

Segurança do paciente sob a ótica de enfermeiros da estratégia saúde da família

Patient safety from the perspective of family health strategy nurses

La seguridad del paciente en la perspectiva de los enfermeros de la estrategia de salud de la familia

Fernanda Cristina Mucelini^I, Lara Adrienne Garcia Paiano da Silva^{II}, Fabieli Borges^{III},
Giovanna Carolina Guedes^{IV}, Herbert Leopoldo de Freitas Goes^V, Isabella Mucelini^V

^IUniversidade Estadual de Maringá. Maringá, Brasil; ^{II}Prefeitura Municipal de Cascavel. Cascavel, Brasil;

^{III}Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Brasil; ^{IV}Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Brasil;

^VDiablo Valley College. Pleasant Hill. Califórnia, Estados Unidos

RESUMO

Objetivo: identificar o conhecimento dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família quanto à segurança do paciente. **Método:** estudo qualitativo exploratório, descritivo, realizado com 20 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município paranaense. A coleta de dados foi realizada entre julho e dezembro de 2021 com entrevistas semiestruturadas. Os dados foram categorizados e analisados com auxílio do *software Iramuteq*. **Resultados:** os enfermeiros relataram dificuldades no processo de trabalho e aspectos que influenciavam nas ações relacionadas à segurança do paciente: falta de profissionais, sobrecarga de trabalho, falhas na comunicação, trabalho em equipe e processo de formação, impacto da pandemia contra COVID-19, eventos adversos e cultura de notificação. **Considerações finais:** o estudo demonstrou a fragilidade dos enfermeiros em relação à segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde e a necessidade de o tema ser amplamente discutido entre todos os componentes das equipes da Estratégia Saúde da Família.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Enfermeiras e Enfermeiros; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to identify the knowledge of nurses who work in the Family Health Strategy regarding patient safety. **Method:** exploratory, descriptive qualitative research, carried out with 20 nurses from the Family Health Strategy in a municipality in Paraná. Data collection was carried out from July to December 2021 with semi-structured interviews. Data was categorized and analyzed using the *Iramuteq* software. **Results:** nurses reported difficulties in the work process that potentially jeopardize patient safety. The following factors contribute to the patient safety concerns: shortage of professionals, work overload, communication failures, teamwork and training process, impact of the pandemic against COVID-19, adverse events and reporting culture. **Final considerations:** the study demonstrated the fragility of nurses in relation to patient safety in Primary Health Care and the need for the topic to be widely discussed among all components of the Family Health Strategy teams.

Descriptors: Primary Health Care; National Health Strategies; Nurses; Patient Safety.

RESUMEN

Objetivo: identificar el conocimiento de los enfermeros que actúan en la Estrategia Salud de la Familia en cuanto a la seguridad del paciente. **Método:** Investigación cualitativa, descriptiva, exploratoria, realizada con 20 enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia en un municipio de Paraná. La recolección de datos se realizó entre julio y diciembre de 2021 por medio de entrevistas semiestructuradas. Los datos fueron categorizados y analizados utilizando el *software Iramuteq*. **Resultados:** los enfermeros declararon dificultades en el proceso de trabajo y aspectos que influyeron en las acciones relacionadas con la seguridad del paciente: falta de profesionales, sobrecarga de trabajo, fallas en la comunicación, trabajo en equipo y proceso de capacitación, impacto de la pandemia frente a la COVID-19, eventos adversos y cultura de notificación. **Consideraciones finales:** el estudio demostró la fragilidad de los enfermeros respecto a la seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud y la necesidad de que el tema sea ampliamente discutido entre todos los componentes de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia.

Descriptorios: Atención Primaria de Salud; Estrategias de Salud Nacionales; Enfermeras y Enfermeros; Seguridad del Paciente.

INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente (SP) passou a ter maior visibilidade mundial a partir da publicação do relatório *To err is human*, que evidenciou aumento significativo de Eventos Adversos (EA) ocasionados por erros médicos em hospitais¹. No Brasil, em 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que definiu a SP como a redução ao mínimo aceitável de riscos desnecessários à saúde².

