

Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família



Patient safety in primary care: conceptions of family health strategy nurses
Seguridad del paciente en la atención primaria: concepciones de enfermeras de la estrategia de salud de la familia

Amarílis Pagel Floriano da Silva^a
 Dirce Stein Backes^a
 Tânia Solange Bosi de Souza Magnago^b
 Juliana Silveira Colomé^a

Como citar este artigo:

Silva APF, Backes DS, Magnago TSBS, Colomé JS. Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180164. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180164>.

RESUMO

Objetivos: Compreender as concepções de enfermeiras atuantes na Estratégia de Saúde da Família acerca da segurança do paciente na atenção primária em saúde e de que forma estas repercutem nas ações cotidianas dessas profissionais.

Métodos: Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado com enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família, em município da região central do RS. As técnicas de coleta de dados foram a entrevista semiestruturada e a observação não participante, realizadas no período de abril a novembro de 2017. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática.

Resultados: A análise resultou em três categorias temáticas abordando os significados, as dificuldades e as estratégias relacionadas ao cuidado seguro.

Conclusões: A pesquisa mostra a necessidade de novos estudos sobre o tema. As reflexões podem contribuir para a assistência de enfermagem com vistas à segurança do paciente, qualificando tanto o trabalho das enfermeiras, como o cuidado em saúde de modo ampliado.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Atenção primária à saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: To understand the conceptions of nurses working in the Family Health Strategy about patient safety in primary health care and how they affect the daily actions of these professionals.

Methods: A descriptive-exploratory study of a qualitative approach, carried out with nurses working in Family Health Strategies, in a municipality in the central region of RS. Data collection techniques were semi-structured interview and non-participant systematic observation, carried out from April to November 2017. The data were submitted to the Thematic Content Analysis.

Results: Data analysis resulted in three thematic categories addressing the meanings, difficulties and strategies related to safe care.

Conclusions: The research shows the need for new studies on the subject. The reflections can contribute to nursing care with a view to patient safety, qualifying both nurses' work and health care in an expanded way.

Keywords: Patient safety. Primary health care. Nursing.

RESUMEN

Objetivos: Comprender las concepciones de enfermeras actuantes en la Estrategia de Salud de la Familia acerca de la seguridad del paciente en la atención primaria en salud y de qué forma éstas repercuten en las acciones cotidianas de estas profesionales.

Métodos: Estudio descriptivo-exploratorio de abordaje cualitativo, realizado con enfermeras que trabajan en Estrategias de Salud de la Familia, en un municipio de la región central del Rio Grande do Sul. Las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista semiestruturada y la observación sistemática no participante, realizadas en el período de abril a noviembre de 2017. Los datos fueron sometidos al Análisis de Contenido Temático.

Resultados: El análisis de los datos resultó en tres categorías temáticas abordando el significado de seguridad del paciente, las dificultades y estrategias para el cuidado seguro.

Conclusiones: La investigación muestra la necesidad de nuevos estudios sobre el tema. Las reflexiones pueden contribuir a la asistencia de enfermería con miras a la seguridad del paciente, calificando el trabajo de las enfermeras como del cuidado en salud de modo ampliado.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Atención primaria de salud. Enfermería.

^a Universidade Franciscana (UFN), Área de Ciências da Saúde, Mestrado em Ciências da Saúde e da Vida. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A temática segurança do paciente (SP), atualmente, é um assunto bastante discutido em âmbito mundial. Nessa perspectiva, em 2004, foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com a finalidade de estabelecer conceitos e diretrizes relacionadas a este campo de saberes e práticas, bem como recomendar ações com o objetivo de reduzir riscos e eventos adversos⁽¹⁻²⁾.

Segundo esta Aliança, a segurança do paciente é a diminuição, a um menor risco de dano que seja cabível, agregado ao cuidado na saúde. Nesse contexto, a definição de dano pode ser compreendida como a ocorrência de um agravo quando há o envolvimento de uma estrutura ou de seu desempenho no organismo, procedente de alguma ação efetivada no cuidado. O dano abrange desde patologias até a extinção da vida, podendo ser físico, psíquico ou social⁽²⁾.

Os primeiros desafios globais colocados pela Aliança Mundial para diminuir os riscos e abrandar os eventos adversos constituíram em ações com o intuito de diminuir casos de infecção relacionados ao cuidado em saúde. Inicialmente, por meio de campanhas para a lavagem das mãos, considerada uma prática essencial para evitar as infecções⁽²⁻³⁾.

