

Actitudes de los profesionales de enfermería sobre la seguridad relacionada con la asistencia**Atitudes dos profissionais de enfermagem a respeito da segurança relacionada à assistência****Nursing professionals' attitudes of safety related care****Recibido: 06/10/2015****Aprobado: 23/03/2016****Publicado: 01/05/2016****Karine Clemente Nazário¹**
Renata Cristina Gasparino²

El objetivo del estudio fue identificar las actitudes de seguridad del equipo de enfermería relacionadas con la asistencia. Estudio descriptivo, transversal, hecho con 105 profesionales de enfermería. Para la recolección de datos se utilizó una tarjeta para caracterización de la muestra y el Cuestionario de Actitudes de Seguridad, que considera el valor de puntaje mínimo aceptable de 75 puntos para cada área. Las siguientes puntuaciones fueron obtenidas: ambiente de trabajo en equipo (65,8), clima de seguridad (61,8), satisfacción en el trabajo (74,8), estrés percibido (67,5), percepción de la unidad de gestión (52,9), percepción de la gestión hospitalaria (54,2), condiciones de trabajo (58,0) y comportamiento seguro (67,2). Los participantes de la encuesta no mostraron actitudes de seguridad frente a la asistencia al paciente. El estudio contribuyó para la identificación de las debilidades que pueden apoyar a la planificación y desarrollo de estrategias para la seguridad del paciente.

Descriptor: Seguridad del paciente; Percepción; Cultura; Enfermería.

O objetivo do estudo foi identificar as atitudes de segurança da equipe de enfermagem relacionadas à assistência. Estudo descritivo, transversal, realizado com 105 profissionais de enfermagem. Para a coleta de dados foi utilizada uma ficha para caracterização da amostra e o Questionário Atitudes de Segurança, que considera como escore mínimo aceitável o valor de 75 pontos em cada domínio. Foram obtidas as seguintes pontuações: clima de trabalho em equipe (65,8), clima de segurança (61,8), satisfação no trabalho (74,8), percepção do estresse (67,5), percepção da gestão da unidade (52,9), percepção da gestão do hospital (54,2), condições de trabalho (58,0) e comportamento seguro (67,2). Os participantes da pesquisa não demonstraram atitudes de segurança frente à assistência ao paciente. O estudo contribuiu para a identificação de fragilidades que podem subsidiar o planejamento e desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente.

Descritores: Segurança do paciente; Percepção; Cultura; Enfermagem.

The study's objective was to identify the safety attitudes of nursing staff-related assistance. Descriptive cross-sectional study, carried out with 105 nursing professionals. For data collection a card was used to characterize the sample and the Safety Attitudes Questionnaire, which it regards as acceptable minimum score value of 75 points for each area. The following scores were obtained: teamwork climate (65.8), safety climate (61.8), job satisfaction (74.8), stress recognition (67.5), perception of the unity of management (52.9), perception of hospital management (54.2), working conditions (58.0) and safe behavior (67.2). Survey participants did not show front safety attitudes care that the patient. The study helped identify weaknesses that may contribute to the planning and development of strategies for patient safety.

Descriptors: Patient safety; Perception; Culture; Nursing.

¹ Enfermera. karine.clemente@hotmail.com. Brasil.

² Enfermera. MBA Ejecutivo en Salud. Maestra en Enfermería. Doctora en Ciencias de la Salud. Gerente Asistencial y Responsable Técnica del Hospital Universitario de la Facultad de Medicina de Jundiaí, SP, Brasil. Profesora Adjunta de la Facultad de Medicina de Jundiaí SP, Brasil. regasparino@yahoo.com.br. Brasil.

INTRODUCCIÓN

El Brasil, para mejorar y mantener los ambientes de atención a la salud, debe superar una serie de cuestiones estructurales, políticas, económicas y culturales¹. Con este escenario, el tema Seguridad del Paciente se ha tornado un desafío mundial, y es cada vez más estudiado².