A SP aplica-se a todos serviços de saúde², assim a Atenção Primária à Saúde (APS) articulada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)³, apontou como prioridade consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção básica e ordenadora das RAS, buscando assim, melhores resultados na redução de mortalidade, expansão de acesso a tratamentos, controle de doenças infecciosas, aumento da equidade do acesso e redução das hospitalizações⁴.

Embora objetive atingir a todos os serviços de saúde, o contexto hospitalar se sobressai em termos de pesquisa. Há uma produção científica incipiente frente à temática no âmbito da APS e na ESF, em particular, limitando-se à aspectos da cultura de SP⁵, perspectiva de gestão⁶, sem aprofundar o conhecimento de enfermeiros na linha de frente nos preceitos da SP.

Um estudo demonstrou que os erros na APS, podem ser ocasionados por: comunicação ineficaz, gestão ineficiente, problemas na estrutura física e formação dos profissionais⁷. Os erros mais comuns consistem em erros de medicação e diagnóstico mostrando que muitas complicações que chegam no ambiente hospitalar tiveram sua origem em outros estabelecimentos de saúde, inclusive na APS⁷.

Neste ensejo, dada as suas lacunas nas publicações científicas é de suma importância realizar estudos sobre a temática neste primeiro ponto de atenção, que poderão contribuir para a reflexão e construção do conhecimento científico, servindo de referência para auxiliar na busca por uma melhor qualidade da assistência nos serviços de saúde.

Diante disso, a partir da questão norteadora: *como os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família compreendem a Segurança do Paciente?*, esse estudo teve como objetivo identificar o conhecimento dos enfermeiros que atuam na ESF quanto a SP,

MÉTODO

Estudo qualitativo exploratório e descritivo, realizado atendendo às recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*⁸.

A população foi constituída por 48 enfermeiros atuantes nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Cascavel, localizado na região oeste do estado paranaense, o qual possui 33 unidades de ESF. Destes, 20 enfermeiros compuseram a amostra, dez recusaram e 18 estavam ausentes no período da coleta de dados.

Os participantes foram selecionados intencionalmente e por conveniência. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro atuante na ESF e tempo de atuação de no mínimo seis meses. Os critérios de exclusão foram: afastamentos laborais (atestado ou licenças) durante o período de coleta de dados, de julho a dezembro de 2021.

Utilizou-se como técnica para coleta de dados a entrevista semi-estruturada, realizada por uma das pesquisadoras, que atuava como enfermeira-residente em unidades da ESF do município. O recrutamento dos participantes foi realizado via aplicativo de mensagem para apresentação da proposta de pesquisa e convite para participação. Não existia conflito de interesse entre o pesquisador e participantes.

Após aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as entrevistas previamente agendadas com os profissionais foram realizadas no ambiente de trabalho em sala reservada, apenas com o pesquisador e o participante.

O roteiro para a entrevista semiestruturada foi elaborado pelas pesquisadoras e continha informações para a caracterização dos participantes com questões referentes a dados sociodemográficos (idade, sexo, experiência profissional) e 10 perguntas abertas baseadas no Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)⁹: “O que você entende por segurança do paciente?”, “Como você considera o trabalho em equipe em sua unidade? Há quantitativo de profissionais suficiente para atender a demanda?” “Acontecem erros relacionados à assistência à saúde em sua unidade? Você já presenciou alguma situação de erro?”, “Se sim, foi percebido antes de atingir o paciente? Qual foi o erro? Foi notificado?”, “Foi discutido em equipe, alternativas e/ou medidas para o erro não ocorrer novamente?”, “Você costuma notificar incidentes e/ou eventos adversos? Utiliza algum instrumento para notificação (ficha/formulário/sistema informatizado)?”, “Você considera que os seus erros podem ser usados contra você?”, “Suas sugestões de melhorias são bem aceitas pela coordenação da unidade ou pela gestão?”, “Quanto a comunicação, você considera que sua equipe mantém uma comunicação efetiva? Existem dificuldades para troca de informações? Quais os principais motivos de falha na comunicação em sua unidade?”, “Você e sua equipe participam de reuniões e/ou treinamentos sobre os temas da segurança do paciente?”.

Foi realizado teste piloto com três enfermeiros para testar o instrumento e identificar necessidade de ajustes para a coleta de dados e não houve necessidade de alterações.

