

# PROBLEMAS NA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: ANÁLISE CAUSAL

---

## PROBLEMS IN THE PATIENT SAFETY CULTURE IN AN EMERGENCY CARE UNIT: CAUSAL ANALYSIS

---

## PROBLEMAS EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE EMERGENCIA: ANÁLISIS DE LA CADENA CAUSAL

Carolina Poite de Siqueira<sup>1</sup>  
Karla Crozeta Figueiredo<sup>2</sup>  
Sonia Maria Kalckmann de Macedo<sup>3</sup>  
Thaiane Almeida Silva Pol<sup>4</sup>  
Rebeca Iwankiw Lessa Beltran<sup>5</sup>

**Como citar este artigo:** Siqueira CP, Figueiredo KC, Macedo SMK, Pol TAS, Beltran RIL. Problemas na cultura de segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento: análise causal. Rev baiana enferm. 2023; 37: e48800.

**Objetivo:** construir uma matriz de análise para identificação dos problemas relacionados à cultura de segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento no sul do Brasil. **Método:** a primeira etapa, com delineamento transversal descritivo, ocorreu de julho a agosto de 2018, com enfermeiros, por meio da autoaplicação do instrumento “*Safety Attitudes Questionnaire – SAQ Short Form 2006*”. Na segunda etapa, com delineamento exploratório descritivo, as questões do SAQ passaram por análise interpretativa, realizada por enfermeiras dedicadas ao estudo da temática, em abril de 2021. **Resultados:** os problemas na cultura de segurança do paciente na unidade de pronto atendimento relacionaram-se à estrutura, processos de gestão e processos clínicos, principalmente de caráter organizacional. **Conclusão:** a utilização da análise de cadeia causal permitiu a construção de uma matriz de análise, facilitando a identificação dos principais problemas relacionados à cultura de segurança do paciente na unidade de pronto atendimento.

**Descritores:** Segurança do Paciente. Cultura. Enfermagem em Emergência. Serviços Médicos de Emergência. Melhoria de Qualidade.

*Objective: to develop an analysis matrix to identify problems related to the patient safety culture in an emergency care unit in southern Brazil. Method: the first stage, with a descriptive cross-sectional design, occurred from July to August 2018, with nurses, through the self-application of the instrument “Safety Attitudes Questionnaire - SAQ Short Form 2006”. In the second stage, with a descriptive exploratory design, the SAQ questions underwent an interpretative analysis, carried out by nurses dedicated to the study of the subject, in April 2021. Results: the problems in the*

---

Autor (a) Correspondente: Carolina Poite de Siqueira, carolinasiqueira@ufpr.br

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8987-6727>

<sup>2</sup> Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0917-5301>

<sup>3</sup> Hospital Santa Casa de Curitiba. Curitiba, PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5664-5682>

<sup>4</sup> Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2971-5937>

<sup>5</sup> Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brazil. <https://orcid.org/0000-0002-4749-6061>

*patient safety culture in the emergency care unit were related to the structure, management processes and clinical processes, mainly of an organizational nature. Conclusion: the use of causal chain analysis allowed the construction of an analysis matrix, facilitating the identification of the main problems related to the patient safety culture in the emergency care unit.*

*Descriptors: Patient Safety. Culture. Emergency Nursing. Emergency Medical Services. Quality Improvement.*

*Objetivo: construir uma matriz de análise para identificar problemas relacionados com a cultura de segurança del paciente en una unidad de atención de emergencia en el sur de Brasil. Método: la primera etapa, con diseño transversal descriptivo, se llevó a cabo de julio a agosto de 2018, con enfermeros, mediante la autoaplicación del instrumento "Safety Attitudes Questionnaire – SAQ Short Form 2006". En la segunda etapa, con un diseño exploratorio descriptivo, las preguntas del SAQ pasaron por un análisis interpretativo, realizado por enfermeras dedicadas al estudio del tema, en abril de 2021. Resultados: los problemas en la cultura de seguridad del paciente en la unidad de atención de emergencia fueron relacionados con la estructura, los procesos de gestión y los procesos clínicos, principalmente de carácter organizacional. Conclusión: el uso del análisis de la cadena causal permitió la construcción de una matriz de análisis y facilitó la identificación de los principales problemas vinculados a la cultura de seguridad del paciente en la unidad de atención de emergencia.*

*Descriptores: Seguridad del Paciente. Cultura. Enfermería de Urgencia. Servicios Médicos de Urgencia. Mejoramiento de la Calidad.*

## Introdução

A segurança do paciente é um componente importante para a qualidade de assistência nos serviços de saúde<sup>(1)</sup>, e tem como finalidade diminuir ao máximo os riscos advindos da assistência, sendo que para alcançá-la é preciso desenvolver a cultura de segurança do paciente (CSP)<sup>(2)</sup>.

Define-se a CSP como a reunião de ações e comportamentos que permitem aos profissionais, aprenderem com os erros, para melhorar a qualidade do cuidado prestado à saúde. Sendo assim, leva à mudança do pensamento punitivo das práticas em saúde, possibilitando espaços de discussão para otimizar a assistência<sup>(2)</sup>.

Além disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs, em 2019, a realização de um plano de estratégias de direcionamento para todos os *stakeholders* da saúde, que foi consolidado em um documento envolvendo ações de melhoria da segurança do paciente. Este contou com estratégias de direcionamento dessas ações e promoveu uma estrutura para todos os países desenvolverem seus próprios planos de ação para a segurança do paciente<sup>(3)</sup>.

Dentre os cenários de atenção à saúde, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) foram criadas, em 2008, como estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, com perfil

de atendimento às urgências e emergências<sup>(4)</sup>. Considerados dinamicamente complexos, poucos são os estudos de investigação sobre segurança do paciente em serviços de emergência<sup>(5)</sup>, sendo apontado em uma recente revisão somente dois estudos realizados em UPA<sup>(6)</sup>, indicando a necessidade de ampliar os estudos sobre o tema nesses locais, dada a complexidade e particularidades existentes<sup>(7)</sup>.

