



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL DA REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE
DA FAMÍLIA

ROSANA LIBERATO LOPES

SEGURANÇA DO PACIENTE NA PANDEMIA DE COVID-19: PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

FORTALEZA - CEARÁ

2023

ROSANA LIBERATO LOPES

SEGURANÇA DO PACIENTE NA PANDEMIA DE COVID-19: percepção dos
profissionais da Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde da
Família da Universidade Estadual do
Ceará, como requisito parcial à obtenção
do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Patrícia Freire de
Vasconcelos

Co-Orientadora: Prof.^a Dra. Andressa
Suelly Saturnino de Oliveira

FORTALEZA - CEARÁ

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo SidUECE, mediante os dados fornecidos pelo(a)

Lopes, Rosana Liberato.

Segurança do paciente na pandemia de covid-19: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde [recurso eletrônico] / Rosana Liberato Lopes. – 2023.

118 f. : il.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Programa de Pós-graduação Em Saúde da Família – Mestrado Profissional, Fortaleza, 2023.

Orientação: Prof.^a Dra. Patrícia Freire de Vasconcelos.

Coorientação: Prof.^a Dra. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira.

1. Segurança do paciente. 2. atenção primária à saúde. 3. COVID-19. 4. clima de segurança do paciente. I. Título.

ROSANA LIBERATO LOPES

SEGURANÇA DO PACIENTE NA PANDEMIA DE COVID-19: percepção dos
profissionais da Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde da
Família da Universidade Estadual do
Ceará, como requisito parcial à obtenção
do título de Mestre em Saúde da Família.

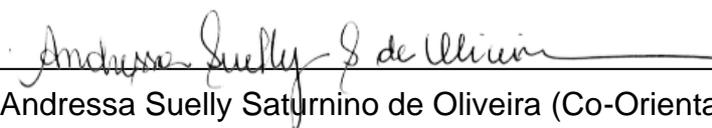
Aprovado em: 16 de março de 2023.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dra. Patrícia Freire de Vasconcelos (Orientadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB



Prof.^a Dra. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira (Co-Orientadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB



Prof.^a Dra. Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho (Membro efetivo)

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof. Dr. Paulo César de Almeida (Membro efetivo)

Universidade Estadual do Ceará – UECE

A todos os profissionais de saúde, especialmente, aos colegas enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que se doaram para salvar vidas durante a pandemia de COVID-19.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas bênçãos da vida e pela missão do trabalho na profissão da Enfermagem.

Ao Mestre José Gabriel da Costa, pela presença amiga.

A minha família, aos meus pais Antônio Francisco e Maria Roselina, pelo auxílio e incentivo.

Às Professoras, Dra. Patrícia Freire de Vasconcelos e Dra. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira, pelos ensinamentos, pelas orientações e pela parceria.

Aos membros da banca examinadora, Profa. Dra. Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho e Prof. Dr. Paulo César de Almeida, pela colaboração e pelas considerações.

À coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UECE/RENASF, pela oportunidade e pela dedicação aos discentes.

Aos queridos companheiros da 4ª Turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UECE: Florescer do SUS, pela amizade e pelo carinho.

Aos profissionais de saúde da Atenção Primária do Ceará, pela participação na pesquisa.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que num dado momento, a tua fala seja a tua prática”.

(Paulo Freire)

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar o clima de segurança do paciente durante a pandemia de COVID-19 na perspectiva dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado, de maio a setembro de 2022, com 396 profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde, contemplando 48 municípios do Ceará e trabalhadores de nove categorias profissionais. Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica de cadeia de referência e o instrumento foi um questionário eletrônico, dividido em três partes: dados pessoais e profissionais, características do trabalho nas UBS e o *Primary Care-SafeQuest (PC-SafeQuest)* para a mensuração do clima de segurança. A análise descritiva e inferencial foi feita no programa IBM SPSS Statistics. Foram calculados média, desvio-padrão, IC 95%, mediana e os testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer de Nº 3.128.082. Os participantes, com maior frequência, tinham idade entre 30 e 49 anos (253; 63,9%), eram mulheres (322; 81,3%), atuavam há mais de 10 anos na APS (164; 41,4%), com carga horária semanal de trabalho de até 40h (354; 89,4%), sendo exclusivo o vínculo laboral com a UBS (332; 83,8%). Quanto às características do trabalho realizado para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 nas UBS, destacaram-se: agendamento de gestantes, crianças e de pacientes portadores de DCNT (286; 72,2%), acolhimento realizado por profissional de saúde designado para a classificação de risco dos sintomáticos respiratórios (322; 81%); monitoramento por ligações telefônicas (257; 64,8%) ou *WhatsApp* (271; 68,4%); capacitações sobre monitoramento domiciliar de casos de síndrome gripal e/ou busca ativa de contatos (306; 77,2%). Os profissionais confirmaram existir na UBS: protocolo para prevenção da contaminação pela Covid-19 (371; 93,7%), equipamento para monitoramento dos sintomáticos respiratórios (361; 91,1%); e a presença de pelo menos um material/insumo para a prevenção de contágio pelo COVID-19 (394; 99,5%). O clima de segurança do paciente obteve a média de pontuação de $5,1 \pm 0,9$ (de uma escala de 7 pontos) pelo *PC-SafeQuest*. Dos cinco domínios, quatro apresentaram médias dos respectivos itens também correspondentes a 5 pontos. Concluiu-se que os participantes avaliaram o clima de segurança do paciente na APS do Ceará durante a pandemia de Covid-19 de forma positiva, verificando-se que os facilitadores para essa avaliação foram a

comunicação, a liderança, o trabalho em equipe e os sistemas de segurança e aprendizagem, entretanto a carga de trabalho na unidade apresentou-se como uma barreira.

Palavras-chave: Segurança do paciente; atenção primária à saúde; COVID-19; clima de segurança do paciente.

ABSTRACT

The aim of the study was to assess the patient safety climate during the COVID-19 pandemic from the perspective of primary health care professionals. This is a cross-sectional, analytical study, carried out from May to September 2022, with 396 health professionals from Primary Health Care, covering 48 municipalities in Ceará and workers from nine professional categories. For data collection, the reference chain technique was used and the instrument was an electronic questionnaire, divided into three parts: personal and professional data, work characteristics at the UBS and the Primary Care-SafeQuest (PC-SafeQuest) to measuring the safety climate. Descriptive and inferential analysis was performed using the IBM SPSS Statistics program. Mean, standard deviation, 95% CI, median, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests were calculated. The research was approved by the Research Ethics Committee, with opinion No. 3,128,082. The participants, more frequently, were between 30 and 49 years old (253; 63.9%), were women (322; 81.3%), worked for more than 10 years in PHC (164; 41.4%) , with a weekly workload of up to 40 hours (354; 89.4%), with an exclusive employment relationship with the UBS (332; 83.8%). As for the characteristics of the work carried out to face the COVID-19 pandemic at the UBS, the following stand out: scheduling pregnant women, children and patients with CNCDs (286; 72.2%), reception carried out by a health professional designated to the risk classification of respiratory symptoms (322;81%); monitoring by phone calls (257; 64.8%) or WhatsApp (271; 68.4%); training on home monitoring of cases of flu syndrome and/or active search for contacts (306; 77.2%). Professionals confirmed that the UBS had: protocol for preventing contamination by Covid-19 (371; 93.7%), equipment for monitoring respiratory symptoms (361; 91.1%); and the presence of at least one material/input for the prevention of contagion by COVID-19 (394; 99.5%). Patient safety climate averaged a score of 5.1 ± 0.9 (on a 7-point scale) on the PC-SafeQuest. Of the five domains, four presented means of the respective items also corresponding to 5 points. It was concluded that the participants evaluated the patient safety climate in the APS of Ceará positively during the Covid-19 pandemic, verifying that the facilitators for this evaluation were communication, leadership, teamwork and the safety and learning systems, however the workload in the unit presented itself as a barrier.

Keywords: Patient safety; primary health care; COVID-19; patient safety climate

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e profissionais dos participantes da pesquisa Ceará, Brasil, 2022.....	43
Tabela 2 - Características do trabalho nas UBS durante a pandemia de Covid- 19, segundo os profissionais que participaram da pesquisa. Ceará, Brasil, 2022.....	47
Tabela 3 - Resultados do PC - <i>SafeQuest</i> durante a pandemia de Covid-19, segundo os profissionais que participaram da pesquisa. Ceará, Brasil, 2022.....	50
Tabela 4 - Resultado total do PC - <i>SafeQuest</i>, segundo as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa. Ceará, Brasil, 2022.....	53
Tabela 5 - Resultado do PC - <i>SafeQuest</i>, segundo as características profissionais dos participantes da pesquisa. Ceará, Brasil, 2022.....	56

.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agentes de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADS	Áreas Descentralizadas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CIRS	Sistemas de Relatório de Incidentes Críticos
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
EA	Evento Adverso
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAS	Programa Agentes de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde

REBRAENSP Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	Geral.....	19
2.2	Específicos.....	19
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1	Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde.....	20
3.2	Cultura de Segurança do Paciente.....	29
4	MÉTODO.....	34
4.1	Tipo de estudo.....	34
4.2	Cenário do estudo.....	34
4.3	Participantes do estudo.....	36
4.4	Instrumentos utilizados.....	37
4.5	Coleta de dados.....	39
4.6	Análise de dados.....	40
4.7	Aspectos éticos.....	41
5	RESULTADOS.....	43
6	DISCUSSÃO.....	59
6.1	Características sociodemográficas dos participantes.....	59
6.2	Categorias profissionais	61
6.3	Carga horária e vínculo laboral.....	63
6.4	Características do trabalho nas UBS.....	64
6.5	Educação permanente sobre COVID-19.....	68
6.6	Equipamentos e insumos na APS.....	69

6.7	Domínio comunicação do <i>PC-SafeQuest</i>	71
6.8	Domínio liderança do <i>PC-SafeQuest</i>	74
6.9	Domínio trabalho em equipe do <i>PC-SafeQuest</i>	79
6.10	Domínio sistemas de segurança e aprendizagem do <i>PC-SafeQuest</i>	80
6.11	Clima de segurança na perspectiva do gênero feminino.....	82
6.12	Clima de segurança e os resultados do <i>PC-SafeQuest</i>	83
6.13	Carga horária e os resultados do <i>PC-SafeQuest</i>	87
7	CONCLUSÕES	90
	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL	105
	APÊNDICE B - PROCESSO DE TRABALHO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	107
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	109
	ANEXO A - VERSÃO BRASILEIRA DO PC-SAFEQUEST	111
	ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA ESCOLA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA	113
	ANEXO C – PARECER DO CEP	115

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a APS é um componente fundamental da atenção à saúde e a principal forma de acesso ao SUS, considerada o primeiro ponto de contato dos pacientes com o serviço. Embora grande parte da atenção à saúde da população seja realizada na APS, o tema “Segurança do Paciente” ainda é pouco explorado nesse contexto (SOUZA, 2019). Diante disso e considerando o grande fluxo de pessoas usuárias que utilizam a APS, o aprimoramento da cultura de segurança neste ambiente deve ser uma prioridade para a gestão local, municipal e estadual.

Segundo estudo de Reis (2019), a cultura de segurança perfaz um aspecto da cultura organizacional e foi conceituada pela *Health and Safety Commission*, em 1993, como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura.

A avaliação da cultura resulta do clima que é percebido pelos profissionais no ambiente de trabalho e possibilita a identificação de potencialidades e fragilidades da assistência. Assim, permite a realização de intervenções futuras em conformidade da realidade de cada local, pois varia de acordo com a percepção, pensamentos, sentimentos e ações do grupo de colaboradores e gestores (KOLANKIEWICZ *et al.*, 2017).

A temática Segurança do Paciente e Qualidade do Cuidado foi institucionalizada com a publicação do PNSP que definiu segurança do paciente como uma estratégia de “reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde em todos os níveis de atenção à saúde alinhado à organização do SUS na forma de RAS, inclusive na Atenção Primária à Saúde - APS (ELLWANGER; UE; LORENZI, 2020).

No Brasil, no âmbito da APS, algumas políticas e ações relacionadas à melhoria do cuidado foram implementadas a partir dos anos 2000. Ressalta-se que em 2017, a PNAB foi revisada, trazendo um avanço com a incorporação da questão da Segurança do Paciente como atribuições de todos os profissionais que atuam na APS e como diretriz para a organização do processo de trabalho na APS e outras políticas de saúde (BRASIL, 2017).

Existem razões para se viabilizar os estudos sobre a temática e ainda trazer o tema e suas ferramentas ao alcance de pessoas que atuam na APS que é o

primeiro ponto de atenção da rede de saúde. Outro motivo é a necessidade de sensibilizar os profissionais para o fato de que a insegurança do paciente é um problema de saúde pública em todo o mundo e deve, portanto, ser abordado a fim de reduzir os EA's causados durante o processo de cuidado, onde quer que ele ocorra. Além disso, uma atenção primária acessível e segura é essencial para a garantia da cobertura universal nos Estados e municípios (UE; OLIVEIRA, 2020).

Durante o período do Mestrado Profissional participei de algumas atividades no Grupo de Extensão e Pesquisa Qualidade dos Serviços de Saúde onde tive o contato inicial com a temática segurança do paciente e a realização do curso sobre segurança do paciente na atenção primária à saúde, promovido pelo Hospital Moinhos de Vento. Oportunamente, estou inscrita neste grupo de pesquisa cadastrado no CNPq e participei como ouvinte de webinar sobre segurança do paciente organizado pela REBRAENSP.

Percebi que a segurança do paciente é uma temática que envolve aspectos diversos e compreende várias linhas de pesquisa, gestão e cuidados, tais como: trabalho em equipe, processos de trabalho, educação em saúde, prevenção de acidentes e nível de satisfação dos profissionais em relação ao trabalho e envolvimento com a gestão.

Apesar da relevância sobre a temática, durante a minha rotina profissional atuando na APS durante vinte anos, como enfermeira de saúde da família e, posteriormente, na gestão da secretaria municipal de saúde enquanto coordenadora dos agentes comunitárias de saúde, verifiquei que os profissionais de saúde que atuam na atenção primária desconhecem sobre a política de segurança do paciente.

Destaca-se que, em 2018, foi renovada a "Declaração de Astana" pela OMS que descreveu que o êxito da Atenção Primária será impulsionado pelo uso de uma variedade de tecnologias que promovam a melhoria da qualidade do serviço e a segurança do paciente e que aumentem a eficiência e a coordenação do cuidado nesse nível assistencial. Dar materialidade a essas ações é encarado como um dos maiores desafios do milênio pela ONU, ressaltando-se que a metade da carga global de doenças decorrentes de danos ao paciente tem origem na atenção primária e ambulatorial pelo alto volume de demanda e atendimentos (UE; OLIVEIRA, 2020).

Constata-se ainda que os incidentes mais frequentes na APS são aqueles relacionados aos erros de diagnóstico, prescrição e uso de medicamentos e falhas

na comunicação entre a equipe de saúde e entre profissional-paciente (MAI; CICONET; MICHELETTI, 2020). Nesse sentido, dados da OMS afirmam que em cada quatro pacientes sofrem algum dano ao procurar um atendimento na atenção primária ou ambulatorial e os erros relacionados aos medicamentos geram um gasto aproximado de 54 bilhões ao ano (AURAAEN; SLAWOMIRSKI; KLAZINGA, 2018).

Esses riscos podem ter sido potencializados com a eclosão da pandemia da COVID-19 que demandou das organizações de saúde e de seus profissionais agilidade para mudanças nos processos de trabalho e a repercussão imediata foi a desorganização das práticas assistenciais e de novos perigos à segurança do paciente. A pandemia da COVID-19 também, entre muitas consequências, impactou na produção científica no mundo nos mais variados formatos e, na temática da segurança do paciente, ainda que acompanhada de dúvidas, incertezas, lacunas e avanços de conhecimentos científicos (CALDAS *et al.*, 2020).

Durante o cenário da pandemia, um conjunto de estudos e recomendações sobre riscos relacionados aos ambientes dos serviços de saúde foram implementados para mitigar incidentes: a organização do espaço físico nos serviços de saúde, distância física, etiqueta da tosse, uso de máscara, limite de pessoas em elevadores e áreas comuns, monitoramento de entradas/ saídas, espaços exclusivos para pacientes com COVID-19, ventilação adequada com filtragem por filtros HEPA – filtro de ar particulado de alta eficiência – ou boa ventilação e visitas limitadas foram também objeto de estudos e reflexões (SOUTO *et al.*, 2020).

Na minha vivência enquanto enfermeira, atuando na APS, observei a ocorrência de erros de diagnósticos e referentes a medicamentos, bem como, na administração de vacinas e na coleta de exames laboratoriais. Também verifiquei o acontecimento de outros eventos que interferiram na segurança do paciente, tanto em relação a erros de processos de trabalho quanto à má comunicação entre os membros da equipe de saúde da família e entre estes e os usuários. Isso reflete na qualidade da assistência à saúde de forma negativa e deixa vulnerável a segurança do paciente.

Nesse contexto, fui instigada a quantificar sobre como a Pandemia de COVID-19 afetou a rotina de trabalho dos profissionais de saúde. Assim como, também, seus processos de trabalho, aprendizagem e avaliação de ações voltadas

para a segurança do paciente. Quais as rotinas e atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde da APS para o fortalecimento da segurança do paciente durante a pandemia de COVID-19? Como os profissionais da APS avaliam o clima de segurança do paciente nas unidades em que atuaram durante a pandemia? Quais os fatores que interferiram para a segurança do paciente na atenção primária à saúde durante a pandemia?

Em epidemias e pandemias, como primeira linha de defesa, o papel da APS no sistema de saúde é mais importante do que nunca diante do fracasso de experiências internacionais na tentativa de enfrentamento da pandemia centradas no cuidado individual hospitalar. Apesar da sua importância, no Brasil, verificou-se no início da pandemia o cuidado à pessoa acometida com COVID 19 ficou bastante centrado nos hospitais, reforçando o modelo hospitalocêntrico. Somente posteriormente a APS foi incluída nesse processo e se observou a necessidade de uma abordagem mais territorializada, comunitária e domiciliar, forte e integral, em toda a sua potencialidade (MEDINA *et al.*, 2020).

O estudo em questão torna-se relevante para o desenvolvimento e planejamento de ações das equipes de saúde da família, que possam minimizar os erros que afetam os pacientes, assim como para a elaboração de propostas e implementação de processos de trabalho mais eficientes e eficazes dentro da realidade de cada município; objetivando a melhoria da qualidade nos serviços de saúde para a gestão local no enfrentamento de problemas de saúde emergentes, como a COVID-19.

Ressalta-se que o estudo realizado é fruto de um projeto de pesquisa mais abrangente, com foco na inteligência emocional e na segurança do paciente na APS, do qual se originaram outros estudos na APS. Ademais, o instrumento utilizado para averiguar o clima de segurança na APS do Ceará foi pioneiro nessa região do Brasil, contribuindo para a validação desse instrumento e servindo de análises para outras pesquisas na temática sobre cultura de segurança na APS.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o clima de segurança do paciente percebido pelos profissionais de saúde da APS durante a pandemia de COVID- 19.

2.2 Específicos

- Descrever as características sociodemográficas dos profissionais de saúde da APS;
- Descrever as rotinas e atividades de trabalho para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 nas UBS;
- Identificar os fatores que interferiram na segurança do paciente durante a pandemia de COVID-19 na APS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde

A OMS definiu APS como atenção de primeiro nível socialmente apropriada, universalmente acessível e cientificamente sólida, fornecida por uma força de trabalho devidamente treinada e apoiada por sistemas de referência integrados (para atenção secundária ou terciária) e de uma forma que dá prioridade aos mais necessários, maximiza a autossuficiência e a participação da comunidade e do indivíduo e envolve a colaboração com outros setores. Inclui o seguinte: promoção da saúde, prevenção de doenças, cuidado dos enfermos, advocacia e desenvolvimento comunitário (LAWATI *et al.*, 2018).

Os termos Atenção Básica e APS são equivalentes. Conceituam-se como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

De acordo com a OMS, a APS, consagrada a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, é a estratégia adequada para melhorar o acesso aos cuidados de saúde, para mitigar os custos elevados e potenciar as expectativas de qualidade (LAPAO, 2017). A APS difere dos hospitais em termos de estrutura organizacional, processos administrativos e clínicos e as razões dos atendimentos. Portanto, também as dimensões da cultura de segurança do paciente podem diferir quando comparadas aos cuidados de saúde secundários ou terciários (KLEMENC-KETIS *et al.*, 2017).

Por muitos anos, a segurança do paciente - e a cultura de segurança - foi estudada, principalmente, no ambiente hospitalar, porém, atualmente, tem havido interesse crescente na segurança do paciente na APS, já que a maioria dos pacientes recebe seus cuidados de saúde em Unidades Básicas de Saúde (UBS), particularmente em países em que esse nível de atenção à saúde está fortalecido (SMITS *et al.*, 2018).

Vasconcelos *et al.* (2018) afirmam que a cultura de segurança nas instituições de saúde é o primeiro passo para a implementação de estratégias de segurança do paciente e abrange cinco valores básicos: todos os profissionais de saúde aceitar a responsabilidade pela segurança de si mesmos, seus colegas de trabalho, pacientes e visitantes; a segurança do paciente é uma prioridade acima do financeiro e metas operacionais; identificação comunicação e resolução de questões de segurança são incentivadas e recompensadas; aprender com os acidentes sem culpar as pessoas; e recursos apropriados, estrutura, e responsabilidade para manter sistemas de segurança eficazes.

Embora a segurança do paciente tenha se desenvolvido no âmbito hospitalar, com estudos e intervenções originados nesse cenário nas últimas duas décadas, há a percepção corrente de que a APS também pode ser um local de risco aos usuários desse ponto de assistência (AGUIAR *et al.*, 2020). Então, avaliar a cultura de segurança nas instituições de saúde, em especial nas UBS's, configura-se como uma ferramenta importante na análise da qualidade por meio das informações obtidas pelos profissionais de saúde é possível obter indícios da necessidade de reconstruir o trabalho em saúde (VASCONCELOS *et al.*, 2021).

A APS contribui fundamentalmente para a segurança do paciente, quando aprimora os cuidados em ações que são desenvolvidas nas UBS que podem ser estendidas para outros locais, como o domicílio e outros níveis de atendimento em saúde, como a atenção secundária, uma vez que a APS é coordenadora e ordenadora do cuidado na RAS. Ações desenvolvidas, especialmente as de educação em saúde, quando realizadas de maneira direcionada específicas para grupos com maior vulnerabilidade em saúde, têm se mostrado capazes de prevenir agravos e estimular a autonomia dos usuários, incluindo-os como elementos importantes de segurança (LIMA *et al.*, 2022).

A concepção arraigada de que a assistência na APS é relativamente segura por possuir baixa densidade tecnológica carece de evidências, especialmente quando se leva em consideração que cuidados longitudinais dispensados no nível primário ocorrem em lapso temporal significativamente maior quando comparados a cuidados hospitalares, usualmente pontuais. Portanto, há maior probabilidade de que o usuário possa experimentar um incidente na APS, pelo simples motivo de que a maior parte do cuidado está concentrada nesse contexto (AGUIAR *et al.*, 2020).

Campbell *et al.* (2020) comentam que a segurança do paciente, embora seja um conceito complexo e multidimensional, carece de uma definição operacional consensual na prática familiar, haja vista que abrange muitas dimensões diferentes: segurança de diagnóstico e prescrição, comunicação (tanto dentro como entre as clínicas e com outros ambientes de saúde), cultura de segurança organizacional e problemas relatados pelo paciente.

A OMS desenvolveu em 2012 o Programa de Atenção Primária Mais Segura com os objetivos de melhor entender: os riscos dos pacientes na APS; a magnitude e a natureza dos danos preveníveis devido a práticas inseguras nestes locais; os mecanismos de segurança para proteger pacientes na APS. A equipe desse projeto publicou em 2013 algumas conclusões, entre elas que a Atenção à Família e Assistência Farmacêutica os tópicos mais importantes no contexto da APS em países de qualquer nível de renda. Posteriormente, o projeto lançou em 2016 uma série voltada para a APS com os seguintes temas: Engajamento do Paciente, Educação e Treinamento, Fatores Humanos, Erros Administrativos, Erros Diagnósticos, Erros de Medicação, Multimorbidade, Transições do Cuidado e Ferramentas Eletrônicas (ELLWANGER; UE; LORENZI, 2020).

Com a institucionalização do SUS foi necessário implantar e operacionalizar o sistema público de saúde para que a transferência do poder de decisão aos estados e municípios ocorresse dentro da lógica federativa de cada ente. Posteriormente, ocorreu um processo de estruturação mais homogêneo da Atenção Básica, que culminou na proposta do Programa Saúde da Família, em 1994, que, em seguida, foi entendido como Estratégia Saúde da Família. Esse modelo se caracteriza como a porta de entrada preferencial do indivíduo para o sistema público de saúde e também coordenador do cuidado dos indivíduos quando eles se encontram em outros níveis de atenção, como a atenção secundária e terciária (CABRAL *et al.*, 2020).

Como proposta para a organização do sistema de saúde no Brasil, o país adotou, desde o final de 2010, a estruturação das RAS's na busca de maior integração territorial, além de ampliar o acesso de qualidade aos serviços de saúde na APS, compreendida como porta de entrada prioritária e principais ordenadores dessa rede para melhorar as condições de saúde da população (FERNANDES *et al.*, 2020b).