En 1999, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América publicó el primer relato alarmante sobre la seguridad del paciente, llamado *To Err is Human: building a safer health system*. El relato demostró la ocurrencia de 44 a 98 mil muertes anuales causadas por errores relacionados a la asistencia y por eso, en las últimas décadas, la preocupación con la seguridad del paciente se tornó asunto prioritario en el área de la salud³.

Con el objetivo de concienciar y sensibilizar la población y los profesionales de salud, la Organización Mundial de Salud (OMS) lanzó en 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que busca disminuir los riesgos y los eventos adversos, creando programas y directrices para hallar soluciones que puedan cambiar la realidad en el escenario mundial. Para la OMS, la seguridad del paciente es la reducción al mínimo aceptable de los riesgos asociados a la atención a la salud^{3,4}.

En noviembre de 2005, en Concepción, Chile, se creó la Red Internacional de Enfermería y Seguridad del Paciente, a partir de reuniones promovidas por el Programa de Enfermería de la Unidad de los Recursos Humanos para la Salud de la Organización Panamericana de la Salud. Se analizó en esas reuniones las prioridades y tendencias en el desarrollo de la enfermería con respecto a la seguridad del paciente, y surgió la Red Brasileña de Enfermería y Seguridad del Paciente (REBRAENSP)⁵.

En 2008, en São Paulo, la REBRAENSP se constituyó formalmente por enfermeros, para divulgar los conocimientos y esfuerzos de la enfermería, se comprometiendo con el desarrollo permanente de esa área en Brasil. Su finalidad es promover la articulación y la

cooperación técnica con las instituciones de salud y la educación de profesionales del área, perfeccionando la asistencia en enfermería y desarrollando programas conforme cada estado o ciudad brasileña los necesite^{5,6}.

En 2010, el Consejo Regional de Enfermería de São Paulo (COREN-SP), Brasil, empezó una gran campaña por la seguridad del paciente, centrada en la observación de las prácticas cotidianas, para identificar errores en cualquier proceso en que ellos puedan ocurrir. Así, la Cámara Técnica del COREN-SP, junto a los miembros del Polo São Paulo de la REBRAENSP, elaboró la cartilla "10 pasos para la Seguridad del paciente", que tendría impacto directo en la práctica asistencial de la enfermería⁵.

El Ministerio de la Salud del Brasil, lanzó en 2013 el Programa Nacional de Seguridad del Paciente, cuyo objetivo general fue contribuir para la calificación de la atención en todos los establecimientos de salud en el territorio nacional, sean ellos públicos, privados, militares o filantrópicos. En julio del mismo año, la Agencia Nacional de la Vigilancia Sanitaria (ANVISA) instituyó la Resolución nº 36, que propone acciones para la mejoría de la calidad de la asistencia por medio de la promoción de un ambiente que garantice la seguridad del paciente^{4,7,8}.

Considerando lo indicado, y con el objetivo de ofrecer subsidios para que gestores puedan utilizar estrategias que sensibilicen sus equipos al tema y garanticen la mejoría en la calidad de la asistencia, el presente estudio pretende identificar las actitudes de seguridad del equipo de enfermería con respecto a la asistencia al paciente.

MÉTODO

Estudio descriptivo y transversal, conducido en un hospital privado sin fines de lucro en el interior del estado de São Paulo, que es referencia para la atención de la población local de más de ocho ciudades de la región, con 238 lechos en diversas especialidades clínicas y quirúrgicas.

Para calcular la muestra, se calculó un error muestral de 9%, y un nivel de confianza de 95%, generando una muestra de 105 profesionales. Los criterios de inclusión fueron: ser enfermeros, técnicos o auxiliares de enfermería, y estar trabajando hace más que tres meses en la institución.

Uno de los instrumentos de colecta utilizado fue un formulario para la caracterización de la muestra, compuesta por 13 ítems en dos categorías: datos personales (edad, sexo, estado civil) y datos profesionales (función en la institución, año en que concluyó el curso en la función actual, experiencia en esa función, formación profesional, unidad/sector de trabajo, turno de trabajo, media de pacientes por turno, tiempo de trabajo en la institución, tiempo de trabajo en la unidad, y existencia o no de otro vínculo laboral). El otro instrumento fue un Cuestionario de Actitudes de Seguridad - Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), adaptado y validado para la cultura brasileña, que se compone de 41 ítems distribuidos en siete dominios: clima de trabajo en equipo, clima de seguridad, satisfacción en el trabajo, percepción del estrés, percepción de la gestión de la unidad, percepción de la gestión del hospital, condiciones de trabajo (ítems 30 a 32) y comportamiento seguro^{8,9}.