As entrevistas foram áudio gravadas com dispositivo *smartphone* próprio e tiveram duração média de 15 minutos. Foram transcritas e encaminhadas para os participantes via aplicativo de mensagem de texto para validação das informações, as quais se mantiveram conforme transcrições enviadas.

Para a análise dos dados foram desenvolvidos os procedimentos recomendados por Creswell¹⁰, que consistem em: organizar, preparar, ler e codificar os dados. Para a codificação dos dados utilizou-se o *software* de pesquisa qualitativa *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires – Iramuteq*[®], com um total de 20 textos codificados em documento formato *txt*.

A análise realizada foi a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), descrita como método de agrupamento identificados de segmentos de textos semelhantes¹¹. Em cada classe do dendrograma foram analisadas a maior frequência das palavras e a associação destas com as respectivas classes^{11,12}. A saturação dos dados deu-se após a identificação das categorias temáticas considerando a coerência, consistência nas informações coletadas e ausência de novos elementos nos segmentos de textos¹⁰.

O presente estudo foi aprovado em observância aos preceitos éticos para pesquisa com seres humanos. Para assegurar o anonimato utilizou-se o seguinte código identificador: P(participante); X (número em algarismos arábicos em ordem crescente dos participantes); F/M (sexo feminino ou masculino); N (idade). Exemplo: P1F32.

RESULTADOS

Em relação à caracterização, dos 20 participantes, 19 eram do sexo feminino e um do sexo masculino, com média de idade de 36,5 anos; tempo de atuação na enfermagem em média 12,5 anos e tempo médio de atuação na ESF de oito anos. Ainda, 13 trabalhavam no ambiente hospitalar, dois atuavam em unidades rurais e seis como enfermeiros assistenciais e coordenadores das unidades.

A operacionalização do Iramuteq® resultou em 622 segmentos de texto, com aproveitamento de 94,96%, divididos em seis classes, conforme demonstrado na Figura 1.

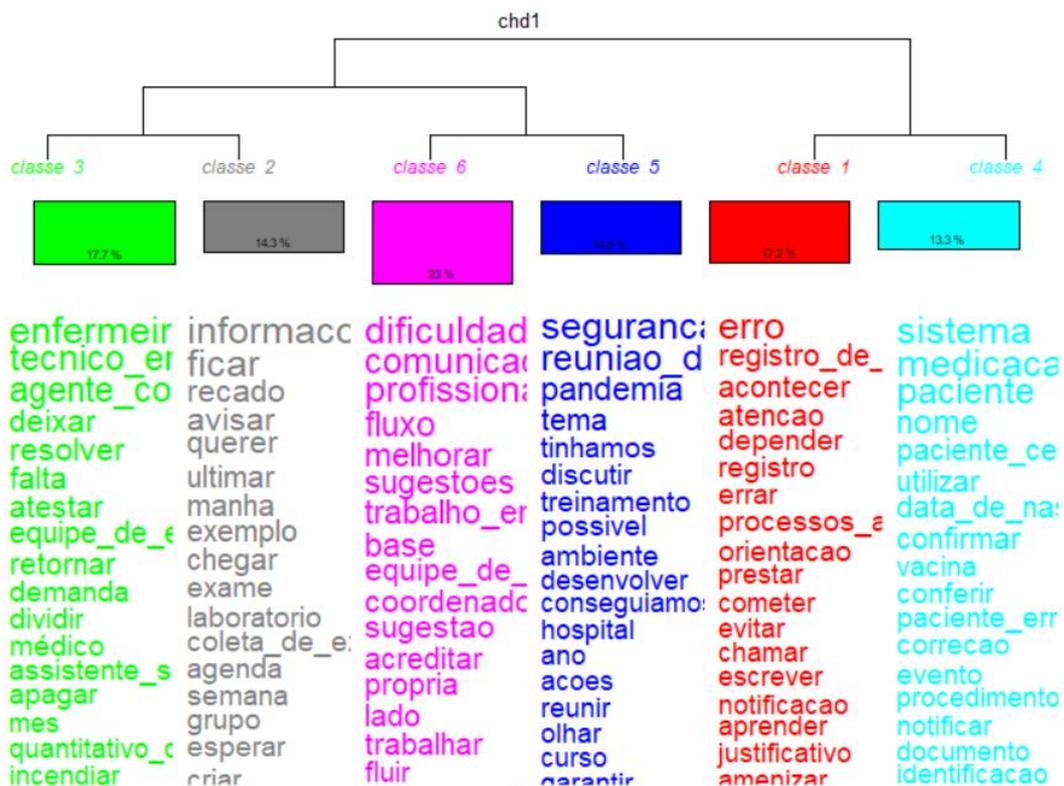


Figura 1: Divisão de classes realizada pelo software Iramuteq®. Cascavel, PR, Brasil, 2021.