Seguindo essa tendência global, no Brasil, em 2008, foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) que visa difundir conhecimentos no campo da Enfermagem e SP, estabelecendo conexão e colaboração entre indivíduos, estabelecimentos e empresas para a expansão e consolidação das suas práticas do cuidado, pesquisa, ensino e cooperação técnica, dentre outros.

No ano de 2013, foi constituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que representa um marco para a qualidade do cuidado nos diferentes espaços de saúde, sejam públicos ou privados. Esse programa objetiva promover ações voltadas à segurança do paciente e, ainda, disseminar informações sobre o tema nos centros formadores de profissionais da área da saúde^(2,4).

Essas diretrizes estiveram, inicialmente, relacionadas ao cuidado realizado nos hospitais. Contudo, na perspectiva das redes de atenção à saúde (RAS), a atenção primária é compreendida como a coordenadora do cuidado e preferencial porta de entrada do usuário aos diferentes pontos de atenção das RAS, tornando-se relevante pesquisar as práticas de SP nesse cenário⁽⁵⁾. Essa preocupação foi confirmada pela OMS, no ano de 2012, quando esta estabeleceu um grupo de trabalho constituído por especialistas para discutir a segurança dos cuidados na atenção primária⁽¹⁾.

No contexto brasileiro, os termos 'atenção primária' e 'atenção básica' são compreendidos como sinônimos. Con-

tudo, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a designar-se atenção básica para haver uma diferenciação da atenção primária seletiva, que no contexto internacional, refere-se à programas focalizados para enfrentar um número limitado de problemas de saúde direcionados ao grupo materno-infantil como reidratação oral, imunizações e planejamento familiar⁽⁵⁾.

Na literatura internacional, argumenta-se que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde, repercutindo na segurança dos cuidados prestados. Ainda, existem evidências de que os sistemas de atenção à saúde orientados para o fortalecimento da atenção primária à saúde conseguem organizar-se a partir das necessidades de saúde da população e, por conseguinte, serem resolutivos no enfrentamento da hegemonia das condições crônicas, tendo impacto direto nos níveis de saúde da população. No Brasil, a atuação em redes é relativamente recente e se configura como desafio a sua coordenação por parte de uma APS qualificada, pautada na resolutividade e responsabilização por sua população⁽⁶⁾.

Atualmente, a reorganização e o fortalecimento da atenção primária ocorrem por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta propõe a expansão, qualificação e consolidação da atenção primária, por favorecer a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades. Nesta perspectiva, o centro de atenção é a família e não somente o indivíduo, o que repercute em práticas focadas na integralidade do cuidado e na promoção da saúde⁽⁵⁾.

Esse modelo estratégico precisa atuar como ordenador dos fluxos das pessoas nos diferentes pontos redes de atenção à saúde, com suporte dos serviços de apoio diagnóstico, logístico e de governança⁽⁶⁾. Ainda, a ESF pretende reestruturar a atenção primária em conformidade com os princípios do SUS, sendo que as ações estão organizadas para serem dinamizadas por meio da atuação de equipes de saúde constituídas minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). Também podem ser inseridos trabalhadores da área da odontologia e o agente de combate às endemias (ACE)^(5,7).

O profissional enfermeiro é parte integrante e indispensável na equipe multiprofissional e, mesmo sendo considerada a complexidade da atuação do enfermeiro neste cenário, ainda observam-se riscos pouco conhecidos e explorados na literatura^(5,8). Existem determinados procedimentos como a realização de curativos, coleta de exames citopatológicos, glicemia capilar, administração de medi-

camentos, dentre outros, que por terem caráter invasivo, são passíveis de resultarem em um evento adverso⁽⁹⁾.

Considera-se, portanto, a existência de uma maior preocupação em relação a SP nos últimos anos, porém a maioria dos estudos permanece voltada ao cuidado efetivado no contexto hospitalar e as pesquisas na atenção primária ainda são restritas^(2,3,10). O que se encontra em maior volume são estudos desenvolvidos nas instituições de educação superior e produções técnicas do Ministério da Saúde^(2,11).

Diante dessa realidade, **questiona-se**: qual a compreensão das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família sobre segurança do paciente na Atenção Primária em Saúde? A fim de responder a questão apresentada, o **objetivo** do estudo foi compreender as concepções de enfermeiras atuantes na Estratégia de Saúde da Família acerca da segurança do paciente na atenção primária em saúde e de que forma estas repercutem nas ações cotidianas dessas profissionais.