Cada ítem acepta respuestas según una escala de tipo Likert con cinco puntos, en la cual las respuestas significan: A-discrepa totalmente; B-discrepa parcialmente; C-es neutro; D-parcialmente de acuerdo; E-totalmente de acuerdo; y X-no es válida en el caso. Una puntuación mayor que 75 indica la percepción de que el ambiente es seguro para el paciente. La puntuación final se calcula por la media de respuestas de los sujetos para cada dominio, en que A=0, B=25, C=50, D=75 y E=100. A las respuestas X se debe excluir del cálculo. La puntuación de las cuestiones 2, 11 y 36 es inversa. Los ítems de 24 a 28 se repiten, pero se diferencian al evaluar la gestión de la unidad y del hospital^{8,9}.

Se condujo la colecta de los datos entre julio y septiembre de 2015, y se contactó a los

profesionales en el local de trabajo, en momentos en que estaban disponibles para que se les explicara el objeto de la pesquisa. Así, se entregó los instrumentos a los responsables por cada sector para que distribuyeran a los integrantes del equipo o directamente a los colaboradores, para que fueran respondidos y después devueltos, directamente a la investigadora, en datas acordadas. A los participantes se entregó un sobre, conteniendo dos copias del Formulario de Consentimiento Informado, una copia del instrumento SAQ y una del formulario de caracterización.

Después de la colecta, se injirió los datos en un banco de datos (en el Programa Microsoft Excel for Windows[®]), y se los sometió a un análisis descriptivo para obtener las frecuencias absolutas y relativas de las variables categóricas y medidas de posición y dispersión de las variables continuas. Para verificar la fiabilidad de la subescala, se utilizó la consistencia interna, por medio del cálculo alfa de Cronbach, en que se consideró valores mayores que 0,70 como satisfatórios¹⁰.

Se sometió el estudio al Comité de Ética e Investigación, y fue registrado bajo el número 609.396, en 09 de abril de 2014. La investigación respetó todos los requisitos de la Resolución CNS nº 466/12.

RESULTADOS

105 profesionales de enfermería participaron de la presente investigación, siendo que fueron más frecuentes las personas del sexo femenino (90-85,7%), auxiliares de enfermería (48-45,7%), casadas (44-41,9%), formadas como técnicas de enfermería (47-44,8%), trabajando en las Unidades de Terapia Intensiva - UTI (39-37,1%), en el periodo nocturno (47-44,8%), que no poseen otro vínculo laboral (68,6%), como indica la Tabla 1.

Los valores medios encontrados fueron: edad de los profesionales 34,2 años (ds=8,7); tiempo de trabajo en la unidad y la institución 3,2 años (ds=3,4) y 6,3 años (ds=6,2), respectivamente; número de pacientes bajo la

responsabilidad de cada profesional 8,7 (ds=8,8) por turno.

Tabla 1. Perfil de los profesionales de enfermería, São Paulo, 2015.

Variables	n	%
Estado civil		
Casado	44	40,9
Soltero	42	40,0
Divorciado	08	7,6
Separado	04	3,8
Viudo	02	1,9
Otros	05	4,8
Función en la institución		
Auxiliar de enfermería	48	45,7
Técnico en Enfermería	27	25,7
Enfermero	30	28,6
Formación profesional		
Auxiliar de enfermería	21	20,0
Técnico en enfermería	47	44,8
Graduación en Enfermería	12	11,4
Posgrado	25	23,8
Sector/Unidad de Trabajo		
UTI	39	37,1
Clínicas Quirúrgicas	32	30,5
Medicina interna	26	24,8
Servicio de Emergencia	08	7,6
Turno de Trabajo		
Mañana	12	11,4
Tarde	03	2,9
Noche	47	44,8
12h Diurno	27	25,7
Otros	16	15,2

En la Tabla 2, son presentadas las medias, la desviación estándar (ds), y el alfa de Cronbach para cada dominio.

