021. La muestra en esta etapa fue intencional y por conveniencia, seleccionada entre quienes participaron en la primera etapa (cuantitativa).

Se puso a disposición de quienes estaban interesados en participar en el GF y en la CF en el CQ una lista definida según los mejores y peores resultados del cuestionario CAS/CQ. Se seleccionaron los primeros 12 inscriptos de cada GF y se realizaron cuatro encuentros, dos con los profesionales del CQ con mejor puntuación (grupo A) y dos con los vinculados al lugar con peor puntuación (grupo B).

El primer encuentro del GF tuvo como objetivo discutir temas de interés, relacionados con aspectos de la cultura de seguridad y con el relevamiento de temas considerados prioritarios por los participantes, con el fin de componer la hoja de ruta de la CF. Después del primer GF, los temas tratados fueron validados por un miembro de cada grupo (enfermera), quien posteriormente acompañó la CF por el CQ. El segundo encuentro tuvo como foco principal la discusión de las fotografías obtenidas, caracterizándose como GF para foto-elicitación.

Procesamiento y análisis de datos

Para fines de análisis, se ordenaron los CQ en cinco grupos (A+B; C+D+E; F; G; H), según el número total de participantes, similitud de procesos, número de quirófanos y volumen de procedimientos. Los datos cuantitativos de la primera etapa fueron analizados mediante el *software Statistical Package for the Social Sciences* versión 21.0. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la muestra, mediante la cual las variables discretas se

presentaron en forma de media y desviación estándar o mediana y percentil, y las variables categóricas se expresaron en forma de frecuencia absoluta y relativa.

Para el análisis estadístico, se consideraron como variables dependientes los puntajes de los dominios CAS/CQ: Clima de Seguridad, Percepción de la Gestión, Percepción del Estrés, Condición de Trabajo, Comunicación en el Ambiente Quirúrgico y Percepción del Desempeño Profesional; y como variables independientes: edad, género, profesión y tiempo de experiencia en la especialidad. Se utilizaron las pruebas de Chi-Cuadrado y Shapiro-Wilk para establecer asociaciones entre grupos y verificar la normalidad de la muestra, respectivamente. El nivel de significancia adoptado para las pruebas estadísticas fue del 5% ($p \leq 0,05$), basado en las pruebas de Kruskal-Wallis, exacta de Fisher y *post hoc* de Dunn-Bonferroni. La confiabilidad del instrumento se midió por medio de la consistencia interna con el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, alcanzando un valor satisfactorio de 0,86.

En los resultados del CAS/CQ para la calidad de la comunicación y la colaboración entre profesionales, se adoptaron estadísticas simples. Es importante mencionar que las puntuaciones relativas al clima de seguridad pueden variar desde cero (peor percepción del clima de seguridad) hasta 100 (mejor percepción del clima de seguridad), considerándose valores mayores o iguales a 75 una percepción positiva de la seguridad del paciente⁽¹⁷⁾. Cuanto menor sea la puntuación, más frágil será la cultura de seguridad en el ambiente investigado.

El análisis de la información cualitativa, a partir de discusiones de la técnica GF y CF, fue guiado por un análisis de contenido temático, consistente en preanálisis, exploración del material, y tratamiento de los resultados obtenidos e interpretaciones⁽¹⁸⁾. El preanálisis corresponde a los primeros contactos del investigador con el material. Una vez en posesión del conjunto de información, éste fue organizado para dar respuesta a los objetivos, y se realizó una lectura flotante y exhaustiva para que el investigador pudiera establecer un mayor contacto con el texto. La exploración del material es la fase de codificación de datos brutos, en la que se buscó el significado central del texto separando palabras, oraciones o párrafos, que fueron clasificados y agregados en categorías. Finalmente, en el tratamiento de los resultados obtenidos e interpretaciones, los resultados brutos fueron tratados de manera significativa y válida. En este punto, por medio de resultados fieles, se analizó la información obtenida, dando interpretaciones y propósitos a los objetivos vistos anteriormente⁽¹⁸⁾.

Una interfaz entre los hallazgos cualitativos y cuantitativos permite un análisis más completo y profundo de los sucesos en cuestión, lo que permite encontrar patrones, obtener conocimientos y una comprensión más integral. Además, las transcripciones literales, narrativas y fotografías se organizaron en archivos utilizando el programa *NVivo 11*.

La integración de datos se produjo con base en el enfoque explicativo secuencial, permitiendo la conexión entre elementos cuantitativos y cualitativos, con el fin de complementarse y permitir una comprensión holística del fenómeno en estudio, y verificar si los datos cualitativos convergían o no con los cuantitativos⁽¹⁹⁾. Para la complementariedad de los datos, se exploraron las inferencias obtenidas de los GF. Esta integración fue posible gracias a una joint display, un enfoque esclarecedor para demostrar la integración CUAN→Cual que representa visualmente la integración en diseños de métodos mixtos⁽²⁰⁾. Los datos integrados fueron aquellos referidos en los grupos focales con adhesión directa a uno o más dominios del CAS/CQ, y que guiaron la primera etapa del estudio. De esta manera, la integración se produjo de forma conectada e inductiva.