■ METODOLOGIA

Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa⁽¹²⁾, realizado em um município da região central do Rio Grande do Sul. A pesquisa foi desenvolvida em sete Estratégias de Saúde da Família (ESF) localizadas na região oeste. A escolha por essas Unidades de Saúde se justifica em função de que estas representam campos de atividades práticas e estágios curriculares dos Cursos de Graduação e Residências da Universidade cuja pesquisa está vinculada. O estudo está inserido no processo de pesquisa de uma Dissertação de Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde e da Vida⁽¹³⁾.

Os participantes do estudo foram todas as enfermeiras atuantes nesses locais, perfazendo uma amostra intencional de 10 (dez) profissionais. Optou-se por apresentar as participantes no gênero feminino, uma vez que todas são mulheres. Como critério de inclusão foi considerado: ser enfermeira atuante nas ESF da região oeste do município durante o período da coleta de dados; e como critérios de exclusão: estar afastada de suas práticas profissionais por motivo de férias, laudo ou licença. A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a novembro de 2017.

Como técnicas de coleta de dados, foram escolhidas a observação sistemática não participante e a entrevista semiestruturada. Os questionamentos pertinentes às técnicas foram elaborados com base em um questionário adaptado e validado no Brasil para avaliar a cultura de segurança do paciente na atenção primária⁽¹⁴⁾.

As observações foram realizadas nos locais de trabalho das enfermeiras em dois turnos distintos, ou seja, uma manhã e uma tarde com um período médio de observação por turno de 3 horas. Os encontros agendados aconteceram em um mesmo dia ou em dias alternados e o critério que definiu o agendamento foi a disponibilidade das participantes. Essas observações se justificam pela possibilidade de observar de que forma as concepções das enfermeiras expressas nas entrevistas repercutem em suas ações cotidianas.

As observações foram realizadas a partir de um roteiro pré-estabelecido que contemplou os seguintes aspectos a serem observados: comunicação com os usuários; riscos relacionados à assistência de enfermagem na instituição; incorporação de práticas seguras e baseadas em evidências; levantamento de barreiras e oportunidades para um cuidado seguro. Também, foram observadas dimensões relacionadas à organização do processo de trabalho do enfermeiro, com foco na humanização do cuidado: chamar os usuários pelo nome; apresentar-se aos usuários; e organização da demanda espontânea e programada da Unidade. Foram realizados registros de todas as observações, sob a forma de diário de campo.

As entrevistas também foram agendadas previamente com as participantes, posteriormente à observação sistemática. Após o consentimento, as entrevistas foram gravadas em gravador digital e, em seguida, transcritas na sua totalidade e enumeradas aleatoriamente. A fim de garantir o anonimato das participantes, na análise dos dados, estas foram mencionadas como ENF, seguidas do número da entrevista, de 1 a 10. No que se refere às observações, estas estão mencionadas a partir dos códigos OBS-ENF, igualmente seguidas de numeração correspondente.

Os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo Temática, a qual se divide em três etapas, sendo elas: 1) pré-análise: corresponde à fase de transcrição e organização dos dados, onde se retomaram os objetivos iniciais da pesquisa no intuito de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais; 2) exploração do material: foram definidas e organizadas as categorias temáticas, iniciadas na fase anterior e, por último, 3) tratamento dos resultados e interpretação, onde os dados do estudo foram articulados à literatura da área e foram construídas novas informações a partir do objeto de estudo⁽¹²⁾.

As enfermeiras participantes assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram observados os demais aspectos éticos da Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Pesquisa. O estudo foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa segundo o parecer nº 1.876.855.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de análise dos dados resultou na organização de três categorias temáticas: Significados de segurança do paciente para as enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família; Dificuldades relacionadas ao cuidado seguro na prática das enfermeiras e Estratégias para o cuidado seguro na atuação das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família.

Significados de segurança do paciente para as enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família

Esta primeira categoria apresenta os significados atribuídos pelas enfermeiras participantes da pesquisa sobre as ações de segurança do paciente na atenção primária à saúde. Nesse sentido, as participantes, em sua maioria, manifestaram significados de SP relacionados a um cuidado que evite danos e riscos. Assim, tanto os depoimentos como as observações realizadas reforçam esse entendimento:

Significa você tomar todas as precauções evitando uma infecção. Acho que inicia com o princípio básico da lavagem das mãos, todos os cuidados para que o paciente que procura um atendimento aqui não adquira alguma coisa a mais, uma doença, mais por questão de contaminação (ENF 8).