As RAS's foram criadas, pelo MS, por meio da Portaria nº 4.279, em 2010, e pelo Decreto nº 7.508, em 2011 e são organizações poliárquicas constituídas pela APS, ambulatorios especializados, rede hospitalar de urgência e emergência, os pontos de sistemas de apoio, logísticos e de governança. Juntos promovem a igualdade entre os serviços de saúde que têm os mesmos objetivos e almejam uma atenção contínua nos três níveis assistenciais, sob coordenação da atenção básica (OLIVEIRA, 2019).

O PROESF, iniciado em 2002 de forma precursora sobre a temática de segurança na APS e em 2013 a Portaria nº 529 instituiu o PNSP. Posteriormente, no mesmo ano, a Portaria nº 1.377 aprovou os Protocolos de Segurança do Paciente: Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão. A Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, instituiu os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. Com a publicação da Portaria nº 774, de 13 de abril de 2017, definiram-se as normas para o cadastramento dos Núcleos de Segurança do Paciente (UE; OLIVEIRA, 2020).

Ellwanger, Ue e Lorenzi (2020) falam sobre outro projeto que se destaca pela inovação e expertise nesse assunto nomeado “Formação sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde”, que propôs o desenvolvimento de estratégias para as ações de segurança do paciente na APS e é executado pelo Hospital Moinhos de Vento (HMV) - instituição de excelência em projetos de segurança do paciente e educação - por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

Na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprovou a PNAB, incluiu-se como uma das atribuições comuns a todos os membros das equipes de atenção básica o estabelecimento de ações para a segurança do paciente com a proposição de medidas para redução dos riscos e diminuição dos EA's (BRASIL, 2017).

O mesmo autor informa que a maioria das interações de saúde ocorre na prática familiar, por exemplo, 340 milhões de consultas são feitas anualmente na Inglaterra e que a prática familiar é considerada erroneamente como um risco inerentemente baixo, pois, nesse ambiente, erros graves levam à morbidade e

mortalidade. Por esse motivo pelo é importante compreender a epidemiologia na APS e medir a segurança do paciente nesse nível de atenção à saúde.

Muitos dos trabalhos publicados apontam para uma prevalência maior de erros associados a processos de diagnóstico na APS. Há a estimativa de que aproximadamente 5% da população adulta dos Estados Unidos tenha experimentado um erro de diagnóstico no ambiente extra-hospitalar, sendo que em metade desses erros havia possibilidade de ocorrer dano ao usuário. Digno de nota (e motivo de grande preocupação) é o fato de que os erros diagnósticos no cuidado primário parecem estar associados a doenças comuns e/ou potencialmente fatais, como pneumonia, celulite infecciosa, insuficiência cardíaca descompensada, insuficiência renal aguda e câncer primário (AGUIAR *et al.*, 2020).

Estudo realizado em 2012, na Suíça, o qual avaliou médicos e enfermeiros sobre a frequência e gravidade de incidentes relacionados à segurança do paciente na APS, revelou a média de 92 incidentes por profissional durante os 12 meses anteriores à pesquisa. Identificou-se ainda que cerca de metade dos incidentes trouxe danos graves à saúde ou levaram à morte, e que, em sua maioria, esses danos estavam relacionados a erros diagnósticos (MACEDO *et al.*, 2020a).

Os incidentes de segurança do paciente ocorrem com frequência na APS e muitos desses eventos são considerados evitáveis. Os sistemas de relatório de incidentes críticos (CIRS) podem ser uma ferramenta importante para a identificação das necessidades de segurança organizacional. Na atenção primária alemã, por exemplo, os CIRS são obrigatórios por lei, mas raramente usados (MULLER *et al.*, 2019).

Corroborando com esse cenário, Madden *et al.* (2019) afirmam que os fatores referentes ao paciente e às atividades dos profissionais de saúde contribuíram para uma complexidade crescente da prática clínica, combinada com o grande volume de contato com o paciente, aumentando, assim, o potencial para incidentes de segurança do paciente na APS. Os autores relatam que existem várias barreiras para monitorar a segurança do paciente, como dados limitados e não confiáveis sobre incidentes graves e tempo para revisar dados em nível de prática.

De fato, evidências provenientes de estudos recentes parecem refutar a concepção de APS segura e dados da literatura internacional demonstram que incidentes relacionados à assistência em saúde em nível primário também são comuns (em torno de 2 a 3 incidentes a cada 100 consultas), porém apenas 4%

destes resultam em dano grave ao paciente. No Brasil, um estudo pioneiro estimou uma razão de 1,11% de incidentes relacionados à segurança do paciente na APS (AGUIAR *et al.*, 2020). Estudos internacionais indicam ocorrência de dois a três incidentes de segurança do paciente por 100 consultas na APS, com frequência similar no Brasil (LAWATI *et al.*, 2018).

Um estudo pioneiro no Brasil relatado por Pai *et al.* (2019) mensurou incidentes em 11.233 consultas em 13 UBS em uma microrregião do estado do Rio de Janeiro. Identificou 0,91% EAs, com maior prevalência de erros administrativos, falhas na comunicação interprofissional, erros no tratamento, na execução de tarefas clínicas e de diagnóstico.

Uma revisão sistemática relatou que os fatores contribuintes de incidentes na APS foram falhas na comunicação interprofissional, com o paciente e na gestão; profissionais pressionados para serem produtivos em menos tempo; falhas em prontuários; falhas na recepção dos pacientes; planta física da unidade de saúde inadequada; descarte inadequado de resíduos da unidade de saúde; tarefas excessivas e falhas no cuidado. Outro estudo objetivou descrever a natureza dos eventos adversos da APS na Espanha, em 48 centros de saúde, e mostrou que os fatores causais mais comuns de EA relatados pelos profissionais foram relacionados à medicação, má comunicação e o modo de atendimento. No Brasil, um estudo avaliou a ocorrência de incidentes na APS e identificou os erros administrativos como os mais frequentes (SANTOS *et al.*, 2019).

A APS é responsável por resolver até 80% dos problemas de saúde da população. Dessa forma, entende-se que há uma diversidade de situações de saúde a serem solucionadas nesse nível de atenção, que exigem do profissional: habilidade, conhecimento técnico e atitudes de empatia, e envolvem a escuta qualificada e a personalização do atendimento, entre outras. No entanto, a atuação do profissional na assistência a essas situações de saúde é passível de falhas, sejam elas técnicas, sejam provenientes da ausência de atitudes de empatia. Logo, entende-se que é real a ocorrência e gravidade de erros na APS, e que esses, em sua maioria, são falhas que se encontram sob a governabilidade dos profissionais desse nível de atenção para serem identificadas e evitadas (MACEDO *et al.*, 2020, a).

Timm e Rodrigues (2016) salientam aspectos importantes para o fortalecimento da segurança do paciente a nível organizacional da APS, incluindo o

trabalho em equipe como uma ferramenta decisiva para a eficácia do modelo atual de saúde e o papel dos gestores no desempenho da equipe, uma vez que suas decisões incluem a gestão de pessoas, sendo necessários o incentivo e a capacitação de profissionais de forma multidisciplinar. Para tal, são imprescindíveis alguns procedimentos, tais como: prevenção, notificação e manejo efetivos dos riscos à segurança do paciente durante a realização e a avaliação da assistência prestada, o planejamento das instalações, a elaboração dos procedimentos operacionais, a escolha dos equipamentos, bem como todas as outras decisões que definem a estrutura do sistema.

Os mesmos autores comentam que, dentre os fatores que sabidamente afetam os resultados relacionados à segurança do paciente, estão o número de enfermeiros num serviço, o nível de educação dos enfermeiros e um ambiente de trabalho favorável.

Rotineiramente, os profissionais de enfermagem lidam com situações complexas, sejam elas relacionadas às condições clínicas dos pacientes, à gestão de recursos humanos ou tecnológicos; fatores estressores, os quais também podem influenciar na segurança da assistência à saúde. Assim, é imprescindível reconhecer processos e falhas, estabelecendo medidas para prevenir a ocorrência de erros e melhorar a comunicação com os envolvidos em todos os processos assistenciais (SOUZA, 2019).

Diante de toda a complexidade referente à RAS, o enfermeiro tem papel de destaque na APS devido à sua formação geral, facilidade de comunicação com outras áreas, experiência no planejamento, execução e avaliação das ações. Desempenha funções de supervisionar, organizar, planejar e gerenciar as ações de saúde, favorecendo a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Também realizam a articulação entre os níveis de atenção, para que ocorra o cuidado integral ao indivíduo e ao coletivo (CABRAL *et al.*, 2020).

A equipe de enfermagem, em particular, em virtude do quantitativo de profissionais, da diversidade de atividades na maior parte do tempo em contato com o paciente pode influenciar o desenvolvimento da assistência de qualidade, pois as atividades realizadas por esses profissionais podem ocasionar EA durante suas rotinas de trabalho. Além disso, na APS, o enfermeiro desenvolve serviços gerenciais que possibilitam mudanças nas práticas de atenção à saúde no SUS (MACEDO *et al.*, 2020b).

Destaca-se que a cultura de segurança do paciente na APS é fortemente influenciada pela qualidade do vínculo entre os profissionais da equipe de saúde, que pode ser fortalecido a partir das reuniões de equipe com a participação de todos os membros, oportunizando um aprendizado coletivo para se pensar em estratégias e atividades de prevenção de erros (MESQUITA *et al.*, 2016; SOUZA, 2017).

A segurança do paciente tem importância nos diferentes cenários de APS e observa-se o crescente número de estudos nesse contexto com enfoque no clima de segurança a nível internacional. Cita-se, como exemplo, o projeto "Cuidados Primários Mais Seguros", cujo objetivo é promover o entendimento e o conhecimento de cultura de segurança no contexto da APS, culminando na formação do primeiro Grupo de Trabalho de Especialistas em Cuidados Primários Mais Seguros (especialistas, de 18 Estados Membros e das seis regiões do mundo, juntamente com membros seniores da OMS) (MACEDO *et al.*, 2020b).

Diante de todo o exposto, verifica-se que uma cultura de segurança positiva deve ser expressa nos serviços que integram a RAS na APS, buscando a redução da ocorrência de EAs e melhoria do clima de segurança. Portanto, avaliar a cultura de segurança do paciente na APS é fundamental para a identificação dos aspectos que interferem diretamente na assistência à saúde, visto que a APS é coordenadora do cuidado dispensado ao usuário e centro comunicador entre os serviços de saúde (PAI *et al.*, 2019).

Com o objetivo de incremento de uma cultura de segurança positiva na APS, foram desenvolvidos protocolos, procedimentos e ferramentas para a segurança do paciente. Nas unidades básicas de saúde ocorrem vários incidentes: equívocos acontecem nos registros de prontuários e na recepção dos pacientes; são frequentes também os erros de tratamento e de medicamentos. Existem falhas nas medidas de higiene sanitária e em relação aos profissionais, fatores como subdimensionamento de pessoal, pressão por maior produtividade em menos tempo, fadiga, estresse e síndrome de Burnout contribuem para afetar na segurança do paciente. Por esses motivos esses locais necessitam ter estabelecidos os protocolos para atendimento, utilização de ferramentas de qualidade e segurança com a devida capacitação dos profissionais e disponibilidade de insumos e materiais para serem realizados com os recursos necessários e de forma segura (MAI; CICONET; MICHELETTI, 2020).

Alguns protocolos básicos foram priorizados pela OMS e também estão previstos na Resolução RDC nº 36/2013, que acrescentam compõem o quadro das metas internacionais no que tange à segurança do paciente, e que dialogam diretamente os incidentes ocorridos na APS. Cita-se as recomendações da OMS: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (PARESQUE; SOUZA; ANDRADE, 2020).

Borges e Correa (2020) orientam que alguns procedimentos podem ser adotados na APS com o objetivo de disseminar a segurança do paciente, dar suporte e embasamento ao atendimento à população, tais como: processo de territorialização; cadastramento individual e familiar; estratificação de risco familiar, populacional e por condição de saúde; diagnóstico local; organização do atendimento e da carteira de serviços; monitoramento. Os autores destacam outros procedimentos que permitem a prestação de serviços de qualidade e com segurança para as pessoas usuárias: atendimento à demanda espontânea, higienização das mãos e desinfecção de ambientes e equipamentos; gerenciamento de resíduos, notificação de acidentes e acompanhamento domiciliar da população vulnerável a quedas, úlceras de pressão e não continuidade do tratamento.

Conforme Leite, Fernandes e Lorenzi (2020), pode-se utilizar uma série de ferramentas que auxiliam no cuidado em saúde e na segurança do paciente. Uma delas é a ferramenta da reunião rápida de segurança, que consiste em encontros breves para falar sobre segurança do paciente. A dupla checagem ou dupla conferência de medicações, materiais, insumos e informações também pode evitar erros e também sobre a ferramenta tutor de segurança, que é alguém que tem o conhecimento e as habilidades para ser um recurso para todos acessarem sempre que precisarem de orientação.

Apesar desses instrumentos de minimização de erros e eventos adversos, o SUS enfrenta diversos desafios que estão além da temática sobre segurança. A garantia do acesso universal é um dos grandes desafios para o SUS, em virtude do aumento da demanda por ações e serviços, que se reflete em toda a RAS, na medida em que a organização da rede de forma regionalizada e hierarquizada exige formulação e gestão de fluxos de cuidado. Outro desafio é o adequado

financiamento que, apesar de diversos mecanismos de regulação e planejamento existentes, ainda não garante os recursos suficientes nem estabilidade (CALDAS; SOUSA; MENDES, 2019).

Fica evidente o desafio que a APS enfrenta neste sentido, esbarram em medidas políticas com outros setores e se destaca o tópico de vulnerabilidade social. Tal vulnerabilidade é reflexo de iniquidades de moradia, renda e educação, que refletem nas condições de saúde e medidas para sua promoção. O Sistema de Saúde brasileiro necessita responder pela “tripla carga de doenças”, caracterizada por: 1. Presença das doenças infecciosas e parasitárias (dengue, H1N1, malária, hanseníase, tuberculose, COVID-19); 2. Aumento das doenças crônicas pelo envelhecimento das pessoas e aumento dos fatores de risco; 3. Aumento da violência e morbimortalidade por causas externas. Esta peculiaridade faz com que seja necessária a adoção de diferentes modelos de cuidado (FERNANDES *et al.*, 2020b).

3.2 Cultura de Segurança do Paciente

Cultura pode ser definida como o somatório de valores, experiências, normas, atitudes e práticas que orientam o comportamento de um grupo. Especificamente, cultura de segurança relaciona-se com o valor que uma organização atribui à segurança e à saúde de sua força de trabalho, permeadas por políticas, práticas e procedimentos, comprometidos com a responsabilização dos recursos necessários para a redução do risco de incidentes e para a aprendizagem de todos os envolvidos com o cometimento de possíveis falhas (SOUZA *et al.*, 2019; OLIVEIRA, 2020).

Conforme Timm e Rodrigues (2016), a cultura da segurança do paciente é uma estrutura multifatorial, que visa promover uma abordagem do sistema para prevenir e reduzir danos aos pacientes, em que todos estão conscientes de seu papel e de sua contribuição para a organização, sendo responsáveis pelas consequências de suas ações. Dentre os aspectos de fragilidade, ressalta-se a existência da cultura do medo de punições por erros cometidos pelos profissionais e a evidente falta de comunicação e cultura de notificação do EA.

Para Smits *et al.* (2018) a criação de uma cultura positiva de segurança do paciente delinea um aspecto da cultura organizacional que existe em grupos de

peças que trabalham juntas e não apenas de forma individual. É como a interação, as atitudes, as rotinas e as práticas entre líder e equipe protegem os pacientes de eventos adversos na área da saúde. As organizações de cuidado de saúde se esforçam continuamente para melhorar os aspectos referentes à segurança do paciente e há um reconhecimento crescente da importância de uma cultura de segurança (MESQUITA, 2016).

Usuários, administradores e profissionais estão cada vez mais preocupados com a qualidade dos serviços de saúde, pois reconhecem que a cultura de segurança é um fator importante, que orienta os processos de trabalho. No entanto, a mudança de cultura é um processo lento, que se desenvolve em um longo período de tempo (CARVALHO *et al.*, 2019).

A cultura de segurança é avaliada a partir do clima de segurança, termo que é utilizado como sinônimo e faz referência aos componentes mensuráveis da cultura, como as percepções dos profissionais, os comportamentos dos gestores e sistemas de segurança de uma instituição. O clima de segurança é o que envolve o ambiente de trabalho e como é percebido pelos trabalhadores (SOUZA, 2017).

O clima de segurança é capaz de reproduzir as percepções dos profissionais em um determinado momento em seu local de trabalho, enquanto a cultura é um conceito produzido ao longo do tempo, de forma longitudinal, refletindo o conjunto de atitudes, valores, individuais e grupais das questões voltadas à segurança do paciente em uma organização de saúde. Além disso, os resultados obtidos fornecem subsídios para o planejamento organizacional desde a gestão dos serviços até a execução das práticas assistenciais (MAGALHÃES *et al.*, 2019).

Castilho *et al.* (2020) citam vários fatores que influenciam o clima de segurança do paciente: a percepção dos profissionais em relação à gestão, ou seja, o grau de aprovação das equipes em relação às ações gerenciais; trabalho em equipe, que trata da qualidade da colaboração entre a equipe; satisfação no trabalho e condições de trabalho, a carga de trabalho, o esgotamento profissional e a intenção de deixar o ambiente de trabalho afetam a qualidade da assistência prestada aos pacientes pelos profissionais de enfermagem. O autor supracitado afirma que investigações realizadas, no Brasil, têm mostrado um ambiente de segurança do paciente insatisfatório e com fragilidade na percepção do estresse, da gestão e nas condições de trabalho.

A pesquisa de clima de segurança é considerada um indicador de desempenho de segurança imprescindível para compreender e prever resultados organizacionais significativos, uma vez que o clima e a cultura afetam a qualidade da assistência e os resultados para o paciente devido à sua influência direta nos processos de cuidado à saúde. A avaliação do clima de segurança é uma ferramenta para a identificação de fragilidades existentes na organização, bem como na implementação de estratégias que estimulem a construção de uma cultura de segurança (TONDO; GUIRARDELLO, 2017).

Mensurar e avaliar o clima de segurança é o primeiro passo para instituições que priorizam um ambiente de trabalho seguro. Dessa forma, uma cultura de segurança positiva é caracterizada pela comunicação, diálogo e confiança mútua em uma equipe. Assim, as percepções dos trabalhadores compartilhadas são importantes para a promoção da segurança e a efetividade das ações preventivas (SOUZA, 2017).

A avaliação do clima de segurança pode ser realizada por meio de metodologias qualitativas (grupos focais, estudos observacionais e estudos de caso) ou quantitativas (entrevistas, uso de formulários, aplicação de questionários). As técnicas quantitativas são mais utilizadas, devido à sua praticidade no que se refere a custo-efetividade da avaliação (RODRIGUES, 2017).

A cultura de segurança é descrita por métodos qualitativos e quantitativos. Estes têm se concentrado na medição das percepções da equipe, que são conhecidas como climas organizacionais, os quais são expressões matemáticas de como os membros da equipe percebem as normas culturais que são aplicadas no local de trabalho. Esses climas são medidos de acordo com o nível da média e o grau em que os funcionários compartilham as percepções, que é a força do clima organizacional: percepções divergentes são consideradas fracas, com poder limitado para prever as práticas dos funcionários (KLEMENC-KETIS *et al.*, 2017).

A OMS, mediante revisão sistemática, demonstrou que ainda não há um método mais indicado para investigar os incidentes na APS. Nos países desenvolvidos, os métodos mais utilizados para verificar incidentes em APS foram as avaliações de incidentes em sistemas de notificação, questionários, entrevistas e grupos focais (MARCHON; MENDES, 2015).

Souza *et al.* (2017) afirmam que os instrumentos de medida desempenham um importante papel na pesquisa, na prática clínica e na avaliação

de saúde, fornecendo evidências para o pesquisador na escolha da melhor ferramenta para utilização por meio de propriedades de medida: a confiabilidade e a validade. Esta é a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente, no tempo e no espaço, enquanto aquela refere-se à propriedade de um instrumento medir exatamente o que se propõe.

Para Vasconcelos *et al.* (2018), os questionários são excelentes ferramentas para avaliar a cultura de segurança, pois eles fornecem uma maneira rápida de reunir as informações necessárias para identificar questões de segurança e traçar um plano de ação. Estudo de Nora e Beghetto (2020) revela que o questionário é o instrumento de coleta de dados mais utilizado na maioria das pesquisas que avaliam a cultura de segurança nos serviços de saúde e que o questionário mais aplicado foi o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), composto por 12 domínios que envolvem e medem a cultura de segurança do paciente, dos quais seis são específicos para a APS.

No Brasil, existem dois instrumentos adaptados e validados semanticamente que mensuram a cultura de segurança do paciente na APS: o *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version* (SAQ-AV) , o instrumento Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para APS, a partir da versão original MOSPSC, ambos desenvolvidos nos Estados Unidos em 2007 (PAI *et al.*, 2019).

Dentre os instrumentos que avaliam a cultura de segurança destaca-se o *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory* (Questionário de Atitudes de Segurança – Ambulatório Versão (SAQ-AV)), primeiro questionário descrito para medir a cultura de segurança em ambulatório. No Brasil, foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa e tem se mostrado uma ferramenta confiável para comparar as atitudes de segurança em diferentes grupos de profissionais prestadores de cuidados de saúde fora do ambiente hospitalar (SOUZA, 2017).

O PC-SafeQuest ou *Primary Care-SafeQuest* é um instrumento adaptado ao contexto brasileiro para a mensuração do clima de segurança específico para a atenção primária e tem como fator atrativo para a sua utilização a semelhança entre o sistema de saúde do Reino Unido (National Health Service – NHS), onde esse instrumento é muito usado, e o SUS vigente em nosso país, uma vez que ambos possuem os mesmos princípios básicos definidores: universalidade, integralidade e caráter público do acesso e atendimento (RODRIGUES, 2017).

Frente ao exposto, a mensuração do clima de segurança permite identificar fatores associados, que contribuem positiva ou negativamente, à adoção de práticas seguras dentro dos serviços de saúde (GASPARINO *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, a primeira iniciativa para realizar planejamento das ações que visam um cuidado seguro é a avaliação do clima de segurança, que se refere aos componentes mensuráveis da cultura, dentre eles o comportamento dos gestores, os sistemas de segurança e as percepções dos profissionais. Dessa maneira, a avaliação da cultura, resultado do clima que é percebido pelos profissionais no ambiente de trabalho, possibilita a identificação de potencialidades e fragilidades da assistência, e permite realizar intervenções futuras. Isso implica em conhecer a realidade de cada local, pois varia conforme a percepção, pensamentos, sentimentos e ações do grupo de colaboradores e gestores (KOLANKIEWICZ *et al.*, 2017)

Compreender o cenário de uma instituição de saúde a partir da avaliação da cultura de segurança é o ponto de partida para se traçar ações em prol de mudanças para redução da incidência de danos e garantia de cuidados de saúde seguros (TIMM; RODRIGUES, 2016; SOUZA, 2017).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal e analítico. Consiste na realização de uma série de medições pelo pesquisador nos objetos de estudo através de observações feitas em uma única ocasião, na qual mensura a distribuição de alguma característica em uma dada população, em um dado momento segundo o lugar e/ou as características dos indivíduos (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Esse tipo de pesquisa corresponde à maior parte das investigações na área da segurança do paciente e tem a finalidade de avaliar a efetividade de intervenções para melhoria da segurança. Os achados são informados, em sua maioria, pelo pensamento positivista que assume a existência de uma realidade objetiva “lá fora”, que independe da compreensão humana com ênfase no empirismo ou no estudo apenas de fenômenos observáveis (CALDAS; SOUSA; MENDES, 2019).

O presente estudo se guia pela ferramenta STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) desenvolvida para avaliar a qualidade de publicação de qualquer estudo epidemiológico e é composta por um checklist com 22 itens, os quais recomendam quesitos essenciais em cada seção de um estudo. No caso de estudo seccional ou transversal, recomenda-se que apresente: os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes, bem como a especificação de todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de viés (PACHECO *et al.*, 2017).