Compreende-se que uma das formas possíveis de promover avanços nos serviços de saúde é a avaliação dos resultados de avaliação da CSP, sob a ótica do modelo teórico de cadeia causal<sup>(8)</sup>. Trata-se de um método eficiente para organização das informações, pois permite apresentar as relações causais que potencializam os problemas<sup>(9)</sup>.

A análise dos problemas relacionados à segurança do paciente à luz do modelo teórico da cadeia causal permite investigar cenários assistenciais distintos, com a utilização de diversos instrumentos, revelando-se ser técnica importante na proposição de estratégias de mudança que fortaleçam a segurança do paciente<sup>(10)</sup>.

Esse modelo utiliza duas ideias inter-relacionadas: a cadeia causal, que propicia a identificação de como uma intervenção pode impactar

em uma organização ou em um processo; e a necessidade da realização de uma avaliação anterior à implementação da intervenção<sup>(8)</sup>.

Baseado nos conceitos definidos por Donabedian e Reason, que convergem na ideia de que uma organização de saúde está inserida em um sistema maior e, assim, a cadeia causal se inicia com a estrutura dentro da qual um serviço é entregue, "fatores exógenos", ou seja, aqueles que não podem ser completamente determinados pelo gestor local, como por exemplo, diretivas nacionais<sup>(10)</sup>.

A cadeia causal continua pelos processos – "fatores endógenos" – que podem ser determinados por controle local, os quais são divididos em processos de gestão (políticas de recursos humanos, gestão de abastecimento etc.) e processos clínicos ou de *front end*. Já as variáveis intervenientes e comportamentais estão relacionadas à cultura de segurança, moral e atitude<sup>(10)</sup>.

Dessa forma, o modelo sugere que intervenções propostas para melhoria da segurança do paciente poderão focar os processos de gestão ou clínicos. As intervenções realizadas nos processos de gestão (intervenções genéricas), geralmente afetam a segurança do paciente através do seu efeito nas variáveis intervenientes e nos comportamentos/attitudes do pessoal, como moral e cultura. Já nos processos clínicos (intervenções diretas ou específicas), impactam diretamente no atendimento, como por exemplo, uma solução de engenharia para evitar a ligação errada de tubos anestésicos<sup>(10)</sup>.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi construir uma matriz de análise para identificação dos problemas relacionados à CSP em uma UPA da região Sul do Brasil.

## Método

A pesquisa desenvolveu-se em duas etapas: a primeira, com delineamento transversal descritivo, com a autoaplicação do questionário "Safety Attitudes Questionnaire – SAQ Short Form 2006" aos enfermeiros da UPA de uma cidade no sul do Brasil.

O local de estudo está em um município do sul do Brasil, que possui uma única UPA

habilitada como porte III. Atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde pacientes adultos e pediátricos, funcionando 24 horas por dia ininterruptamente.

Atende, ainda, predominantemente, pacientes com enfermidades de origem clínica, porém, também são atendidas vítimas de trauma ou com quadros cirúrgicos, os quais recebem o primeiro atendimento na UPA e são encaminhados para o serviço hospitalar.

Possui 22 leitos de observação para adulto, cinco de pediatria e quatro de emergência. A equipe multiprofissional é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, psicólogos, assistente social, farmacêuticos, técnico em radiologia, agentes administrativos, vigilantes, copeiras e o pessoal da higienização.

Foram incluídos na coleta de dados nessa etapa, os profissionais lotados no local de estudo que atuaram por um período superior a seis meses, e excluídos aqueles que se encontravam afastados por motivo de férias, licença saúde ou maternidade no período da coleta. A unidade contava com 24 enfermeiros, contudo, devido a uma exclusão por licença maternidade, a amostra final foi de 23 enfermeiros.

O recrutamento de participantes foi realizado pela pesquisadora principal, que convidou pessoalmente e individualmente cada enfermeiro, em seu local de trabalho, para participar da pesquisa. A pesquisadora explicou para cada participante o objetivo da pesquisa, bem como sobre o questionário SAQ e, após o aceite, foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido para assinatura do participante.

A coleta de dados da primeira etapa ocorreu nos meses de julho e agosto de 2018. O questionário foi autoaplicado em local definido pelos participantes durante seu horário de trabalho, tendo como tempo médio de preenchimento 10 minutos. A pesquisadora principal, acompanhada por uma aluna de Iniciação Científica, permaneceu no local à disposição para esclarecer eventuais dúvidas durante o preenchimento.

Os dados obtidos foram organizados em planilha de Excel® por dupla digitação, para identificação de eventuais inconsistências, as quais foram corrigidas com a checagem dos

questionários para composição do banco de dados para análise. Nenhum dado dos questionários foi perdido.

O *SAQ - Short Form* possui 41 questões, sendo as cinco primeiras sobre se o profissional já havia respondido o *SAQ* anteriormente, sobre o gênero, cargo ocupado, área de atuação (adulto, pediatria ou ambos) e tempo de atuação na especialidade. 36 questões voltadas à cultura de segurança, abrangendo seis domínios: clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho e reconhecimento de stress. As questões 14 e 33 a 36 não possuem domínio<sup>(11)</sup>.

As respostas de cada item do questionário seguem a escala tipo *Likert* (discordo totalmente (A)= 0 pontos; discordo parcialmente (B)= 25 pontos; neutro (C)= 50 pontos; concordo parcialmente (D)= 75 pontos; concordo totalmente (E)= 100 pontos, e não se aplica (X)= não pontua), sendo que a pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, em que zero representa a pior percepção do clima de segurança e 100 a melhor percepção. Considera-se um resultado positivo quando a pontuação total é maior ou igual a 75<sup>(11)</sup>. Nesta pesquisa, considerou-se que o “.h” refere à secretaria municipal de saúde e o “.u” à coordenação da UPA, nas questões 24 a 28.