Após análise do dendrograma, observou-se as palavras que mais se destacaram conforme sua frequência. A primeira categoria temática emergiu dos segmentos de textos selecionados nas classes dois, três, cinco, seis e retrataram a fala dos profissionais com relação à compreensão dos enfermeiros quanto a SP e ao processo de trabalho na ESF: SP, trabalho em equipe, comunicação, quantitativo de profissionais e impactos causados pela pandemia. Já a segunda categoria temática emergiu das classes um e quatro e englobou a cultura de segurança do paciente e erros relacionados à assistência e notificação (Figura 2).

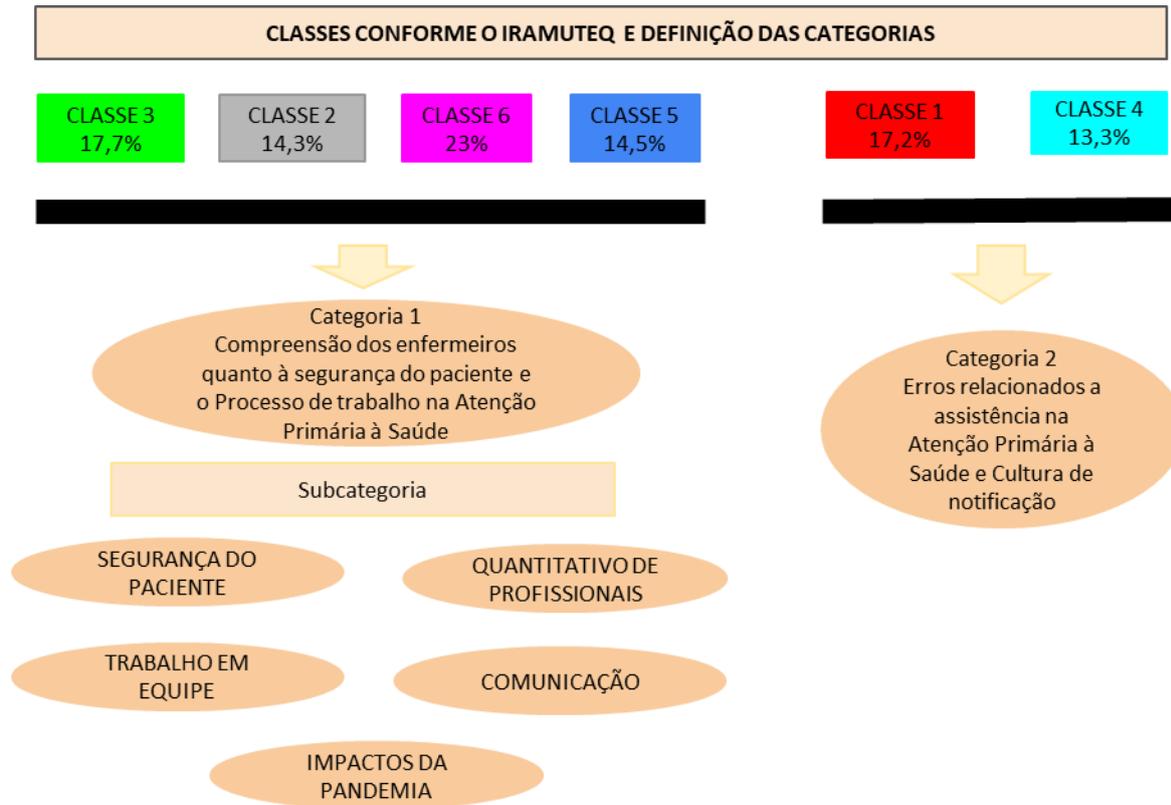


Figura 2: Divisão das classes conforme Iramuteq® e definição das categorias. Cascavel, PR, Brasil, 2021.