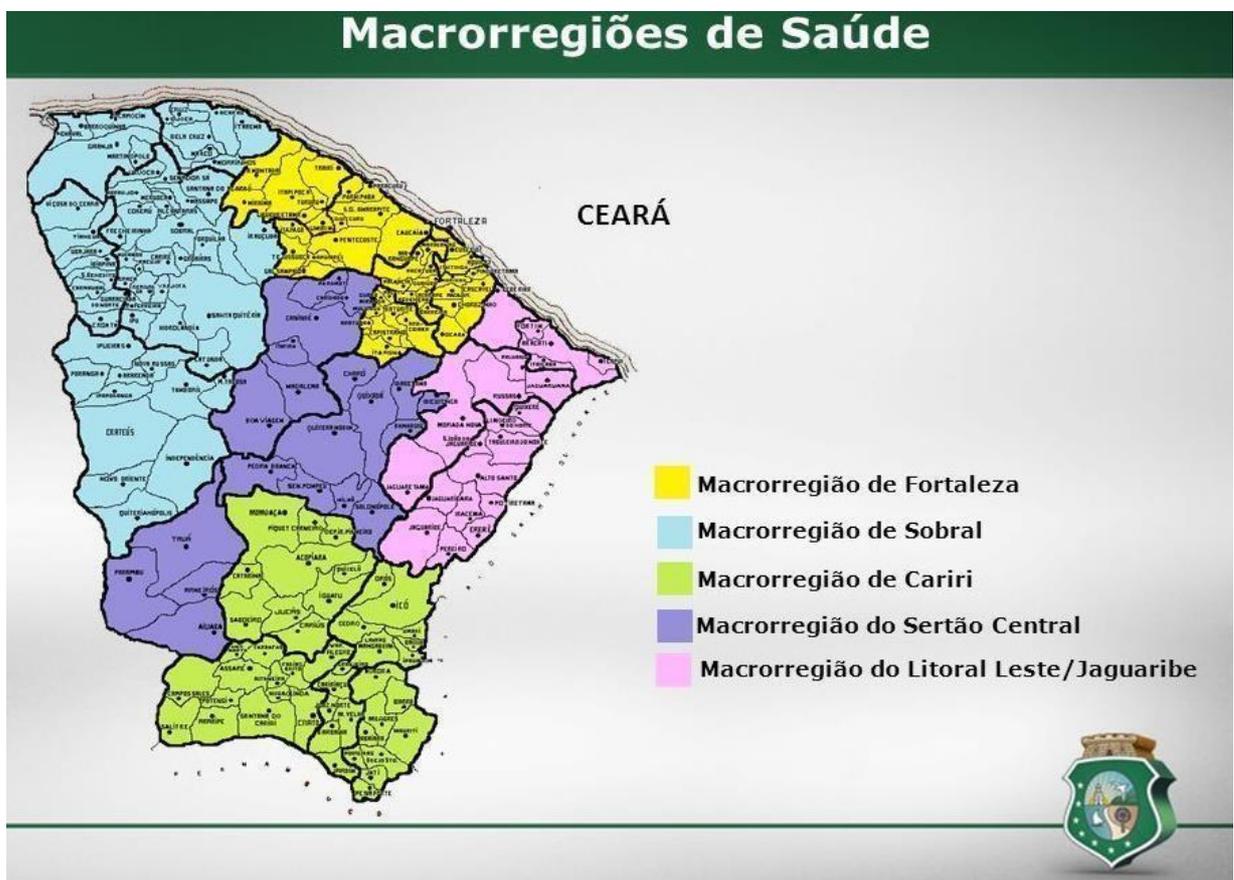
4.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada de forma *online* e o local estabelecido foi o estado do Ceará. Especificamente, os locais definidos para o estudo foram as UBS's de APS, onde atuam os participantes da pesquisa.

No estado do Ceará, o sistema de saúde está estruturado em 22 microrregiões de saúde, chamadas de Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS), e cinco macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral

Leste / Jaguaribe). As ADS são agrupamentos de municípios limítrofes, demarcados a partir de identidades culturais, promoção e sociais de redes de comunicação e transporte compartilhadas, integram a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. A APS está organizada em cada município; os serviços especializados de média complexidade são pactuados entre o estado e as ADS; as macrorregiões estão definidas pela oferta de serviços especializados de alta complexidade e alto custo (ALVES *et al.*, 2018).

Figura 1 - Macrorregiões de Saúde do Ceará



Fonte: CEARÁ. Secretaria de Saúde. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>

Ressalte-se que o Ceará foi pioneiro na organização da saúde em momentos específicos de sua história: um exemplo da valorização do trabalho da comunidade com uma experiência exitosa do PAS, que motivou o MS a criar o PACS, em 1991. Também se antecipou à Noas / 01-SUS no processo de regionalização, organizando o sistema de saúde em microrregiões, em 1998 quando o estado já caminhava rumo à organização desse processo com a experiência de

Baturité. Outro exemplo são os consórcios verticais de saúde formados entre o estado e os municípios logo após a aprovação da Lei nº 11.107, de 2005, experiência cearense que serviu de base para a implantação de consórcios também na Bahia (NOGUEIRA; OLIVEIRA; COSTA, 2021).

No Ceará, de fevereiro de 2020 a 09 de abril de 2022, foram confirmados 1.242.889 casos de COVID-19, sendo que o primeiro caso notificado foi em março de 2020, e em 2021, observou-se um aumento considerável de casos confirmados no final do mês de fevereiro permanecendo até a primeira quinzena de abril. Em 2022, observou-se aumento de casos suspeitos e confirmados da doença a partir das primeiras semanas, sendo o mês de janeiro responsável por 89,7% dos casos confirmados deste ano (CEARÁ, 2022).

4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde que atuavam na APS, lotados nas UBS da APS no Estado do Ceará, dispostos por categorias de nível superior e médio.

O Ceará tem cadastradas 2.064 unidades básicas de saúde, 2.815 Equipes de Saúde da Família e os profissionais que atuam na ESF constam, respectivamente, segundo a categoria: 15.850 ACS's, 5.938 ACE's, 1.489 auxiliares de enfermagem, 1.975 auxiliares em saúde bucal, 2.261 cirurgiões dentistas, 3.519 enfermeiros, 2.881 médicos, 3.765 técnicos de enfermagem, 449 técnicos em saúde bucal. Totalizando 38.127 profissionais cadastrados na ESF (BRASIL, 2021a).

O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se a fórmula para populações infinitas (MIOT, 2011): $n = Z_{5\%}^2 \cdot p \cdot (1-p) / e^2$. Foi fixado o nível de significância de 5% ($Z_{5\%} = 1,96$), $p = 50\%$, pois isso implica em tamanho máximo de amostra, e o erro amostral relativo de 10% (erro amostral absoluto $e = 5\%$). Dessa forma, o tamanho da amostra (n) foi de 390 participantes da pesquisa, contudo, 405 pessoas responderam ao instrumento de coleta de dados, destas 09 foram excluídas (06 eram profissionais que atuavam em outros estados brasileiros e 03 não especificaram a cidade onde trabalhavam). Não houve nenhum questionário incompleto, resultando em 396 profissionais de saúde como amostra final (n) deste estudo.

Os profissionais foram selecionados por meio da técnica de cadeia de referência (redes sociais ou bola de neve), que consiste em recrutar os primeiros participantes denominados de sementes e, a partir deles, gerar uma cadeia de outros indivíduos (VINUTO, 2014), para responderem ao questionário *online*, mediante cumprimento dos critérios de inclusão do presente estudo.

Os critérios de inclusão seguiram as orientações da PNAB (BRASIL, 2017) que considera profissionais de saúde da APS as seguintes categorias: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal, ACS's e ACE's. Além disso, os profissionais de saúde elegíveis foram também os que, no período da coleta de dados, cumulativamente, atuaram na APS do Estado do Ceará, em qualquer período compreendido entre março de 2020 e janeiro de 2022 (respectivamente, o início da pandemia no Ceará e o mês com o maior número de casos de COVID-19 em 2022).

Os profissionais de saúde afastados por qualquer natureza no período da coleta de dados ou que não trabalharam na APS durante o período acima referido foram excluídos da pesquisa.

4.4 Instrumentos utilizados

O instrumento de coleta consistiu em um questionário eletrônico, hospedado em uma plataforma *online* (*Google Forms*), que se subdivide em três tópicos. O primeiro tópico referia-se à ficha de caracterização pessoal e profissional (APÊNDICE A), solicitando os seguintes dados: nome do município em que trabalha, idade, sexo, situação conjugal, número de filhos, categoria profissional, tempo de atuação (na categoria profissional, na ESF e que trabalha na UBS atual), carga horária semanal nesse vínculo, existência de outro vínculo empregatício e a carga horária semanal total.

O segundo tópico do questionário eletrônico se referia ao processo de trabalho nas UBS, durante a pandemia de COVID-19 (APÊNDICE B), que foram perguntas a respeito das ações realizadas pela equipe para o enfrentamento da pandemia. As questões foram direcionadas ao acolhimento, atendimento e acompanhamento dos usuários/sintomáticos respiratórios, participação dos profissionais em treinamento ou capacitação sobre os protocolos e ou condutas para o manejo da COVID-19, ações ou protocolo de prevenção contra a contaminação,

estrutura física e equipamentos ofertados nas unidades de saúde, ações de promoção de saúde ou prevenção realizadas pelos profissionais no contexto da pandemia. Todas essas perguntas foram respaldadas por orientações, protocolos e normas técnicas preconizadas para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 na atenção primária à saúde (ANVISA, 2021; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021d).

Na parte final do questionário eletrônico, foi aplicado um instrumento que permite avaliar, de forma quantitativa, o clima de segurança do paciente nos serviços de saúde da APS: o *Primary Care-SafeQuest* ou *PC-SafeQuest*, desenvolvido na Escócia, adaptado e validado na sua versão brasileira (ANEXO A). Essa ferramenta foi escolhida para o presente estudo por mostrar evidências de praticabilidade, com boa compreensão pelos participantes e passível de utilização, de maneira simples e concisa, autoaplicável em todas as categorias profissionais que atuam, de forma direta ou indireta, na atenção primária ligadas à prestação de um cuidado seguro (RODRIGUES, 2017).

Curran *et al.* (2018) relatam que esse instrumento foi desenvolvido especificamente para avaliação do clima de segurança na APS e tem boa confiabilidade e validade. Consiste em 30 itens, que medem cinco domínios específicos: Carga de trabalho - percepção dos efeitos das condições de trabalho na segurança do paciente; Comunicação - importância percebida da discussão aberta e honesta entre os membros da equipe de prática; Liderança - percepção do compromisso da administração com a segurança na prática; Trabalho em equipe - percepção da importância da colaboração entre os membros da equipe de prática para fornecer atendimento eficiente e eficaz ao paciente; Sistemas de segurança e aprendizagem - percepção de envolvimento com técnicas de avaliação de risco e gerenciamento de segurança por membros da equipe de prática.

A versão brasileira do *PC-SafeQuest* foi validada por Rodrigues (2017), a qual afirma que esse instrumento tem boas propriedades psicométricas, com alfa de *Cronbach* acima de 0,70. Os domínios acima referidos contêm questões analisadas numa escala tipo *likert* pontuada de um a sete, com os seguintes valores e as suas respectivas opções de respostas: **1** - “de modo algum”, **2** – “de modo muito limitado”, **3** – “de modo limitado”, **4** – “moderadamente”, **5** – “de modo considerável”, **6** – “em grande parte”, **7** – “completamente”.

O escore é calculado pela média da pontuação das respostas de cada um dos itens que compõem o instrumento, sendo que quanto maior o escore, melhor

o clima de segurança percebido. Ressalta-se que a pontuação deve ser recodificada de forma invertida para o item (d) do domínio carga de trabalho e para os itens (a), (b), (c), (d), (e) e (f) do domínio liderança. Cabe destacar que não existe uma nota de corte específica que determina se um indivíduo possui uma percepção positiva ou negativa do clima de segurança.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de forma remota no período de maio a setembro de 2022. Assim, foi solicitado aos profissionais que respondessem o questionário *online* e encaminhassem o *link* para outros profissionais que atuavam na APS.

Também foi solicitado, pela pesquisadora, quando houvesse órgãos e entidades responsáveis para a permissão da pesquisa no âmbito da rede pública de saúde (como aconteceu no município de Sobral – ANEXO B) ou órgãos de classe dos profissionais de saúde, a divulgação do link do formulário eletrônico (<https://forms.gle/jhaDc2TwJDQ83qzC8>) através do ambiente virtual das unidades básicas de saúde municipais (grupo de *WhatsApp*), tendo como intermediário para a publicação os gerentes das UBS. O link do formulário eletrônico também foi enviado para o grupo de coordenadores da APS do Ceará e para cada membro individualmente, sensibilizando sobre a importância da pesquisa e solicitando para que os mesmos encaminhassem para os grupos e contatos das equipes de saúde de seus municípios.

Em Sobral e em Massapê, locais nos quais a pesquisadora morava e trabalhava, foram realizadas reuniões com os ACS nas UBS, após o consentimento dos gerentes. Momento no qual foi explicado os objetivos da pesquisa e realizado o convite para responderem ao questionário online, se quisessem participar da pesquisa, dispondo do tempo da reunião de aproximadamente 15 minutos para essa atividade de forma individual. A pesquisadora também apresentou brevemente a pesquisa com seus objetivos aos outros profissionais de saúde durante os intervalos dos atendimentos nos consultórios e demais locais da UBS, solicitando aos que concordassem em participar da pesquisa o contato pessoal (*WhatsApp*) para o encaminhamento do link do formulário eletrônico.

O referido *link* foi enviado aos contatos e grupos de *WhatsApp* da pesquisadora, que atuavam como profissionais de saúde na APS, solicitando que eles divulgassem a pesquisa e encaminhassem o *link* para os seus contatos de *WhatsApp*, para os grupos e para os *e-mails* de outros profissionais de saúde da APS. Também foi divulgado e disponibilizado o convite para a participação nas redes sociais e grupos do Facebook, Instagram e LinkedIn da pesquisadora.

Essa estratégia utilizada para a coleta de dados, em suma, mostrou-se eficaz neste estudo. Tal estratégia consiste em bola de neve, um processo de permanente coleta de informações, que procura tirar proveito das redes sociais dos entrevistados identificados para fornecer ao pesquisador um conjunto cada vez maior de contatos potenciais (VINUTO, 2014).

4.6 Análise de dados

A análise de dados ocorreu em duas etapas: apresentação e análise descritiva dos dados obtidos por meio do *Google Forms* e mensuração do clima de segurança, avaliado pelo *PC-SafeQuest*. Na primeira etapa da análise, os dados referentes à ficha de caracterização pessoal e profissional (APÊNDICE A) dos participantes da pesquisa foram apresentados por tabelas e descritas conforme porcentagens, números absolutos e medidas de tendência central e de dispersão de cada item que foi respondido, revelando o perfil dos profissionais de saúde da APS. As variáveis utilizadas para essa etapa foram: idade, identidade de gênero, estado civil, número de filhos, categoria profissional, tempo de trabalho (na ESF e na UBS que trabalha atualmente), carga horária de trabalho, existência de outro vínculo empregatício.

Em seguida, de igual forma, foi apresentada uma tabela referente às ações que a equipe de saúde realizou para o enfrentamento da pandemia e os equipamentos e materiais disponibilizados para os profissionais na UBS, conforme respostas do questionário (APÊNDICE B). As variáveis a serem analisadas incluem: acolhimento aos sintomáticos respiratórios, atendimento ao público prioritário, telemonitoramento dos sintomáticos respiratórios, treinamento ou capacitação sobre COVID-19, existência de protocolos para a prevenção, equipamentos de monitoramento dos sintomáticos respiratórios, disponibilidade de EPI e insumos de higiene, participação na promoção de saúde aos usuários.

A segunda etapa da análise dos dados se refere à mensuração do clima de segurança percebido pelos profissionais de saúde no que tange a cada dimensão do *PC-SafeQuest*: carga de trabalho, comunicação, liderança, trabalho em equipe e sistemas de segurança e aprendizagem. Esta etapa seguiu os seguintes passos: 1) importação dos dados do Excel para o IBM SPSS Statistics; 2) demonstração dos escores de cada domínio do instrumento e dos itens de cada domínio (média, mediana, desvio-padrão, IC 95%) apresentados através de tabelas; 3) interpretação dos resultados pela estatística descritiva; 4) comparação das medidas de tendência central da escala *PC-SafeQuest* e de seus domínios com as características sociodemográficas e profissionais dos participantes foi realizada pelos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Consideraram-se como estatisticamente significantes as análises com $p < 0,05$.

Em seguida, os resultados da pesquisa, encontrados em cada dimensão do *PC-SafeQuest*, foram interpretados à luz dos estudos publicados sobre a temática segurança do paciente na APS.

4.7 Aspectos éticos

O presente estudo consiste em um recorte da pesquisa intitulada “Inteligência emocional e segurança do paciente na atenção primária de saúde”, aprovada pelo parecer de Nº 3.128.082 (ANEXO C) do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

A pesquisa seguiu as orientações da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre ética na pesquisa, que destaca a importância do encaminhamento de pesquisas com o envolvimento de seres humanos para esse comitê e, apenas após aprovação do protocolo, é que o estudo poderá ser realizado (BRASIL, 2013). Salienta-se que a pesquisadora encaminhou um *email* para a autora que validou a versão brasileira do instrumento da coleta de dados da presente pesquisa (*PC-SafeQuest*), solicitando a permissão para o uso desse questionário.

Os participantes da pesquisa foram informados e esclarecidos sobre o estudo através do termo de consentimento de livre esclarecimento – TCLE (APÊNDICE C). Tudo de acordo com as orientações da Comissão Nacional de Ética

em Pesquisa (CONEP) referentes aos procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual (BRASIL, 2021c).

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 396 profissionais de saúde que atuavam na APS do Ceará. A análise das características sociodemográficas indicou que a maioria da amostra foi composta por pessoas com idade entre 30 e 49 anos (253; 63,9%), mulheres (322; 81,3%), com companheiro(a) (204; 51,5%) e que tinham um ou dois filhos (214; 54,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e profissionais dos participantes da pesquisa. Ceará, Brasil, 2022 (n=396)

Variáveis	f	%
Faixa etária (anos)		
19 - 29	72	18,2
30 - 39	126	31,8
40 - 49	127	32,1
50 - 59	55	13,9
60 - 69	16	4,0
Sexo		
Feminino	322	81,3
Masculino	72	18,2
Não informado	2	0,5
Situação conjugal		
Com companheiro(a)	204	51,5
Sem companheiro(a)	192	48,5
Quantidade de filhos		
Nenhum	134	33,8
1 – 2	214	54,0
3 ou mais	48	12,1
Categoria profissional		

Agente comunitário de saúde	155	39,1
Enfermeiro(a)	127	32,1
Técnico(a) de enfermagem	37	9,3
Médico(a)	25	6,3
Cirurgião(ã)-dentista	19	4,8
Agente de combate a endemias	15	3,8
Auxiliar de enfermagem	7	1,8
Auxiliar de saúde buccal	6	1,5
Técnico(a) de saúde bucal	5	1,3
Tempo de trabalho na ESF (ano)		
Menos de 1	20	5,1
1 a 5	149	37,6
6 a 10	63	15,9
Mais de 10	164	41,4
Tempo de trabalho na UBS atual (ano)		
Menos de 1	47	11,9
1 a 5	184	46,5
6 a 10	50	12,6
Mais de 10	115	29,0
Carga horária semanal na UBS (hora)		
Até 20h	28	7,1
Até 40h*	354	89,4
Até 60h*	14	3,5
Outro vínculo empregatício		
Não	332	83,8
Sim	64	16,2
Carga horária semanal total de trabalho (n=86)		
Até 20h	25	29,0
Até 40h*	35	40,7
Até 60h*	15	17,4
> 60h*	11	12,9

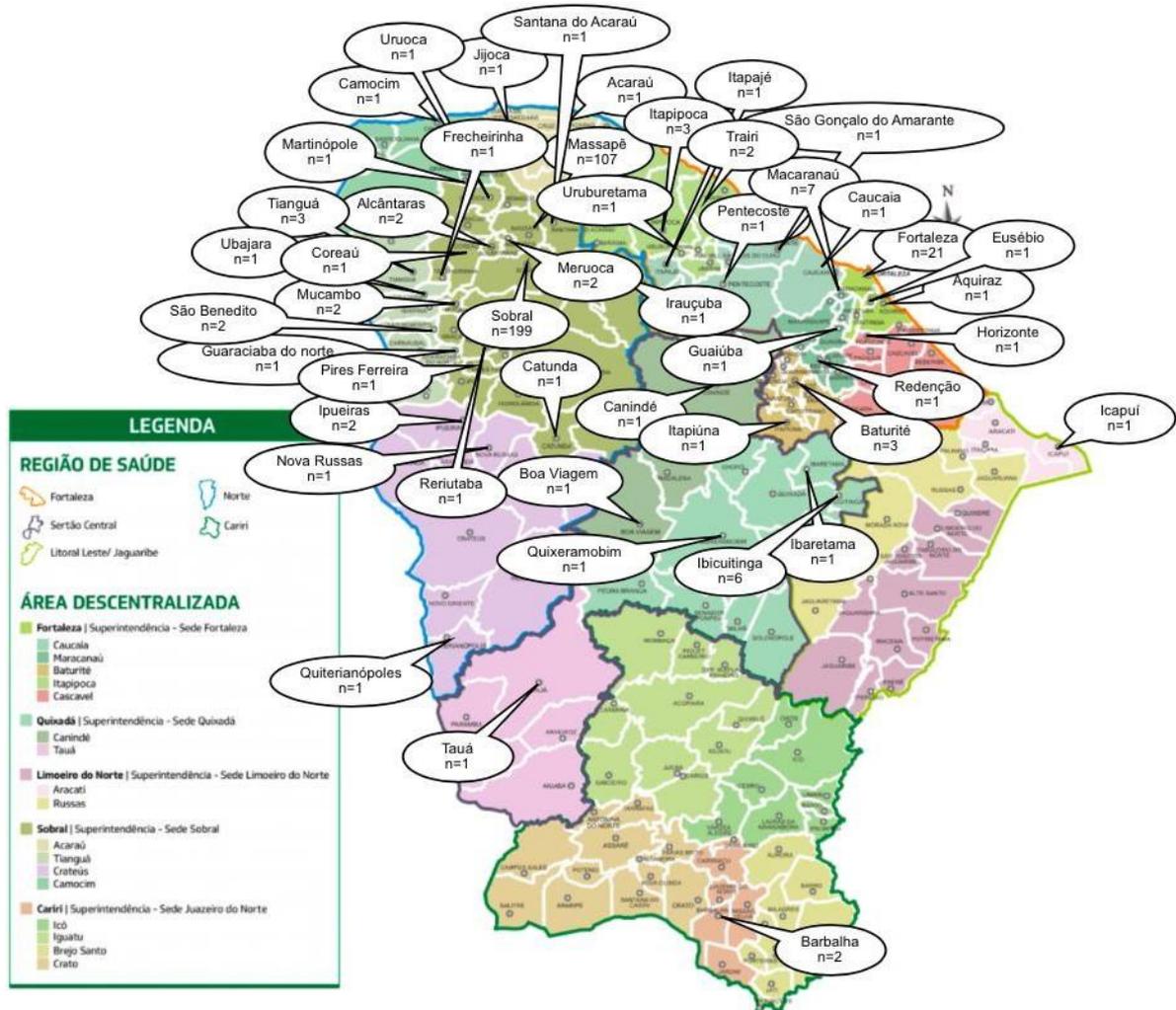
* Não incluídos os participantes da faixa anterior. Fonte: Elaborada pela autora.

Trabalhadores de nove categorias profissionais aderiram à pesquisa. Entre os de nível superior, foram mais frequentes os(as) enfermeiros(as) (127; 32,1%) e os de ensino fundamental/médio foram os ACS (155; 39,1%). Os participantes (164; 41,4%) afirmaram que trabalhavam na ESF há mais de 10 anos, mas atuavam na UBS, em que a coleta de dados foi desenvolvida, de um a cinco anos (184; 46,5%) (Tabela 1).

Acerca da carga horária semanal de trabalho, houve maior quantidade de respostas indicativas de até 40h (354; 89,4%), sendo exclusivo o vínculo laboral com a UBS (332; 83,8%). Dos que informaram atuar em mais de um local de trabalho (n=86), a carga horária da maioria não ultrapassou 40 horas semanais (35; 40,7%) (Tabela 1).

A amostra continha trabalhadores da APS de 48 dos 184 municípios do Ceará (26,0%), entretanto, a maior quantidade de participantes foi dos municípios Sobral (199; 50,2%), Massapê (107; 27,0%) e Fortaleza (21; 5,3%). Todas as regiões de saúde do estado foram contempladas no estudo (Figura 1).

Figura 2 - Municípios contemplados na pesquisa. Ceará, Brasil, 2022 (n=396)



Fonte: Elaborada pela autora.

O processo de trabalho na APS foi analisado por meio das informações apresentadas na Tabela 2, sendo que 72,2%(286) dos respondentes da pesquisa afirmaram que durante a pandemia de COVID-19 o atendimento às gestantes, crianças e pessoas com doenças crônicas não transmissíveis foi mantido e ocorreu por meio de agendamento. 81,3%(322) dos trabalhadores de saúde informou que houve um profissional de saúde designado para acolhimento com classificação de risco dos sintomáticos respiratórios; que o monitoramento dessas pessoas se deu por meio de telefone, por meio de ligações (257; 64,8%) e/ou aplicativo de troca de mensagens (WhatsApp) (271; 68,4%). Dos que informaram utilizar outros meios para monitoramento (n=93), as visitas domiciliares apareceram com maior frequência (86; 92,4%).