En la Tabla 3 son presentadas las medias y desviación típica de los ítems de cada dominio.

Tabla 2. Media de las respuestas por dominio, São Paulo, 2015.

Dominios	Media	ds	Alfa
Satisfacción en el trabajo	74,8	20,4	0,79
Percepción del estrés	67,5	24,4	0,89
Comportamiento seguro	67,2	25,0	0,80
Clima de trabajo en equipo	65,8	18,8	0,80
Clima de seguridad	61,8	17,8	0,79
Condiciones de trabajo	58,0	28,9	0,78
Percepción de la gestión del hospital	54,2	20,9	0,78
Percepción de la gestión de la unidad	52,9	22,4	0,79

Tabla 3. Distribución de las medias de los ítems por dominios del SAQ, São Paulo, 2015.

	Cuestiones	Media	dt*
Satisfacción en el trabajo	Me gusta mi trabajo	86,0	25,0
	Me enorgullece trabajar en esta área	85,5	26,8
	Este es un buen lugar para trabajar	79,3	24,6
	Trabajar acá es como hacer parte de una gran familia	68,9	32,4
	La moral en esta área es alta	53,6	32,9
Percepción del estrés	Cuando mi carga de trabajo es excesiva, mi desempeño es perjudicado	76,9	27,9
	Soy menos eficiente en mi trabajo cuando estoy cansado (a)	70,5	33,0
	Es más probable que yo cometa errores en situaciones tensas u hostiles	61,7	34,4
	El cansancio perjudica mi desempeño durante situaciones de emergencia (ex: reanimación cardiorrespiratoria, convulsiones)	61,0	34,1
Comportamiento seguro	Experimento buena colaboración con los/las enfermeros (as) en esta área	72,6	27,0
	Experimento buena colaboración con el equipo de médicos en esta área	63,8	29,0
	Experimento buena colaboración con los farmacéuticos en esta área	65,2	28,7
	Fallas en la comunicación que tardan la atención son comunes	40,3	32,3
Clima de trabajo en equipo	Es fácil para los profesionales que actúan en esa área hacer preguntas cuando no comprenden algo	76,4	28,1
	Las sugerencias del/de la enfermero (a) son bien recibidas en esta área	72,0	25,8
	Tengo el apoyo que necesito de otros miembros del equipo para cuidar a los pacientes	70,0	32,0
	En esta área, a las discordancias se resuelve de manera apropiada	68,5	30,0
	Los/las médicos (as) y enfermeros (as) acá trabajan juntos como un equipo bien coordinado	59,7	32,1
	En esta área es difícil hablar abiertamente si percibo un problema en la atención al paciente	48,3	34,3
	Conozco los medios adecuados para encaminar cuestiones relacionadas a la seguridad del paciente en esa área	75,0	25,5
Clima de seguridad	Me sentiría seguro si fuera un paciente acá	69,2	30,4
	Mis colegas me encorajan a les informar cuanto a cualquier preocupación que pueda tener con respecto a la seguridad del paciente	67,1	31,8
	Se trata errores de manera apropiada en esa área	62,7	35,5
	Gracias a la cultura de esa área, es fácil aprender con los errores de los otros	59,1	33,6
	Recebo un retorno apropiado por mi desempeño	51,2	30,4
	En esta área, es difícil discutir acerca de errores.	48,1	31,5
Condiciones de trabajo	Toda la información de que necesito para informaciones diagnósticas y terapéuticas me está disponible normalmente	59,3	32,9
	Este hospital entrena bien a los nuevos miembros del equipo	58,7	34,4
	Aprendices de mi profesión son adecuadamente supervisados	56,6	34,1