Enfermeira explica para que servem os testes, lava as mãos, coloca as luvas e espalha papel toalha sobre a mesa para colocar os materiais. Esclarece como será o resultado, registra a realização dos testes em um livro padrão. Mostra o resultado à usuária, recolhe tudo, retira as luvas e lava novamente as mãos (OBS ENF 3).

Essa compreensão de algumas enfermeiras vem ao encontro com o descrito na literatura. Apesar de SP possuir várias definições, segundo a OMS, esta se configura como a diminuição do risco de danos dispensáveis agregados à assistência em saúde até um valor mínimo admissível, significando que esse pequeno dano aceitável está relacionado aos recursos humanos, científicos e estruturais disponíveis, como também à conjuntura em que a assistência foi efetivada⁽²⁻³⁾.

Ainda, mostrou-se presente a preocupação com a prevenção de infecções como um dos critérios para se evitar o risco e o dano. Estudos recentes demonstram que os riscos mais notados relacionados à atenção primária são alusivos à imunização. Contudo, existem vários procedimentos invasivos executados nesse cenário que poderiam

culminar em um evento adverso, como, por exemplo, a glicemia capilar, os curativos, a nebulização, a coleta de exames citopatológico, a administração de medicamentos, dentre outros⁽⁸⁾.

Nas entrevistas, as participantes também citaram a higienização das mãos como um dos fatores relativos ao cuidado que evite danos e riscos. A higienização das mãos é uma das ações estratégicas propostas pela OMS como o primeiro desafio global para a redução de infecções⁽³⁾. Essa temática foi enfatizada em um protocolo definido pela OMS e, no Brasil, constituiu o texto da Portaria MS/GM nº 529/2013, como uma das ações prioritárias da REBRAENSP⁽⁴⁾.

Contudo, embora determinados depoimentos tenham sinalizado essa preocupação, o fazer de algumas enfermeiras mostrou que este entendimento, em alguns casos, não repercute na prática profissional:

Em uma consulta de pré-natal enfermeira não lava as mãos, faz exame físico, utiliza o sonar. Digita as informações no computador e anota na carteira da gestante, olha os exames que a gestante trouxe, finaliza e não lava as mãos. (OBS ENF 10).

Após as observações realizadas, a prática da higienização das mãos no cotidiano das enfermeiras apresentou algumas fragilidades, pois, em muitos casos, a técnica esteve mais voltada para a segurança do profissional, uma vez que, de modo geral, a lavagem das mãos foi realizada após os procedimentos. Este fato vem ao encontro de outro estudo⁽¹⁵⁾ ao descrever que a higienização das mãos ocorre, de modo predominante, após o contato com os usuários.

Ainda em relação à prática da higienização das mãos, observou-se que em muitas salas não existiam pias ou estas estavam sem funcionamento. Na mesma direção do presente estudo, outra pesquisa revelou que mesmo havendo pias e dispensadores em número satisfatório para a lavagem das mãos, estes muitas vezes, não apresentavam boas condições de uso e os gestores desconheciam essas dificuldades⁽¹⁶⁾.

Uma concepção mais ampla de segurança do paciente também emergiu nos depoimentos, relacionada não somente aos cuidados relacionados aos procedimentos técnicos, mas também à postura acolhedora e resolutiva da equipe de saúde da família:

Ela vai além da preocupação com a transmissão de doenças, pois na saúde coletiva a gente tem que pensar lá na casa dele, de como ele vai conseguir fazer para alcançar aquele planejamento que a gente fez com ele. Referente

a comorbidade, seria tu protegê-lo de alguma infecção, mas também orientar às possíveis infecções que possam haver (ENF 6).

Chega outra usuária gestante, sem agendamento prévio, com exames laboratoriais realizados, enfermeira recebe para consulta de enfermagem, me apresenta e também as residentes à usuária, pede se podemos permanecer na sala. Enfermeira realiza anamnese, faz assepsia nas mãos com álcool gel antes da realização do exame de mamas, agenda nova consulta com o ginecologista para o próximo mês, orienta que não precisa ficar na fila para marcar a consulta (OBS ENF 2).