Compreensão dos enfermeiros quanto à Segurança do Paciente e o Processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde

Segurança do paciente

A segurança do paciente é um conjunto de ações que tem por objetivo reduzir danos, que não são danos que nós devemos causar (P01F36).

Segurança do paciente eu entendo que a gente tem que deixar o ambiente mais aberto, mais seguro para ele conseguir se deslocar dentro da unidade, dele chegar, o corrimão ali, porque aqui a gente não tem por ser tudo plano, mas se precisar ter o corrimão, a entrada ali, mas também a segurança do paciente com a documentação na entrada. (P14F30)

Trabalho em equipe

Eu acho que funciona bem, porque assim, problemas interpessoais todas as equipes possuem. (P18F43)

Quantitativo de profissionais

Da forma como é preconizado para que a gente cumpra os protocolos, [...] da atenção primária a gente está muito longe disso, a gente precisa de um quantitativo maior da parte de técnico de enfermagem. (P02F36)

Enquanto enfermeira eu pego a enfermagem e a coordenação. (P15F25)

Comunicação

Nas reuniões de equipe sempre reforçava a importância da comunicação, a importância da identificação correta do paciente (P02F36).

Impactos da pandemia

Com a pandemia, sinceramente foi muito difícil, porque tivemos que nos adaptar, e teve muita falta de funcionário, muita falta, inclusive do enfermeiro, que é o responsável por esses treinamentos. (P11F41)

Agora é tudo online e não temos tempo para assistir, é difícil alguém bloquear a agenda para assistir. (P18F43)

A gestão costuma mandar as informações após o horário de trabalho, [...] é importante que as informações cheguem em tempo hábil. (P05F51)

Erros relacionados à assistência na Atenção Primária à Saúde e cultura de notificação

Iniciei um pré-natal, fiz um teste rápido da gestante e o exame de sífilis dela deu reagente, então eu precisava iniciar o tratamento imediatamente, por falta de profissional e/ou protocolo, não pude fazer isso. Fiz várias tentativas para que ela retornasse na unidade e não consegui. (P03F40)

Vários erros de técnica mesmo, técnica de enfermagem, principalmente verificação errada de sinais vitais, administração errada de injetáveis, isso acontece. (P02F36)

Técnica em enfermagem que fica na farmácia, dispensou medicação errada para a paciente, o paciente não sabia ler, quem viu foi um familiar dele no domicílio. (P15F25)

Não, apenas fazemos notificação (pelo menos daquilo que tenho conhecimento) através do nosso próprio relatório mesmo. (P12M44)

Erro vacinal tem que comunicar imediatamente o PMI, fazer a notificação de erro, que existe no sistema e advertir o profissional que realizou. Posteriormente essa advertência do profissional que chama de registro de orientação e o profissional tem o seu álibi de defesa. (P06F36)

Não sobra muito tempo para ficar fazendo a notificação, mas tentamos sempre estar conversando com a equipe. (P09F35)

DISCUSSÃO

Sabe-se que é atribuição dos membros da equipe instituir ações para SP, fortalecendo as práticas relacionadas à identificação, prevenção, detecção e redução de riscos¹³. A SP conforme relato dos enfermeiros vai ao encontro do conceito de SP descrito na portaria nº 529 de 2013².

Dois estudos recentes referentes ao tema descreveram a SP como redução ao mínimo aceitável danos desnecessários associados a assistência^{7,14}. No que se refere ao conhecimento sobre SP pela equipe de enfermagem o primeiro compreendeu que o entendimento da equipe corresponde a um cuidado sem danos e com uma visão holística do paciente, apesar do desconhecimento de protocolos e normas operacionais é associado a SP com uma assistência segura, relatando que isso reflete tanto na segurança do profissional quanto do paciente⁷.

O segundo estudo retratou o entendimento específico dos enfermeiros sobre SP e demonstrou que eles também relacionavam a atitudes que não provoquem danos aos usuários, especificando a necessidade de realizar as técnicas adequadamente para um cuidado seguro. Também relataram as dificuldades da SP no cenário da APS, mas que de modo geral os enfermeiros buscavam elaborar estratégias para garantir a segurança¹⁴.