Para a contagem de pontos, primeiramente, os itens reversos (questões 2, 11 e 36) foram recodificados, assim as respostas “concordo

totalmente” passaram a ser “discordo totalmente” e da mesma forma, analogamente, para os demais itens.

Após a organização dos dados e obtenção das frequências absolutas e relativas, para cada questão do *SAQ*, foi possível analisar aquelas que obtiveram as piores avaliações pela maioria dos participantes, ou seja, percentuais negativos acima de 50%. Os resultados obtidos foram analisados por estatística descritiva, com a caracterização dos enfermeiros; descrição do número absoluto; percentual de cada resposta para cada item.

A segunda etapa foi realizada em abril de 2021, com a participação de quatro enfermeiras recrutadas por conveniência, convidadas pessoalmente por se dedicarem ao estudo da temática segurança do paciente e conhecerem previamente o modelo de análise causal, sendo agendada a reunião em data e horário definido pelas participantes.

A pesquisadora principal coordenou a reunião com as enfermeiras de forma virtual pela plataforma *Microsoft Teams*®, na qual foram discutidos os dados obtidos na primeira etapa, com a interpretação qualitativa deles, a fim de se construir uma matriz de análise para identificação dos problemas baseado no modelo de Brown<sup>8</sup> (Figura 2). Essa reunião teve duração de duas horas, não foi áudio gravada, pois não houve necessidade de manter registro para análise posterior de dados.

**Figura 1** – Matriz do instrumento SAQ com base na proposta de Brown<sup>(8)</sup>. Curitiba, Paraná, Brasil – 2021.

ESTRUTURA	PROCESSOS		RESULTADOS
	PROCESSOS DE GESTÃO	PROCESSOS CLÍNICOS	

Fonte: Elaboração própria.

A pesquisadora principal iniciou a reunião explicando o objetivo da etapa. Cada questão do *SAQ* foi lida pela pesquisadora principal e após isso cada participante interpretava a questão definindo-a como um problema e relacionava às dimensões que compõem a cadeia causal

(estrutura, processo de gestão, processo clínico ou resultado), justificando o motivo da escolha; quando havia divergência de opinião, a questão era discutida até atingir-se um consenso.

Esta pesquisa possui o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de

número 66939717.3.3003.0100 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 2.573.420. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

A análise dos dados de caracterização dos participantes da primeira etapa da pesquisa revelou que a maioria dos enfermeiros não havia respondido o questionário previamente (n=19; 82.61%),

possuíam cargo de enfermeiros (n=19; 82.61%) e eram do sexo feminino (n=18; 78.26%). A maioria assinalou como atuação principal a assistência à pacientes adultos (n=11; 47.83%), seguido de pediatria e adultos (n=9; 39.13%). Quanto ao tempo na especialidade, a maior parte dos enfermeiros possui de 5 a 10 anos de carreira (n=10, 43.48%), seguido de 11 a 20 anos (n=7, 30.43%).

A Tabela 1 mostra a frequência absoluta e relativa para cada questão do SAQ respondida pelos participantes.

**Tabela 1** – Frequência absoluta e relativa (%) das questões 1 a 36 do SAQ. Curitiba, Paraná, Brasil – 2018. (N=36)

Questão	DT	DP	N	CP	CT	IA
1) As sugestões do (a) Enfermeiro (a) são bem recebidas nessa área	0; (0)	8; (34.8)	1; (4.4)	9; (39.1)	5; (21.7)	0; (0)
2) Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	3; (13)	7; (30.4)	1; (4.4)	<b>6;</b> <b>(26.1)</b>	<b>6;</b> <b>(26.1)</b>	0; (0)
3) Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	3; (13)	6; (26.1)	2; (8.7)	9; (39.1)	3; (13.1)	0; (0)
4) Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar do paciente	0; (0)	7; (30.4)	2; (8.7)	7; (30.4)	7; (30.5)	0; (0)
5) É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	1; (4.4)	4; (17.4)	0; (0)	9; (39.1)	9; (39.1)	0; (0)
6) Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham como uma equipe bem coordenada	2; (8.7)	8; (34.8)	1; (4.3)	12; (52.2)	0; (0)	0; (0)
7) Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	3; (13)	6; (26.1)	4; (17.4)	7; (30.4)	3; (13.1)	0; (0)
8) Erros são tratados de forma apropriada nessa área	<b>1;</b> <b>(4.3)</b>	<b>11;</b> <b>(47.8)</b>	1; (4.4)	8; (34.8)	2; (8.7)	0; (0)
9) Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	3; (13.1)	2; (8.7)	0; (0)	13; (56.5)	5; (21.7)	0; (0)
10) Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	<b>8;</b> <b>(34.8)</b>	<b>9;</b> <b>(39.1)</b>	0; (0)	2; (8.7)	3; (13)	1; (4.3)
11) Nesta área, é difícil discutir sobre erros	6; (26.1)	5; (21.7)	1; (4.4)	7; (30.4)	4; (17.4)	0; (0)
12) Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	<b>5;</b> <b>(21.7)</b>	<b>8;</b> <b>(34.8)</b>	1; (4.4)	4; (17.4)	5; (21.7)	0; (0)
13) A cultura nesta área torna fácil aprender com o erro dos outros	3; (13)	2; (8.7)	2; (8.7)	14; (60.9)	2; (8.7)	0; (0)
14) Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração	<b>5;</b> <b>(21.8)</b>	<b>7;</b> <b>(30.4)</b>	2; (8.7)	9; (39.1)	0; (0)	0; (0)
15) Eu gosto do meu trabalho	0; (0)	2; (8.7)	0; (0)	6; (26.1)	15; (65.2)	0; (0)
16) Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	4; (17.4)	4; (17.4)	2; (8.7)	9; (39.1)	4; (17.4)	0; (0)