Aspectos éticos

El estudio cumplió con aspectos éticos y legales, destacando que todos los participantes fueron informados sobre las implicaciones de la investigación al firmar el Formulario de Consentimiento Libre e Informado, y fueron identificados con la letra P seguida del número de participación asignado, GF, fecha y categoría, para garantizar el anonimato. Se presentan fotografías para ilustrar los aspectos más destacados de la investigación. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución del campo de estudio bajo dictamen número 4.092.333/2020 y Certificado de Presentación de Apreciación Ética 31032220.9.0000.5335.

Resultados

Los datos de la fase cuantitativa, referentes a la caracterización de los profesionales de la salud y de áreas de apoyo que actúan en los cinco agrupamientos de CQ de la institución, obtenidos por medio del CAS/CQ, se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1 – Caracterización de los profesionales de la salud y de áreas de apoyo que trabajan en los CQ con base en el CAS/CQ* respecto de las variables género, edad, etnia, categoría profesional, experiencia profesional, tiempo de trabajo, régimen de trabajo y turno. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021

| Variables | N [†] = 172 |
|--|----------------------|
| Género (%)[‡] | |
| Femenino | 124 (74,7) |
| Masculino | 42 (25,3) |
| Edad (años)[§] | 36,8 ± 8,8 |
| Etnia (%)[‡] | |
| Blanco | 126 (7,3) |
| Negro | 18 (11,0) |
| Marrón | 12 (7,2) |
| Afrodscendiente | 9 (5,5) |
| Categoría profesional (%)[‡] | |
| Instrumentador o circulante | 100 (58,4) |
| Enfermero del Centro Quirúrgico | 22 (12,8) |
| Cirujano/cirujano asistente | 16 (9,3) |
| Residente de cirugía o interno | 9 (5,3) |
| Jefe de enfermería | 7 (4,0) |
| Administrativo | 6 (3,5) |
| Anestesiólogo | 5 (2,9) |
| Perfusionista | 3 (1,6) |
| Residente de anestesia | 1 (0,6) |
| Otros | 3 (1,6) |

(continúa en la página siguiente...)

| Variables | N [†] = 172 |
|--|----------------------|
| Experiencia profesional (años) | 7,0 (3,0 – 14) |
| Tiempo de trabajo (años) | 5,0 (2,0 – 10) |
| Régimen de trabajo (%)[‡] | |
| Tiempo parcial (36 h) | 76 (47,2) |
| Tiempo completo (40 h) | 51 (31,7) |
| Contratado | 28 (17,4) |
| Cooperado | 5 (3,1) |
| Otro | 1 (0,6) |
| Turno (%)[‡] | |
| Tiempo parcial | 82 (54,7) |
| Tiempo completo | 44 (29,3) |
| Variable | 14 (9,3) |
| Nocturno | 10 (6,7) |

*CAS/CQ = Cuestionario de Actitudes de Seguridad/Centro Quirúrgico; [†]N = Número absoluto; [‡]Número absoluto (porcentaje); [§]Media ± desviación estándar; ^{||}Mediana (25-75 percentiles)

La primera parte del instrumento, que aborda la Calidad de la Comunicación y Colaboración vivida entre los profesionales durante la rutina de trabajo en el CQ, demuestra que sólo la categoría de enfermería (enfermero, instrumentador y circulante quirúrgico) alcanza la puntuación mínima (≥ 75), reflejando una percepción positiva de la cultura de seguridad. La puntuación media de los enfermeros de CQ es de 78,9 (DE 24,6) y de los jefes de enfermería de 79,9 (DE 24,9). Entre los instrumentadores y circulantes quirúrgicos, la media se mantiene en 78,5 (DE 22,8). En el análisis global, existe diferencia significativa entre los puntajes atribuidos por estos profesionales de enfermería y otros trabajadores de la salud, como residentes e internos de cirugía (60,6; DE 29,6; $p = 0,043$); perfusionistas (28,7; DE 38,5; $p < 0,001$); y residentes e internos de anestesia (51,4; DE 32,8; $p = 0,019$).

La segunda parte del instrumento, que abarca los seis dominios del CAS/CQ, presenta una variación mediana de 70,0 (61,2-85,0) a 81,2 (68,7-87,5) puntos por dominio, con una mediana global de 77,6 (63,1-88,8). El CQ denominado "F" exhibió, en general, la puntuación más baja: 71,9 (61,7-85,9). También en esta localidad, los puntajes más bajos con diferencias significativas con relación a los demás fueron identificados para Percepción de la Gestión 62,5 (52,5-75,0; $p = 0,016$), seguido de Condición de Trabajo 68,7 (54,1-87,5; $p = 0,001$). Además, en el análisis global, se destaca que los dominios Clima de Seguridad 78,5 (64,2-85,7; $p = 0,047$), Percepción de la Gestión 70,0 (61,2-85,0; $p = 0,016$) y Condición de Trabajo 68,7 (54,1-87,5; $p = 0,001$) presentan diferencias estadísticamente significativas entre los cinco CQ agrupados.

Los resultados cualitativos obtenidos por medio de la técnica de GF y de los medios fotográficos, desde la perspectiva del pensamiento ecológico y restaurativo, se agrupan en dos categorías: (1) Comprensión de la cultura de seguridad en CQ y (2) La comunicación como recurso para la construcción de una cultura de seguridad.