Contudo, um estudo, apontou que a SP é pouco abordada pelos enfermeiros da APS por não estarem familiarizados com a temática, se reportando aos temas clássicos, como cuidados com a identificação do paciente e risco de quedas¹⁵. Em contrapartida, outro estudo demonstrou que os profissionais de enfermagem têm um papel fundamental no gerenciamento de riscos, sendo possível observar as dimensões e a construção do cuidado, comparando as metas e os protocolos SP com o conceito de reduzir danos¹⁶.

A APS atualmente vem avançando na organização do trabalho e a ESF vem fortalecendo o trabalho em equipe multiprofissional, buscando a interação entre profissionais para aumentar os resultados em equipe¹⁷.

Diante dos achados desta pesquisa face ao trabalho em equipe, alvitra-se que, para um trabalho efetivo é necessário colaboração de todos os trabalhadores, para lidar com pontos de vista diferentes, crenças e personalidades, visando contribuir para um bom desempenho, além de buscar compreender as características dos usuários e as condições de trabalho¹⁸.

De acordo com o relato dos enfermeiros do estudo observou-se que as equipes de ESF são compostas pelos profissionais conforme exigido na PNAB de 2017¹³, entretanto, relataram quantitativo frágil frente a demanda, com falta de profissionais de todas as categorias profissionais.

Nesse sentido, o dimensionamento de pessoal deve ser realizado, buscando a inovação nos modos de produzir o cuidado, analisando e organizando com base no planejamento demográfico, epidemiológico e nas necessidades da população adscrita¹⁹. A falta de profissionais na equipe da unidade demanda preocupação visto as consequências que podem acarretar. Congruente a isto, um estudo identificou que a carga de trabalho de trabalho de enfermagem na ESF, com déficit de pessoal, implicava em problemas administrativos, jornada de trabalho excessiva, grande demanda de serviço, quantidade insuficiente de trabalhadores e desgaste físico²⁰.

No que se refere às unidades rurais, além das suas particularidades geográficas, dificuldade no recebimento de insumos e descolamento dos profissionais, que acabam ocasionando aumento de carga horária, além disso, os

enfermeiros ficam responsáveis pela coordenação administrativa da unidade e assistência de enfermagem, realizando multitarefas²¹ o que corrobora com os achados deste estudo.

Cabe à enfermagem, portanto, a necessidade de elaborar estratégias articulada junto aos gestores considerando que o déficit no quantitativo de profissionais afeta a SP e o trabalhador²². São estratégias para a redução da sobrecarga de trabalho: acolher as sugestões para redução na jornada de trabalho, desenvolver atividades visando a valorização do profissional, bem como elaborar e implementar planos de cargos e salários²³.

Em relação à comunicação na saúde, vale destacar que ela é considerada uma estratégia que viabiliza a qualidade na tomada de decisões das equipes e desenvolvimento de ações para promoção à saúde²⁴.

Referente a comunicação os enfermeiros entrevistados apontaram a importância das reuniões de equipe para levantamento de estratégias frente a SP. Um estudo afirmou que o processo de comunicação é essencial para atuação dos profissionais envolvidos e que déficits de comunicação podem aumentar riscos para os usuários/pacientes e família, profissionais e equipe²⁵.

Destaca-se que no âmbito da ESF um importante momento de comunicação entre os profissionais é a reunião de equipe, que constitui um momento essencial para o planejamento das atividades da unidade, contribui para a troca de experiência entre os profissionais de saúde visando a resolução dos problemas, além de auxiliar na elaboração de estratégias para o ambiente de trabalho²⁶.

Emergido do contexto vivenciado no período da coleta de dados do presente estudo, a manifestação de relatos pelos participantes também esteve relacionada aos impactos causados pela pandemia COVID-19 no processo de trabalho. Com a pandemia, as reuniões foram suspensas, além de outros obstáculos como dificuldade para os processos de formação na APS, como a alta rotatividade dos enfermeiros, falta de momentos de formação presencial e dificuldades nos treinamentos *online*.

Frente a importância das reuniões de equipe no cenário da APS, prejudicadas no período pandêmico. Um estudo verificou a opinião dos profissionais sobre as reuniões de equipe na APS e apontou com unanimidade que esse momento de interação multiprofissional é extremamente importante para o bom andamento do serviço e contentamento dos profissionais²⁷. Somado a isto, as ações de educação permanente também foram indicadas como importantes e devem ser constantes nos serviços de saúde, sendo que este processo oportuniza mudanças de organização e qualificação da equipe de trabalho²⁸.