Tabela 2 - Características do trabalho nas UBS durante a pandemia de Covid-19, segundo os profissionais que participaram da pesquisa. Ceará, Brasil, 2022 (n=396)

Variáveis	F	%
Presença de profissional para acolhimento e classificação de risco dos sintomáticos respiratórios		
Sim	322	81,3
Não	68	17,2
Não sabe	6	1,5
Atendimento às gestantes, crianças e pessoas com doenças crônicas não transmissíveis		
Por agendamento	286	72,2
Por demanda espontânea	83	21,0
Não eram atendidas na UBS	27	6,8
Monitoramento dos sintomáticos respiratórios		
Por WhatsApp	271	68,4
Por telephone	257	64,8
Por outros meios	100	25,2
Não foi realizado	22	5,5
Não sei	16	4,0
Outros meios de monitoramento de sintomáticos respiratórios (n=93)		
Visitas domiciliares	86	92,4
Impresso	4	4,3
Planilha no computador	2	2,1
Aplicativo do município	1	1,2
Participação em treinamento/capacitação sobre manejo da Covid-19 na APS		
Monitoramento domiciliar de casos e/ou busca ativa de contatos	306	77,2
Uso adequado de EPIs e/ou demais equipamentos	233	58,8
Diagnóstico e manejo de casos	142	35,8
Não participou	131	33,0
Outro(s) treinamento(s)/capacitação(ões)	14	3,5

Participação em treinamento(s)/capacitação(ões) sobre Covid-19 com outro(s) tema(s) (n=14)

Aspectos gerais da Covid-19	6	42,8
Imunização	3	21,4
Não especificado / não lembra o tema	3	21,4
Cuidados com pacientes hospitalizados	2	14,4
Existência de ação ou protocolo para a prevenção de contaminação pela Covid-19 na UBS		
Sim	371	93,7
Não	18	4,5
Não sei	7	1,8
Equipamento(s) para monitoramento dos sintomáticos respiratórios na UBS		
Termômetro e oxímetro de pulso	283	71,5
Termômetro	47	11,9
Não dispõe desses equipamentos	35	8,8
Oxímetro de pulso	31	7,8
Materiais/insumos disponíveis na UBS		
Álcool em gel ou solução alcoólica a 70%	390	98,4
Máscara cirúrgica descartável	313	79,0
Máscara N95 ou PFF2	305	77,0
Pia com fácil acesso para lavagem das mãos	263	66,4
Papel toalha para enxugar as mãos	240	60,6
Não dispõe desses materiais	2	0,5
Orientação à população sobre formas de prevenção contra a Covid-19		
Sim	394	99,5
Não	2	0,5

Fonte: Elaborada pela autora.

Embora não se tenha questionado se a busca por treinamentos/capacitações sobre Covid-19 foi incentivada pela administração superior ou por interesse próprio, os trabalhadores participaram, com maior

frequência de momentos de aprendizagem sobre monitoramento domiciliar de casos de síndrome gripal e/ou busca ativa de contatos desses casos (306; 77,2%) e uso adequado de EPIs e/ou demais equipamentos de proteção para atendimento aos casos suspeitos/confirmados (233; 58,8%). Alguns participantes informaram participação em outras capacitações (n=14), sendo aspectos gerais da Covid-19 o tema mais frequente delas (6; 42,8%) (Tabela 2).

A quase totalidade dos respondentes confirmou a existência de alguma ação ou protocolo para prevenção da contaminação pela Covid-19 na UBS (371; 93,7%) e a existência de algum equipamento para monitoramento dos sintomáticos respiratórios na UBS (361; 91,1%). Termômetro e oxímetro de pulso, presentes em concomitância, foram os mais mencionados (283; 71,5%). Também foram questionados sobre a disponibilidade de alguns materiais/insumos para prevenção de contágio de Covid-19 por parte dos trabalhadores e/ou dos pacientes atendidos. A quase totalidade mencionou a presença de pelo menos um (394; 99,5%), mas o álcool em gel ou solução alcoólica a 70% (390; 98,4%) e as máscaras cirúrgica descartável (313; 79,0%) e N95 ou PFF2 (305; 77,0%) foram os mais frequentes. A maioria teve participação direta em alguma orientação à população sobre formas de prevenção contra a Covid-19 (394; 99,5%) (Tabela 2).

O clima de segurança do paciente na APS do Ceará foi avaliado por meio do PC-SafeQuest (Tabela 3). A média de pontuação dos 30 itens, ou seja, do total do instrumento, foi $5,1 \pm 0,9$, de uma escala de 7 pontos. Dos cinco domínios do questionário, quatro apresentaram médias dos respectivos itens também correspondentes a 5 pontos da escala (comunicação = $5,1 \pm 1,3$; liderança = $5,3 \pm 1,2$; trabalho em equipe = $5,5 \pm 1,0$; sistemas de segurança e aprendizagem = $5,2 \pm 1,2$). O domínio carga de trabalho foi o que apresentou menor média ($4,2 \pm 0,8$).

No domínio carga de trabalho, o item melhor avaliado pelos participantes foi o de nível de qualificação da equipe para gerenciar a carga de trabalho com segurança. No domínio comunicação, maiores escores foram atribuídos a comunicação aberta entre os membros da equipe, atualização dos membros sobre melhorias da unidade e comunicação da visão, por parte do gestor, sobre melhorias do serviço. No domínio liderança, quatro dos seis itens tiveram respostas com escores altos, mas os itens sobre repercussões negativas para quem relatou um evento significativo e a liderança do gestor com membros problemáticos da equipe apresentou as médias mais baixas.

Tabela 3 - Resultados do PC - *SafeQuest* durante a pandemia de Covid-19, segundo os profissionais que participaram da pesquisa. Ceará, Brasil, 2022 (n=396)

Domínios / itens	Mediana	Média ± DP	IC 95%	Interpretação*
Carga de trabalho	4,2	4,2 ± 0,8	4,1 - 4,3	Moderadamente
a) O desempenho dos membros da equipe foi prejudicado pela carga de trabalho excessiva.	4,0	4,0 ± 1,8	3,8 - 4,2	Moderadamente
b) Os membros da equipe sempre tinham tempo suficiente para concluir tarefas de trabalho com segurança.	4,0	4,1 ± 1,6	3,9 - 4,2	Moderadamente
c) O nível de qualificação da equipe na unidade era suficiente para gerenciar a carga de trabalho com segurança.	5,0	4,5 ± 1,7	4,3 - 4,7	De modo considerável
d) Quando a pressão aumentava, esperava-se que os membros da equipe trabalhassem de forma mais rápida, mesmo que isso implique pular etapas.	4,0	4,3 ± 1,9	4,1 - 4,5	Moderadamente
Comunicação	5,4,	5,1 ± 1,3	4,9 - 5,2	De modo considerável
a) Os membros da equipe sentiam-se à vontade para questionar as decisões daqueles com mais autoridade.	4,0	4,3 ± 1,9	4,1 - 4,5	Moderadamente
b) Os membros da equipe sentiam-se confortáveis em expressar suas preocupações ao gestor da unidade sobre a maneira como as tarefas eram executadas.	5,0	4,9 ± 1,8	4,7 - 5,1	De modo considerável
c) Existiu uma comunicação aberta entre os membros da equipe em todos os níveis da unidade.	6,0	5,4 ± 1,5	5,3 - 5,6	Em grande parte
d) Os membros da equipe eram atualizados sobre melhorias na unidade.	6,0	5,3 ± 1,6	5,2 - 5,5	Em grande parte
e) O gestor da unidade comunicava sua visão sobre melhorias no serviço.	6,0	5,5 ± 1,6	5,3 - 5,6	Em grande parte
Liderança	5,6	5,3 ± 1,2	5,2 - 5,4	De modo limitado
a) A hierarquia na unidade era um obstáculo ao trabalho efetivo.	7,0	5,7 ± 1,7	5,6 - 5,9	De modo algum

b) Relatar um evento significativo (erros de procedimentos ou diagnóstico ou de medicação, danos ao paciente, circunstância notificável, incidente sem dano, evento adverso) poderia resultar em repercussões negativas para a pessoa que o apontou.	5,0	4,7 ± 2,0	4,5 - 4,9	De modo limitado
c) O gestor da unidade não lidava de forma efetiva com membros problemáticos da equipe.	5,0	5,0 ± 1,9	4,8 - 5,2	De modo limitado
d) Quando os membros da equipe faziam sugestões para melhorar a forma de execução das tarefas, o gestor da unidade não levava a sério.	7,0	5,4 ± 1,9	5,2 - 5,6	De modo algum
e) Havia um baixo nível de confiança entre os membros da equipe.	7,0	5,6 ± 1,8	5,4 - 5,7	De modo algum
f) Os membros da equipe frequentemente desconsideravam regras, protocolos e procedimentos.	7,0	5,5 ± 1,9	5,3 - 5,7	De modo algum
Trabalho em equipe	5,7	5,5 ± 1,0	5,4 - 5,6	De modo considerável
a) Os membros da equipe tratavam uns aos outros com respeito.	6,0	6,0 ± 1,2	5,9 - 6,1	Em grande parte
b) Os membros da equipe sempre apoiavam um ao outro.	6,0	5,8 ± 1,2	5,7 - 5,9	Em grande parte
c) As discordâncias dentro da equipe na unidade eram resolvidas apropriadamente.	6,0	5,5 ± 1,4	5,4 - 5,7	Em grande parte
d) Os membros da equipe trabalhavam bem em conjunto, em todos os níveis dentro da unidade.	6,0	5,6 ± 1,3	5,5 - 5,7	Em grande parte
e) A unidade era um bom lugar para trabalhar.	6,0	5,3 ± 1,5	5,2 - 5,5	Em grande parte
f) Os membros da equipe estavam geralmente satisfeitos com os seus trabalhos.	5,0	4,9 ± 1,5	4,7 - 5,0	De modo considerável
g) A necessidade de trabalhar bem, como equipe, era promovida pelo gestor da unidade.	6,0	5,5 ± 1,6	5,3 - 5,6	Em grande parte
Sistemas de segurança e aprendizagem	5,6	5,2 ± 1,2	5,1 - 5,3	De modo considerável
a) Todos os membros da equipe eram encorajados a relatar os eventos significantes (erros de procedimentos ou diagnóstico ou de medicação, danos ao paciente, circunstância notificável, incidente sem dano, evento adverso) que aconteciam na unidade.	6,0	5,0 ± 1,8	4,8 - 5,2	Em grande parte

b) Protocolos na unidade ajudavam a prevenir a ocorrência de eventos significantes (erros de procedimentos ou diagnóstico ou de medicação, danos ao paciente, circunstância notificável, incidente sem dano, evento adverso).	6,0	5,4 ± 1,6	5,2 - 5,5	Em grande parte
c) A tomada de decisão quanto ao desenvolvimento de protocolos na unidade considerava a opinião de todos os membros da equipe.	6,0	5,1 ± 1,7	4,9 - 5,3	Em grande parte
d) A unidade dedicava tempo para avaliar formalmente os riscos (por ex., aos pacientes, aos membros da equipe e à unidade).	5,0	4,8 ± 1,7	4,6 - 5,0	De modo considerável
e) Todos os membros da equipe tiveram a oportunidade de participar na análise de eventos significantes (erros de procedimentos ou diagnóstico ou de medicação, danos ao paciente, circunstância notificável, incidente sem dano, evento adverso).	4,0	4,4 ± 1,8	4,2 - 4,6	Moderadamente
f) A qualidade e segurança no cuidado ao paciente eram levadas a sério na unidade.	7,0	6,1 ± 1,2	6,0 - 6,2	Completamente
g) A unidade apoiava o desenvolvimento de educação continuada/permanente para todos os membros da equipe.	6,0	5,5 ± 1,7	5,4 - 5,7	Em grande parte
h) A unidade encorajava o aprendizado com base nas ideias e preocupações dos membros da equipe, em todos os níveis.	6,0	5,5 ± 1,6	5,3 - 5,6	Em grande parte
Total	5,3	5,1 ± 0,9	5,1 - 5,2	De modo considerável

*Baseada na mediana. Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação ao domínio trabalho em equipe, um dos sete itens apresentou média menor que os demais, o qual se referia à satisfação dos membros da equipe com o trabalho. O domínio sistemas de segurança e aprendizagem possui a maior quantidade de itens do instrumento e a menor média foi verificada no item sobre a oportunidade dos membros da equipe de participar na análise de eventos significantes. Em contrapartida, no mesmo domínio, o item que mencionou a qualidade e a segurança no cuidado como aspectos levados a sério na UBS foi o que teve a maior média.

Foram analisados alguns fatores que interferiram no clima de segurança do paciente na APS do Ceará (Tabelas 4 e 5). Por meio da Tabela 4, verificou-se que houve uma diferença estatisticamente significativa da percepção do clima de segurança entre homens e mulheres, as quais avaliaram de forma positiva o clima de segurança do paciente nas UBS do Ceará ($5,2 \pm 0,8$; $p=0,014$). Os resultados do *PC-SafeQuest* não estiveram associados às demais características sociodemográficas analisadas.

Tabela 4 - Resultado total do PC - *SafeQuest*, segundo as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa. Ceará, Brasil, 2022 (n=396)

Variáveis	f	%	Média±DP	p-valor
Faixa etária (ano)				
19 - 29	72	18,2	5,1±1,0	0,904*
30 - 39	126	31,8	5,1±0,8	
40 - 49	127	32,1	5,2±0,8	
50 - 59	55	13,9	5,1±1,0	
60 - 69	16	4,0	5,4±0,6	
Sexo				
Feminino	322	81,3	5,2±0,8	0,014*
Masculino	72	18,2	5,0±0,9	
Não informado	2	0,5	2,8±0,8	
Situação conjugal				
Com companheiro(a)	204	51,5	5,1±0,9	0,815**
Sem	192	48,5	5,2±0,9	

companheiro(a)				
Quantidade de filhos				
Nenhum	134	33,8	5,1±0,9	0,593*
1 – 2	214	54,0	5,2±0,9	
3 ou mais	48	12,1	5,2±0,8	

Fonte: Elaborada pela autora.

*Teste de Kruskal-Wallis

**Teste de Mann-Whitney

A comparação entre as medianas referentes às características profissionais dos respondentes e aos resultados do PC-SafeQuest mostrou que a categoria profissional e a carga horária semanal de trabalho na UBS estiveram associadas ao clima de segurança do paciente na APS (Tabela 5). Todas as médias obtidas de domínios e do resultado total do instrumento foram maiores do que a metade dos escores do instrumento.

Em relação à categoria, médicos (5,0±1,0) e auxiliares de enfermagem (5,0±1,1) tiveram as menores médias, enquanto os técnicos de saúde bucal (6,1±0,8) avaliaram melhor o trabalho em equipe (p=0,007). No domínio sistemas de segurança e aprendizagem, cirurgiões-dentistas (4,4±1,6), médicos (4,5±1,3) e auxiliares de enfermagem (4,8±1,5) deram respostas que obtiveram as menores médias do domínio (p=0,002). Ainda analisando a categoria profissional, averiguou-se que os auxiliares de enfermagem (4,6±1,0), de modo global, apresentaram menor percepção de clima de segurança do paciente na APS, pela menor média no PC-SafeQuest atribuída a essa categoria, em comparação aos técnicos de saúde bucal (5,5±0,9), que apresentaram melhor clima de segurança percebido entre as categorias de profissionais que participaram do estudo (p=0,039) (Tabela 5).

A carga horária semanal de trabalho na UBS apresentou associação significativa com o resultado do domínio liderança (p=0,045) e com o resultado total do PC-SafeQuest (p=0,049). Os trabalhadores que dedicavam menor carga horária por semana (20h = 5,3±1,3, 40h = 5,3±1,2) apresentaram melhor resultado para o domínio liderança, em comparação aos que dedicavam maior carga horária (60h = 4,4±1,3), os quais obtiveram a menor média do domínio. O resultado total PC-SafeQuest seguiu o mesmo padrão no que concerne à carga horária semanal de trabalho na UBS, com resultado indicativo de melhor clima de segurança do paciente

percebido entre aqueles com dedicação a 20h ($5,1 \pm 1,1$) e 40h ($5,2 \pm 0,9$) semanais (Tabela 5).

Tabela 5 - Resultado do PC - *SafeQuest*, segundo as características profissionais dos participantes da pesquisa. Ceará, Brasil, 2022 (n=396)

Variáveis	Domínios do PC – <i>SafeQuest</i>					Total	
	Carga de trabalho	Comunicação	Liderança	Trabalho em equipe	Sistemas de segurança e aprendizagem		
	Média± DP	Média± DP	Média± DP	Média± DP	Média± DP	Média±DP	p-valor
Categoria Profissional	p	0,795	0,194	0,053	0,007	0,002	0,039
Agente Comunitário de Saúde		4,3± 0,8	5,2± 1,3	5,3± 1,2	5,7± 0,9	5,5± 1,1	5,3± 0,8
Agente de Combate a Endemias		4,1± 0,7	4,5± 1,6	4,9± 1,3	5,1± 1,1	5,0± 0,9	4,8± 0,7
Auxiliar de enfermagem		4,0± 0,5	5,0± 1,5	4,3± 1,2	5,0± 1,1	4,8± 1,5	4,6± 1,0
Auxiliar de saúde bucal		4,1± 1,2	5,0± 1,0	5,2± 1,0	5,3± 0,9	5,3± 0,6	5,1± 0,5
Cirurgião(ã)-dentista		4,0± 0,8	4,4± 1,6	5,0± 1,4	5,3± 1,1	4,4± 1,6	4,7± 1,1
Enfermeiro(a)		4,2± 0,7	5,1± 1,4	5,5± 1,1	5,4± 1,1	5,1± 1,3	5,2± 0,9
Médico(a)		4,3± 0,8	4,7± 1,3	5,5± 1,1	5,0± 1,0	4,5± 1,3	4,8± 1,0
Técnico(a) de enfermagem		4,1± 0,8	5,1± 1,3	4,8± 1,4	5,5± 1,3	5,4± 1,2	5,1± 0,8

Técnico(a) de saúde bucal	4,7± 1,0		5,6± 1,2		5,0± 2,0		6,1± 0,8		5,8± 1,0		5,5± 0,9	
Tempo de trabalho na ESF (ano)												
Menos de 1	4,2± 0,5	0,620*	5,4± 1,0	0,441*	5,2± 1,2	0,352*	5,6± 1,0	0,996*	5,6± 1,1	0,529*	5,3± 0,8	0,539*
1 a 5	4,1± 0,8		4,9± 1,4		5,2± 1,2		5,5± 1,1		5,1± 1,2		5,1± 0,9	
6 a 10	4,3± 0,8		5,1± 1,3		5,4± 1,3		5,5± 1,1		5,3± 1,2		5,2± 0,8	
Mais de 10	4,3± 0,8		5,2± 1,3		5,4± 1,2		5,5± 0,9		5,2± 1,2		5,2± 0,9	
Tempo de trabalho na UBS (ano)												
Menos de 1	4,1± 0,7	0,665*	5,3± 1,0	0,445*	5,2± 1,1	0,282*	5,4± 1,1	0,866*	5,2± 1,2	0,665*	5,1± 0,8	0,660*
1 a 5	4,2± 0,8		4,9± 1,4		5,2± 1,2		5,5± 1,1		5,1± 1,3		5,1± 0,9	
6 a 10	4,3± 0,8		5,1± 1,2		5,6± 1,3		5,5± 1,1		5,4± 1,0		5,3± 0,8	
Mais de 10	4,3± 0,8		5,2± 1,3		5,3± 1,2		5,6± 0,9		5,3± 1,2		5,2± 0,9	
Carga horária semanal (hora)												
Até 20h	4,4± 0,8	0,239*	5,2± 1,4	0,257*	5,3± 1,3	0,045*	5,4± 1,3	0,426*	5,0± 1,5	0,328*	5,1± 1,1	0,049*
Até 40h*	4,2±0, 8		5,1± 1,3		5,3± 1,2		5,5± 1,0		5,2± 1,2		5,2± 0,9	
Até 60h*	3,9± 0,8		4,4± 1,6		4,4± 1,3		5,2± 1,0		4,9± 1,0		4,7± 0,6	

Sim	4,1± 0,7	0,220* *	5,1± 1,4	0,817* *	5,2± 1,3	0,610* *	5,3± 1,1	0,199* *	5,0± 1,4	0,143* *	5,0± 1,0	0,301**
Não	4,2± 0,5		5,1± 1,3		5,3±1, 2		5,5± 1,0		5,3± 1,2		5,2± 0,8	

Fonte: Elaborada pela autora.

*Teste de Kruskal-Wallis

**Teste de Mann-Whitney

6 DISCUSSÃO

6.1 Características sociodemográficas dos participantes

Observando as características de gênero e de faixa etária dos participantes da pesquisa, a maioria são mulheres (332; 81,3%) na faixa etária adulta produtiva, com companheiro e filho. Os fatores de risco pessoais para a saúde mental dos profissionais da saúde incluem entre outros: ter filhos em casa, ser do sexo feminino e o impacto da pandemia em seu estilo de vida pessoal (PAHO, 2021). Verifica-se que os profissionais de saúde da APS que participaram da pesquisa tem esse perfil.

O gênero feminino está intrinsecamente ligado às atividades do cuidado, facilitando inclusive a troca de experiências de suas vivências maternas e gerenciamento de suas famílias com os usuários e incorporando essas práticas no cuidado à saúde da criança, do adolescente e da mulher. A experiência vivenciada por essas mulheres trabalhadoras auxilia na compreensão da dinâmica familiar, visto que o foco central da ESF é o cuidado de forma integral ao indivíduo e à família. Outra questão que vale reflexão é sobre a história do gênero feminino que absorve uma jornada dupla de trabalho: no âmbito de sua profissão e no âmbito familiar, onde assume uma diversidade de papéis enquanto mãe, companheira e mantenedora da gestão do lar (ONU, 2020a). Essa é a rotina das profissionais de saúde que participaram da pesquisa, dessa forma podendo contribuir para uma sobrecarga de trabalho para essas mulheres.

A epidemia afetou mulheres de diferentes maneiras e trouxe uma maior sobrecarga de trabalho para elas que têm de se dividir entre diversas funções: emprego fora de casa, trabalhos domésticos, assistência à infância (cuidado com filhos), educação escolar em casa (já que as escolas estavam fechadas) e assistência a pessoas idosas na família.

Alguns estudos afirmam que a desigualdade de gênero foi intensificada na pandemia e comentam sobre o importante papel que a mulher trabalhadora vem desenvolvendo durante esse cenário (TALAVERA *et al.*, 2020; SOLON *et al.*, 2020; DIAS; BRONGNOLI, 2022).

A ONU Mulheres para Américas e Caribe (2020) salienta a desigualdade de gênero no trabalho que se evidenciou com a pandemia e recomenda a abordem

às necessidades dos diferentes papéis sociais desempenhados pelas mulheres, reforçando que a elas se deve garantir a atenção primária e o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. No âmbito dos direitos econômicos, a entidade reitera o pedido para medidas diretas de compensação a trabalhadoras informais, incluindo trabalhadoras de saúde, trabalhadoras domésticas, migrantes e dos setores econômicos mais afetados pela pandemia.

Para Talavera *et al.* (2020), a qualificação profissional e a atualização frequentes, para se igualar ao homem e se manter no emprego, somadas às demais tarefas resultam no desempenho sobre-humano, uma sobre jornada de trabalho, que implica, inclusive, na renúncia das necessidades pessoais, e possível comprometimento da saúde física e mental das mulheres, constituindo a tripla jornada de trabalho. Solon *et al.* (2020) afirmam que a intensificação do trabalho e a maior cobrança de produtividade podem gerar efeitos de desgaste psicológico profundo. Enquanto Macêdo (2020) complementa que a mulher sente com maior intensidade os efeitos do confinamento da pandemia, seja no trabalho domiciliar, privado ou público.

A crise sanitária, econômica e social trazida pela pandemia COVID-19 e suas necessárias medidas de enfrentamento podem aumentar, sobremaneira, o risco de violência contra a mulher (MARQUES *et al.*, 2020). Os índices de violência doméstica e feminicídio têm aumentado no mundo já que as mulheres, com a pandemia, estão confinadas com seus agressores e distantes do ciclo social, os riscos para elas são cada vez mais elevados (CARVAHO; LIMA; COELI, 2022).

Entretanto, as mulheres estão à frente no enfrentamento da pandemia de várias formas: são as mulheres que compõem 70% da equipe médica e de apoio e 85% das enfermeiras em hospitais, e metade da categoria médica nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento do Comércio (OCDE) também são mulheres. Além disso, 90% das atividades de assistência a longo prazo e até 10 vezes mais trabalho doméstico não remunerado são realizadas por mulheres em todo o mundo. Salieta-se também que nos países liderados por mulheres o combate do Coronavírus tem sido mais eficaz (DIAS; BRONGNOLI, 2022).

Diante disso, urge a construção e implementação de políticas públicas durante e pós-pandemia para o gênero feminino, diante da peculiaridade dos aspectos anteriormente relatados referentes a esse gênero, em especial, às mulheres trabalhadoras do setor saúde na APS. Elas necessitam de educação

continuada e apoio psicológico para lidar com questões de violência doméstica, sexualidade e relações de desigualdade no trabalho que se relacionam diretamente com uma cultura machista e violenta historicamente implantada no país.

6.2 Categorias profissionais

As categorias profissionais que mais se destacaram como respondentes da pesquisa foram os ACS's (155; 39,1%) e os enfermeiros (137; 32,1%), com atuação como trabalhador na APS em média de 10 anos e com vínculos com a equipe na qual atuavam no período da coleta de dados.

Existem aproximadamente 28 milhões de enfermeiros em todo o mundo, 30% dos quais (cerca de 8,4 milhões) trabalham na Região das Américas e representam 56% da força de trabalho total da saúde: considerado um percentual inferior à média global, estimada em 59%. Globalmente, há uma escassez estimada de 5,9 milhões de profissionais, e estima-se que 89% (5,3 milhões) desse déficit esteja concentrado em países de baixa e média renda (CASSIANI *et al.*, 2020).