**Tabela 1** – Frequência absoluta e relativa (%) das questões 1 a 36 do SAQ. Curitiba, Paraná, Brasil – 2018. (N=36) (continua)

Questão	DT	DP	N	CP	CT	IA
17) Este é um bom lugar para trabalhar	6; (26.1)	5; (21.7)	2; (8.7)	6; (26.1)	4; (17.4)	0; (0)
18) Eu me orgulho de trabalhar nesta área	0; (0)	4; (17.4)	1; (4.4)	7; (30.4)	11; (47.8)	0; (0)
19) O moral nesta área é alto	<b>2;</b> <b>(8.7)</b>	<b>10;</b> <b>(43.5)</b>	3; (13)	5; (21.7)	3; (13.1)	0; (0)
20) Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	3; (13)	0; (0)	1; (4.4)	0; (0)	19; (82.6)	0; (0)
21) Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)	1; (4.4)	0; (0)	2; (8.7)	3; (13)	17; (73.9)	0; (0)
22) Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	2; (8.7)	1; (4.3)	2; (8.7)	6; (26.1)	11; (47.8)	1; (3)
23) O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiopulmonar, convulsões)	2; (8.7)	3; (13)	1; (4.4)	8; (34.8)	9; (39.1)	0; (0)
24.u) A administração apoia meus esforços diários	<b>8;</b> <b>(34.8)</b>	<b>8;</b> <b>(34.8)</b>	1; (4.3)	2; (8.7)	4; (17.4)	0; (0)
25.u) A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente	4; (17.4)	6; (26.1)	5; (21.7)	7; (30.4)	1; (4.4)	0; (0)
26.u) A administração está fazendo um bom trabalho	4; (17.4)	7; (30.4)	2; (8.7)	7; (30.4)	3; (13.1)	0; (0)
27.u) Profissionais problemáticos são tratados de maneira construtiva por nossa	<b>11;</b> <b>(47.8)</b>	<b>7;</b> <b>(30.4)</b>	3; (13.1)	2; (8.7)	0; (0)	0; (0)
28.u) Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a)	<b>8;</b> <b>(34.8)</b>	<b>6;</b> <b>(26.1)</b>	2; (8.7)	4; (17.4)	3; (13)	0; (0)
24.h) A administração apoia meus esforços diários	<b>13;</b> <b>(56.5)</b>	<b>5;</b> <b>(21.7)</b>	0; (0)	1; (4.4)	4; (17.4)	0; (0)
25.h) A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente	3; (13)	8; (34.8)	4; (17.4)	7; (30.4)	1; (4.4)	0; (0)
26.h) A administração está fazendo um bom trabalho	<b>6;</b> <b>(26.1)</b>	<b>7;</b> <b>(30.4)</b>	2; (8.7)	6; (26.1)	2; (8.7)	0; (0)
27.h) Profissionais problemáticos são tratados de maneira construtiva por nossa	<b>11;</b> <b>(47.8)</b>	<b>6;</b> <b>(26.1)</b>	3; (13)	3; (13.1)	0; (0)	0; (0)
28.h) Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a)	<b>9;</b> <b>(39.1)</b>	<b>6;</b> <b>(26.1)</b>	2; (8.7)	4; (17.4)	1; (4.3)	1; (3)
29) Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	<b>15;</b> <b>(65.2)</b>	<b>4;</b> <b>(17.4)</b>	0; (0)	4; (17.4)	0; (0)	0; (0)
30) Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	<b>16;</b> <b>(69.6)</b>	<b>3;</b> <b>(13)</b>	0; (0)	2; (8.7)	1; (4.3)	1; (3)
31) Toda informação para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	<b>4;</b> <b>(17.4)</b>	<b>11;</b> <b>(47.8)</b>	0; (0)	5; (21.7)	3; (13.1)	0; (0)
32) Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	<b>6;</b> <b>(26.1)</b>	<b>7;</b> <b>(30.4)</b>	1; (4.4)	5; (21.7)	2; (8.7)	2; (7)
33) Eu vivencio boa colaboração com os (as) Enfermeiros (as) nesta área	0; (0)	2; (8.7)	2; (8.7)	14; (60.9)	5; (21.7)	0; (0)
34) Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	1; (4.4)	3; (13)	2; (8.7)	14; (60.9)	3; (13)	0; (0)

**Tabela 1** – Frequência absoluta e relativa (%) das questões 1 a 36 do SAQ. Curitiba, Paraná, Brasil – 2018. (N=36) (conclusão)

Questão	DT	DP	N	CP	CT	IA
35) Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área	0; (0)	4; (17.4)	5; (21.7)	6; (26.1)	8; (34.8)	0; (0)
36) Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	12; (52.2)	6; (26.1)	2; (8.7)	1; (4.3)	2; (8.7)	0; (0)

Fonte: Elaborado própria.

Nota: IA - informação anulada; CT - concordo totalmente; CP - concordo parcialmente; N - neutro, DP - discordo parcialmente; DT - discordo totalmente; u - administração da unidade; h - administração do hospital

É possível verificar que dentre as 36 questões do SAQ respondidas pelos participantes, 14 obtiveram respostas negativas. Foram elas: Q2 (n=12; 52%); Q8 (n=12; 52%); Q10 (n=17; 74%); Q12 (n=8; 56%); Q14 (n=12; 52%); Q19 (n=12; 52%); Q24.u/Q24.h (n=16; 70%/n=18; 78%); Q26.h (n=13; 56%); Q27.u/Q27.h

(n=18; 78%/n=17; 74%); Q28.u/Q28.h (n=14; 61%/n=15; 65%); Q29 (n=19; 83%); Q30 (n=19; 83%); Q31 (n=15; 65%); Q32 (n=13; 56%).

A segunda etapa foi desenvolvida pela discussão realizada com as Enfermeiras, que permitiu a construção da matriz de análise (Quadro 1).