Percepción de la gestión de la unidad y del hospital	La administración no compromete la seguridad del paciente de manera consciente: (Unidad)	60,3	30,3
	Recibo informaciones adecuadas y oportunas sobre eventos que pueden afectar a mi trabajo: (Unidad)	57,5	33,5
	La administración está haciendo un buen trabajo: (Unidad)	55,0	31,0
	Profesionales problemáticos del equipo son tratados de manera constructiva por nuestra administración: (Unidad)	54,3	32,0
	La administración apoya mis esfuerzos diarios: (Unidad)	47,4	34,5
	En esta área, el número y la calificación de los profesionales son suficientes para recibir el número de pacientes	44,0	37,3
	Mis sugerencias sobre seguridad serían puestas en práctica si yo las expresara a la administración	53,5	30,4
	Recibo informaciones adecuadas y oportunas sobre eventos que pueden afectar a mi trabajo: (Hospital)	61,8	29,6
	La administración no compromete la seguridad del paciente de manera consciente: (Hospital)	59,3	29,8
	La administración está haciendo un buen trabajo: (Hospital)	54,8	32,4
	Profesionales problemáticos del equipo son tratados de manera constructiva por nuestra administración: (Hospital)	50,7	33,3
	La administración apoya mis esfuerzos diarios: (Hospital)	46,6	33,2

*Desviación típica

DISCUSIÓN

Gracias a los resultados, pudimos observar que la mayor parte de la muestra fue compuesta por mujeres casadas, lo que está en acuerdo con el perfil de la enfermería, según el cual existe un predominio del sexo femenino en todas las regiones brasileñas¹¹.

Aunque la mayoría de los participantes tengan formación técnica, todavía actúan como auxiliares de enfermería, lo que permite inferir que hubo un aumento en el grado de escolaridad de la enfermería brasileña. Sin embargo, la inversión financiera necesaria a la contratación de esos profesionales es todavía un desafío para los que trabajan con recursos financieros limitados, lo que dificulta la mejoría del servicio ofrecido^{11,12}.

El mayor número de profesionales localizados en la UTI también fue encontrado por otros estudios¹³ gracias al hecho de que esas unidades tienen pacientes con grados mayores de complejidad, y por eso, son amparadas por legislación que determina un mínimo de personal necesario para la prestación de una asistencia de enfermería segura y de calidad^{14,15}.

Es importante indicar que, aunque la enfermería sea una profesión mal remunerada y, por eso, exija del profesional doble jornada

de trabajo¹⁶, la mayoría de las personas de la muestra no posee otro vínculo laboral.

El tiempo medio de trabajo en la unidad y en la institución fue menor, en comparación a otras investigaciones^{8,9,17,18}. Sin embargo, se verificó que cuanto mayor el tiempo trabajado en la institución, mayor la percepción del profesional cuanto a la seguridad del paciente, pues puede percibir los cambios y mejorías en el ambiente⁸.

La media de pacientes por profesional no fue diferente de la media encontrada por otro estudio¹. El número de pacientes bajo la responsabilidad de un determinado profesional es directamente relacionado a su seguridad, y el aumento del número de pacientes por profesional aumenta la ocurrencia de eventos adversos. Un equipo adecuadamente grande de enfermería es costoso para una institución, pero los resultados negativos de un equipo pequeño, como el aumento de la permanencia del paciente, de los eventos adversos y de la morbimortalidad, también traen costos extremadamente significativos para las instituciones¹⁹.

El dominio satisfacción en el trabajo obtuvo la mayor puntuación en esa investigación, y fue el único que se aproximó

de la puntuación mínima considerada adecuada para que haya un clima de seguridad. Eso corrobora con los hallazgos de otras investigaciones^{8,17} y se considera un aspecto positivo, ya que profesionales satisfechos generalmente prestan mejor asistencia y ayudan a hacer un ambiente de trabajo más seguro, con menos eventos adversos.

En ese dominio, tres de los cinco ítems obtuvieron valores mayores que 75: "Me gusta mi trabajo", "Me enorgullece trabajar en esta área" y "Este es un buen lugar para se trabajar". Sin embargo, los profesionales no se sienten extremadamente acogidos y juzgan frágil la conducta moral de los miembros con los cuales trabajan.