Considerando esses dados, há uma escassez gritante de profissionais enfermeiros nos países menos desenvolvidos, acarretando uma sobrecarga de trabalho para esses profissionais, conseqüentemente, *stress* físico e psicológico, principalmente diante de situações emergenciais como na pandemia, que repercute na qualidade dos serviços e atendimento ao público, bem como nas questões referentes à segurança do paciente.

Profissionais de enfermagem são a espinha dorsal da força de trabalho em saúde, especialmente durante a pandemia, representando 56% da equipe de saúde e fornecendo serviços de atenção primária, apoio à saúde mental e proteção do bem-estar de indivíduos, comunidades e famílias. Um papel central na atenção às pessoas com COVID-19 e por terem sido fundamentais para o lançamento de 1,8 bilhão de doses da vacina contra a doença na região (PAHO, 2022).

Durante a pandemia, os profissionais de Enfermagem estavam diretamente em contato com os sintomáticos respiratórios realizando os testes rápidos e a vacinação contra o COVID, procedimentos com uma maior probabilidade de contaminação, não somente pela execução deles, mas também pela rapidez que o ato exigia, pois além dos procedimentos citados a demanda de usuários era

imensa e na grande maioria das vezes quem realizava a triagem, o acolhimento e as consultas eram os enfermeiros da APS.

É de extrema importância que toda a equipe seja capacitada para auxiliar nos momentos de crise ou de grandes demandas na APS, para que não ocorra a sobrecarga de trabalho para uma minoria de profissionais. A triagem e o acolhimento, por exemplo, são procedimentos que podem ser realizados por outros profissionais da APS, quando existe educação permanente para todos os membros da equipe.

As categorias de Enfermagem e de ACS's são profissões historicamente do gênero feminino, engajadas no cuidado à saúde e atuantes nas mais diversas situações emergenciais. A categoria de ACS surgiu com a necessidade de contratação de pessoas que pudessem auxiliar as mulheres e crianças no período de estiagem no interior do Estado do Ceará e muitas mulheres da comunidade local foram contratadas pelo Governo e a partir de então as taxas de mortalidade infantil e neonatal diminuíram significativamente naquela região. Essa experiência exitosa transformou-se num modelo para todo o Brasil, implantando-se posteriormente o PACS, que com a criação do SUS foi implementado em todo o território nacional e os ACS's foram reconhecidos como categoria profissional na APS.

De acordo com os dados coletados em setembro de 2021, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021a) contabiliza o número de 15.850 ACS no Estado do Ceará, perfazendo a categoria profissional mais numerosa. Cada um deles é responsável por, no mínimo, 750 pessoas do território no qual eles estão cadastrados por microáreas e onde devem ter residência fixa, exigências preconizadas pela Política Nacional de Saúde. Esse profissional faz parte da comunidade na qual ele atua e esse fato promove o ACS como liderança e como um elo entre a população e a equipe de saúde da APS.

Durante a pandemia os ACS foram instrumento de informações para a comunidade e para a vigilância à saúde, realizando monitoramento e visitas domiciliares aos sintomáticos respiratórios. Estudos internacionais enfatizam a importância das ACS nas estratégias de enfrentamento à COVID-19, ressaltando a necessidade de treiná-las para as ações de combate à pandemia, além de manter os serviços de saúde primários de rotina, garantindo que sejam designadas como parte essencial da força de trabalho (MÉLLO *et al.*, 2021).

O trabalho dos ACS é de fundamental importância para a adesão da população para as práticas de cuidado à saúde, para a mobilização social e para o reconhecimento do território. Estes profissionais devem estar envolvidos em todos os planejamentos e ações da ESF, pois eles conhecem as famílias, seus conflitos e as lideranças que podem auxiliar para uma maior participação dos usuários na melhoria dos serviços de saúde.

6.3 Carga horária e vínculo laboral

Na sua maioria os profissionais da APS tinham vínculo laboral exclusivo com a UBS (332; 83,8%) e carga horária de 40 horas semanais. Esse dado pressupõe que os profissionais de saúde da APS na sua maioria têm vínculos entre si e com os usuários, além de conhecerem o território adscrito da UBS, seus costumes e as redes sociais da comunidade.

Dessa forma, ocorre uma melhor comunicação entre a equipe de saúde e os usuários, estabelecendo também um dos atributos da APS: a longitudinalidade do cuidado. Em relatos de Frota *et al.* (2022) ela é definida como a “relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e utilização da UBS como fonte regular de cuidado ao longo do tempo”, portanto esse conceito apresenta três dimensões: “UBS como fonte regular de cuidados de APS, estabelecimento de vínculo duradouro (relação interpessoal) e continuidade informacional”.

No Brasil, a ESF é um modelo adequado para apoiar a população no enfrentamento das medidas de mitigação e contenção da COVID-19, é onde ocorre a maioria dos cuidados de saúde e podem ser estabelecidas relações profissionais e pacientes confiáveis e de longo prazo (FURLANETTO *et al.*, 2022).

Contudo, no período da pandemia houve uma ruptura na longitudinalidade do cuidado, pois o atendimento na UBS era centrado nas ações de COVID (FOURNIER *et al.*, 2021; FROTA *et al.*; MENDES, 2022) a limitação da coordenação e da continuidade do cuidado levam à internação do paciente e à fragmentação do cuidado, refletindo nas questões referentes à segurança do paciente (KALÁNKOVÁ *et al.*, 2022).

A nova PNAB, com a Portaria Nº 397/2020 (BRASIL, 2020), ampliou a flexibilidade da jornada de trabalho dos profissionais de Saúde da Família,

enfraquecendo a lógica do trabalho em equipe. Também criou incentivos indiretos para o fortalecimento da atenção primária tradicional, baseada na atenção da demanda espontânea e não na promoção, prevenção e controle da saúde, com base no conhecimento do território de adstrição da clientela e da participação comunitária.

Durante o início da pandemia, a maioria dos municípios de pequeno porte teve que reorganizar os seus serviços da APS com um quadro de trabalhadores, alguns com pouca experiência nos serviços de saúde, recém-contratados pela nova gestão que assumiu após as eleições municipais. Esse fator não colaborou para uma maior integração com a equipe e com a longitudinalidade da assistência aos usuários, possibilitando também maiores chances da ocorrência de EA e danos à segurança do paciente e dos profissionais de saúde.

6.4 Características do trabalho nas UBS

Os participantes declararam que nas UBS ocorreram, durante a pandemia, o atendimento por agendamento aos pacientes com doenças crônicas, às gestantes e às crianças (286; 72,2%), porém não é o que os estudos e a realidade vivenciada no Brasil e no estado do Ceará demonstram com os dados e pesquisas sobre o atendimento na APS durante a pandemia, inclusive causando consequências irreparáveis à saúde pública, atualmente já confirmadas a nível internacional.

A pandemia da COVID-19 representa um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo, com demandas sem precedentes em todos os níveis de atenção à saúde. Na atenção primária, além do cuidado dos indivíduos com sintomas gripais, a descontinuidade do acompanhamento de pacientes com doenças crônicas é causa de grande preocupação (CIMINI, 2022).

A pesquisadora observou, em sua prática, que o atendimento na APS, durante a pandemia, ficou centrado nas ações e protocolos direcionados ao COVID, surgindo de forma emergencial a demanda dos sintomáticos respiratórios e de novos procedimentos que exigiam cuidados para a segurança dos usuários e dos profissionais de saúde.

Como consequência nos processos de trabalho da APS surgiu um absenteísmo de usuários que durante a COVID-19 não procuraram atendimento,

principalmente, os portadores de doenças crônicas não transmissíveis, pois o atendimento centralizou-se nas ações para o combate à pandemia.

Observou-se ainda restrição de acesso dos usuários aos serviços de saúde, mais destacada pelas profissionais que atuam na AB, devido ao adiamento de procedimentos e consultas eletivas e ao cancelamento de atividades coletivas e no território (FERNANDEZ *et al.*, 2021).

Segundo estudo realizado na APS da França, a pandemia aumentou os riscos de danos significativos aos pacientes associados à assistência médica e à interrupção da prestação de serviços. De 132 incidentes, 58 (44%) relacionados ao atraso no diagnóstico, avaliação e encaminhamentos; cancelamentos de consultas, internações ou procedimentos foram relatados em 22 (17%) desses incidentes. Os incidentes relacionados ao confinamento domiciliar representaram 13 (10%) notificações e a suspensão de medicamentos inapropriados por cinco (4%). Os pacientes demoraram a comparecer ou não consultaram seu clínico geral ou outros profissionais de saúde devido ao medo de contrair infecção por COVID-19 na visita domiciliar em 26 (10%) incidentes ou medo de sobrecarregar seus médicos de família em oito (3%) incidentes (FOURNIER, 2021).

Diante dos dados, verifica-se a relação entre a maior probabilidade de ocorrência de incidentes aos pacientes na APS e a reorganização dos processos de trabalho durante a pandemia. É o que várias equipes de saúde na APS vivenciaram, visto que a população teve medo de contaminação e negligenciaram os cuidados primários à saúde.

Processos de trabalho na pandemia impactaram alguns programas específicos da APS, pois houve paralisação e ou descontinuidade de alguns serviços e atendimentos: consultas aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensos, diabéticos, portadores de câncer, idosos, entre outros), vacinação, prevenção do câncer ginecológico (exame de Papanicolau) e puericultura (MENDES, 2021). O autor acrescenta que as pessoas com condições de saúde mais vulneráveis tiveram medo de contaminação e por isso não foram e possivelmente não continuarão indo às UBS até que sejam convencidas de que o ambiente na APS é seguro.

Frisa-se que essas afirmativas somadas aos traumas pós pandemia poderão acarretar uma estagnação no sistema público de saúde que impactará nas condições de saúde dos grupos mais vulneráveis. Além disso, ocorrerá um aumento

significativo na morbidade e na mortalidade das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o recrudescimento de doenças anteriormente já erradicadas, como por exemplo: a paralisia infantil e o sarampo.

Esse fato é confirmado por estudo recente de Rocha e Neves (2022) que confirmaram a redução da procura por vacinas, inclusive nos imunizantes preconizados durante a infância, demonstrando a queda na taxa vacinal no Brasil nos últimos 10 anos. Em relação à vacinação contra a Poliomielite caiu de 96,55% no ano de 2012 para 69,92% em 2021 e a partir do ano de 2015, observou-se uma queda praticamente constante, apresentando valores abaixo do esperado. Já em relação à 1ª dose da tríplice viral, a partir do ano de 2017 a taxa caiu para 86,24% e manteve-se abaixo do esperado até o ano de 2021, com menor taxa de cobertura vacinal atingida no período de 73,94%. Concomitante com a diminuição da cobertura vacinal, ocorreu o aumento do número de casos de sarampo e o risco de recrudescimento da poliomielite.

Durante as campanhas de multivacinação recentes nas quais a pesquisadora participou enquanto enfermeira da APS no estado do Ceará, onde em alguns municípios ocorreu a evasão de uma parcela de crianças menores de um ano na campanha de multivacinação, apesar da busca ativa realizada no território pelas ACS, ficando a meta vacinal aquém do esperado. Inclusive, muitas visitas domiciliares ocorreram para a busca ativa de mães que se recusaram ir às UBS para a vacinação de suas crianças, as quais foram oportunamente vacinadas após orientações realizadas para a conscientização dos cuidadores das crianças em relação à importância da cobertura vacinal para esse público.

Além disso, houve no território onde a pesquisadora atua na APS casos suspeitos de sarampo, momento no qual as equipes de saúde foram acionadas para a busca ativa e durante as visitas domiciliares para os suspeitos, eles não tinham vacinação comprovada contra o sarampo e não participaram da campanha ocorrida recentemente no Ceará contra o Sarampo.

Outro fato que confirma as consequências da paralisação de algumas ações programáticas durante a pandemia é a demanda reprimida de hipertensos e diabéticos que não estavam indo até a UBS de forma rotineira, muitos deles com exames que foram perdidos ou não realizados e com a situação de saúde agravada: níveis pressóricos e glicêmicos elevados, obesidade, sedentarismo e transtornos de ansiedade.

No cenário pós pandêmico, ocorreu um recrudescimento de doenças o que Mendes (2022) denominou de sindemia: envolve interações entre doenças e condições de saúde como condições agudas transmissíveis (COVID-19 e outras), condições agudas não transmissíveis e condições crônicas (condições maternas e perinatais e fragilidade das pessoas idosas) que são mais prováveis de ocorrer em ambientes de iniquidade em saúde determinada por pobreza, estresse, violência estrutural e estigmatização.

Essa problemática poderá aumentar os custos com internações desnecessárias e tratamentos de saúde no setor secundário. Salienta-se que a APS é a principal porta de entrada para os usuários e ordenadora da promoção e prevenção de saúde, entretanto o que ocorre no Brasil, atualmente e durante os maiores picos de pandemia, são políticas de subfinanciamento, fragmentação da equipe multidisciplinar e valorização de alcance de metas com investimentos insuficientes em ações de promoção à saúde.

Diante dessa realidade, urge que a sociedade civil e a população em geral sejam estimuladas e orientadas para que participem desse processo de planejamento e execução de políticas públicas voltadas à segurança do paciente em âmbito local e nacional, respeitando a realidade socioeconômica e cultural de cada comunidade.

Durante a pandemia e no pós-pandemia, faz-se necessário o desenvolvimento e a implantação de práticas seguras na APS para que os pacientes se sintam seguros e sejam incentivados a irem até as UBS de modo satisfatório. Para tal, faz-se necessária a participação da gestão, dos profissionais de saúde e dos usuários da APS, juntos buscando formas inovadoras e exequíveis de protocolos e rotinas como instrumentos de prevenção de doenças e promoção da saúde, na busca de ambientes saudáveis para as atividades dos cuidados em saúde.

As crises oferecem uma oportunidade ideal para experimentar a aprendizagem profunda e a mudança dentro de qualquer sistema, incluindo saúde e assistência social; a situação atual resultante da pandemia de COVID-19 não é exceção. Na atenção básica, ocorreram mudanças significativas nas práticas de trabalho a partir das quais pode não haver caminho de volta (GRAY; SANDERS, 2020). Um exemplo na resposta da APS à Covid-19 foi o suporte tecnológico e as abordagens remotas, que têm sido componentes essenciais dos serviços de saúde

prestados durante a pandemia em todo o mundo (FURLANETTO *et al.*, 2022).

Esses fatos foram observados na pandemia, por exemplo, na inclusão de inovações digitais nos processos de trabalho da APS, os quais não existiam antes da pandemia. Trindade e Lage (2019) confirmam que, nas últimas décadas, a APS tem se tornado mais complexa e a concepção de que ela não é sinônimo de baixa densidade tecnológica vem se fortalecendo, pois com o aumento da complexidade tecnológica do cuidado à saúde, houve ampliação das funções clínicas da APS. Um exemplo foi o atendimento ao paciente realizado durante a pandemia através do monitoramento digital por telefone ou *WhatsApp*.

Outra inovação trazida com a pandemia foi a implantação de triagem e acolhimento de risco, processos já anteriormente solicitados para um aprimoramento de qualidade dos serviços, porém algumas unidades de saúde não implementaram de forma intensa como ocorreu no cenário pandêmico. Esses instrumentos se evidenciam como uma proposta para a melhoria da segurança do paciente, pois minimiza riscos de contaminação dos usuários e dos profissionais de saúde, uniformiza os protocolos e organiza o fluxo de pessoas dentro da UBS, além de proporcionar uma melhor comunicação e privacidade de atendimento.

Esses fatos se confirmam, em pesquisa realizada por Fernandez *et al.* (2021) com trabalhadores da APS, os quais em sua maioria acreditam que a pandemia da COVID-19 alterou seus processos de trabalho e perceberam transformações nas práticas. Destacando-se o distanciamento físico como causa das mudanças implementadas, principalmente nos fluxos de acolhimento e protocolos de atendimento, além da maior vigilância quanto às medidas de prevenção e contágio.

As medidas de segurança e a implementação do isolamento social causaram mudanças dramáticas no estilo de vida das pessoas e várias consequências econômicas (BOSCHIERO *et al.*, 2021). A COVID-19 propiciou às equipes de saúde criassem e implementassem rapidamente novos caminhos e fluxos de trabalho que protegem o pessoal enquanto mantêm a segurança do paciente e a qualidade do atendimento. Operacionalizar com eficácia dentro de um sistema de saúde, dado o grande número de processos e pessoal afetados pode ser um desafio (DIAZ; DAWSON; SOBOLEWSKI, 2020).

6.5 Educação permanente sobre COVID-19

De acordo com os respondentes do estudo, ocorreu com maior frequência durante a pandemia momentos de capacitação sobre monitoramento domiciliar de casos de síndrome gripal e ou busca ativa (306; 77,2%), e também momentos de aprendizagem sobre o uso adequado de EPI e demais equipamentos de proteção (233; 58,8%).

Para reduzir a morbimortalidade no cenário da COVID-19 é necessário ter uma APS organizada e estruturada com profissionais qualificados e aptos a atender as necessidades de saúde locais. Atividades de educação permanente e apoio matricial aos profissionais também são medidas imprescindíveis, assim como ações de promoção e prevenção à população sobre a correta higienização das mãos e distanciamento social (SARTI *et al.*, 2020).

Apesar dos participantes afirmarem que ocorreram momentos de educação permanente sobre o combate e prevenção contra o COVID-19, houve de forma limitada capacitações sobre EPI's, assunto importante para a manutenção dos protocolos dentro da UBS, bem como para o esclarecimento dos usuários como uma forma de prevenção.

Durante o período pandêmico e ainda na atualidade, os usuários não aderiram de modo efetivo alguns protocolos e nem participaram ativamente do processo de conscientização do autocuidado no que se refere ao uso da máscara e ao isolamento social. Esses foram assuntos desafiadores para os trabalhadores da APS por questões referentes à estrutura física inadequada de algumas UBS e disponibilidade de EPIs, principalmente, de máscaras para os usuários e seus acompanhantes durante o monitoramento e tratamento dos casos de COVID, bem como o descumprimento do isolamento social por parte dos mesmos.

A educação da pessoa e família e uma boa comunicação entre a equipe e os usuários, cuidadores e/ou familiares contribui para melhorar a qualidade do cuidado (BORGES; CORREA, 2020). Afinal, Reason (2000) afirma que a segurança do paciente depende de uma abordagem sistêmica que inclui uma visão estratégica para a organização que atenda às necessidades de seus trabalhadores e de seus pacientes, apoiada em uma comunicação clara e eficaz.

6.6 Equipamentos e insumos na APS

Os profissionais de saúde que participaram do presente estudo afirmaram, em sua maioria, que existiam durante a pandemia nas UBS protocolos ou ações no combate ao combate do COVID (371; 93,7%), maior índice de disponibilidade aos profissionais da APS de termômetro e oxímetro de pulso (283, 71,5%), bem como máscaras cirúrgicas descartáveis (313; 79%) , N95 ou PFF2 (305; 77%).

Sarti *et al.* (2020) citam entre as estratégias e ações específicas para o enfrentamento da pandemia no contexto brasileiro: a presença de profissionais de saúde capacitados e de fluxos e protocolos bem definidos para o acesso aos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde, além de EPI's adequados e suficientes para profissionais de saúde e indivíduos sintomáticos.

No entanto, a pesquisadora percebeu a inexistência de provisões/gerenciamento para o suporte emocional dos profissionais no ambiente de trabalho durante a pandemia de COVID 19, pois o gerenciamento do tempo em função das diversas demandas e protocolos pouco conhecidos acarretaram um desgaste físico e emocional.

Evidências científicas em artigos internacionais identificaram os principais problemas que estão afetando os profissionais de saúde envolvidos diretamente no enfrentamento da pandemia de COVID-19 são: o risco de contaminação que tem gerado afastamento do trabalho, doença e morte, além de intenso sofrimento psíquico, que se expressa em transtorno de ansiedade generalizada, distúrbios do sono, medo de adoecer e de contaminar colegas e familiares. Na realidade brasileira, esses problemas crônicos decorrem: do sub-financiamento do SUS, do congelamento dos gastos no setor, da deterioração dos serviços e da precarização da força de trabalho (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Torna-se um desafio a reorganização do processo de trabalho na APS para o enfrentamento da pandemia, enfatizando as medidas necessárias para a proteção e promoção da saúde física e mental dos profissionais e trabalhadores da saúde. Planejar ações e atividades que promovam um melhor bem-estar físico e emocional para os profissionais de saúde é de fundamental importância para a melhoria da qualidade e da segurança nos cuidados de saúde, afim de dirimir erros ou eventos adversos que possam causar perigo aos profissionais, aos pacientes e às instituições.

Durante a pandemia da COVID-19, os profissionais da saúde podem estar trabalhando longas jornadas, com cargas de trabalho mais pesadas e tempo insuficiente para descanso e recuperação. Essas demandas podem causar fadiga crônica e falta de energia, com diminuição do estado de alerta, da coordenação e da eficiência, aumento no tempo de reação, comprometimento da cognição, embotamento emocional ou mudanças de humor. Um planejamento estratégico, apoio e capacitação da força de trabalho em saúde são necessários para garantir níveis seguros de funcionários, bem como alocação justa das cargas de trabalho e administração do tempo de trabalho e da organização do trabalho, segundo as recomendações da orientação provisória da OMS (PAHO, 2021).

Monitorar a força de trabalho em suas condições físicas e emocionais é essencial para definir atividades de suporte psicológico e a necessidade de afastamento de trabalhadores. No contexto da COVID-19, se justifica ainda mais a realização de atividades que impactam positivamente na segurança psicológica dos trabalhadores da saúde, como por exemplo: reuniões breves entre profissionais no início e no final dos turnos, a identificação de riscos, problemas, necessidades de insumos e de escuta das preocupações, receios e obstáculos para um cuidado seguro dos usuários e profissionais (ENGSTROM *et al.*, 2022).

Salienta-se a importância da assistência educacional, de supervisão e monitoramento de ações, bem como um suporte psicológico aos profissionais de saúde que enfrentam situações emergentes como a pandemia, pois o fator emocional interfere na qualidade dos serviços em saúde, principalmente, em locais onde existem grupos de pacientes em vulnerabilidade, como é o caso da APS brasileira.

6.7 Domínio comunicação do *PC-SafeQuest*

Os profissionais de saúde da APS consideraram, entre os fatores do domínio de comunicação, os mais relevantes: comunicação do gestor sobre a visão dos serviços e sobre as melhorias da UBS; a comunicação aberta com membros da equipe entre si. No entanto, os participantes da pesquisa atribuíram um escore menor ao quesito que se refere aos membros da equipe sentir-se à vontade para questionar as decisões daqueles com mais autoridade. Questões sobre interdisciplinaridade, interprofissionalidade, hierarquia e comunicação entre os

membros da equipe da APS podem interferir no processo de decisão, pois ainda prevalece o modelo biomédico no cuidado à saúde.

A pandemia exigiu que as equipes de saúde se integrassem ainda mais no sentido de fazer circular as informações que a todo tempo mudavam em relação aos protocolos, procedimentos, aquisição de insumos e materiais e acompanhamento dos pacientes sintomáticos respiratórios. Isso foi de fundamental importância para que os profissionais de saúde auxiliassem no processo de gestão de materiais e insumos, monitoramento dos pacientes e orientações em geral para a população.

A comunicação mostra-se intimamente relacionada à qualidade dos serviços prestados à comunidade e contribui para a harmonia e fluidez das informações, facilitando o diálogo entre os atores que integram a AB, refletindo na atenção aos usuários e na qualidade da gestão, minimizando os desafios e potencializando os reflexos positivos na área da saúde (VALADÃO *et al.*, 2022).

Contanto, algumas categorias profissionais não participavam desse processo de forma igualitária. Isso ficou evidente entre a categoria dos profissionais ligados à assistência ao paciente sintomático respiratório de forma direta ou indireta e os profissionais ligados à área administrativa. Houve uma sobrecarga de trabalho para os profissionais assistencialistas que assumiram a concretização de ações que poderiam ser realizadas pelos profissionais da área administrativa, tais como: acolhimento com palestras educativas sobre prevenção da COVID, monitoramento dos sintomáticos respiratórios por via telefônica e triagem de sintomáticos respiratórios (ainda que de forma supervisionada).

O revezamento de atividades e a construção de uma escala dos profissionais com responsabilidades especificadas pode auxiliar para o entrosamento dos membros da equipe, para a diminuição do índice de contaminação, para o incentivo à prática de educação permanente com atividades interprofissionais e interdisciplinares.

Smits *et al.* (2018) afirmam que a criação de uma cultura positiva de segurança do paciente é considerada um pré-requisito de qualidade e segurança. Organizações com cultura de segurança positiva são caracterizadas pela boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância da segurança e a eficácia das ações preventivas (CARVALHO *et al.*, 2019).

Os principais desafios e reflexos da comunicação entre a equipe multidisciplinar na atenção primária à saúde se relaciona a carência de instrumentos para integração dos entes federados; falta de mecanismos efetivos de interação entre “equipes-gestão-usuários” da AB, carência de conhecimento por parte dos gestores quanto a modelos e ferramentas para melhorar a comunicação que vão refletir na fluidez das informações (VALADÃO *et al.*, 2022).

Um instrumento essencial para a melhoria da comunicação entre a equipe multidisciplinar é a educação permanente que pode ocorrer durante as reuniões de planejamento com todos os membros da equipe, onde possam compartilhar saberes e dirimir as dúvidas sobre os processos de trabalho entre cada categoria e como podem contribuir nas atividades de forma multidisciplinar e multiprofissional.