**Quadro 1** – Matriz do instrumento SAQ com base na proposta de Brown<sup>(8)</sup>. Curitiba, Paraná, Brasil – 2021 (continuação)

ESTRUTURA	PROCESSOS		RESULTADOS
	PROCESSOS DE GESTÃO	PROCESSOS CLÍNICOS	
Ambiente de trabalho inadequado (Q22) Número de insuficiente de profissionais (Q29) Infraestrutura inadequada (Q31)	Sentimento de desvalorização profissional/ problemas com hierarquia (Q1) Processo de trabalho falho(Q9) Falta de feedback (Q10) Sentimento de desvalorização profissional (Q14, Q24) Sobrecarga de trabalho (Q20, Q21, Q23) Ambiente de trabalho inadequado (Q22) Descontentamento com o trabalho da gestão (Q25, Q26) Política de gestão de pessoas inadequada (Q27) Qualificação profissional inadequada (Q29) Falta de treinamento na admissão de novos profissionais (Q30) Falta de supervisão de estagiários (Q32)	Sentimento de desvalorização profissional/ Cultura punitiva (Q2) Relacionamento Interpessoal prejudicado (Q3, Q5) Falta de trabalho em equipe (Q4) Falta de trabalho em equipe (Q6) Credibilidade frágil (Q7) Cultura justa/cultura punitiva (Q8, Q13) Cultura punitiva (Q11) Cultura justa (Q12) Insatisfação no trabalho (Q15, Q16, Q17, Q18, Q19) Falha de comunicação (Q28, Q31, Q36) Relacionamento interpessoal prejudicado (Q33, Q34, Q35)	Não há questões

Fonte: Elaboração própria.

A matriz de análise possibilitou identificar quais questões do SAQ estavam relacionadas

às dimensões do modelo de cadeia causal e demonstrou, ainda, a possibilidade da mesma

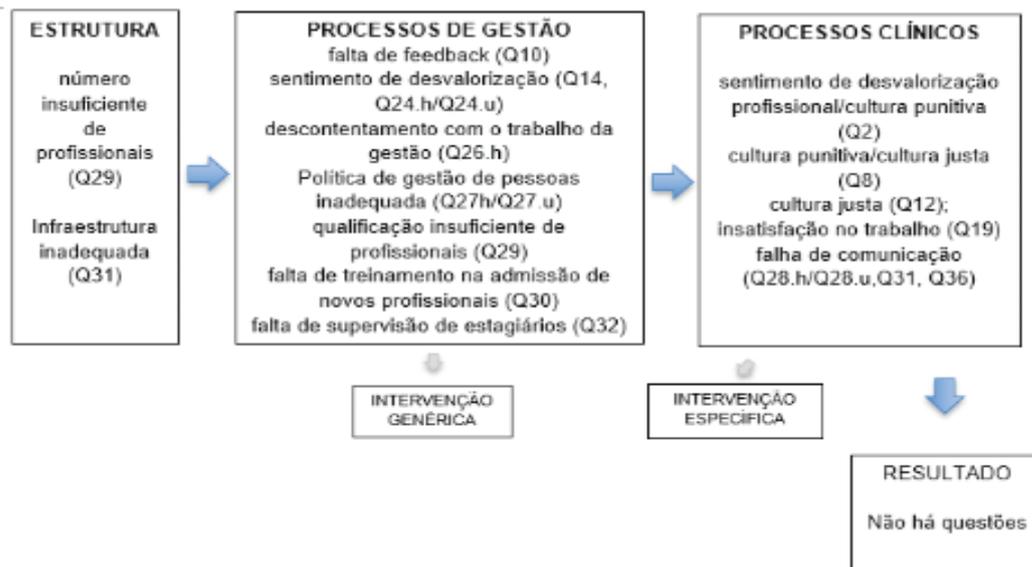
questão pertencer a mais de uma dimensão, como por exemplo, na questão 26 que diz: “A administração está fazendo um bom trabalho”, identificada na dimensão estrutura e processos de gestão, pois o trabalho da gestão pode ser mal avaliado devido a fatores externos que não são de sua governabilidade, como resoluções do Ministério da Saúde, ou então por políticas internas inadequadas.

Verifica-se que, dentre as 36 questões do SAQ, 21 pertencem à dimensão de processos clínicos, 15 a de processos de gestão e cinco à estrutura.

As questões 22, 25, 26, 29 foram consideradas como pertencentes tanto as dimensões de processos de gestão quanto à estrutura, e a questão 31 às dimensões de processos clínicos e estrutura.

A partir da matriz de análise construída (Figura 1), foi possível identificar a qual dimensão pertencem as questões piores, avaliadas do SAQ, auxiliando a reconhecer os principais problemas relacionados à cultura de segurança do paciente na UPA, o que possibilitou a construção de um modelo adaptado da cadeia causal (Figura 2).

**Figura 2** – Modelo adaptado da cadeia causal. Curitiba, Paraná, Brasil – 2021.



Fonte: Elaboração própria.

Nota: Adaptado de Brown<sup>(8)</sup>.

Desta forma, de acordo com o modelo adaptado de cadeia causal, dentre as questões piores avaliadas pelos participantes, oito pertencem à dimensão de processos gestão, sete à processos clínicos e duas foram identificadas como pertencentes a mais de uma dimensão.

## Discussão

A análise das questões do SAQ à luz do modelo da cadeia causal propiciou a identificação dos principais problemas na CSP na UPA pesquisada, apontando fragilidades nos processos de gestão, clínicos e de estrutura.

O modelo teórico de cadeia causal foi utilizado previamente em outra pesquisa, a qual

avaliou a CSP na atenção primária a saúde (APS), revelando problemas na segurança do paciente na APS e possibilitando a elaboração de estratégias genéricas e específicas, correspondentes à estrutura e ao processo de gestão, sendo eles: manutenção de equipamentos; aquisição de materiais e ações direcionadas ao processo de trabalho, as quais foram validadas por enfermeiras pós graduandas<sup>(10)</sup>.