En el dominio percepción del estrés, una comparación revela que nuestros resultados fueron mayores que los de otras investigaciones^{8,17}, demostrando que los participantes de este estudio poseen una percepción mejor de que el estrés influye negativamente en el clima de seguridad de la asistencia.

En este dominio, la cuestión con mayor media estaba relacionada a la excesiva carga de trabajo, indicando que los participantes reconocen que la sobrecarga es un factor de influencia negativa en la seguridad del paciente.

Los dominios clima de trabajo en equipo y clima de seguridad presentaron medias próximas a otros estudios^{1,9}, que también no alcanzaron la puntuación mínima determinada por el instrumento. Se percibió que solamente un ítem, en cada uno de los dominios, presentó puntuación mayor que 75: "Es fácil para que los profesionales que actúan en esta área hagan preguntas cuando existe algo que no comprenden" y "Conozco los medios adecuados para encaminar las cuestiones relacionadas a la seguridad del paciente en esta área". Con todo, se percibió que la falta de apoyo a la resolución de problemas y la manera como la ocurrencia de eventos es conducida, son todavía desafíos que los gestores de la institución tienen que afrontar.

En el dominio condiciones de trabajo, que presentó una de las menores puntuaciones del estudio, los participantes destacaron la comunicación precaria y la falta de acompañamiento adecuado cuando fueron admitidos en la institución. En lo que se refiere a los entrenamientos, otros autores hallaron resultados similares¹. La adquisición de nuevos conocimientos es directamente relacionada a buenos resultados como mejor productividad y mejor calidad del trabajo²⁰.

En el análisis del dominio percepción en la gestión en relación a la unidad, se obtuvo la menor puntuación del estudio. Eso corrobora resultados de otras investigaciones^{1,8,9}, que identificaron la fragilidad de la gestión y del comprometimiento de la institución con la seguridad del paciente, ya que ese dominio indica lo cuanto los profesionales se acuerdan con las acciones de la gestión de la unidad y del hospital, acerca de la seguridad del paciente. Los participantes indicaron como factores negativos la falta de profesionales suficientes para que se haga un buen trabajo, y la falta de información sobre eventos que puedan afectar el trabajo y la conducción no constructiva de "profesionales problemáticos".

Analizando el dominio comportamiento seguro, se percibió que ningún ítem alcanzó la puntuación mínima, demostrando que la comunicación y las relaciones interpersonales son aspectos poco explorados y trabajados por los gestores. La comunicación, según el COREN/SP y la ANVISA, es un aspecto fundamental para que se pueda alcanzar un clima de seguridad para el paciente^{5,7}.

Los dominios del instrumento fueron fiables pues alcanzaron valores de alfa superiores al recomendado, y también superiores a los encontrados en el estudio de validación del SAQ para la cultura brasileña^{9,10}.

CONCLUSIÓN

Los resultados permiten concluir que los profesionales que participaron de esta investigación no presentaron actitudes orientadas hacia la seguridad del paciente, ya que no fue alcanzada la puntuación mínima en

ningún de los dominios del instrumento utilizado.

Mejorar el acogimiento de los profesionales, la comunicación y las relaciones interpersonales, el tratamiento y la conducción de los eventos adversos y disminuir la sobrecarga de trabajo son algunos de los desafíos que los gestores tienen que afrontar para garantizar un clima de trabajo y actitudes más seguras de sus colaboradores.

Establecer un clima de seguridad, es cierto, puede conducir a resultados positivos, y el desarrollo de medios para orientar y solucionar en equipo las dificultades enfrentadas diariamente, aproxima los profesionales de sus superiores, y hace con que sea más fácil crear acciones conjuntas para la mejoría continua, y la creación y fortalecimiento de la unión por medio de la cual los errores puedan ser expuestos más abiertamente.

El estudio contribuyó para la identificación de fragilidades, lo que puede subsidiar el planeo y desarrollo de estrategias vueltas para la seguridad del paciente.

Se recomienda la realización de nuevas investigaciones, con muestras más representativas de la población, para que se pueda establecer mejor las variables que influyen en el clima de seguridad de diversos ambientes de salud, identificando sus fragilidades y puntos fuertes, y planeando cambios que envuelvan los profesionales que actúan directamente en la asistencia al paciente.