En la categoría 1 se presentan las ideas aportadas por los participantes en las reuniones de los GF sobre qué es la cultura de seguridad y su importancia para los pacientes y los equipos de salud. Durante los debates, se discutió la necesidad de explicar a los pacientes la importancia del Término de Consentimiento Quirúrgico y Anestesia, así como la correcta cumplimentación del *checklist* de cirugía segura por parte de los profesionales, destacando que esta herramienta reduce errores en las cirugías y contribuye a prácticas seguras.

Las declaraciones de los participantes destacan que una cultura de seguridad fortalecida contribuye a un clima de trabajo favorable, como se ilustra en los extractos: *Entienden y conocen la importancia de las herramientas [checklist de cirugía segura], solo se saltan pasos por las prisas, los errores no son los únicos, hay varios pasos que no se llevan a cabo. Lo obvio no es obvio (P6, GF 1, 06/11/2020). Equipos médicos resistentes a los protocolos [cumplimiento de los términos de consentimiento quirúrgico y anestesia] (P4, GF 1, 16/11/2020).*

La Figura 1 muestra el *checklist* de cirugía segura en la institución investigada, la cual se completa en el sistema en etapas: antes de la inducción anestésica con la participación del paciente, antes de la incisión quirúrgica y antes de que el paciente abandone el quirófano.

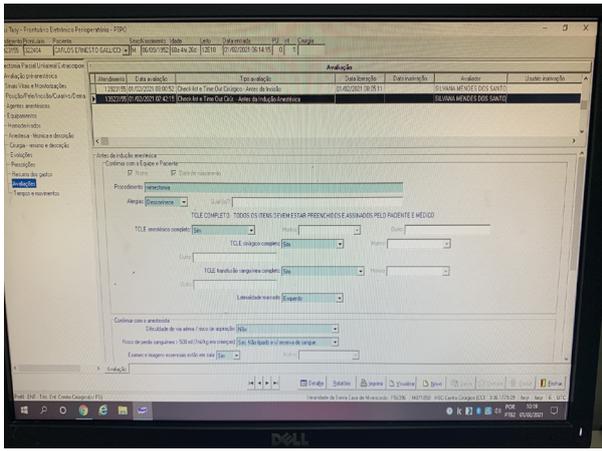


Figura 1 - Foto autoral del uso del *checklist* de cirugía segura

Además, en los quirófanos se coloca un panel con la información más importante a completar para cada procedimiento quirúrgico, que guía el cumplimiento de los pasos de *time out* (pausa quirúrgica) y *sign out* (antes de que el paciente abandone el quirófono), como se muestra en la Figura 2.



Figura 2 - Foto autoral del panel informativo del *checklist* colocado en los quirófanos

Existen iniciativas por parte de la institución para valorar los principios de seguridad por medio de la implementación de paneles para el *checklist* de cirugía segura y de carteleras para difundir información institucional y sectorial. Estos aspectos se abordan en los GF y en la CF.

Los participantes destacan que muchos equipos médicos se niegan a aplicar los términos de consentimiento quirúrgico y anestesia, alegando falta de tiempo. Este mismo argumento se utiliza para no realizar el *checklist* de cirugía segura, aunque, según los profesionales de enfermería mencionan, este procedimiento requiera dos o tres minutos.

La categoría 2 aborda los temas de accesibilidad de los gestores, información compartida y empatía. Cabe destacar que la comunicación entre los equipos médicos

y de enfermería se desarrolla fluidamente, y que la interacción diaria entre los trabajadores facilita el proceso de comunicación.

En los GF, los participantes confirman esta debilidad, no identificando un liderazgo presente y activo en los CQ que tienen puntajes más bajos. Por otro lado, en los debates, los profesionales de CQ con puntuaciones positivas destacan la accesibilidad al liderazgo del sector y el reconocimiento profesional como elementos importantes para el trabajo en equipo, como en las siguientes afirmaciones: [...] *algunos no tienen acceso para resolver temas, debería haber más reuniones para explicar de qué quiere hablar el grupo, eso hace falta (P4, GF 1, 06/11/2020). Estoy de acuerdo con más reuniones (P1, GF 2, 06/11/2020).*

En las discusiones grupales también se menciona la insuficiencia de personal, vinculada a la alta rotación de la institución, debido a la falta de reconocimiento y retención de profesionales. Los empleados expresan que se sienten abrumados y agotados, sentimiento que verbalizan: *Falta de responsabilidad de los médicos, anestesiólogos, mejorar la dotación de enfermería, reducir el ausentismo (P6, GF 1, 06/11/2020). Resistencia de los médicos en los procesos (P4, GF 1, 06/11/2020). No respetan [médicos] (P1, GF 1, 06/11/2020). [...] se van por falta de equipo, de compañerismo, estamos perdiendo mucha gente buena, falta de reconocimiento, motivación. Se elogia lo malo y se desmotiva lo bueno (P4, GF 2, 06/11/2020). Las personas se sienten abrumadas, están agotadas, cansadas (P2, GF 2, 06/11/2020).*

En este apartado de informes, además de la sobrecarga y el agotamiento, se nota una percepción de poco compromiso por parte de otras categorías, como la de los médicos, lo que merece ser destacado. Además, se observa que los sentimientos relacionados con la falta de reconocimiento y motivación tienen una influencia importante en la dedicación y ejecución del trabajo. Estos últimos tienen una conexión intrínseca con el rol de liderazgo de enfermería y, normalmente, las mejoras no generan costos, por lo que sería oportuno explorar este aspecto.