Nessa mesma direção, algumas falas denotaram concepções relacionadas a um cuidado multidimensional, relacionado às condições dos usuários para aderir às orientações advindas das atividades educativas em saúde, assim como os meios que estes dispõem para seguir o planejamento acordado com a equipe de saúde em relação ao seu processo de cuidado. Ainda, é mencionado o trabalho em equipe como fator inerente ao processo de cuidado na ESF:

Eu acho que é a gente realizar um atendimento, dando ao paciente uma, uma segurança do atendimento, de não ter nenhum, de não correr risco, a segurança não só física, mas a segurança dele estar bem orientado de tudo que a gente vai tá fazendo, de ter um atendimento que ele não gere risco pro paciente (ENF 5).

Consulta de puerpério, enfermeira verifica carteira de vacinas, orienta para não medicar sem prescrição médica. A ACS está presente, pesa a criança com segurança para evitar queda, enfermeira orienta sobre o perigo das tomadas em casa, panelas no fogo, a criança está quase caminhando e a encaminha para consulta médica, pois a criança teve febre em casa. (OBS ENF 3).

Estas concepções estão em consonância da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde - PNAB⁽³⁾, quando esta refere que a essência do trabalho em equipe está centrado em ações interdisciplinares, agregando campos técnicos diversos e trabalhadores de distintos saberes. Ainda, para que o cuidado seguro se estabeleça neste contexto, são necessárias estratégias que estejam em consonância com as necessidades de saúde individuais e coletivas. Para que isso aconteça é indispensável que ocorra uma distribuição de saberes, de aprendizados intersetoriais e de um gerenciamento do cuidado em redes, vislumbrando um cuidado multidimensional.

Dificuldades relacionadas ao cuidado seguro na prática das enfermeiras

A segunda categoria temática abordou elementos que dificultam a SP no contexto da ESF. Além dos significados atribuídos pelas enfermeiras, os quais parecem orientar seus processos de cuidado, algumas dificuldades também foram sinalizadas tanto nos depoimentos como na atuação profissional, por meio das observações. Estas foram divididas em dificuldades estruturais, organizacionais/gestão e sobrecarga profissional.

Em relação às dificuldades estruturais, de modo predominante, estas estiveram relacionadas às condições das edificações das Unidades de Saúde e, ainda, à carência de insumos destas unidades:

Não tem acesso correto aqui, nem para cadeirante. Muito desnível, tem buraco na porta de entrada, então são várias coisas que podem propiciar um risco para o paciente. Hoje teve uma senhora que caiu ali na frente e se machucou, todo o rosto. Então ela não tem uma estrutura física adequada, chove dentro (ENF3).

Não existe ar condicionada na sala de vacinas (OBS ENF 1).

A sala de nebulização e de curativo é a mesma, não existe expurgo na unidade de saúde (OBS ENF 7).

Conforme o exposto, as maiores dificuldades relatadas pelas participantes foram em relação à estrutura das Unidades. Destaca-se que somente na Unidade de Saúde que foi construída conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, não emergiu nenhum relato relacionado às dificuldades estruturais como uma das barreiras para a SP. Cabe destacar que as outras Unidades estão alocadas em espaços adaptados para permitir sua funcionalidade.

As dificuldades de acesso do usuário à Unidade também foram mencionadas, sendo citadas as ruas esburacadas, muitas sem calçamento, a falta de rampas de acesso ou mal construídas para deficientes físicos ou pessoas com dificuldade de locomoção. Dentro das Unidades existem muitos pisos irregulares, paredes sem acabamento e falta de manutenção. Confirmando com os achados deste estudo, um dos principais desafios para a qualificação da atenção primária está relacionada à adequação da estrutura física das Unidades de Saúde, visto que existe um número significativo de UBS inapropriadas, o que repercute diretamente na SP⁽¹⁷⁾.

Quanto às dificuldades relacionadas à gestão e/ou organização das UBS, as enfermeiras relataram principalmente a falta de recursos humanos, especialmente de profissio-

nais responsáveis pela higienização e, também, a escassez de Agentes Comunitários de Saúde:

Por exemplo, o dia que eu tenho coleta de preventivo à tarde o lixo vai ficar ali até o outro dia de manhã. Na verdade, eu faço na sexta e o lixo vai ficar ali até segunda, lixo contaminado. Lixo biológico, vai ficar ali. Hoje eu fiz muitas coletas, fiz bastante teste rápido, então o material biológico contaminado está todo ali (ENF4).

A gente não consegue captar precocemente as gestantes sem o agente comunitário, a gente não consegue pegar essas crianças que estão com vacina atrasada, a gente faz busca via telefone, mas aquele papel fundamental do agente fica prejudicado (ENF10).