A seguir, para melhor compreensão e desencadeamento de ideias, os resultados obtidos foram apresentados segundo as dimensões do modelo de análise de cadeia causal de Brown<sup>(8)</sup>.

## Estrutura

O dimensionamento inadequado foi apontado pelos participantes na questão “Nesta área, o número e à qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes” (Q29). A discrepância do quantitativo de recursos humanos de enfermagem com a carga de trabalho é apontada como um dos principais motivos relacionado à má qualidade da assistência de enfermagem<sup>(12)</sup>.

Um estudo realizado em uma UPA apontou como ação proposta pelos enfermeiros para melhoria do quadro de pessoal de enfermagem a seguintes atuação: implementação de um sistema de classificação de pacientes utilizando a escala de Fugulin, como ferramenta para gerar dados que subsidie o cálculo para o dimensionamento da equipe de enfermagem<sup>(13)</sup>, ressaltando a importância da participação dos profissionais, assim como a utilização de ferramentas de gestão do cuidado.

Já a questão 31 “Toda informação para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim” também pode estar relacionada a um problema com infraestrutura inadequada, como indisponibilidade de sistemas informatizados ou então de equipamentos.

A ineficácia dos sistemas de informação, com falta ou informações incompletas acerca do paciente, como dados importantes de saúde e doença, prejudica o processo de decisão<sup>(7)</sup>, o que poderá repercutir negativamente na segurança assistencial.

## Problemas nos processos de gestão

A falta de *feedback* é evidenciada na questão “Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho” (Q10). Nesse sentido, profissionais entrevistados em um estudo<sup>(14,5)</sup> sugeriram a realização de reuniões multiprofissionais “as quais permitam abertura para o diálogo, avaliações de desempenho e *feedback* contínuos”, pois possibilitaram discutir os problemas do dia a dia, propondo soluções e promovendo comunicação efetiva.

As questões “Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração” (Q14), “O moral nesta área

é alto”, (Q19) e “A administração apoia meus esforços diários” (Q24.u/Q24.h) podem ser associadas ao sentimento de desvalorização por parte dos participantes, visto que consideram que não seriam “ouvidos”, que a moral na UPA é baixa e que seu esforço não é apoiado.

A valorização profissional é um fator contribuinte para melhoria na cultura de segurança, pois o profissional se sente valorizado quando expõe seus desejos e contribuições, com discussões multiprofissionais horizontais, com responsabilização de ações<sup>(14)</sup>.

Já a questão “A administração está fazendo um bom trabalho” (Q26.h), aponta o descontentamento dos participantes com a gestão atual. A falta de apoio da gestão para as questões de segurança do paciente foi apontada por enfermeiros como um desafio na implementação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em uma UPA, segundo estes profissionais a falta de envolvimento e investimento financeiro são percebidos como desinteresse da gestão<sup>(6)</sup>.

Outras pesquisas também apontaram resultados semelhantes, com pontuação baixa nessa questão<sup>(15,16)</sup>. Isso mostra que a gerência, em diferentes cenários de assistência à saúde, é percebida como fator contribuinte para a cultura desfavorável à segurança do paciente.

A política de gestão de pessoas inadequada tem como questão “Profissionais problemáticos são tratados de maneira construtiva por nossa” (Q27h/Q27.u). Sabe-se que a atenção dos sistemas de saúde está focada na Gestão de Pessoas (GP). A OMS relata que o planejamento de recursos humanos é essencial para assegurar que os profissionais sejam capazes de atingir os objetivos propostos, para que se obtenha a qualidade do cuidado e a quantidade ideal de colaboradores<sup>(17)</sup>.

Para o fortalecimento da GP no âmbito da enfermagem, a OMS reuniu enfermeiros líderes para discutir as prioridades de liderança e governança, e dentre os assuntos foi debatido a formulação de uma política e um plano nacional para os recursos humanos<sup>(17)</sup>.

A qualificação inadequada dos profissionais apontada na questão 29 “Nesta área, o número e à qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes” é um

fator que pode contribuir para problemas como cuidados insuficientes, atraso na alta e aumento no tempo de espera para a primeira avaliação<sup>(7)</sup>, o que enfatiza a importância da educação permanente, fato este reconhecido pela mal avaliação na questão “Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe” (Q30).

A educação permanente é importante estratégia no desenvolvimento da segurança do paciente, como apontado em um estudo no qual houve diminuição de pneumonia associada à ventilação mecânica após ações educativas<sup>(18)</sup>. A capacitação dos profissionais na UPA foi considerada, em um estudo, como facilitador da implementação do NSP, “pois deixa o profissional aberto às novas mudanças, normas e compreensão da importância de novas ações”<sup>(6,8)</sup>.

A última problemática observada é “Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados” (Q32). A presença de estagiários em um serviço de emergência é considerada fator de risco para erros na assistência<sup>(7)</sup>, o que aponta a extrema importância do acompanhamento desses alunos por uma supervisão direta.

Sabe-se que o desafio do estágio supervisionado é promover o rompimento do ensino fragmentado e construir relações com diferentes áreas de conhecimentos, mas nota-se que há falha nesse processo, pois a sobrecarga de trabalho, estresse e a alta demanda impossibilitam que o enfermeiro realize a supervisão do estagiário adequadamente<sup>(19)</sup>.

### *Problemas nos processos clínicos*

As questões: “Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente” (Q2), “Erros são tratados de maneira apropriada nesta área” e “Erros são tratados de forma apropriada nessa área” (Q8), podem ser vinculadas à cultura punitiva e à falta de cultura justa percebida nas respostas negativas à questão “Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter relacionadas à segurança do paciente nesta área” (Q12).

Estudo que avaliou a cultura de segurança em diversos hospitais iranianos, apontou que

as dimensões de *feedback* e comunicação sobre erros, abertura de comunicação pessoal e resposta não punitiva ao erro, mostraram-se pontos fracos<sup>(20)</sup>, semelhante a esta pesquisa.