También declaran faltar reuniones con los equipos como estrategia para compartir información entre los profesionales de la salud y contribuir a la seguridad del paciente. Entre las acciones implementadas y destacadas en las CF se encuentra el uso de carteleras, cuyo objetivo es facilitar la comunicación (Figura 3). Los participantes citan las carteleras en el pasillo y espacios de descanso como un recurso importante para transmitir información institucional, como resultados económico-financieros, indicadores de calidad y eventos adversos mensuales, según las declaraciones: *Creo que comunica mucho [más], es importante que [los profesionales] conozcan los objetivos*

(P1, GF 2, 11/02/2021). A ellos [los profesionales] les gusta saber los resultados. (P2, GF 2, 11/02/2021). Necesitamos acercarnos a los técnicos, transmitirles los objetivos, lo que logramos en el mes (P1, GF 2, 11/02/2021).

Los extractos de las declaraciones de los participantes que sustentan las categorías temáticas se presentan en la *joint display* (Figura 4) de manera integrada con los datos cuantitativos, y buscan apoyar la comprensión de los resultados obtenidos por el cuestionario CAS/CQ.



Figura 3 – Foto autoral de la cartelera

| Resultados cuantitativos | Resultados cualitativos | Integración |
|--|--|--|
| <p>Dominio 1: Clima de seguridad – en el análisis general obtiene una puntuación superior a 78,5, lo que denota una cultura de seguridad positiva. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los cinco CQ[†] agrupados ($p=0,047$). El CQ[†] F obtiene una puntuación negativa (71,4) y el CQ[†] G[‡] presenta tiene una puntuación límite de 75,0. El resto está por encima del punto de corte.</p> | <p>En los GF* se analizan estrategias como la reformulación del <i>checklist</i>, facilitando el llenado de información y evitando perder tiempo en elementos irrelevantes.</p> | <p>Se observaron avances hacia el fortalecimiento de una cultura de seguridad en las acciones descritas en los GF* y en los paseos fotográficos, destacándose mejoras en la información en las carteleras, así como la implementación de paneles con el <i>checklist</i> de cirugía segura. Estas estrategias son vistas como un recurso para difundir la cultura de seguridad del paciente en la institución y ayudan a explicar la percepción positiva obtenida por las puntuaciones en la mayoría de los CQ[†] en el dominio Clima de Seguridad.</p> |
| <p>Dominio 2: Percepción de la Gestión – en el análisis global, es uno de los dominios con menor puntuación (mediana 70) entre los CQ[†]. Los CQ[†] F[‡], G[‡] y H[‡] presentan debilidades con puntajes inferiores a 75 puntos. Los CQ[†] agrupados A+B[‡] y C+D+E[‡] presentan percepciones positivas. Al comparar los grupos, se encontró que el CQ[†] F[‡] tiene la mediana más baja (62,5), con diferencia significativa ($p=0,016$) en relación a los CQ[†] A+B[‡] (80) y C+D+E[‡] (80).</p> | <p>Este dominio aborda la aprobación o desaprobación de acciones de liderazgo relacionadas con cuestiones de seguridad.</p> | <p>La Percepción de la Gestión presenta debilidades en la mayoría de los CQ[†] en ambas etapas. El perfil de liderazgo poco presente y activo es un aspecto destacado en los CQ[†] con puntuaciones más bajas. Este dominio se puede mejorar mediante conversaciones individuales, <i>feedbacks</i> y reuniones de alineación con los gestores. Este aspecto fue destacado por los participantes del GF* (grupo B) cuando mencionaron no identificar la presencia del gestor en el ambiente de cuidado.</p> |
| <p>Dominio 4: Condición de Trabajo – tiene una puntuación de 68,7 entre los CQ[†]. En el análisis general, es el dominio con menor puntaje, indicando mayores debilidades en la construcción de una cultura de seguridad en los CQ[†] evaluados. Sólo el CQ[†] G[‡] presenta puntaje favorable (83,3), con diferencia significativa ($p=0,001$) en relación a los CQ[†] A+B[‡] y F[‡], ambos con 66,6. Los CQ[†] restantes tienen puntuaciones limítrofes o por debajo del punto de corte de 75.</p> | <p>Este dominio está relacionado con la percepción de la calidad del ambiente de trabajo por parte de los profesionales. En los GF* se señala la sobrecarga de trabajo, ligada a la intensa dinámica en el día a día del CQ[†]. Además, se destaca la importancia de la asistencia entre profesionales.</p> | <p>La Condición de Trabajo presenta una percepción negativa entre los CQ[†] en la etapa cuantitativa, hecho reforzado en las declaraciones de los participantes. La falta de personal y la intensa dinámica de trabajo sobrecargan al trabajador. Hay oportunidades de mejora cambiando el tamaño de los equipos, fomentando la colaboración entre pares y revisando los cronogramas de actividades diarias.</p> |
| <p>Dominio 5: Comunicación en el Ambiente Quirúrgico – tiene mejores puntuaciones en general y en todos los CQ[†], y demuestra una percepción positiva sobre la calidad de la comunicación y colaboración en el equipo multidisciplinario. En la puntuación global tiene una mediana de 81,2. Sólo el CQ[†] F[‡] presentó un puntaje límite, 75,0, sin diferencia significativa entre los grupos ($p=0,101$).</p> | <p>Los participantes destacan la importancia de la interacción entre los equipos de salud como fundamental en el trabajo diario, junto con la comunicación.</p> | <p>A pesar del puntaje positivo en la etapa cuantitativa, en la etapa cualitativa se destaca la necesidad de un mayor número de reuniones e interacción entre los equipos de salud. Si bien se identifica que el uso de <i>WhatsApp</i> contribuye a la agilidad de la comunicación entre equipos, los espacios de intercambio y diálogo pueden mejorar la comunicación y fortalecer la cultura de seguridad.</p> |