Na organização das ESF, o ACS possui papel estratégico no território adscrito, pois é sua atribuição atuar em áreas geográficas delimitadas, registrar todos os indivíduos de sua microárea, realizar o acompanhamento das famílias e realizar a visita domiciliar. Essas visitas são consideradas instrumentos de cuidado que permitem uma avaliação ampliada das condições de vida/saúde, sendo planejadas em equipe, a partir do dimensionamento da necessidade diante da vulnerabilidade e risco existentes na área abrangida pelo serviço⁽¹⁷⁾.

Outro problema levantado pelas participantes foi em relação ao trabalho excessivo realizado pelas mesmas. Muitas vezes esse trabalho demasiado, conforme seus relatos, estão atrelados à demanda de usuários pertinente a uma Unidade de Saúde:

Vejo risco, pois tem muita demanda para atender e nesse meio tu pode acabar se descuidando entre um paciente e outro, de efetuar a lavagem das mãos e de tomar algum cuidado básico devido à demanda. Quando a gente acaba ficando cansado, esgotado, começa a acontecer falhas, em qualquer serviço (ENF8).

A enfermeira realiza muitas vacinas no turno. Algumas vezes percebi que a rapidez, para dar conta da demanda atrapalha as orientações e até mesmo as técnicas adequadas como, por exemplo, a lavagem das mãos (OBS ENF 1).

Como dificuldades relativas à sobrecarga profissional relatada pelas participantes, a literatura afirma que é imperativo que exista um número apropriado de profissionais para que ocorra um cuidado seguro, sendo uma responsabilidade institucional fornecer condições adequadas nas unidades⁽¹⁸⁾. O manual instrutivo do Programa Nacional de melho-

ria do acesso e da Qualidade da Atenção Primária (PMAQ) descreve que a quantidade excessiva de pessoas residentes em uma área de abrangência pode afetar o trabalho da equipe. A qualidade de suas atuações pode ser afetada, pois as equipes trabalham com sobrecarga de trabalho⁽¹⁷⁾.

Nesse contexto, um estudo demonstrou que existe uma expressiva associação entre a SP e a carga de trabalho dos profissionais. Essa pesquisa aponta que nos locais onde existia menor número de usuários eram os locais que exibiram melhores números na qualidade da assistência e na gerência de SP. Igualmente, sugere que a determinação imprópria de pessoal aumenta a percentagem da rotatividade e de ausências no trabalho, dificultando o cuidado seguro em função de elementos como cansaço, doenças e rodízio do quadro de profissionais⁽¹⁹⁾.

Em síntese, múltiplos fatores podem ser potenciais indicadores das conjunturas de insegurança dos pacientes, dos quais podem ser citados a equipe de trabalho reduzida, a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde e material escasso ou impróprio para o desenvolvimento do processo de cuidado⁽¹⁸⁾. Embora essa possibilidade não se aplique às equipes de ESF, a nova PNAB traz como possibilidade, para as equipes AB, ou seja, das Unidades de Saúde tradicionais, a composição da carga horária mínima por categoria profissional de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais. O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes precisam ser organizados com vistas a garantir o acesso e o vínculo entre as pessoas e profissionais, além da continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado⁽⁷⁾.

Embora muitas dificuldades tenham sido referidas e observadas na atuação das enfermeiras, destaca-se que estas vêm desenvolvendo algumas estratégias para potencializar um cuidado seguro, mesmo que em condições de trabalho adversas. Dentre estas estratégias, podem-se mencionar as relacionadas à assistência de enfermagem, à ética do cuidado e aos processos de acolhimento.

Estratégias para o cuidado seguro na atuação das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família

No que diz respeito às estratégias que as enfermeiras adotam para o desenvolvimento do cuidado seguro, foram destacados os seguintes aspectos: em relação aos procedimentos técnicos, à ética profissional e ao acolhimento.

Como fatores que colaboram para a SP, emergiram nas falas a preocupação com os procedimentos técnicos, como a lavagem das mãos, a não contaminação e o uso de

equipamentos de proteção individual. Numa perspectiva mais ampla, também foi citada a preocupação com o acolhimento do usuário na UBS:

Porque a gente sabe que é um cuidado que tem que ter com o paciente, o descarte do material, a lavagem das mãos para não haver contaminação cruzada, isso é automático, mas é um automático consciente. A gente faz porque sabe que precisa fazer (ENF 1).