Embora com fragilidades, o uso das tecnologias foi um importante apoio durante a pandemia, os processos de formação se tornaram mais frequentes na modalidade à distância ou remota, pois, atualmente foi considerada uma alternativa importante para viabilizar a acessibilidade e a troca de conhecimentos teórico-científicos. Considerando a importância da modalidade à distância, um estudo também apontou as dificuldades dos profissionais em conseguir realizar cursos/treinamento de forma *online* devido às barreiras para o acesso e a falta de recursos no ambiente de trabalho²⁹.

Com a pandemia, os enfermeiros relataram que as mudanças das informações ocorriam o tempo todo e às vezes a orientação não chegava em tempo hábil, impactando no processo de trabalho das unidades de saúde e conseqüentemente na SP. Realidades semelhantes foram descritas na literatura³⁰, que apontou as mudanças na rotina da APS durante o período de pandemia.

Em relação aos principais erros que ocorrem nesse cenário são falhas na identificação do paciente e anamnese, erros de medicação e imunização, falhas de diagnóstico, déficit nas orientações por parte dos profissionais, técnica de curativo inadequada, falta de informações no prontuário eletrônico e comunicação ineficaz entre os membros da equipe^{14,30-32}. Os achados aqui imperaram para a identificação do paciente e erros na administração de imunobiológicos.

Um estudo realizado em Manaus apresentou que 70,5% dos incidentes que atingiram os usuários 37,5% causaram danos e ressalta que pelo fato do cuidado na APS ser centrado no usuário e na família, a SP deve ser prioridade, além de retratar a importância da elaboração de protocolos, estratégias e ações que contribuem na SP no contexto geral da APS³³.

Quanto às notificações, observou-se que os enfermeiros não utilizavam o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e desconheciam o instrumento padrão elaborado pelo núcleo de segurança do paciente do município. Ainda, evidenciou-se que cada ESF tinha sua rotina de relatar os incidentes, sendo registrados em prontuário eletrônico, livros de ocorrência e registro de orientação conforme padronização da secretaria de saúde e que ficavam arquivados na ficha funcional do servidor no Setor de Recursos Humanos.

Um estudo mostrou que existem diversas barreiras para a notificação de EA, tais como: falta de confiança nas notificações, ausência de um *feedback*, falta de padronização, dificuldade em reconhecer os erros relacionados à

assistência e falta de tempo³⁴. Outro ponto citado na literatura é a dificuldade em realizar as notificações devido à sobrecarga de trabalho, porque o profissional acaba considerando essa prática desnecessária ou irrelevante e acaba não comunicando os erros de maneira apropriada³⁵. Portanto, os estudos afirmam a necessidade de aproximação entre o Núcleo de Segurança do Paciente, com a ESF para instrumentalizar ações de educação permanente voltadas para as temáticas de SP e incentivar as notificações dos EA^{34,35}.

Observou-se que os enfermeiros da ESF acreditavam que os erros podiam ser usados contra eles. Um estudo apontou que atar o erro e a culpa é uma situação comum nesse cenário, acreditando que os erros são devidos somente a descuidos e desatenção dos envolvidos, além disso, o receio da punição constitui um dos principais fatores para subnotificações dos EA, atrelado aos receios de perder o emprego e o bloqueio da possibilidade de aprender com erros^{35,36}.

A cultura de segurança no cenário do estudo apresenta diversas fragilidades considerando o processo de trabalho, comunicação ineficaz entre os profissionais e os gestores, cultura punitiva, desconhecimentos de formulário para notificação dos EA, déficit de educação permanente e continuada e dificuldade em aprender com os erros, demonstrando que é fundamental realizar discussões sobre a temática SP no ambiente da ESF em diferentes contextos.

Limitações do estudo

As limitações do presente estudo residem no fato da coleta de dados ter sido realizada durante a pandemia contra COVID-19, pela falta de tempo e disponibilidade dos enfermeiros e o déficit de referências teóricas relacionados a SP na APS. Além disso, os achados referem-se a uma determinada localidade, devendo haver cautela para generalização dos resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SP na ESF é um tema que requer amplo debate em detrimento à fragilidade no conhecimento dos enfermeiros com a temática ora apresentada. Neste estudo conclui-se que os enfermeiros relacionam a SP com estratégias para reduzir danos ao paciente.