*GF = Grupo focal; †CQ = Centro Quirúrgico; ‡Letras de designación de cada uno de los centros quirúrgicos investigados

Figura 4 - Integración de los resultados cuantitativos y cualitativos mediante *joint display*

Los dominios 3 (Percepción del Estrés) y 6 (Percepción del Desempeño Profesional) en la etapa cuantitativa presentan puntuaciones positivas. El dominio 3 tiene la puntuación más alta en la evaluación global (81,2), mientras que el dominio 6 tiene una mediana de 75,0 en el análisis global. Los CQ A+B y G tienen mejores puntuaciones (81,2). El resto tiene puntuaciones límite. Como estos temas no se discutieron en los GF,

estos dominios no se incluyeron en la *joint display* para la integración de los datos.

Discusión

Los datos que caracterizan la muestra del presente estudio son consistentes con otros hallazgos en el contexto brasileño, indicando un predominio de mujeres

(74,7%), profesionales de enfermería 126 (75,2%), con una mediana de edad de 37 años, trabajando en los CQ. Una investigación realizada en Brasil en un CQ de un hospital universitario, con el objetivo de evaluar el riesgo de enfermedades patógenas en estos trabajadores, mostró que la mayoría de los integrantes de este sector son mujeres (81,9%) con edades entre 36 y 50 años, corroborando los hallazgos de este estudio⁽²¹⁾.

La primera parte del instrumento CAS/CQ demostró que sólo la categoría de enfermería (enfermero, instrumentador y circulante quirúrgico) alcanzó la puntuación mínima (≥ 75) para ser considerada una percepción positiva de la cultura de seguridad. En otro estudio⁽²²⁾, los enfermeros también obtuvieron puntuaciones medias más altas en ítems relacionados con la calidad de la comunicación y colaboración, similar a los resultados de este estudio. Un estudio realizado en el CQ de un hospital público universitario del estado de Paraná, que encontró una puntuación más baja entre los instrumentadores/circulantes, sugiere que existe una baja calidad de comunicación y colaboración en las otras categorías que actúan en el CQ⁽²¹⁾.

La comunicación y colaboración adecuadas entre los miembros del equipo del CQ son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente durante la cirugía, por lo que todos tienen un papel importante que desempeñar, y es esencial que cada uno comprenda cada función y trabaje en conjunto⁽²²⁾.

La comunicación efectiva entre los profesionales de la salud, los pacientes y las familias es un factor crucial para brindar un cuidado seguro y de calidad. Es la base para la toma de decisiones compartida, la identificación temprana de problemas y la resolución de conflictos, todos elementos fundamentales del cuidado centrado en el paciente. Desde esta perspectiva, el enfermero juega un papel destacado en la integración de la información entre equipos, reduciendo las posibilidades de que ocurran eventos adversos y promoviendo una comunicación abierta y honesta entre los miembros de los equipos⁽²³⁻²⁴⁾.

Cuando se establece una cultura de seguridad en una institución, la comunicación entre profesionales se vuelve más fácil y efectiva. Esto se debe a que existe una mayor confianza entre los miembros del equipo, quienes se sienten más cómodos comunicándose abiertamente y compartiendo información relevante. Además, cuando todos los miembros del equipo conocen las medidas de seguridad adoptadas y comprenden la importancia de seguirlas, se mejora el trabajo en equipo y la colaboración, lo que contribuye a brindar un cuidado de calidad al paciente⁽²⁵⁾.

El análisis descriptivo general de la puntuación por agrupación de CQ, con base en los dominios del CAS/CQ, reveló una percepción favorable del clima de seguridad

en los lugares considerados. Esto indica una percepción positiva sobre la seguridad del paciente en estos ambientes. Entre los dominios del CAS/CQ, Percepción de la Gestión y Condición de Trabajo se destacaron como los más débiles en el CQ evaluado. Esto sugiere que los empleados de estos centros pueden tener una percepción menos positiva sobre la gestión y las condiciones laborales existentes. Puede ser necesario mejorar estos aspectos para promover una cultura de seguridad más sólida.

Por otro lado, los dominios Comunicación en el Ambiente Quirúrgico, Clima de Seguridad, Percepción del Desempeño Profesional y Percepción del Estrés presentaron puntuaciones favorables. Esto indica que los empleados de los CQ tienen una percepción positiva en estos aspectos, lo que sugiere la existencia de una cultura de seguridad más sólida y una buena comunicación entre los profesionales involucrados.