Faz uma limpeza na maca com álcool, troca o lençol, higieniza as mãos com álcool, tranca a porta, coloca luvas, realiza o exame de mamas, coloca luvas de toque e realiza o exame citopatológico na usuária (OBS ENF 4).

Outra estratégia para um cuidado seguro, mencionada por uma enfermeira, faz alusão à ética profissional como parte do campo de SP:

É uma coisa minha, todo mundo tem que ser muito ético. Eles são bem acolhidos, eu tento conquistar a confiança deles, é o bem tratar, que isso é uma coisa que deveria ser inerente a todos os profissionais. A gente tem esses gabinetes aqui, que a gente não ouve. Apesar de ser aberta essa estrutura, a gente não ouve o que em um consultório se está falando. A gente já fez isso se preocupando com essa questão, dessa segurança, dessa autonomia (ENF 2).

O desenvolvimento do cuidado seguro relacionado à ética profissional também foi mencionado pelas participantes. A empatia e a disposição do trabalhador, bem como sua ética a respeito da situação são maneiras de se estabelecer vínculos a fim de promover a continuidade do cuidado. A postura, a maneira de escutar e de encarar o inesperado se constituem em afirmação de relações entre funcionário e usuário, principalmente quando as pessoas buscam assistência na ausência de agendamentos ou sem consultas⁽³⁾.

O acolhimento também foi mencionado como estratégia para a melhoria do cuidado, evidenciando a preocupação das enfermeiras com o usuário, em se disponibilizar para escutar e atender a todos da melhor forma possível.

Deixamos uma caixa de sugestão uns dois meses ali, e eles escolheram fazer o agendamento das consultas às 10 horas, tem o caso que o paciente precise alguma coisa completa, a gente faz consulta de acolhimento, nenhum paciente que venha nos procurar sai sem atendimento (ENF 4).

Mais um acolhimento, chama a usuária pelo nome, usuária com dúvidas sobre o uso do anticoncepcional, é bem

orientada sobre o uso e sua troca e enfermeira agenda consulta com o médico (OBS ENF 6).

Uma estratégia proposta pelas enfermeiras para o cuidado seguro está pautada com a forma de acolhimento, do usuário se sentir seguro e acolhido no local do serviço de saúde. Observa-se que para a segurança do acesso é indispensável acolher e identificar as principais problemáticas, utilizando, para tanto, a escuta qualificada e alguns dispositivos de cuidado que possam ser resolutivos, como o cuidado domiciliar, a consulta interdisciplinar, os projetos terapêuticos singulares, os genogramas, dentre outras estratégias com potencial para qualificação do cuidado. Estudos apontam, ainda, que a implantação da ESF ampliou o acesso dos usuários aos serviços ofertados pela atenção primária à saúde, tendo como principal enfoque a atenção às condições crônicas. Ademais, por adotar processos de trabalho interprofissionais, possui potencial para promover ações mais integradas e humanizadas que refletem em maior segurança do cuidado^(9,20).

O acolhimento da demanda espontânea sinaliza para modificações na maneira de trabalhar das equipes, nos modelos de cuidado e no relacionamento entre os profissionais. Abrigar a demanda espontânea com igualdade e responsabilidade, repercutindo, portanto, em um cuidado seguro, não se restringe a oferecer senhas limitadas ou conduzi-las ao médico, uma vez que a organização do cuidado, por meio do acolhimento, está relacionada à atenção integral da equipe de saúde^(5,17).

Conforme os dados encontrados, para se oferecer um cuidado seguro e com qualidade é necessário articular responsabilidades relacionadas à gestão e aos profissionais com as orientações e evidências já disponíveis em relação às normas, às técnicas e aos estudos realizados sobre o cuidado seguro. Exemplos de alguns cuidados em saúde como a lavagem das mãos, a conferência dos equipamentos, a constatação de rotina de identificação do usuário são práticas de cuidado de saúde que precisam ser priorizadas para uma organização segura⁽¹⁹⁾.

Com base no exposto, é necessário que os protocolos básicos existentes previstos na Portaria nº 529/2013 sejam implantados e utilizados, como, por exemplo: identificação de pacientes; prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; transferência de pacientes entre pontos de cuidado e uso seguro de equipamentos e materiais. Cabe ressaltar que esses protocolos são os aconselhados pela OMS⁽²⁾.