Preferencialmente, em momentos de crise, como foi o caso da pandemia, faz-se necessário a participação nas reuniões de gestores da saúde e líderes da comunidade, para que se possa incrementar as redes de comunicação e colaboração com vistas a melhoria do atendimento e dos serviços ofertados na APS. Durante o período da pandemia evidenciou-se essa necessidade, porque a colaboração dos usuários no cumprimento dos protocolos sanitários e de etiqueta social foi e ainda é um desafio para toda a equipe de saúde no âmbito da APS, que impacta diretamente nas questões relacionadas à segurança do paciente.

Ainda há dificuldades de implementação de atividades interdisciplinares na rotina da APS, já que existem equipes que são compostas apenas por médicos e enfermeiros, o que resulta na dificuldade de integração das categorias profissionais. A falta de comunicação e o excesso de trabalho principalmente durante a pandemia compactuou com a resistência de alguns profissionais de promover práticas colaborativas, o que deu ênfase a atividades uniprofissionais. Outra barreira importante é a vigência do modelo biomédico, bem como a falta de recursos, capacitação profissional deficiente, e discordância de diagnóstico (MEDEIROS *et al.*, 2022).

A APS é ordenadora do SUS, tornando-se indispensável a necessidade de práticas integrativas e colaborativas, pois as atividades interdisciplinares tornam o atendimento mais completo, atendendo aos princípios de integralidade e de longitudinalidade do cuidado. Portanto, é possível concluir que o trabalho em equipe é benéfico, como a troca de experiências entre o profissional e paciente, o respeito

ao trabalho e à opinião de outros profissionais. Assim, se amplia a discussão e aprimoramento do trabalho em equipe de saúde, principalmente na APS.

6.8 Domínio liderança do *PC-SafeQuest*

O domínio liderança obteve escore máximo (7,0) em quatro dos seis quesitos, enquanto os itens sobre repercussões negativas para quem relatou um evento significativo e a liderança do gestor com membros problemáticos da equipe apresentou as médias de 5 pontos na escala likert. Dessa forma, a liderança configurou-se como um fator positivo para o enfrentamento da pandemia na APS, o que colaborou para um clima de segurança favorável.

Observou-se associação significativa entre o domínio liderança com o resultado total do *PC-SafeQuest*, demonstrando que a liderança influenciou de maneira relevante no clima de segurança percebido pelos profissionais de saúde da APS. Os estudos citados abaixo sobre esse assunto podem confirmar essa relação entre a liderança exercida pelos gerentes das UBS e o clima de segurança do paciente (MEDINA *et al.*, 2020; MENEZES, 2020; CALDAS; REIS, 2022).

A liderança abrangue questões de relacionamento interpessoais e com a monitorização dos EA's, corroborando com a fala de Caldas e Reis (2022) que afirmam que os profissionais que estão na liderança de uma equipe são importantes elos e disseminam a cultura de segurança do paciente na organização, pois atuam no monitoramento e na promoção da adesão aos protocolos e às práticas seguras; são as primeiras pessoas a lidar com a ocorrência de incidentes, acolhem os profissionais e observam aspectos da segurança dos trabalhadores da saúde, propondo inclusive práticas educativas e de apoio para prevenir exposições e para lidar com o stress.

As ações de gerenciamento emergencial para enfrentamento da pandemia na atenção primária resultaram numa série de ajustes críticos nos recursos para manter o controle da crise. Na organização da logística de atendimento que evite saturação das UBS e sobrecarga de trabalho, mediante implementação de fluxos de resposta rápida, escalas de trabalho que favoreçam eficiência no uso de EPI e diplomacia no gerenciamento de crises políticas do território, dentre outras capacidades de liderança (MENESES, 2020).

Com a portaria ministerial Nº 3.288/2019 (BRASIL, 2019b) tornou-se possível a contratação de profissional para o exercício exclusivo da gerência nas UBS, porém essa premissa não condiz com a realidade de muitos municípios brasileiros de pequeno porte onde não existe esse profissional e quem exerce as atividades de gerência é o enfermeiro da ESF, que acumula a dupla função de assistência à saúde e de gerenciamento da UBS.

Segundo Medina *et al.* (2020), o enfrentamento à pandemia exige a preparação de planos de gerenciamento de risco em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local) que inclui, entre outras estratégias: a proteção dos profissionais de saúde com condição segura à realização do trabalho, evitando, também, que sirvam de fonte de contaminação; necessidade de apoio logístico e operacional (incluindo transporte, material e equipamentos de segurança e proteção); formação e educação permanente dos profissionais de saúde.

O gerenciamento da UBS durante a pandemia não foi uma atividade fácil, pois exigiu resiliência e criatividade para lidar com as mais variadas situações: absenteísmo dos profissionais de saúde por diversos motivos (afastados ou contaminados), membros da equipe fragilizados por questões emocionais (medo, adoecimento mental, morte de pessoas próximas), gerenciamento de insumos e materiais diversos, organização da UBS e de outros locais para a vacinação contra COVID, monitoramento e vigilância de notificações/protocolos, reuniões virtuais com os gestores municipais e com profissionais afastados que exerciam atividades em *home office*, solicitações da comunidade, etc.

Além disso, os enfermeiros gerentes realizavam todas as outras atividades assistenciais e, muitas vezes substituíam os profissionais faltosos. Nesse contexto, os gerentes das unidades de saúde também são fontes potenciais para a contaminação do COVID-19, necessitando de apoio logístico, material humano e de apoio psicológico para exercer tais funções.

Em relação ao achado da pesquisa sobre repercussões negativas para quem relatou um evento significativo com interpretação “de modo limitado”, esse resultado pode estar relacionado à cultura de punição, desconhecimento e poucos estudos sobre a temática segurança do paciente, especificamente, na APS, ainda que algumas pesquisas revelem a ocorrência significativa de erros e EA nesse cenário.

Esse fato é confirmado por estudos de Rocha, Viana e Vieira (2021) que

relatam déficit de conhecimento sobre a temática segurança do paciente na APS brasileira e a necessidade de o assunto entrar na pauta de discussão das equipes, já que não existem ainda ações relacionadas à temática implantadas nesse nível de atenção à saúde, identificando-se a necessidade de estruturação das ações voltadas a prevenção de eventos adversos e a institucionalização da segurança no cuidado em saúde.

A ocorrência de incidentes na APS foi investigada no estudo espanhol e os dados apontaram que 62,7% dos eventos atingiram o paciente, 45,8% causaram danos mínimos e 2,4% resultaram em danos críticos (GUERRA-GARCÍA *et al.*, 2018). Marchon e Mendes (2019) identificaram como fatores contribuintes de incidentes na APS: falhas na comunicação interprofissional e com o paciente; além de falhas na gestão, tais como: falta de insumos e de medicamentos, profissionais pressionados para serem mais produtivos em menos tempo, falhas em prontuários/processos clínicos, falhas na recepção dos pacientes, planta física da unidade de saúde inadequada, descarte inadequado de resíduos da unidade de saúde, tarefas excessivas e falhas no cuidado.

Um estudo realizado em 13 UBS brasileiras evidenciou notificações voluntárias dos profissionais das UBS sobre *near miss* ou quase erro, “é o incidente que não atingiu o paciente”, referentes à documentação, medicação e administração clínica. Conhecer e notificar esse tipo de evento na APS poderá contribuir com um sistema de aprendizado com os erros e possíveis soluções para segurança do paciente. Contudo, os estudos sobre *near miss* na área hospitalar são escassos e na APS é uma lacuna do conhecimento (AMARO; BOHOMOL, 2020).

A pandemia parece ter dado maior visibilidade aos temas da segurança do paciente e qualidade do cuidado, porém o desafio posto é que cada país deve ser capaz de se organizar para oferecer cuidados de qualidade e seguros para todos, ainda que sua implementação e a adesão dos profissionais de saúde à práticas de segurança do paciente ainda são um grande desafio em todo o mundo (MENESES, 2020).

Nesse sentido, o gerente da UBS deve desenvolver um ambiente favorável para a notificação dos eventos adversos, mesmo que não seja tarefa fácil, visto a necessidade de adesão e compreensão de todos os membros da equipe sobre a importância das notificações. Na prática, até mesmo notificações de

agravos, como a COVID-19, não é uma prática fiel, principalmente, num período de grandes demandas e estressores no ambiente de trabalho.

Outro fator que interferiu na notificação de EA's e de outros tipos de notificação na APS, no período da pandemia foi o distanciamento e o absenteísmo dos usuários nas UBS, pois eles estavam com medo de contaminação e ou de confirmação do diagnóstico, principalmente aquelas pessoas vulneráveis tanto pela idade quanto pela condição de saúde.

Um ponto preocupante é a questão da prática rotineira de notificações durante a pandemia, pois um robusto estudo de Wang *et al.* (2022) analisou dados de 74 países nos anos de 2020 e 2021 e apontou que o número de mortes por covid-19 nos primeiros dois anos da pandemia pode totalizar mais de 18 milhões em todo o mundo, consistindo num total de três vezes mais do que o número global de óbitos relatados pela doença, que até março de 2022 contabilizou mais de 6 milhões de mortes por COVID. Os cinco países com maior subnotificação foram a Índia, os Estados Unidos, Rússia, México e o Brasil, que está em quinto colocado no ranking, com 792 mil mortes não relatadas.

Corroborando com esses dados, uma pesquisa recente realizada em quatro cidades brasileiras (Fortaleza, Manaus, Rio de Janeiro e São Paulo) mostrou a elevada porcentagem de mortes excedentes e de mortes fora do hospital, assim como a possibilidade de subnotificação expressiva da mortalidade por COVID-19 nesses locais durante os primeiros quatro meses da epidemia no Brasil. Isso mostra a imensa disseminação do SARS-CoV-2 no país e o fracasso das políticas públicas para o seu enfrentamento (ORELLANA *et al.*, 2022).

Esses relatos mostram o quanto a notificação pode impactar para a saúde pública, em especial à APS, que é ordenadora na busca dos sintomáticos respiratórios e por suas notificações, antes de encaminhá-los aos outros níveis de atenção, pois é necessário aprimorar o monitoramento dessa pandemia e de outras futuras.

A notificação é uma estratégia global de saúde pública, os sistemas de registro explicitam a real situação epidemiológica na busca de planejamento e acompanhamento da saúde populacional. Isso mostra o quanto a questão de notificar é incipiente ainda, então implementar práticas de segurança para o paciente na APS inclui também notificar, principalmente nos casos de epidemias e pandemias.

A pandemia de COVID-19 alertou para a necessidade de reforçar o SUS com novas estratégias que possam evitar a disseminação de doenças e condições de saúde que devem ser monitoradas na atenção primária por meio de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Diante desse novo cenário, algumas ações referentes à segurança do paciente na atenção primária podem auxiliar na concretização do PNSP, cuja normatização está inserida na PNAB, já mencionada nesse estudo, tais como as notificações de incidente e eventos adversos pelo NOTIVISA.

Esse Sistema tem como função “o registro e processamento de dados sobre EA e queixas técnicas em todo o território nacional, fornecendo informações para identificação, avaliação, análise e, entre outros, a comunicação do risco sanitário contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual, distrital e federal” (ANVISA, 2019, p. 5)

Outro dado alarmante é que o Brasil também foi um dos países que menos realizou testes rápidos durante a pandemia, mesmo em um cenário de testagem aquém do necessário, com alto percentual de testes positivos (24,5%), e em contramão adotou medidas de reabertura gradual da economia que não encontram respaldo nos dados epidemiológicos e nas recomendações da OMS (PILECCO *et al.*, 2021).

Essa testagem deficitária, aliada à priorização do diagnóstico laboratorial para os sintomáticos graves, pode explicar a incidência acumulada e a taxa de mortalidade acima do esperado. Realizar diagnósticos precoces e notificações de casos é de responsabilidade fundamental da APS para a prevenção de doenças e agravos. As subnotificações e a baixa adesão aos testes rápidos afetam a segurança do paciente e dos profissionais de saúde na APS, mascarando os riscos e dificultando o diagnóstico situacional.

O processo de adaptação da organização pode implicar também na mudança da estrutura de liderança que deve modificar algumas posturas e práticas na UBS, no caso da pandemia, as práticas e protocolos exigiam ainda mais atenção e melhor desempenho para se evitar contaminação e danos. Isso pode interferir na comunicação do gestor com membros problemáticos.

O gerenciamento emergencial de recursos no enfrentamento à pandemia desafiou habilidades da gestão estratégica no manejo de métodos de intervenção capazes de operacionalizar com êxito as práticas de administração de recursos

humanos, materiais, físicos, financeiros, políticos e de informação, dentre outras situações nunca vivenciadas (MENESES, 2020).

Importante para a minimização de barreiras de comunicação a realização de reuniões periódicas com todos os membros da equipe para o planejamento e incentivo às práticas de segurança do paciente e da implementação de instrumentos de notificação de EA's.

6.9 Domínio trabalho em equipe do *PC-SafeQuest*

O domínio trabalho em equipe obteve a maior média entre os domínios do *PC-SafeQuest* e relevante associação com o clima de segurança, entretanto o quesito satisfação dos membros da equipe com o trabalho foi avaliada com a menor média em relação aos demais itens desse domínio. A literatura mostra que a satisfação com o trabalho se relaciona diretamente com a saúde mental e com o bem estar dos profissionais de saúde.

A saúde mental e o bem-estar dos profissionais da saúde podem ser afetados no contexto da COVID-19, tendo como causas: contato com pacientes afetados, percepção de impedimentos à realização de suas funções, apoio organizacional insuficiente, realocação forçada a funções com níveis maiores de risco, falta de confiança nas medidas de proteção e trabalhar como enfermeiro (KISELY *et al.*, 2020).

A satisfação dos membros da equipe está relacionada ao bem estar no ambiente de trabalho no que se refere à estrutura física, valorização profissional, jornada de trabalho e convívio social. No cenário da pandemia ocorreram muitos fatores estressores que interferiram no bem estar dos profissionais e, sobretudo, na APS cujos membros da equipe tem múltiplas categorias profissionais essas variáveis relacionadas ao bem estar também podem modificar, dependendo do contexto de cada categoria.

Compreende-se por condição de trabalho o impacto que o contexto laboral proporciona sobre o bem-estar e o rendimento profissional, sobre a saúde ocupacional e a qualidade do serviço prestado. Essas questões podem se diferenciar dependendo da categoria profissional e do cargo ou função que o profissional exerce (FERNANDEZ *et al.*, 2021).

No contexto atual da pandemia de COVID-19, observei enquanto gestora da atenção primária muitos entraves nos processos de trabalho das equipes de saúde referentes a recursos materiais, exaustão e carga de trabalho excessiva dos trabalhadores da saúde, que desencadearam problemas como: cansaço físico e estresse psicológico, insuficiência e/ou negligência com relação às medidas de proteção e cuidado à saúde desses profissionais. Ressaltando que esses problemas citados anteriormente não afetam com a mesma intensidade as diversas categorias profissionais da área de saúde, sendo necessário atentar para as especificidades de cada uma.

Algumas dessas categorias enfrentaram com maior intensidade a execução de ações voltadas à pandemia e, conseqüentemente, esse conceito de bem estar também ficou condicionado a responsabilização e realização de atividades mais estressantes com o contato direto com o paciente sintomático respiratório e com os seus familiares, que na maioria das vezes também estavam doentes física ou psicologicamente.

Esse é o caso dos profissionais de Enfermagem, os quais em todas as Américas enfrentaram na pandemia esgotamento físico e mental, com alguns saindo da área e outros deixando a força de trabalho, contabilizando um déficit desses trabalhadores de saúde estimado em 1,8 milhão até 2030. Eles carregam a dupla carga de cuidar de pacientes com COVID-19 e recuperar as pessoas que perderam os exames de rotina nos últimos dois anos (PAHO, 2022).

6.10 Domínio sistemas de segurança e aprendizagem do *PC-SafeQuest*

O domínio sistemas de segurança e aprendizagem mostrou-se o mais relevante e com a segunda melhor média, juntamente com a liderança, para o resultado total do clima de segurança. Desse forma, revelando uma boa percepção sobre o envolvimento com técnicas de avaliação de risco e gerenciamento de segurança por membros da equipe. Entretanto, o relatório da OMS em 2020, que orienta sobre sistemas de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do paciente, afirma que existem poucas informações disponíveis sobre os tipos de danos relacionados ao cuidado de saúde em países de baixa e média renda, sabendo-se menos ainda sobre esses dados ocorridos na APS.

A menor média desse domínio se refere à oportunidade dos membros da equipe de participar na análise de eventos significativos. Contudo, os estudos mostram que em alguns países os profissionais e até mesmos os pacientes participaram de pesquisas sobre danos ou EA que ocorrem na APS durante a pandemia de COVID-19. É de suma importância que os profissionais de saúde e os usuários conheçam os fatores que possam causar perigo para a sua própria segurança e de sua comunidade, para que juntos implementem um plano de ação conforme as percepções colhidas e riscos associados a cada território.

Gens-Barberà *et al.* (2021) concluíram que, numa pesquisa realizada na atenção primária da Espanha, durante a pandemia, menos incidentes de segurança do paciente foram relatados pelos profissionais de saúde, mas proporcionalmente mais EA's, a maioria dos quais são evitáveis. Em outro estudo também na Espanha (FIOL-DEROQUE *et al.*, 2021) durante a pandemia, observou-se uma diminuição da segurança do paciente percebida pelos pacientes na atenção primária, com aumento no percentual de pacientes que relataram erros de segurança, especialmente, relacionados a consultas, problemas de comunicação e diagnóstico.

Na prática, observei que os profissionais de saúde que lidavam com funções assistenciais na APS ligadas diretamente aos usuários participavam e realizavam ações nos serviços de saúde durante a pandemia, enquanto os trabalhadores de saúde do setor administrativo não participavam ativamente das ações e das reuniões promovidas pela equipe de saúde. Nesse caso, podendo ocorrer uma sobrecarga de trabalho assistencial.

Faz-se necessário um trabalho interdisciplinar e multiprofissional, envolvendo todos os membros da UBS no planejamento e ações, independente da escolaridade, os profissionais de saúde que trabalham na APS devem colaborar e intensificar as ações de educação e manutenção dos protocolos que foram elaborados, não apenas para o enfrentamento da pandemia mas também de qualquer situação de saúde que envolva a ESF. Enfatiza-se inclusive a existência de profissionais da APS que também são moradores do mesmo território que trabalham, dessa forma, conhecem a comunidade, seus costumes e as redes sociais que possam auxiliar no processo de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Diante dessa problemática, faz-se necessário que a inclusão de temas referentes à segurança do paciente na APS com a participação de todos os membros da equipe, visto que o assunto ainda é pouco conhecido pelos

profissionais de saúde da atenção primária e de suma importância para a avaliação de riscos inerentes à prevenção de danos e eventos adversos.

É extremamente necessária a utilização de protocolos específicos para cada setor da UBS, realizando capacitações para todos os profissionais de saúde e sensibilização dos mesmos sobre a segurança do paciente no âmbito da APS. Uma política de suporte psicológico aos profissionais de saúde da APS também auxilia para o desenvolvimento de um ambiente salutar e propício ao trabalho em equipe, principalmente em tempos de grandes demandas para esses profissionais.

O desenvolvimento de uma forte cultura de segurança na equipe de saúde pode ser uma boa alternativa para minimizar toda essa problemática acima referida, visto que ela engloba ferramentas, protocolos e instrumentos para os profissionais na concretização de ações para a segurança do paciente.

Outro desafio é a inclusão dos usuários para a participação no planejamento e avaliação dessas ações. Além das ferramentas que podem ser implementadas nos centros de saúde da APS para a segurança do paciente, citadas no presente estudo, também é essencial a participação dos usuários através do estímulo à notificação de acidentes ou EA ocorridos por eles, seja no ambiente da APS ou em seus domicílios. Outra forma de incrementar a colaboração dos usuários nessa temática é a orientação aos pacientes para se evitar acidentes ou EA durante o autocuidado através de simulações das ações e procedimentos corretos pelos profissionais de saúde da APS, juntamente com os cuidadores e familiares desses pacientes.

A questão da organização do planejamento e revisão das práticas cotidianas é outra problemática enfrentada nas UBS, haja vista que observei durante a minha jornada de trabalho que a equipe de saúde não elabora constantemente um planejamento e avaliação das ações e atitudes que enfrentam no ambiente de trabalho. Muitas vezes, os profissionais de saúde tornam-se reféns da demanda e meros executores de metas preconizadas pela gestão.

6.11 Clima de segurança na perspectiva do gênero feminino

A pesquisa revelou a prevalência do sexo feminino entre os respondentes da pesquisa (322; 81,3%). Em conformidade com os estudos, o gênero feminino atua historicamente no cuidado da saúde, estendendo sua prática na gestão do

âmbito familiar ao âmbito do trabalho. Esse fato foi confirmado também durante a pandemia de COVID-19.

As mulheres estão na linha de frente da pandemia de Covid-19 e são a maioria na área da saúde sobretudo na Enfermagem, pois, em recente pesquisa nacional sobre essa categoria constatou-se que 85,1% são do sexo feminino. A partir da perspectiva da análise do trabalho de cuidado, foi possível entender que muitas mulheres, enquanto trabalhadoras da área de saúde, estão vivenciando inúmeros desafios: adoecimentos e mortes de colegas de trabalho e precarização dos investimentos na área de saúde pública, que já assolavam o setor antes do contexto pandêmico (BITENCOURT; ANDRADE, 2021).

Os autores supracitados comentam que os medos e as emoções relativos a essas vivências precisam ser pensados para que, coletivamente, “as ações para a saúde dessas profissionais sejam garantidas em um momento de negacionismo da ciência como o que vivemos e de intensificação das demandas de trabalho, seja em casa ou na área da saúde”. O entendimento da dinâmica e do gerenciamento familiar por parte dessas mulheres trabalhadoras facilita a comunicação, o vínculo e a empatia com as questões inerentes aos aspectos da abordagem familiar realizada pela ESF.

A maioria das mulheres trabalhadoras que participaram da pesquisa incluem-se nas categorias profissionais da Enfermagem e dos ACS, que vivenciam a prática do cuidado inerente à APS, centrada nos atendimentos das necessidades físicas, biológicas e emocionais da comunidade onde atuam com vínculos afetivos peculiares ao cuidado feminino vivenciado no âmbito familiar por essas profissionais da saúde.

6.12 Clima de segurança e os resultados do PC-SafeQuest

Na sua maioria, os respondentes da pesquisa tiveram uma boa percepção sobre o clima de segurança na APS durante a pandemia, entretanto os auxiliares de enfermagem (7; 1,8%) que participaram da pesquisa, manifestaram a menor percepção sobre o clima de segurança do paciente na APS. A Enfermagem configurou-se como uma profissão estressante, com excesso de atividades executadas, número reduzido de profissionais, dificuldades de relacionamento entre

a própria equipe, redução salarial, dupla ou tripla jornada, vários vínculos de trabalho, entre outros aspectos (PEREIRA *et al.*, 2022).

O aumento das taxas de problemas psicossociais vem afetando a saúde mental da equipe de saúde, especialmente os profissionais de enfermagem durante o período da pandemia ficaram vulneráveis para desenvolver frustrações e inseguranças no trabalho, bem como, encarar a falta de apoio dos colegas de equipe, chefia ou coordenadores e da instituição filiada, gerando descontentamento e o desejo súbito de abandonar a profissão (PAES *et al.*, 2021).

Médicos (25;6,3%), cirurgiões-dentistas(19;4,8%) e auxiliares de enfermagem(7;1,8%) avaliaram com menores médias os sistemas de segurança e aprendizagem. Na minha vivência profissional durante a pandemia, atuando como enfermeira e gerente na APS percebi que os médicos e a equipe de Enfermagem eram os mais expostos à contaminação, gerando medo e insegurança diante da possibilidade de adoecimento físico e mental. Esses fatores, somados à carga de trabalho e precariedade de recursos humanos e materiais geraram descontentamentos aos profissionais e conflitos pessoais referentes à perspectivas de futuro em relação à valorização dos trabalhadores da saúde e em relação à qualidade de vida.

Somando-se a esse cenário, os profissionais da APS não foram contemplados com um suporte psicológico e nem com um planejamento estratégico de ações condizentes com a realidade de cada UBS, seja em relação à adequação do espaço físico e de equipamentos da UBS ou seja em relação aos aspectos inerentes a cada comunidade: questões geográficas para o deslocamento da equipe e dos usuários, questões culturais e sociais da comunidade.

O Brasil é o país onde mais ocorreram mortes de profissionais do setor em decorrência da Covid-19. Até a data de 27 de outubro de 2020, foram confirmadas 454 mortes de trabalhadoras/es da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) no cenário brasileiro e 41.926 casos reportados (BITENCOURT; ANDRADE, 2021).

Uma pesquisa realizada no Brasil referente às percepções dos profissionais de Enfermagem sobre sua atuação no contexto da pandemia de covid-19 confirma que apenas 32,3% dos respondentes sentem-se preparados para lidar com a pandemia, 35,5% das profissionais eram da Atenção Hospitalar e 27,8% da APS. Os relatos revelaram medo, aumento da irritabilidade com pessoas que não

cumprem as normas de segurança e pelo trabalho hercúleo, tristeza pelo afastamento social e solidão decorrente da restrição no convívio social por serem consideradas possíveis transmissoras do vírus (FERNANDEZ *et al.*, 2021).