El análisis integrado de los resultados refuerza la fragilidad de los dominios Percepción de la Gestión y Condición de Trabajo en los CQ evaluados, tanto por las puntuaciones negativas como por las declaraciones de los profesionales en los grupos focales. Es interesante señalar que también se encontraron resultados similares en otros estudios sobre las percepciones gerenciales y las condiciones laborales en los CQ. Esta consistencia en los resultados sugiere que la baja percepción de la gestión, sumada a las condiciones laborales desfavorables, puede llevar a los profesionales de la salud a desconocer el compromiso de la gestión de las instituciones con los factores ocultos de la cultura de seguridad. En consecuencia, este desconocimiento puede reflejarse en puntuaciones negativas e indicar un distanciamiento entre el equipo y sus superiores⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Para promover el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente, es necesario invertir y desarrollar capacitaciones e involucrar a los profesionales de la salud en este tema. Además, es fundamental que los hospitales proporcionen los recursos de apoyo necesarios a los profesionales de la salud⁽²⁸⁾.

El puntaje positivo en el dominio Clima de Seguridad fue reforzado por las declaraciones de los participantes en la etapa cualitativa, destacando la importancia de una cultura de seguridad fortalecida para crear un clima de trabajo favorable.

Es interesante señalar que un estudio realizado en tres hospitales públicos y privados del estado de Rio Grande do Sul comparó el clima de seguridad de esas instituciones, e identificó puntuaciones positivas en el servicio privado, mientras que las instituciones filantrópicas presentaron puntuaciones inferiores a la media, enfatizando una debilidad en la cultura de seguridad en estas instituciones⁽²⁹⁾.

Estos hallazgos resaltan la importancia de una cultura de seguridad sólida para promover un clima de trabajo positivo y seguro en los CQ. Una cultura de seguridad establecida es esencial para fomentar la comunicación abierta, el aprendizaje continuo y el compromiso de todos los profesionales de la salud en la identificación y prevención de eventos adversos.

El dominio Percepción del Estrés también presentó una puntuación superior a la media en otro estudio, lo que indica que los participantes perciben factores estresantes en el ambiente laboral⁽³⁰⁾. Esta percepción puede ser especialmente relevante para los profesionales que trabajan en CQ, ya que están expuestos a una serie de tensiones debido al entorno laboral desafiante.

Los profesionales que trabajan en CQ enfrentan altos niveles de estrés debido a varios factores, como ambiente cerrado, riesgos involucrados, diferentes rutinas, necesidad de habilidades técnicas y alta productividad requerida⁽³¹⁾. Estos elementos pueden contribuir a la presión emocional y psicológica que enfrentan los profesionales quirúrgicos.

Ante este escenario, se sugiere reorganizar actividades y redimensionar equipos como medidas para mejorar la calidad de vida en el trabajo y reforzar la seguridad del paciente en el ambiente quirúrgico⁽²⁶⁾. Reevaluando la distribución de tareas y carga de trabajo, es posible promover un equilibrio más saludable para los profesionales, reduciendo el estrés y aumentando el bienestar en el trabajo.

La puntuación Límite en el dominio Percepción del Desempeño Profesional indica una evaluación neutral por parte del equipo quirúrgico en este aspecto, según los resultados del CAS/CQ. Este dominio está relacionado con la forma en que la fatiga y la sobrecarga laboral afectan el desempeño profesional de los individuos.

El desempeño profesional está intrínsecamente ligado a la satisfacción laboral, reflejando la experiencia individual de cada profesional. La satisfacción laboral se define como un sentimiento positivo respecto al trabajo, que abarca aspectos como el contenido del trabajo, las oportunidades de desarrollo, el reconocimiento, las condiciones laborales y las relaciones con compañeros y superiores⁽³⁰⁾.

Es importante considerar que la satisfacción laboral y el desempeño profesional se ven afectados por una variedad de factores, incluidas las condiciones laborales, el apoyo organizacional, el reconocimiento y las oportunidades de crecimiento. Por ello, es fundamental que las instituciones de salud sean conscientes de estos aspectos y adopten medidas para promover un ambiente de trabajo saludable y equilibrado, que valore el bienestar de los profesionales.

La satisfacción laboral no sólo influye en el bienestar y la salud de los profesionales, sino que también está relacionada con la prevención de enfermedades profesionales y la obtención de mejores resultados en el proceso de trabajo,

que incluye las actividades que realizan las enfermeras y otros miembros del equipo de salud⁽³¹⁾.

Cuando los profesionales están satisfechos en el trabajo, tienden a estar más comprometidos, motivados y dedicados a sus responsabilidades. Esto puede conducir a una mayor eficiencia, productividad y calidad de la atención al paciente. Por otro lado, la insatisfacción laboral puede derivar en un ambiente negativo, desmotivación, aumento del estrés y posibles errores o fallas en la prestación de cuidados.

Como limitaciones del estudio se destaca el reducido número de participantes en algunas categorías profesionales, debido al período crítico de salud provocado por la pandemia de COVID-19 y la reducción significativa de los horarios quirúrgicos. La ausencia de representantes en el GF de todas las categorías investigadas en la primera etapa, incluidos médicos, perfusionistas y auxiliares de farmacia o higiene, es una limitación. Sin embargo, el estudio ofrece reflexiones relevantes sobre el clima y las actitudes de seguridad en el CQ, y puede ser considerado como una orientación asertiva para un cuidado seguro.

Los resultados del estudio indican una mejor percepción del clima de seguridad por parte del equipo de enfermería, lo que señala un mayor potencial para su compromiso en la construcción de una cultura de seguridad. En este sentido, destaca la necesidad de una evaluación más profunda de las estrategias de involucramiento de los equipos médicos, con el objetivo de promover un trabajo interprofesional y colaborativo.