REFERENCIAS

1. Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Rev Latinoam Enferm.* [Internet]. 2013 [Acceso en 2015 out 01]; 21:[09 telas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf.

2. Organización Mundial de La Salud (OMS). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Geneva (CH): OMS; 2007.

3. World Health Organization. World alliance for patient safety. Geneva: World Health Organization; 2004.

4. Ministério da Saúde (Br). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [Acceso en 2015 out 01]. Disponible en:

http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.

5. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP). 10 Passos para a segurança do paciente. São Paulo: COREN-SP; 2010.

6. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do paciente (REBRAENSP). Acordo básico de cooperação da rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente [Internet]. São Paulo: REBRAENSP; 2014 [Acceso en 2015 out 01]. Disponible en:

<http://www.rebraensp.com.br/phocadownload/Acordo%20Bsico%20da%20REBRAENSP%20Verso%202015.pdf>.

7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (DF): ANVISA; 2013.

8. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(5):728-35.

9. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário atitudes de segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire Short-Form 2006 para o Brasil. *Rev Latinoam Enferm.* 2012; 20(3):575-82.

10. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001

11. Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências do mercado de trabalho em saúde

no Brasil. In: Pierantoni C, Poz MRD, França T, organizadores. O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC IMS/UERJ; 2011. p.103-16.

12. Antunes AV, Costa MN. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. Rev Latinoam Enferm. 2003; 11(6):832-9.

13. Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2007; 20(3):305-10.

14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC n. 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 25 fev 2010. Seção 1:48-52.

15. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas [Internet]. Brasília (DF): COFEN; 2004 [Acesso en 2015 out 01]. Disponible en:

http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html

16. Baggio MA, Formaggio FM. Profissional de enfermagem:

compreendendo o autocuidado. Rev Gaúcha Enferm. 2007; 28(2):233-41.

17. Marinho MM, Radunz V, Barbosa FFS. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. Texto & Contexto Enferm. 2014; 23(3):581-90.

18. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 2013; 22(4):1124-33.

19. Ferreira PC, Machado RC, Vitor AF, Lira ALBC, Martins QCS. Dimensionamento de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: evidências sobre o Nursing Activities Score. Rev RENE. 2014; 15(5):888-97.

20. Costa DB, Vannuchi MTO, Haddad MCFL, Cardoso MGP, Silva LG, Garcia SD. Custo de educação continuada para equipe de enfermagem de um hospital universitário público. Rev Eletrônica Enferm. 2012; 14(2):257-66.

CONTRIBUCIONES

Karine Clemente Nazário contribuyó a la concepción, diseño, recopilación, análisis e interpretación de datos, y la redacción del artículo. **Renata Cristina Gasparino** fue responsable por la concepción, diseño, análisis e interpretación de los datos, redacción del artículo y análisis crítico.

Como citar este artículo (Vancouver):

Nazário KC, Gasparino RC. Actitudes de los profesionales de enfermería sobre la seguridad relacionada con la asistencia. REFACS [Online]. 2016 [citado en: (poner día, mes, año del acceso)]; 4(2). Disponible en: (enlace de acceso). DOI: 10.18554/refacs.v4i2.1639.

Como citar este artículo (ABNT):

NAZÁRIO, K. C.; GASPARINO, R. C. Actitudes de los profesionales de enfermería sobre la seguridad relacionada con la asistencia. REFACS, Uberaba, MG, v. 4, n. 2, p. 119-127, 2016. Disponible En: (enlace de acceso). DOI: 10.18554/refacs.v4i2.1642. Acceso en: (poner día, mes, año del acceso).

Como citar este artículo (APA):

Nazário, K. C. & Gasparino, R. C. (2016). Actitudes de los profesionales de enfermería sobre la seguridad relacionada con la asistencia. REFACS, 4(2), 119-127. Recuperado en: (día), (mes), (año) de (enlace de acceso). DOI: 10.18554/refacs.v4i2.1642.