Enquanto os médicos e a equipe de Enfermagem estavam sobrecarregados pelas atividades de combate ao COVID-19, outros profissionais foram subutilizados nesses serviços, como foi o caso dos profissionais das ESB que se encontraram com um campo de atuação limitado, além de sofrer com os sucessivos desfinanciamentos e desmonte da Política Nacional de Saúde Bucal (CARLETTO; SANTOS, 2020; CARNEIRO; PEIXOTO, 2021).

Os membros da ESB estão entre os profissionais mais expostos a aerossóis, sendo a principal rota de transmissão do SARS-CoV-2, motivo pelo qual, em 2020 a ANVISA e outras entidades restringiram por diversas vezes os procedimentos odontológicos ao atendimento de urgências e emergências odontológica no SUS, tanto na APS como nos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO (CARLETTO; SANTOS, 2020).

Um estudo realizado na APS de Pernambuco pelos autores supracitados observou que no ano pandêmico ocorreram mais de um milhão de procedimentos a menos em relação aos períodos anteriores, além da queda de 12,2% nas consultas na APS e primeiras consultas odontológicas programáticas. Seguindo as recomendações do MS, do Conselho Federal de Odontologia, do CRO, a APS realocou a ESB para a realização dos procedimentos mais executados durante a pandemia e se esperou que ocorressem as ações preventivas e educativas individuais, além de uma maior participação das ESB, porém isso ocorreu de forma discreta.

A integração da ESB nas eSF ainda é um desafio, visto que a formação dos profissionais de Odontologia ainda é pautada no modelo biomédico, raramente se envolvendo em ações conjuntas com a eSF, com as famílias e a comunidade (SCHERER *et al.*, 2018). Outra questão relacionada à ESF se refere à necessidade de inclusão desses profissionais no planejamento e na capacitação para o atendimento em situações emergenciais na APS, pois essas ações também são concentradas na área médica.

Esse fato é ratificado por Carletto e Santos (2020) que comentam sobre a proposta “O Brasil Comigo”, coordenada pelos ministérios da Saúde e Educação, que disponibilizou uma capacitação com Protocolos de Manejo Clínico do

Coronavírus nas UBS, mas não fez abordagens específicas por categoria profissional, sem citação para o novo formato de trabalho dos dentistas de família. Esses fatores supracitados podem ter contribuído para que os cirurgiões-dentistas também atribuíssem menores médias aos sistemas de segurança e aprendizagem.

Faz-se necessária a ruptura da centralização das ações de saúde na APS às categorias médicas e da Enfermagem, para que haja uma atuação consoante com os princípios e diretrizes da ESF. Ressalta-se que um dos pontos precários no atendimento aos usuários da APS é a prática de ações educativas e atendimentos preventivos da ESB, fomentados por questões já comentadas anteriormente referentes à formação dos profissionais da ESB e a prática biomédica na APS.

Os melhores escores para os domínios trabalho em equipe e sistemas de segurança e aprendizagem foram dados pelos ACS, categoria profissional que consistiu no maior número de respondentes da pesquisa. Para Fernandez, Lotta e Corrêa (2021), historicamente, esses profissionais desenvolvem no contexto de surtos epidêmicos ou crises sanitárias um papel crucial na articulação de medidas preventivas, diagnóstico de áreas de risco, acompanhamento e comunicação às equipes médicas de possíveis focos de contaminação, tal como existência de comorbidades entre a população.

Uma revisão de escopo realizada por Mello, Santos e Albuquerque (2022) em âmbito internacional avaliou a atuação dos ACS durante a pandemia de COVID-19 e ressaltou como a principal característica de legitimidade desses profissionais de saúde a confiança na atuação e nas práticas dos seus trabalhos nos territórios, nas comunidades e na sua mediação com os sistemas nacionais, subnacionais e serviços de saúde.

Nesse mesmo estudo foi relatado uma grande quantidade de atribuições realizadas por esses profissionais durante a pandemia que envolveram a continuidade ou o restabelecimento de programas de apoio à saúde sexual e reprodutiva, assim como aos cuidados materno-infantil, a entrega de medicamentos em domicílio passou a ser uma prática das ACS em alguns países, minimizando o deslocamento dos grupos vulneráveis.

Para a concretização de todas essas ações é necessário um trabalho multidisciplinar, é o que se observa no cotidiano das atividades do ACS que permeia uma variedade de temáticas desde os aspectos socioeconômico-culturais e também

o setor saúde. O ACS personifica o princípio da integralidade, de forma comunitária, exercendo o atributo de advocacia em saúde pública, visto que o ACS continuou durante a pandemia como elo de comunicação entre população que se encontrava em isolamento e a equipe de saúde. Dessa forma, o ACS participou ativamente das ações do setor saúde seja por meio de visitas domiciliares ou monitoramento, ainda que de forma virtual, orientando os pacientes e familiares das diversas formas acima descritas nos estudos expressos anteriormente.

Diante do exposto é compreensível a percepção positiva em relação ao trabalho em equipe pelos ACS participantes da pesquisa. Enfim, o trabalho do ACS é eminentemente multiprofissional, pois ele é a referência para a consolidação de atividades realizadas com os usuários pelos diversos profissionais de saúde que atuam na APS, além de participar de ações de monitoramento de informações e vigilância em saúde, de ações sociais e educativas. É de suma importância que esses profissionais de saúde sejam contemplados com educação permanente e inseridos ativamente nas ações da ESF para que todos os membros de forma efetiva mantenham o elo com os usuários por meio da ótica dos ACS que inclusive são membros atuantes e residentes no território onde trabalham.

6.13 Carga horária e os resultados do PC-SafeQuest

O domínio carga de trabalho foi o que obteve a menor média no resultado do PC-SafeQuest e o item carga horária semanal na UBS foi o que mais influenciou no clima de segurança do paciente, revelando-se como uma barreira: quanto maior a carga horária de trabalho menor o escore para o clima de segurança. Conforme estudos referentes ao cenário pandêmico na APS, a carga horária de trabalho semanal excessiva está associada a alguns fatores que causam insatisfação ou adoecimento dos profissionais de saúde.

Dentro da abordagem denominada Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) a satisfação no trabalho envolve: satisfação com o trabalho executado; possibilidade de futuro na organização; reconhecimento pelos resultados alcançados; salário percebido; benefícios auferidos; relacionamento humano na equipe e na organização; ambiente psicológico e físico de trabalho; liberdade de atuar e responsabilidade de tomar decisões; possibilidade de estar engajado e de participar ativamente. A alteração da jornada de trabalho foi associada ao aumento da carga

de trabalho pelo grande número de funcionários contaminados pela Covid-19 e necessidade de incremento de profissionais nos setores de atendimento a pessoas com Covid-19 (LIMA; GOMES; BARBOSA, 2020).

Biff *et al.* (2019) afirmam que os profissionais de saúde que se consideram mais satisfeitos apresentam menores chances de desenvolver Síndrome de Burnout e menos vulneráveis a riscos psicossociais. A insatisfação desses trabalhadores advém de causas como trabalhar em local que não é de sua escolha, a sobrecarga de trabalho e a violência.

Outra pesquisa realizada em um município brasileiro sobre o nível de estresse em profissionais da APS afirma que: os níveis elevados de estresse predispoem os profissionais à síndrome de Burnout. O trabalho na APS faz com que os profissionais estejam mais próximos da comunidade e de suas realidades, sentindo-se cobrados e pressionados a dar respostas às necessidades das comunidades que atendem. Além disso, são cobrados por produtividade num cenário com carência de recursos humanos, materiais e de infraestrutura e com visão curativista que diverge dos ideais da APS (LIMA; GOMES; BARBOSA, 2020).

Todos esses problemas na APS vêm tendo forte reflexo negativo sobre a capacidade dos municípios organizarem os seus serviços, aumentando as dificuldades de gestão dos recursos humanos e materiais das equipes de saúde. Sobretudo no período da pandemia, ocorreram sobrecarga dos profissionais da APS, insatisfações e má gerenciamento dos serviços, conseqüentemente, interferindo na dinâmica das equipes e na satisfação dos profissionais diante do cenário de conflitos políticos, econômicos e sociais, anteriormente comentados neste estudo.

Consideram-se como limitações da pesquisa: questionário extenso para ser respondido pelos profissionais de saúde em ambiente de trabalho na APS, possíveis dificuldades para avaliar os quesitos do questionário em relação ao tempo da pandemia (primeira, segunda ou terceira onda), não especificação sobre o vínculo empregatício dos profissionais (visto que este aspecto repercute nas respostas dos participantes da pesquisa devido possíveis retaliações por parte da gestão). Além disso, existem poucos estudos brasileiros com aplicação do questionário PC-SafeQuest e sobre a temática clima de segurança do paciente na APS durante a pandemia, bem como o desconhecimento de alguns profissionais da

APS sobre a temática. Ainda assim, foram encontrados resultados congruentes com a literatura, mesmo que escassa, sobre o tema abordado.

7 CONCLUSÕES

Concluiu-se que a percepção dos profissionais sobre o clima de segurança do paciente na APS do Ceará foi positiva. Os fatores facilitadores para essa avaliação foram: o trabalho em equipe, a liderança, os sistemas de segurança e aprendizagem e a comunicação. A carga de trabalho foi avaliada como barreira para a melhoria do clima de segurança na APS durante a pandemia de Covid-19.

Esse contexto favorece o estímulo à pesquisa em busca de uma melhor qualidade dos serviços e das relações entre os profissionais e a gestão, bem como entre os profissionais e a própria equipe, ampliando uma visão para um olhar mais humanizado como preconiza as ações voltadas para a atenção primária, que abrange as redes sociais entre a equipe de saúde da família e a comunidade, principalmente em um momento tão desafiador como no cenário atual da pandemia por COVID-19.

Para isso é imprescindível a aferição da percepção dos profissionais referente aos fatores que interferem na cultura de segurança do paciente durante a pandemia. Dessa forma revela-se o diagnóstico situacional e o entendimento dessa problemática para que, posteriormente, os atores envolvidos no processo busquem soluções. Principalmente, em situações emergentes de saúde e nas quais os profissionais de saúde necessitam de orientações e entendimento dos diversos aspectos que influenciam no ambiente de trabalho.

Cabe destacar que os estudos sobre segurança do paciente na atenção primária envolvem vários aspectos que podem ser avaliados por pesquisas futuras, após a verificação do clima de segurança, tais como: fatores biológicos, epidemiológicos, sanitários, de educação permanente para os profissionais e gestão organizacional de serviços, dentre outros.

No cenário da pandemia o aprimoramento dos serviços da atenção primária é crucial para o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde e prevenção da doença. A implementação de uma cultura de segurança positiva na atenção primária à saúde fortalece a equipe de saúde e seus colaboradores na oferta de serviços de qualidade para os usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, T. L. *et al.* Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, supl. 1, p. e190622, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000200204&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2021.

ALVES, J. W. S. *et al.* Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no estado do Ceará, 2010-2014. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe4, p. 223-235, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/53RQCTCGfRSThix5CgpwLWw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 de set. 2021.

AMARO, M. A. C.; BOHOMOL, E. Notificação de eventos *near miss* na atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 11, n. 5, p. 172-178, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/hansen/resource/pt/biblio-1177651?src=similardocs>. Acesso em: 23 nov. 2022.

AURAAEN, A.; SLAWOMIRSKI, L.; KLAZINGA, N. **The economics of patient safety in primary and ambulatory care**: Flying blind. Paris: OECD Health Working Papers, 2018. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2021.

BIFF, D. *et al.* Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 147-158, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GRyVBGTqC6GfcpnHTVf9RVr/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2022.

BITENCOURT, S. M.; ANDRADE, C. B. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1013-1022, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42082020>. Acesso em: 1 jan. 2023.

BORGES, L. M.; CORREA, V. M. S. P. Integração das Práticas de Segurança do Paciente nos Macro e Microprocessos na Atenção Primária à Saúde. *In*: DALCIN, T. C. *et al.* **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde**: Teoria e Prática. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020. p. 143-169. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf>. Acesso em: 31 maio 2021.

BOSCHIERO, Matheus Negri *et al.* Um ano da doença coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil: um panorama político e social. **Annals of global health**, Philadelphia, v. 8, n. 1, p. 44, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8139306/>. Acesso em: 11 jul. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 05/2019**: Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-n-05-2019-gvims-ggtes-anvisa.pdf/view>. Acesso em 12 fev. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020**: Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (Sars-Cov-2). Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf. Acesso em 14 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021d. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Covid-19_guia_orientador_4ed-2.pdf. Acesso em: 21 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS - Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 24 fev. 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária – e AP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal – e SB. com carga horária diferenciada. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 26 set. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.288, de 16 de dezembro de 2019. Credencia municípios a receberem incentivos financeiros referentes à Gerência. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 dez. 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 18 jan. 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 mar. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Brasília: Ministério da Saúde, 7 abr. 2016.

CABRAL, D. S. *et al.* Evaluation of healthcare networks by nurses in the Family Health Strategy. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, p. e03589, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342020000100443&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2021.

CALDAS, B. N. *et al.* Segurança do paciente e a pandemia causada pelo SARS-CoV-2. *In*: BARRETO, M. L. *et al.* (Org.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais**. Salvador: Edufba, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Barbara-Caldas/publication/353172718_Seguranca_do_paciente_e_a_pandemia_causada_pelo_SARS-CoV-2/links/60f5edbd16f9f31300958b0a/Seguranca-do-paciente-e-a-pandemia-causada-pelo-SARS-CoV-2.pdf. Acesso em: 02 mar. 2022.

CALDAS, B. N.; REIS, L. G. C. Qualidade do cuidado e segurança do paciente: desafios e contribuições diante da pandemia de covid-19. *In*: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., LIMA, S. M. L. (Org.). **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022. p. 117-129. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/kymhj/pdf/portela-9786557081587-09.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.

CALDAS, B. N.; SOUSA, P.; MENDES, W. Investigação/pesquisa em segurança do paciente. *In*: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. p. 201-223. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

CAMPBELL, S. M. *et al.* A Patient Safety Toolkit for Family Practices, **Journal of Patient Safety**, Philadelphia, 2020, v. 16, n. 3, p. e182-e186, 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Fulltext/2020/09000/A_Patient_Safety_Toolkit_for_Family_Practices.25.aspx. Acesso em: 12 fev. 2021.

CARLETTO, A. F.; SANTOS, F. F. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. e300310, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Kx69PrD3wbpT686zCF56pxp/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2022.

CARNEIRO, C. D. A.; PEIXOTO, S. S. Impacts of COVID-19 on the productions of oral health teams in primary health care. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 12, p. e598101220826, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20826>. Acesso em: 28 dez. 2022.

CARVALHO, M. S.; LIMA, L. D.; COELI, C. M. Ciência em tempos de pandemia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. e00055520, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400101&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 nov. 2022.

CARVALHO, P. A. *et al.* Avaliação da cultura de segurança em hospital público do Distrito Federal, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, p. 252-258, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200252&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2021.

CASSIANI, S. H. B. *et al.* La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 44, p. e64, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52081>. Acesso em: 28 nov. 2022.

CASTILHO, Dayse Edwiges Carvalho *et al.* Factors related to the patient safety climate in an emergency hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, p. e3273, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100334&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2021.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Boletim Epidemiológico nº 10: Doença pelo Coronavírus (COVID-19) e Vírus Respiratórios**. Fortaleza: Secretaria de Saúde, 2022a. Disponível em: <https://coronavirus.ceara.gov.br/boletins/>. Acesso em: 01 maio 2022.

CIMINI, C. C. R. **Evidências na COVID-19: atenção primária, telessaúde e atenção hospitalar**. 2022. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1399209>. Acesso em: 20 nov. 2022.

CNESNET. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2021a. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 14 set. 2021.

CURRAN, C. *et al.* Perceived safety climate in Irish primary care settings-a comparison with Scotland and England. **The European journal of general practice**,

[S. I.], v. 24, n. 1, p. 252-257, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30381979/>. Acesso em: 15 fev. 2021.

DIAS, M. S. L.; BROGNOLI, P. C. Mulheres e Covid-19: a liderança feminista. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, Curitiba, v. 15, n. 45, p. 130-144, 2022. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt>. Acesso em: 25 nov. 2022.

DIAZ, M. C. G.; DAWSON, K.; SOBOLEWSKI, H. Using Simulation to Prepare Healthcare Teams During the COVID-19 Pandemic. **Journal of patient safety**, Philadelphia, v. 16, n. 4, p. 251-252, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7678346/>. Acesso em: 12 jul. 2021.

ELLWANGER, J.; UE, L. Y.; LORENZI, M. M. Histórico da Segurança do Paciente. In: DALCIN, T. C. *et al.* **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020. p. 14-18. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf>. Acesso em: 30 maio 2021.

ENGSTROM, E. M. *et al.* Organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da covid-19. In: PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. (Org.). **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviço de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022. p. 185-200. Disponível em: <portela-9786557081587-13.pdf> (scielo.org). Acesso em: 21 nov. 2022.

FERNANDES, D. H. *et al.* Desafios da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. Desafios da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. In: DALCIN, T. C. *et al.* **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020a. p. 31-43. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf>. Acesso em: 30 maio 2021.

FERNANDES, J. A. *et al.* Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. e00120519, 2020b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000505005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2021.

FERNANDEZ, M. *et al.* Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à covid-19 no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 4, e201011, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2021.v30n4/e201011/pt/#>. Acesso em: 21 nov. 2022.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/qDg6fnxcSZbqtB9SYvnBK8w/?format=html#>. Acesso

em: 02 fev. 2023.

FIOL-DEROQUE, M. A. *et al.* Impacto de la pandemia de COVID-19 en la seguridad Del paciente percibida por los pacientes en Atención Primaria. **Atencion Primaria**, Barcelona, v. 53, p. 102222, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8708814/>. Acesso em: 22 nov. 2022.

FOURNIER, J. P. *et al.* Patient-safety incidents during COVID-19 health crisis in France: An exploratory sequential multi-method study in primary care. **The European journal of general practice**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 142-151, 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2021.1945029>. Acesso em 21 nov. 2022.

FROTA, A. C. *et al.* Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, p. 131-151, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kxrJrT5Ktcr6Xj8sHw3gMKk/>. Acesso em: 29 nov. 2022.

FURLANETTO, D. L. C. *et al.* Estrutura e responsividade: a Atenção Primária à Saúde está preparada para o enfrentamento da Covid-19? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 134, p. 630-648, 2022. Disponível em:

GASPARINO, Renata Cristina *et al.* Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições públicas e privadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p. e68240, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300410&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2021.

GÊNERO e Covid-19 na América Latina e no Caribe: dimensões de gênero na resposta. **Organização das Nações Unidas**, 17 mar. 2020. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/noticias/onu-mulheres-americas-e-caribe-faz-14-recomendacoes-para-que-mulheres-e-igualdade-de-genero-sejam-incluidas-na-resposta-a-pandemia-do-covid-19/>. Acesso em: 25 nov. 2022.

GENS-BARBERÀ, M. *et al.* Incidentes de seguridad del paciente notificados antes y después del inicio de la pandemia de COVID-19 en atención primaria en Tarragona. **Atencion Primaria**, Barcelona, v. 53, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34961580/>. Acesso em: 25 nov. 2022.

GRAY, R.; SANDERS. C. A reflection on the impact of COVID-19 on primary care in the United Kingdom. **Journal of Interprofessional Care**, [S. l.], v. 34, n. 5, p. 672-678, 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820.2020.1823948?journalCode=ijic20>. Acesso em: 28 nov. 2022.

GUERRA-GARCÍA, M. M. *et al.* Descripción de factores contribuyentes en sucesos adversos relacionados con la seguridad del paciente y su evitabilidad. **Atención**

Primaria, Barcelona, v. 50, n. 8, p. 486-492, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29183678/>. Acesso em: 23 nov. 2022.
<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2022.v46n134/630-647/pt>. Acesso em: 21 nov. 2022.

KALÁNKOVÁ, D. *et al.* Nurses' Perception of Patient Safety Culture in Primary Care During the COVID-19 Pandemic: A Preliminary Results. **The Journal of ambulatory care management**, [S. l.], v. 45, n. 4, p. 299-309, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36006388/>. Acesso em: 20 nov. 2022.

KISELY, S. *et al.* Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. **BMJ**, Londres, v. 369, p. m1642, 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1642>. Acesso em: 22 nov. 2022.

KLEMENC-KETIS, Z. *et al.* The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Slovenian version for the out-of-hours primary care setting. **BMC health services research**, Londres, v. 17, 2017. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1972-7>. Acesso em: 15 fev. 2021.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. *et al.* Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 531-537, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000500531&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2021.

LAWATI, M. H. A. *et al.* Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. **BMC family practice**, Londres, v. 104, n. 19, 2018. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-018-0793-7>. Acesso em: 10 fev. 2021.

LEITE, A. P. T.; FERNANDES, D. H.; LORENZI, M. M. Ferramentas de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. In: DALCIN, T. C. *et al.* **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020. p. 81-103. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf>. Acesso em: 31 maio 2021.

LIMA, G. K. M.; GOMES, L. M. X.; BARBOSA, T. L. A. Qualidade de Vida no Trabalho e nível de estresse dos profissionais da Atenção Primária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, v. 126, p. 774-789, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/M76C5zvrQZ8xxshvZ3f6rmp/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2022.

LIMA, I. S. *et al.* Contribuição da atenção primária à saúde para a segurança do paciente: revisão sistemática e metanálise. **Enfermagem Brasil**, [S. l.], v. 2191, p. 58-74, 2022. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4865>. Acesso em: 07 dez. 2022.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 jun. 2021.

MACEDO, L. L. *et al.* A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. e0023368, 2020a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100504&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2021.

MACEDO, S. M. K. *et al.* Problemas e estratégias relacionados à segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 9, n. 10, p. e9129109335, 2020b. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9335>. Acesso em: 21 jan. 2021.

MACÊDO, S. Ser mulher trabalhadora e mãe no contexto da pandemia COVID-19: tecendo sentidos. **Revista do NUFEN**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 187-204, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912020000200012. Acesso em: 25 nov. 2022.

MADDEN, C.; LYDON, S.; CUPPLES, M.E. *et al.* Safety in primary care (SAP-C): a randomised, controlled feasibility study in two different healthcare systems. **BMC family practice**, Londres, v. 20, n. 1, p. 22, 2019. Disponível em: <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-0909-8>. Acesso em: 24 jan. 2021.

MAGALHAES, F. H. L. *et al.* Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, p. e20180272, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200406&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2021.

MAI, S.; CICONET, R. M.; MICHELETTI, V. C. D. Planejamento e Organização: É Possível Virar o Jogo! *In*: DALCIN, T. C. *et al.* **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020. p. 56-80. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf>. Acesso em: 30 maio 2021.

MAIS DEVE ser feito para proteger força de trabalho da enfermagem à medida que casos de COVID-19 aumentam nas Américas, afirma diretora da OPAS. **Pan American Health Organization (PAHO)**, 4 maio 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-5-2022-mais-deve-ser-feito-para-proteger-forca-trabalho-da-enfermagem-medida-que-casos>. Acesso em: 26 nov. 2022.

MARCHON, S. G.; MENDES, W. V. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em

saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1395-1402, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701395&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2021.

MARCHON, S. G.; MENDES, W. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. *In*: SOUSA, P., MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. p. 296-313. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2021.

MARQUES, E. S. *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. e00074420, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SCYZFVKpRGpq6sxJsX6Sftx/>. Acesso em: 22 nov. 2022.

MEDEIROS, P. C. *et al.* O Atendimento Interdisciplinar Na Atenção Primária Em Saúde - Revisão Integrativa. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 2, 2022. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3573240-o-atendimento-interdisciplinar-na-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-em-sa%C3%BAde--revis%C3%A3o-integrativa. Acesso em: 22 nov. 2022.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rYKzdVs9CwSSHNrPTcBb7Yy/?lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2021.

MÉLLO, L. M. B. D. *et al.* Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, p. e210306, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/F8wfx8yHPyYnQYfcG69zKxf/>. Acesso em: 29 nov. 2022.

MELLO, L. M. B. D.; SANTOS, R. C.; ALBUQUERQUE, P. C. Agentes Comunitárias de Saúde na pandemia de Covid-19: *scoping review*. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CVbMJSGSNHnMKbSBTX6LL8L/?lang=pt#> Acesso em: 01 fev. 2023.

MENDES, E. V. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da covid-19. *In*: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (Org.) **Profissionais de saúde e cuidados primários**. Brasília: CONASES, 2021. p. 329-338. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1150767/covid-19-volume4.pdf> . Acesso em: 28 nov. 2022.

MENESES, A. S. Emergencial management of primary health care resources in covering the pandemic of covid-19. **SciELO Preprints**, 2020. Disponível em:

<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/557>. Acesso em: 22 nov. 2022.

MESQUITA, K. O. *et al.* Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 2, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45665>. Acesso em: 25 jan. 2021.

MIOT, H. A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 10, n. 4, p. 275-278, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/Dxg84WBMPnNrVcpKMXyVfHd/?lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2021.

MOREIRA, I. J. B. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 1, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6927>. Acesso em: 11 dez. 2022.

MÜLLER, B. S. *et al.* Improving critical incident reporting in primary care through education and involvement. **BMJ Open Quality**, Londres, v. 8, n. 3, 2019. Disponível em: <https://bmjopenquality.bmj.com/lookup/pmidlookup?view=long&pmid=31523734>. Acesso em: 11 fev. 2021.