Las contribuciones de este estudio a la práctica asistencial incluyen resaltar la importancia de formar profesionales que ocupen puestos directivos, buscando una mayor aproximación y comprensión de las necesidades del equipo asistencial. Esto implica un enfoque más asertivo y sensible para promover un ambiente de trabajo saludable y seguro.

Además, el estudio destaca la necesidad de invertir en las condiciones laborales que se ofrecen a los empleados. Esto implica ajustar la carga de trabajo, considerar una distribución equitativa de las tareas y revisar la dotación de personal. Al proporcionar una carga de trabajo adecuada, los centros quirúrgicos pueden promover un clima de seguridad más positivo, reduciendo el riesgo de errores y mejorando la calidad del cuidado brindado. Estas sugerencias tienen como objetivo mejorar la calidad de la atención ofrecida, promoviendo un ambiente de trabajo más colaborativo, seguro y eficaz para todo el equipo asistencial.

Conclusión

Los CQ estudiados presentaron resultados que indican una percepción positiva del clima de seguridad entre los

profesionales de salud y de apoyo. Los dominios Percepción del Estrés, Comunicación en el Ambiente Quirúrgico, Clima de Seguridad y Percepción del Desempeño Profesional obtuvieron puntuaciones más altas en relación a la cultura de seguridad, siendo esto reforzado en el análisis cualitativo.

El análisis realizado en esta investigación sobre las actitudes en materia de seguridad en los CQ proporcionó una comprensión profunda de los desafíos que enfrenta este complejo ambiente. La combinación de datos cuantitativos y cualitativos, que es un enfoque aún poco explorado en la enfermería perioperatoria, resultó ser un desafío, pero fructífero.

Si bien el análisis global del dominio de Comunicación y Colaboración entre Equipos fue positivo, se identificaron oportunidades de mejora en este proceso tanto en datos cuantitativos como cualitativos. El equipo de enfermería parece adherirse con mayor facilidad a los procesos y rutinas institucionales orientados a la seguridad del paciente, lo que refleja un mayor fortalecimiento cultural de esta categoría en relación al cuidado seguro.

Referencias

- World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2022 Aug 13]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789240032705>
- Abreu IM, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães DBO, Nogueira LT, Madeira MZA. Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(esp):e20180198. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>
- Yari S, Naseri MH, Akbari H, Shahsavari S, Akbari H. Interaction of Safety Climate and Safety Culture: A Model for Cancer Treatment Centers. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2019;26;20(3):961-9. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.3.961>
- Carvalho REFL, Bates DW, Syrowatka A, Almeida I, Sousa L, Gonçalves J, et al. Factors determining safety culture in hospitals: a scoping review. *BMJ Open Qual.* 2023;12:e002310. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002310>
- Reis CT, Laguardia J, Andreoli PBA, Nogueira C Júnior, Martins M. Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 – Brazilian version. *BMC Health Serv Res.* 2023;23;32. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08890-7>
- Granel-Giménez N, Palmieri PA, Watson-Badia CE, Gómez-Ibáñez R, Leyva-Moral JM, Bernabeu-Tamayo MD. Patient Safety Culture in European Hospitals: A Comparative Mixed Methods Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(2):939. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020939>
- Prates CG, Caregnato RCA, Magalhães AMM, Dal Pai D, Urbanetto JS, Moura GMSS. Evaluation of patient safety culture in a private general hospital: a case study in Brazil. *Int J Health Care Qual Assur.* 2021;34(2):110-21. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-11-2020-0235>
- Moosavi S, Amerzadeh M, Azmal M, Kalhor R. The relationship between patient safety culture and adverse events in Iranian hospitals: a survey among 360 nurses. *Patient Saf Surg.* 2023;17:20. <https://doi.org/10.1186/s13037-023-00369-6>
- Faria LR, Moreira TR, Carbogim FC, Bastos RR. Effect of the Surgical Safety Checklist on the incidence of adverse events: contributions from a national study. *Rev Col Bras Cir.* 2022;49:e20223286. https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20223286_en
- Röhsig V, Lorenzini E, Mutlaq MFP, Maestri RN, Souza AB, Alves BM, et al. Near-miss analysis in a large hospital in southern Brazil: A 5-year retrospective study. *Int J Risk Saf Med.* 2020;31(4):247-58. <http://doi.org/10.3233/JRS-194050>
- Bowman CL, De Gorter R, Zaslow J, Fortier JH, Garber G. Identifying a list of healthcare 'never events' to effect system change: a systematic review and narrative synthesis. *BMJ Open Qual.* 2023;12:e002264. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002264>
- Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Rocha DJM, Brandão MB, Maziero ECS. Prevalence and avoidability of surgical adverse events in a teaching hospital in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2019;27:e2939. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2939.3171>
- Harrison RL, Reilly TM, Creswell JW. Methodological rigor in mixed methods: an application in management studies. *J Mix Methods Res.* 2020;14,473-95. <https://doi.org/10.1177/155868981990>
- Lourenção DCA, Tronchin DMR. Confirmatory factor analysis of the safety attitudes questionnaire/ operating room. *Enferm Glob.* 2019;18(3):230-45. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.334781>
- Oliveira GS, Cunha AMO, Cordeiro EM, Saad NS. Grupo focal: uma técnica de coleta de dados numa investigação qualitativa? *Cad FUCAMP [Internet].* 2020 [cited 2023 Jun 24];19(41):1-13. Available from: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/208>
- Backman C, Stacey D, Crick M, Cho-Young D, Marck PB. Use of participatory visual narrative methods to explore older adults' experiences of managing multiple chronic conditions during care transitions. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):482. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3292-6>
- Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensus e controvérsias. *Rev Pesq Qual [Internet].* 2017 [cited 2023 Jul 16];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>