É preciso modificar a forma como os erros são apurados e considerá-los como algo além da consequência individual, mas também como decorrente de fragilidades do sistema organizacional, promovendo a cultura justa em detrimento da cultura punitiva, para que os profissionais se sintam seguros em relatar que cometeram uma falha<sup>(21)</sup>.

A questão 19 “O moral nesta área é alto”, pode estar relacionado à insatisfação no trabalho. Um estudo realizado em vários hospitais em Taiwan apontou que a insatisfação no trabalho por parte de enfermeiros estava relacionada à intenção de deixar o emprego, devido a uma proporção enfermeiro/paciente inadequada<sup>(22)</sup>. Outra pesquisa, feita com enfermeiros em hospitais eslovenos, identificou que o alto nível de estresse e seus fatores também estavam relacionados à insatisfação no trabalho<sup>(23)</sup>.

É necessário estimular os enfermeiros a contribuírem nas formulações de ações de melhoria na UPA, dando a ideia de responsabilidade coletiva, levando esses profissionais a sentirem-se motivados em prol de mudanças e melhoria no ambiente de trabalho<sup>(6)</sup>. A participação nessas formulações os faz sentirem-se valorizados, melhorando seu comprometimento com o trabalho, impactando indiretamente na segurança do paciente na UPA<sup>(13)</sup>.

Outro problema evidenciado pelos participantes foi na comunicação, na questão “Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível para mim” (Q31), na “Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do(a)” (Q28.u/Q28h) e na “Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns” (Q36).

A comunicação foi considerada fator de fraqueza em uma revisão sistemática feita na Arábia Saudita, incluindo má comunicação entre os profissionais de saúde, entre os departamentos do hospital e entre os provedores de saúde e os pacientes<sup>(24)</sup>. Outro estudo corrobora com esses achados, apontando que falhas na comunicação

no serviço de emergência contribuem negativamente para falhas no cuidado, principalmente em etapas de transição<sup>(7)</sup>.

Melhorar a segurança do paciente vai além de investimentos financeiros que geram custos, como fornecimento de equipamentos e sistemas eletrônicos adequados para comunicação e compartilhamento de informações, mas principalmente melhoria nos processos de trabalho e gestão, como, por exemplo, melhoria do conhecimento dos enfermeiros sobre segurança do paciente, colaboração na execução de tarefas, redução de cargas de trabalho, *feedback* regular e padronização dos processos de cuidado<sup>(21)</sup>.

Desta maneira, acredita-se na importância do reconhecimento de quais são as fragilidades, de acordo com a cadeia causal, que comprometem a segurança do paciente. Tal levantamento permite o direcionamento adequado dos esforços e recursos.

Sendo assim, ao tentar modificar a cultura da organização, por meio de intervenções nos processos de gestão, estar-se-ia intervindo em condições latentes e, desta forma, interferindo na ocorrência de atos inseguros, por meio do planejamento de intervenções, as quais deverão ser baseadas na compreensão da cadeia causal do erro<sup>(8)</sup>.

Como limitações da pesquisa, apresenta-se a especificidade local, coleta de dados somente com enfermeiros e o pequeno tamanho da amostra na primeira etapa. Portanto, os resultados não são generalizáveis e servem apenas ao contexto no qual a pesquisa foi desenvolvida, contudo, podem servir de base para aplicação em outros contextos, com maior abrangência e que possibilitem análise dos processos de gestão e clínicos, bem como as respectivas intervenções necessárias, sejam elas genéricas ou específicas, qualificando e solidificando o planejamento em saúde.

Já na segunda etapa, a discussão ateu-se somente à análise das questões do *SAQ*, devido ser o objetivo do estudo, não sendo discutidas e propostas intervenções de melhoria, o que se configura também como uma limitação.

Outra limitação encontrada foi em relação ao instrumento *SAQ* o qual traz questões subjetivas, relacionadas à atitude do profissional e, portanto, não identifica diretamente problemas

na segurança do paciente, porém auxilia nisso, talvez outro instrumento apontaria outros problemas.

A inovação desta pesquisa reside na abordagem diferenciada de análise das questões do *SAQ*, visto que não se restringiu aos domínios do instrumento, mas à compreensão dos processos da cadeia causal.

Ainda se ressalta que os resultados obtidos oferecem subsídios à gerência da unidade em que o estudo foi realizado, com vistas ao planejamento de intervenções assertivas, a partir do diagnóstico prévio obtido com a pesquisa.

## Conclusão

A realização deste estudo permitiu atingir o objetivo proposto, por meio da construção da matriz de análise, onde foram identificadas a qual dimensão da cadeia causal as questões do *SAQ* pertenciam.

Além disso, após a construção da matriz de análise, foram identificados por meio das dimensões da cadeia causal, os problemas relacionados à segurança do paciente, sendo relacionados à dimensão estrutura, processos de gestão e processos clínicos, os quais apontaram o caráter organizacional envolvido nas questões de segurança do paciente na UPA. Tais achados são uma importante contribuição ao gerenciamento, uma vez que possibilitam o planejamento de ações de melhoria.

Sugere-se a realização de novas pesquisas em outros serviços de saúde, incluindo-se diferentes categorias profissionais, para que a avaliação da cultura de segurança por meio da análise da cadeia causal seja ampliada e se fortaleça como estratégia diagnóstica para a identificação dos problemas associados à segurança do paciente e o planejamento de ações estratégicas.

## Colaborações

1 – concepção e planejamento do projeto: Karla Crozeta Figueiredo, Sonia Maria Kalkmann de Macedo e Carolina Poite de Siqueira;

2 – análise e interpretação dos dados: Karla Crozeta Figueiredo e Carolina Poite de Siqueira;

3 – redação e/ou revisão crítica: Carolina Poite de Siqueira, Karla Crozeta Figueiredo, Thaiane Almeida Silva Pol, Rebeca Iwankiw Lessa Beltran e Sonia Maria Kalkmann de Macedo;

4 – aprovação da versão final: Carolina Poite de Siqueira, Karla Crozeta Figueiredo, Thaiane Almeida Silva Pol e Rebeca Iwankiw Lessa Beltran.

### Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesses.

### Referências

- Raimondi DC, Bernal SCZ, Oliveira JLC, Matsuda LM. Patient safety culture in primary health care: analysis by professional categories. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2019; 40(spe): e20180133. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180133>
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília (DF); 2013 [cited 2021 Aug 18]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauodelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauodelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
- World Health Organization (WHO). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva; 2021 [cited 2021 Dec 19]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 10, 03 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (DF); 2017 [cited 2021 Aug 18]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauodelegis/gm/2017/prt0010\\_03\\_01\\_2017.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauodelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html)
- Cheguini Z, Janati A, Afkhami M, Behjati, Islam SMS. A comparative study on patient safety culture among emergency nurses in the public and private hospitals of Tabriz. *Iran. Nurs. Open.* 2020; 7(3): 768-75. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/Fnop2.449>
- Marques CA, Rosetti KAG, Portugal FB. Segurança do paciente em serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. baiana saúde pública.* 2021, 45(2): 172-194. DOI: 10.22278/2318-2660.2021.v45.n2.a3405
- Silva ET, Matsuda LM, Paulino GME, Camillo NRS, Simões AC, Ferreira AMD. Factors that influence patient safety in urgency and emergency services: integrative review. *Rev. Baiana enferm.* 2020, 33. DOI: 10.18471/rbe.v33.33408
- Brown C, Hofer T, Johal A, Thomson R, Nicholl J, Franklin BD et al. An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 1. Conceptualising and developing interventions. *Qual Saf Health Care.* 2008; 17 (3): 158–162. DOI: <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023630>
- Silva PHP, Ribeiro MMR, Miranda LIB. Use of causal chain for an institutional analysis of water resources management in a semiarid reservoir in Paraíba. *Eng. Sanit. Ambient.* 2017; 22(4): 637-646. DOI: 10.1590/S1413-41522017149982
- Macedo SMK, Figueiredo KC, Peres AD, Borges F, Siqueira CP, Costa AKR. Problems and strategies related to patient safety in primary health care. *Research, Society and Development.* 2020; 9(10): e9129109335. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9335>
- Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20(3): 575-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
- Poortaghi S, Ebadi A, Salsali M, Raiesifar A, Davoudi N, Pourgholamamiji N. Significant influencing factors and practical solutions in improvement of clinical nursing services: a Delphi study. *BMC Health Serv Res.* 2020; 20(3). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4781-y>
- Siqueira CP, Figueiredo KC, Khalaf DK, Wall ML, Barbosa SFF, Silva TA. Patient safety in an emergency care unit: planning strategic actions. *Rev enferm UERJ.* 2021; 29:e55404. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.55404>
- Heidmann A, Trindade LF, Schmidt CR, Loro MM, Fontana RT, Kolankiewicz ACB. Contributive factors for the consolidation of patient safety culture in the hospital environment. *Esc. Anna Nery.* 2020; 24(1): e20190153. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0153>
- Carvalho PA, Amorim FF, Casulari IA, Gottens LBD. Safety culture in the perception of public-hospital

- health professionals. *Rev Saude Publica*. 2021; 55(56). DOI:10.11606/s1518-8787.2021055002838
16. Alzahrani N, Abdel-Latif ME, Jones R. Attitudes of doctors and nurses toward patient safety within emergency departments of two Saudi Arabian hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2018; 18(1). Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3542-7>
  17. Francisco QAS. Participação dos gestores de enfermagem na gestão de pessoas: um estudo do tipo survey [dissertação]. Alfenas (MG): Universidade Federal de Alfenas; 2020.
  18. Branco A, Lourençone EMS, Monteiro AB, Fonseca JP, Blatt CR, Caregnato RCA. Education to prevent ventilator-associated pneumonia in intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020; 73 (6): e20190477. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0477>
  19. Pimentel EC, Vasconcelos MVL, Rodarte RS, Célia Pedrosa CMS, Pimentel FSC. Teaching and Learning in Supervised Internship: Integrated Internship in Health. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2015; 39(3): 325-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e01262014>
  20. Raeissi P, Reisi N, Nasiripour AA. Assessment of Patient Safety Culture in Iranian Academic Hospitals - Strengths and Weaknesses. *Journal of Patient Safety*. 2018; 14(4): 213-226. 2018. DOI: 10.1097/PTS.000000000000019
  21. Barros CG, Felix TG. Cultura de Segurança. In: BOPSIN, P.S.; RIBAS, E.O.; SILVA, D.M. Guia prático para a segurança do paciente. Porto Alegre: Moriá, 2019. p.83-92
  22. Chen YC. A Patient–Nurse Ratio is Related to Nurses' Intention to Leave Their Job through Mediating Factors of Burnout and Job Dissatisfaction. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(23): 4801. DOI: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph16234801>
  23. Dobnik M, Maletic M, Skela-Savic B. Work-Related Stress Factors in Nurses at Slovenian Hospitals - A Cross-sectional Study. *Zdr Varst*. 2018; 57(4): 192-200. DOI: <https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0024>
  24. Albalawi A, Kidd I, Cowey E. Factors contributing to the patient safety culture in Saudi Arabia: a systematic review. *BMJ Open*. 2020; 10(10): e037875. DOI: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037875>
  25. Vaismoradi M, Tella S, Logan PA, Khakurel J, Vizcaya-Moreno F. Nurses' Adherence to Patient Safety Principles: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(6): 2028. DOI: 10.3390/ijerph17062028.

Recebido: 13 de julho de 2022

Aprovado: 6 de dezembro de 2022

Publicado: 15 de maio de 2023



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.