NOGUEIRA, M. S. L.; OLIVEIRA, L. C.; COSTA, L. F. A. Comissão Intergestores Regional como mecanismo de governança da política de saúde no Ceará. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 263-274, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dvHhCNyV6cG88gkcTKfmXgb/#:~:text=Trata%2Dse%20de%20um%20espa%C3%A7o,Interno%20da%20Comiss%C3%A3o%20Intergestores%20Regional>. Acesso em: 17 set. 2021.

NORA, C. R. D.; BEGHETTO, M. G. Desafios da segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão de escopo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 5, p. e20190209, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000500302&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2021.

OLIVEIRA, C. R. F. *et al.* Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. e00119318, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000405010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2021.

OLIVEIRA, P. C. *et al.* Patient safety culture in home care service. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, p. e03586, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342020000100458&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2021.

ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**,

Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. e00259120, 2021. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2021.v37n1/e00259120/>. Acesso em: 27 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Patient safety incident reporting and learning systems**: technical report and guidance. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>. Acesso em: 01 fev. 2023.

PACHECO, R. L. *et al.* Guidelines para publicação de estudos científicos. Parte 2: Como publicar estudos observacionais (coorte, caso-controle e transversal). **Diagnóstico & Tratamento**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 121-126, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-848018>. Acesso em: 09 jun. 2021.

PAES, C. L. A. *et al.* Os agravos psicossociais e a saúde mental da equipe de enfermagem na transcendência ao pós-pandemia de Covid-19. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. e54610414533, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14533>. Acesso em: 17 nov. 2022.

PAI, S. D. *et al.* Validação psicométrica de instrumento que avalia a cultura de segurança na Atenção Primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 642-650, dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000600642&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jan. 2021.

PARESQUE, M. A.; SOUZA, E. L.; ANDRADE, A. T. Transversalidade da Segurança do Paciente na Planificação da Atenção à Saúde. *In*: DALCIN, T. C. *et al.* **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020. p. 131-142. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf>. Acesso em: 30 maio 2021.

PEREIRA, L. E. M. *et al.* Ambiente de trabalho saudável na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 36, p. e38084, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/38084>. Acesso em: 17 dez. 2022.

PILECCO, F. B. *et al.* O efeito da testagem laboratorial nos indicadores de acompanhamento da COVID-19: uma análise dos 50 países com maior número de casos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 2, p. e2020722, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/ij/ress/a/FJ6YV6QY9BD5fWMCKGcY4Pd/?lang=pt>. Acesso em 27 nov. 2022.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, Londres, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>. Acesso em: 27 nov. 2022.

REIS, C. T. Cultura de segurança em organizações de saúde. *In*: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. p. 77-109. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

ROCHA, B. M.; NEVES, T. A. C. Implicações da queda na cobertura vacinal infantil no Brasil: análise dos últimos 10 anos. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 8, n. 11, p. 73202–73214, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/54185>. Acesso em: 28 nov. 2022.

ROCHA, M.P.; VIANA, I. S.; VIEIRA, I. F. Patient Safety in Primary Health Care in a Brazilian municipality. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 04, p. e310420, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/xPLNMgwpSbZc4fkYzQLDH7n/>. Acesso em: 25 nov. 2022.

RODRIGUES, A. P. B. **Adaptação cultural e validação do *primary care safety questionnaire* para o cenário brasileiro**. 2017. Tese (Doutorado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

SANTOS, P. V. M. *et al.* Conhecimento de enfermeiros sobre evento adverso na atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 89, n. 27, 2019. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/459>. Acesso em: 16 fev. 2021.

SARTI, T. D *et al.* What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, p. e20201, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=en>. Acesso em: 20 nov. 2022.

SCHERER, C. I. *et al.* O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 233-246, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VNpzjJxJvP3sDfnMJ8SBipS/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2022.

SMITS, M. *et al.* Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey. **Scandinavian journal of primary health care**, Estocolmo, v. 36, n. 1, p. 28-35, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2018.1426150>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SOLON, M. *et al.* O trabalho de mulheres jornalistas durante a pandemia da Covid-19. **Revista Inter Legere**, Natal, v. 3, n. 28, p. c20842-c20842, 2020. <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/20842>. Acesso em: 25 nov. 2022.

SOUTO, A. C. *et al.* **Recomendações para procedimentos assistências em saúde à luz da segurança do paciente durante a pandemia de Covid-19.** Salvador: Rede CoVIda, 2020. Disponível em: <https://redecovida.org/main-site-covida/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio-Seguran%C3%A7a-do-Paciente.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2022.

SOUZA, A. C. *et al.* Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300649&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2021.

SOUZA, I. L. *et al.* A atenção primária à saúde na pós-pandemia e a prática dos profissionais de enfermagem. *In*: Teodósio, S. S. S.; Leandro, S. S. (Org.). **Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19.** Brasília: Editora ABEn, 2020. p. 11-17. Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e03.c02>. Acesso em: 21 nov. 2022.

SOUZA, M. M. **Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde.** 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/13757>. Acesso em: 29 jan. 2021.

SOUZA, V. S. *et al.* Associação entre clima de segurança e a carga de trabalho da enfermagem. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 24, p. e58976, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362019000100305&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2021.

TALAVERA, V. M. A. **A terceira jornada de trabalho da mulher na contemporaneidade.** 2020. Tese (Doutorado) – Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2020. Disponível: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/1954>. Acesso em: 25 nov. 2022.

TEIXEIRA, C.F.S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, 2020. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/>. Acesso em: 20 nov. 2022.

TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 26-37, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000100026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2021.

TONDO, J. C. A.; GUIRARDELLO, E. B. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 6, p. 1284-1290, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601284&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2021.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. *In*: SOUSA, P., MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. p. 41-58. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2021.

UE, L. Y.; OLIVEIRA, C. A. N. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. *In*: DALCIN, T. C.; *et al.* **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020. p. 20-30. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf>. Acesso em 30 maio 2021.

VALADÃO, F. S. *et al.* Communication process between the multidisciplinary team in the context of management in Primary Health Care: integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 11, p. e861111133465, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33465> . Acesso em: 22 nov. 2022.

VASCONCELOS, P. F *et al.* Clima de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise de causa-raiz. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 25, p. e-1371, 2021. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v25/1415-2762-reme-25-e1371.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2023.

VASCONCELOS, P. F. *et al.* Instruments for evaluation of safety culture in primary health care: integrative review of the literature. **Public Health**, Londres, v. 156, p. 147-151, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033350618300039>. Acesso em: 21 fev. 2021.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

WANG, H. *et al.* Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21. **The Lancet**, Londres, v. 399, n. 10334, p. 1513-1536, 2022. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02796-3/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02796-3/fulltext#%20). Acesso em: 25 nov. 2022.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

* Perguntas obrigatórias

1. Escreva o nome da cidade em que você trabalha na Estratégia Saúde da Família (ESF): 1. _____

2. Escreva aqui a sua idade (em anos completos, exemplo: 45).

3. Qual a sua identidade de gênero?

1() Homem 2() Mulher 3() Outra 4() Prefiro não declarar

4. Qual o seu estado civil:

1() Solteiro 2() Casado 3() Viúvo

4() Separado 5() Divorciado 6() União estável

5. Quantos filhos tem? (Escreva apenas números, coloque 0 se não tem)

6. Qual a categoria profissional em que você atua na ESF ?

1() médico 2() enfermeiro 6() cirurgião-dentista 7() técnico de enfermagem 8 () auxiliar de enfermagem 9() técnico de saúde bucal 10 () auxiliar de saúde bucal 11() agente comunitário de saúde 12 () agente de combate a endemias

7. Escreva seu tempo de trabalho na ESF (escreva em anos completos ou meses, se menos de 1 ano; exemplo: 2 anos ou 6 meses).

8. Há quanto tempo está vinculado como profissional na unidade de saúde que trabalha atualmente? (escreva em anos completos ou meses, se menos de 1 ano; exemplo: 2 anos ou 6 meses).

9. Qual a sua carga horária de trabalho semanal na unidade de saúde em horas (escreva apenas números; exemplo: se 20 horas, escreva 20)

10. Possui outro vínculo empregatício? (Se marcar NÃO, pule a próxima

pergunta e responda a pergunta 12)

11. Se marcou SIM na resposta anterior, qual é a sua carga horária de trabalho semanal, incluindo todos os vínculos? (escreva apenas números; exemplo: se 20 horas, escreva 20)

APÊNDICE B - PROCESSO DE TRABALHO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

As perguntas estão relacionadas aos processos de trabalho na unidade de saúde onde você atua como profissional em relação: ao acolhimento dos usuários, organização dos serviços, educação em saúde e oferta de materiais e equipamentos aos profissionais de saúde para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 referente a qualquer período compreendido entre março de 2020 a janeiro de 2022.

12. Na UBS, havia um profissional no acolhimento aos sintomáticos respiratórios, para auxiliar na classificação de risco, antes que entrem no consultório para atendimento durante a pandemia?

1.()Sim 2.()Não 3.()Não sei

13. Na UBS, gestantes, crianças e pessoas com doenças crônicas não transmissíveis eram atendidas durante a pandemia:

1.() Por demanda espontânea 2. () Por agendamento
3. () No momento não estão sendo atendidas na UBS

14. Na UBS, durante a pandemia de Covid-19, foi realizado telemonitoramento dos sintomáticos respiratórios? (pode marcar mais de uma resposta)

1. () Sim, por WhatsApp 2.() Sim, por telefone Sim, por outros meios
3. () Não foi realizado telemonitoramento 4.() Não sei

15. Se você marcou "sim, por outros meios" na questão anterior (14), por favor, escreva quais. Caso contrário, siga para a próxima pergunta (16).

16. Você participou de algum treinamento ou capacitação sobre os protocolos e/ou condutas para o manejo da COVID-19 na APS? Marque o(s) assuntos que foram abordados no treinamento ou capacitação: (pode marcar mais de uma resposta)

1. () Uso adequado de equipamento de proteção individual (EPI) e/ou demais equipamentos

2. () Monitoramento domiciliar de casos de síndrome gripal (SG) e/ou busca ativa dos contatos
3. () Diagnóstico e manejo de casos de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG)
4. () Outros
5. () Não participei de treinamento ou capacitação sobre o manejo da COVID-19

17. Se você marcou "outros" na questão anterior (16), por favor, escreva quais. Caso contrário, siga para a próxima pergunta (18).

18. Na unidade de saúde onde você trabalhou existiu alguma ação ou protocolo para a prevenção de contaminação pela COVID-19 durante a pandemia ?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei

19. A UBS disponibilizou os equipamentos necessários para o monitoramento dos sintomáticos respiratórios? (pode marcar mais de uma resposta)

1. () Sim, termômetro 2. () Sim, oxímetro de pulso
3. () Não dispõe desses equipamentos

20. Na unidade de saúde estava disponível para que você usasse, diariamente, durante a pandemia: (pode marcar mais de uma resposta)

1. () Álcool em gel ou solução alcoólica a 70%
2. () Máscara N95 ou PFF2
3. () Máscara cirúrgica descartável
4. () Protetor ocular ou protetor de face (face shield)
5. () Capote ou avental de manga longa descartável
6. () Pia(s) com fácil acesso para a lavagem de mãos
7. () Papel toalha para enxugar as mãos
8. () Nenhum dos anteriores

21. Você orientou a sua população sobre as formas de prevenção da COVID-19?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar do estudo intitulado “SEGURANÇA DO PACIENTE NA PANDEMIA DE COVID-19: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, coordenado pela **Profa. Dra. Patrícia de Vasconcelos Freire**. Nesse estudo, tem-se por objetivo avaliar a segurança do paciente durante o enfrentamento da pandemia de COVID-19 na perspectiva dos profissionais de saúde da atenção primária, com vistas a descrever: as características pessoais dos profissionais de saúde da atenção primária e os processos de trabalho realizados para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 nas unidades básicas de saúde da atenção primária; além de mensurar o clima de segurança percebido por esses profissionais durante a pandemia e identificar os fatores que interferiram na segurança do paciente nesse cenário.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto deve-se ao fato de que o estudo em questão torna-se relevante para o desenvolvimento e planejamento de ações das equipes de saúde da família, que possam minimizar os erros que afetem os pacientes, assim como para a elaboração de propostas e implementação de processos de trabalho mais eficientes e eficazes dentro da realidade de cada município: objetivando a melhoria da qualidade nos serviços de saúde para a gestão local no enfrentamento de problemas de saúde emergentes, como a COVID-19.

A sua participação consistirá em responder um questionário on line com perguntas referentes aos seus dados pessoais, profissionais e processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família na qual você atua. Serão garantidos o anonimato, o sigilo e a confiabilidade das informações que você fornecer. O(a) senhor(a) será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que ele estuda.

Esse estudo apresenta risco mínimo, relacionado às seguintes dimensões: física- fadiga em relação ao tempo de resposta dos instrumentos de pesquisa; psíquico-emocional – possibilidade de desconforto/constrangimento em responder algumas perguntas; e, moral – receio de divulgação de informações pelos pesquisadores e de retaliação por parte dos chefes imediatos no serviço que trabalha. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se

você se sentir: constrangido, ameaçado ou temeroso diante das perguntas; ou tiver dificuldade, desinteresse, estresse, cansaço, aborrecimento ou desconforto com as perguntas, poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador sobre o assunto.

Você não receberá remuneração pela participação. A sua participação poderá gerar os seguintes benefícios: a) produção de evidências científicas robustas sobre segurança do paciente na atenção primária à saúde durante a pandemia de COVID-19, identificando lacunas e desafios dos serviços de saúde; b) construção de um manual de recomendações sobre segurança do paciente na atenção primária; c) servir de fonte para outras pesquisas e para discussão com os gestores e trabalhadores da saúde sobre os desafios e as possibilidades de reorganização da atenção primária para a segurança do paciente.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos. Além disso, se você tiver considerações ou dúvidas sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com a coordenadora responsável pelo projeto: **Profa. Dra. Patrícia Freire de Vasconcelos, e-mail: patriciafreire@unilab.edu.br** ou com a pesquisadora principal: **Rosana Liberato Lopes. Contatos: e-mail: rosanaliberato077@gmail.com/ Tel:(88) 9931-0300.**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) que funciona na Av. da Abolição, nº 03, Centro, Redenção-CE, telefone:(85) 3332-1381, email: cep@unilab.edu.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Acordando com esse Termo de Consentimento, você autoriza o(a) autor(a) a utilizar os dados coletados em pesquisa, ensino e publicação, estando a sua identidade preservada.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação:

() aceito participar da pesquisa () não aceito participar da pesquisa

ANEXO A - VERSÃO BRASILEIRA DO PC-SAFEQUEST

Por favor, leia cada item abaixo e circule o número que melhor representa o grau a que cada afirmativa se aplica ou caracteriza sua unidade. Não reflita muito para responder. É mais provável que sua reação imediata para cada item seja mais precisa que uma resposta elaborada.	7 - completamente						
	6 - em grande parte						
	5 - de modo considerável						
	4 - moderadamente						
	3 - de modo limitado						
2 - de modo muito limitado							
1. de modo algum							
1. CARGA DE TRABALHO							
a) O desempenho dos membros da equipe é prejudicado pela carga de trabalho excessiva.	1	2	3	4	5	6	7
b) Os membros da equipe sempre têm tempo suficiente para concluir tarefas de trabalho com segurança.	1	2	3	4	5	6	7
c) O nível de qualificação da equipe na unidade é suficiente para gerenciar a carga de trabalho com segurança.	1	2	3	4	5	6	7
d) Quando a pressão aumenta, espera-se que os membros da equipe trabalhem de forma mais rápida, mesmo que isso implique pular etapas.	1	2	3	4	5	6	7
2. COMUNICAÇÃO							
a) Os membros da equipe sentem-se à vontade para questionar as decisões daqueles com mais autoridade.	1	2	3	4	5	6	7
b) Os membros da equipe sentem-se confortáveis em expressar suas preocupações ao gestor da unidade sobre a maneira como as tarefas são executadas.	1	2	3	4	5	6	7
c) Existe uma comunicação aberta entre os membros da equipe em todos os níveis da unidade.	1	2	3	4	5	6	7
d) Os membros da equipe são atualizados sobre melhorias na unidade.	1	2	3	4	5	6	7
e) O gestor da unidade comunica sua visão sobre melhorias no serviço.	1	2	3	4	5	6	7
3. LIDERANÇA							
a) A hierarquia na unidade é um obstáculo ao trabalho efetivo.	1	2	3	4	5	6	7
b) Relatar um evento significativo (circunstância notificável, <i>near miss</i> , incidente sem dano, evento adverso) poderá resultar em repercussões negativas para a pessoa que o apontou.	1	2	3	4	5	6	7
c) O gestor da unidade não lida de forma efetiva com membros problemáticos da equipe.	1	2	3	4	5	6	7
d) Quando os membros da equipe fazem sugestões para melhorar a forma de execução das tarefas, o gestor da unidade não leva a sério.	1	2	3	4	5	6	7
e) Há um baixo nível de confiança entre os membros da equipe.	1	2	3	4	5	6	7
f) Os membros da equipe frequentemente desconsideram regras, protocolos e procedimentos.	1	2	3	4	5	6	7
4. TRABALHO EM EQUIPE							
a) Os membros da equipe tratam uns aos outros com respeito.	1	2	3	4	5	6	7
b) Os membros da equipe sempre apoiam um ao outro.	1	2	3	4	5	6	7
c) As discordâncias dentro da equipe na unidade são resolvidas apropriadamente.	1	2	3	4	5	6	7
d) Os membros da equipe trabalham bem em conjunto, em todos os níveis dentro da unidade.	1	2	3	4	5	6	7
e) e) A unidade é um bom lugar para trabalhar.	1	2	3	4	5	6	7
f) f) Os membros da equipe estão geralmente satisfeitos com os seus trabalhos.	1	2	3	4	5	6	7
g) A necessidade de trabalhar bem, como equipe, é promovida pelo gestor da unidade.	1	2	3	4	5	6	7
5. SISTEMA DE SEGURANÇA E APREDIZAGEM							
a) Todos os membros da equipe são encorajados a relatar os eventos significantes (circunstância notificável, <i>near miss</i> , incidente sem dano, evento adverso) que acontecem na unidade.	1	2	3	4	5	6	7

b) Protocolos na unidade ajudam a prevenir a ocorrência de eventos significantes (circunstância notificável, <i>near miss</i> , incidente sem dano, evento adverso).	1	2	3	4	5	6	7
c) A tomada de decisão quanto ao desenvolvimento de protocolos na unidade considera a opinião de todos os membros da equipe.	1	2	3	4	5	6	7
d) A unidade dedica tempo para avaliar formalmente os riscos (por ex., aos pacientes, aos membros da equipe e à unidade).	1	2	3	4	5	6	7
e) Todos os membros da equipe têm a oportunidade de participar na análise de eventos significantes (circunstância notificável, <i>near miss</i> , incidente sem dano, evento adverso).	1	2	3	4	5	6	7
k) A qualidade e segurança no cuidado ao paciente são levadas a sério na unidade.	1	2	3	4	5	6	7
g) A unidade apoia o desenvolvimento de educação continuada/permanente para todos os membros da equipe.	1	2	3	4	5	6	7
h) A unidade encoraja o aprendizado com base nas ideias e preocupações dos membros da equipe, em todos os níveis.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA ESCOLA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA



PREFEITURA DE SOBRAL SECRETARIA DA SAÚDE COMISSÃO CIENTÍFICA

PARECER PROTOCOLO Nº 0159/2022

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Dissertação de Mestrado, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da Universidade Estadual do Ceará (UECE), intitulado "SEGURANÇA DO PACIENTE NA PANDEMIA DE COVID-19: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE", desenvolvido por Rosana Liberato Lopes, sob orientação do Profa. Dra. Patrícia Freire de Vasconcelos.

Na condição de instituição coparticipante do projeto supracitado, concordamos em autorizar a realização da pesquisa a ser realizada junto aos profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde do município de Sobral/CE. Reitera-se: a necessidade de que a pesquisadora atenda às recomendações da Carta Circular nº 1/2021- CONEP/SECNS/MS que dispõem de orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, e da Lei Geral de Proteção de Dados nº 13.709/2018, nos seus artigos 5º, 7º, 11º e 13º, no que tange a proteção dos dados pelo operador e o acesso e utilização dos dados para fins acadêmicos.

Recomenda-se também a utilização de estratégias que respeitem as determinações postas nos decretos estadual e municipal (vigentes à época de realização da coleta) no que diz respeito a proteção e prevenção da Covid-19. Fica sob a responsabilidade do pesquisador a adoção, sempre que possível, de estratégias/ferramentas virtuais para realização das intervenções minimizando/evitando a possibilidade de aglomerações e adequadas medidas de biossegurança – uso de máscaras, etiqueta respiratória, álcool em gel 70%, evitar cumprimentos e o compartilhamento de objetos, respeitar o distanciamento social

recomendado, manter o cabelo preso e evitar o uso de acessórios pessoais como brincos, anéis e relógios – e os insumos necessários para a garantia desta. Esses aspectos condicionam a validade deste Parecer.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga o pesquisador de se basear nas determinações éticas propostas na Resolução n. 466/2012 e n.510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição coparticipante, nos comprometemos a cumprir. Assim como de solicitar anuência aos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento ou de qualquer outra ação em desfavor dos participantes ou do serviço, assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade do pesquisador encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão, como forma de compromisso com a sociedade e o Sistema de Saúde de Sobral, em razão das possíveis melhorias advindas dos resultados do estudo. Reitera-se que pendências no envio do Relatório de Pesquisa podem levar a não apreciação de solicitações posteriores.

Em caso de dúvidas, contate-nos pelo telefone (88) 3614-2633 ou pelo e-mail comissao.cientifica1@gmail.com

Sobral, 26 de Julho de 2022



Profa. Ms. Lielma Carla Chagas da Silva
Coordenadora da Comissão Científica

Código de Validação: PP87671658936204F

Emitido em: Sobral, 27 de Julho de 2022, às 12:36, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasaboia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima

ANEXO C – PARECER DO CEP

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Pesquisador: PATRÍCIA FREIRE DE VASCONCELOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05304818.2.0000.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRACAO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.128.082

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa apresentado tem como foco o estudo da inteligência emocional e segurança do paciente na atenção primária.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a Inteligência Emocional do profissional e a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais das unidades de saúde.

Objetivos Secundários:

identificar fatores que corroboram em atitudes inseguras no ambiente de trabalho, identificar a prevalência da síndrome de bournout entre os profissionais da ESF;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador estima o risco e os desconfortos inerentes ao estudo e apresenta formas de minimizá-los. Estão inclusos benefícios para o [individual/coletivo].

Foi feita a descrição/análise crítica dos riscos e benefícios (individuais e coletivos) e das medidas

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

UF: CE

Município: REDENCAO

CEP: 62.790-000

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: cep@unilab.edu.br

**UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA**



Continuação do Parecer: 3.128.082

destinadas a redução de possíveis desconfortos e de proteção de risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa demonstra relevância visto ser uma proposta que tem como finalidade avaliar a inteligência emocional e prevalência da síndrome de Burnout em profissionais da ESF, além de avaliar a cultura de segurança praticada pelos profissionais das unidades de atendimento. Baseando-se no pressuposto que as emoções e a qualidade de vida estão fortemente ligadas à atitude e conduta profissional. Nessa perspectiva, busca-se, com este estudo identificar a relação entre a segurança do paciente e IE no cuidado prestado por profissionais da saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Carta de Encaminhamento do Projeto ao CEP está presente.

O Termo de Anuência/Autorização do responsável pelo setor/instituição na qual será realizada a pesquisa está presente e adequada tendo em vista que está assinada e carimbada OU em papel timbrado do local onde o estudo será realizado.

A Folha de Rosto está presente e assinada pelo pesquisador responsável, bem como assinada e carimbada pelo responsável pela instituição proponente.

Recomendações:

Modificar o nome “Termo de Anuência de Ônus” para “Declaração de Ausência de Ônus”.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1257117.pdf	26/12/2018 19:49:11		Aceito
Outros	declaracao_ausencia.pdf	26/12/2018 19:47:29	PATRICIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	Carta_CEP.pdf	26/12/2018 19:37:42	PATRICIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 3.128.082

Outros	EQUIPE_LISTA.pdf	26/12/2018 19:33:38	PATRÍCIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	26/12/2018 15:28:04	PATRÍCIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	Lattes.pdf	26/12/2018 15:26:49	PATRÍCIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	26/12/2018 15:25:02	PATRÍCIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	26/12/2018 15:22:13	PATRÍCIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Cronograma	cronograma_oficial.pdf	26/12/2018 12:38:30	PATRÍCIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	ANEXO.pdf	29/11/2018 14:12:36	PATRÍCIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	Apendice.pdf	29/11/2018 14:11:54	PATRÍCIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	anexo_2_TMMS_24.pdf	29/11/2018 13:57:25	PATRÍCIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	anexo_1.pdf	29/11/2018 13:56:51	PATRÍCIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	cartas_de_anuencia.pdf	29/11/2018 11:02:13	PATRÍCIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_TCLE_PROFSSIONAL.pdf	29/11/2018 11:00:36	PATRÍCIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	29/11/2018 10:50:37	PATRÍCIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

REDENCAO, 31 de Janeiro de 2019

Assinado por:
EMANUELLA SILVA JOVENTINO MELO
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: cep@unilab.edu.br