18. Araujo RL, Glanzner CH. Work at the surgical center: risks of the pathogenic suffering of the nursing team. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(2):e20190803. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0803>
19. Tamborini MMF, Colet CF, Centenaro APFC, Souto ENS, Andres ATG, Stumm EMF. Occupational stress in primary care workers during the COVID-19 pandemic: mixed methods study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2023;31:e4041. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6797.4041>
20. Oliveira JLC, Magalhães AMM, Mastuda LM, Santos JLG, Souto RQ, Riboldi CO, et al. Mixed Methods Appraisal Tool: strengthening the methodological rigor of mixed methods research studies in nursing. *Texto Contexto Enferm.* 2021;30:e20200603. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0603>
21. Mucelini FC, Matos FGOA, Silva EB, Alves DCI, Nishiyama JAP, Oliveira JCO. Patient safety climate surgical: team evaluation multidisciplinary. *Rev SOBECC.* 2021;26(2):91-8. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100020005>
22. Melo JDS, Silva JO, Nascimento GTB, Santos KRN, Pereira EBF, Martins PDC, et al. Comunicação da equipe de enfermagem com foco na segurança do paciente: revisão integrativa. *RECISATEC.* 2022;2(1):e2171. <https://doi.org/10.53612/recisatec.v2i1.71>
23. Fassarella CS, Guirra LA, Silva MJR, Silva CPR, Figueiredo MCB. Qualitative approach to safety culture: a view from nurse managers. *Rev Mill.* 2021;2(17):21-9. <https://doi.org/10.29352/mill0217.2811>
24. Alves DFB, Lorenzini E, Cavalho KA, Schmidt CR, Dal Pai S, Kolankiewicz A, et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional: uma revisão integrativa. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online.* 2021;13:836-42. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9235>
25. Dezordi CCM, Benetti SAW, Tanaka AKSR, Benetti ERR, Treviso P, Carenato RCA, et al. Clima de segurança no centro cirúrgico: atitudes dos profissionais de saúde. *Cogitare Enferm.* 2020;25:e65577. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.65577>
26. Silva JF Júnior, Jesus PJ Júnior, Carvalho TA, Aguiar MPC, Mendonça SCB, Lordelo DS. Patient safety culture: perceptions and attitudes of surgical centers workers. *Rev SOBECC.* 2020;25(3):136-42. <https://doi.org/10.5327/Z1414-442520200003000>
27. Seo JK, Lee SE. Mediating roles of patient safety knowledge and motivation in the relationship between safety climate and nurses' patient safety behaviors: a structural equation modeling analysis. *BMC Nurs.* 2022;21:335. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01123-6>
28. Lee W, Choi M, Park E, Park E, Kang S, Lee J, et al. Understanding Physicians' and Nurses' Adaption of National-Leading Patient Safety Culture Policy: A Qualitative Study

in Tertiary and General Hospitals in Korea. *J Korean Med Sci.* 2022;11;37(14):e114. <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e114>

29. Chiavone FBT, Gomes ATL, Rodrigues CCFM, Ferreira L, Salvador PTCO, Pereira VE, et al. Stress levels of the surgical center nursing team: a cross-sectional study. *Online Braz J Nurs.* 2019;17(1):87-96. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20185902>

30. Hora GPR, Ribas R Júnior, Souza MA. State of the Art of Job Satisfaction Measures: A Systematic Review. *Temas Psicol.* 2018;26(2):971-86. <https://doi.org/10.9788/TP2018.2-16En>

31. Gouveia LHA, Ribeiro VF, Carvalho R. Professional satisfaction of nurses at a surgicenter in an excellence hospital. *Rev SOBECC.* 2020;25(1):33-41. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000010006>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Nery José de Oliveira Junior, Caren de Oliveira Riboldi, Ana Maria Müller de Magalhães. **Obtención de datos:** Nery José de Oliveira Junior, Ana Maria Müller de Magalhães. **Análisis e interpretación de los datos:** Nery José de Oliveira Junior, Caren de Oliveira Riboldi, Daniela Campos de Andrade Lourenção, Vanessa de Brito Poveda, João Lucas Campos de Oliveira, Ana Maria Müller de Magalhães. **Análisis estadístico:** Daniela Campos de Andrade Lourenção, Vanessa de Brito Poveda, João Lucas Campos de Oliveira, Ana Maria Müller de Magalhães. **Redacción del manuscrito:** Nery José de Oliveira Junior, Caren de Oliveira Riboldi, Daniela Campos de Andrade Lourenção, Vanessa de Brito Poveda, João Lucas Campos de Oliveira, Ana Maria Müller de Magalhães. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Caren de Oliveira Riboldi, Daniela Campos de Andrade Lourenção, Vanessa de Brito Poveda, João Lucas Campos de Oliveira, Ana Maria Müller de Magalhães.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 23.08.2023
Aceptado: 18.02.2024

Editora Asociada:
Andrea Bernardes

Copyright © 2024 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:

Nery José de Oliveira Junior

E-mail: nery.oliveirajr@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5222-6958>