Percebeu-se nas observações e nas falas das participantes a ausência da inserção de toda equipe para um cuidado seguro, pois o cuidado ao paciente não é apenas de uma classe profissional ele transcorre por todas as categorias profissionais. Assim, a equipe interdisciplinar, na saúde coletiva precisa trabalhar unida, com responsabilidade e competência para que o serviço aconteça de maneira eficaz⁽⁷⁾. O trabalho em equipe com uma comunicação efetiva entre os profissionais é imprescindível para que exista uma assistência de qualidade⁽¹⁰⁾.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível identificar que, de uma maneira geral, as enfermeiras relacionam SP a atitudes que não provocam maiores danos ao usuário, especificando os procedimentos técnicos praticados com técnicas adequadas como uma forma de se realizar o cuidado seguro. As dificuldades encontradas relacionadas ao cuidado seguro na atenção primária foram muitas, dentre as mais presentes foram citadas a estrutura física inadequada e a falta ou deficiência de material de consumo. Também, aquelas relativas à gestão e ou organização e à sobrecarga de trabalho. Do mesmo modo, foi observado que as enfermeiras procuram elaborar estratégias para o desenvolvimento do cuidado seguro. Destacam-se os aspectos relacionados aos procedimentos técnicos e o cuidado seguro pertinente à ética profissional e ao acolhimento.

Ainda, os dados desta pesquisa podem subsidiar ações nos processos de formação de enfermeiros, dando visibilidade à segurança do paciente na Estratégia de Saúde da Família. No contexto dos processos de pesquisa, vem fortalecer o campo de estudos sobre segurança do paciente na atenção primária em saúde, trazendo dados para o debate acerca da temática e lançando perspectivas para o desenvolvimento de novos estudos.

Destaca-se que esta pesquisa apresenta limitações, especialmente por ter sido realizada com o envolvimento de enfermeiras atuantes em uma região do município. Entretanto, colabora para que se tenham mais subsídios sobre a temática, principalmente diante da observação de que investigações a respeito do assunto são incipientes no Brasil.

■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (CH) [Internet]. Geneva: WHO; c2018 [cited 2018 Apr 02]. Patient safety: safer primary care; [about 1 screen]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/.
2. Ministério da Saúde (BR); Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2018 abr 02]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF; 2017 [citado 2018 abr 04]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%Aancia+Segura+-+Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>.
4. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Polo REBRAENSP RS. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2013 [citado 2018 abr 04]. Disponível em: https://www.rebraensp.com.br/images/publicacoes/manual_seguranca_paciente.pdf.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012 [citado 2018 abr 04]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(5):2297-305. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
7. Ministério da Saúde (BR). 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). Brasília, DF; 2017 [citado 2018 fev 23]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
8. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC. The nurse's work in primary health care. Esc Anna Nery 2016 [cited 2018 Feb 25];20(1):90-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100090&lng=en&nrn=iso&tng=en.
9. Padoveze MC, Figueiredo RM. The role of primary care in the prevention and control of healthcare associated infections. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(6):1137-44. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700023>.
10. Paese F, Sasso GTMD. Patient safety culture in primary health care. Texto Contexto Enferm. 2013;abr-jun 22(2):302-10. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>.
11. Tase TH, Lourenção DCA, Bianchini SM, Tronchin DMR. Patient identification in healthcare organizations: an emerging debate. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(3):196-200. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300025>.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
13. Silva APF. Segurança do paciente na Atenção Primária em Saúde: saberes e práticas do profissional enfermeiro [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Franciscana; 2018.
14. Timm M, Rodrigues MCS. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. Acta Paul Enferm. 2016;29(1):26-37. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600005>.
15. Bathke J, Cunico PA, Maziero ECS, Cauduro FLF, Sarquis LMM, Cruz EDA. Infrastructure and adherence to hand hygiene: challenges to patient safety. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(2):78-85. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200010>.
16. Paula DG, Pinto FF, Silva RFA, Paula VGP. Estratégias de adesão à higienização das mãos por profissionais de saúde. R Epidemiol Control Infec. 2017;7(2):113-21. doi: <https://doi.org/10.17058/reci.v7i2.7731>.

17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Primária (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2015 [citado 2018 fev 23]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf.
18. Parand A, Dopson S, Vincent C. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Journals* 2014;4(9):e005055. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005055>.
19. Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Nursing work load and patient safety – a mixed method study with an ecological restorative approach. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(9):146-54. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700019>.
20. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão ALB. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(11):2313-30. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194214>.

■ **Autor correspondente:**

Amarilis Pagel Floriano da Silva
E-mail: amarilisfloriano@hotmail.com

Recebido: 16.07.2018
Aprovado: 01.10.2018