O quantitativo de profissionais se mostrou ineficaz para atender as demandas das ESF, reforçando que essa sobrecarga impacta no processo de trabalho. A ausência das reuniões de equipe durante a pandemia afetou os processos de formação dentro e fora do serviço, além disso, a rotina da ESF sofreu modificações com alta frequência visto que as informações mudavam a todo momento. Observou-se que as dificuldades enfrentadas no processo de trabalho agravaram durante o contexto pandêmico, mostrando que precisa ser aperfeiçoado no cenário da APS naquela realidade.

Aos erros relacionados à assistência, diversos incidentes ocorriam e assim barreiras se fazem pertinentes. Ademais é necessário o incentivo de uma cultura justa, onde seja possível aprender com os erros, estimulando a notificação dos EA para se elaborar ações e estratégias que contribuam para uma assistência segura.

Compreende-se que os achados cooperem para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem no ambiente da APS, além de proporcionar para a gestão dos serviços um olhar para a cultura organizacional implantada na instituição. Enfatiza-se a importância da aproximação do Núcleo de Segurança do Paciente com os enfermeiros da ESF para realização de educação permanente e buscar alternativas para transformar a cultura “implantada” na instituição.

Por fim, foi notório o impacto da pandemia na ESF. Entretanto, o processo de trabalho deve ser trabalhado independente do contexto epidemiológico. Inclusive, a oferta de cuidados nos moldes da SP conduz a processos assertivos ao antever os riscos em potenciais nos serviços de saúde e trabalhar em prol da melhoria contínua.

REFERÊNCIAS

1. Kohn LT; Corrigan JM; Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington: National Academies Press, 2000 [cited 2022 Mar 10]. DOI: <https://doi.org/10.17226/9728>.
2. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Brasília, 2013. [cited 2022 Feb 05]. Disponível from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 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: Ministério da Saúde 2017 [cited 2022 mar 10]. Disponível from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.
4. Macinko J, Mendonça CS. The Family Health Strategy, a strong model of Primary Health Care that delivers results. *Saúde Debate*. 2018 [cited 2022 Mar 10]; 42(1):18-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.
5. Sousa JVT; Farias MSA. Gestão de qualidade em saúde em relação à segurança do paciente: revisão de literatura. *SANARE*. 2019 [cited 2023 Jan 02]; 18(2):96-105. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v18i2.1379>.

6. Rocha MP, Viana IS, Vieira IF. Patient Safety in Primary Health Care in a Brazilian municipality. *Tema livre*. 2021 [cited 2023 Jan 02]; 31(04):e310420. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310420>.
7. Silva LLT, Dias, FCS, Maforte NTP, Menezes AC. Patient safety in Primary Health Care: Perception of the nursing team. *Escola Anna Nery*. 2022 [cited 2023 Nov 14]; (26):e20210130. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0130>.
8. Souza VRD, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021 [cited 2022 Dec 27]; 34:eAPE02631. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
9. Reis CTA. Cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. [Doctoral dissertation]. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>.
10. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Trad. Magda França Lopes. Rev. Téc. Dirceu da Silva. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
11. Salviati ME. Manual do Aplicativo Iramuteq (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3). Planaltina, 2017.
12. Neta AAC, Cardoso BLC. The use of the Iramuteq software in data analysis in qualitative or quali-quantitative research. *Cenas Educacionais*. 2021 [cited 2022 Jan 21]; 4:e11759. Available from: <https://revistas.uneb.br/index.php/cenaseducacionais/article/view/11759>.
13. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. 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: Ministério da Saúde, 2017 [cited 2021 Dec 05]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.htm1.
14. Silva APF, Backes DS, Magnago TSBS, Colomé JS. Patient safety in primary care: conceptions of family health strategy nurses. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2019 [cited 2023 Nov 15]; 40(esp):e20180164. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180164>.
15. Souza LM, Silva MCS, Zavalhia SR, Coppola IS, Rocha BP. Percepção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre segurança do paciente. *Journal of nursing and health*. 2018 [cited 2022 Jan 21]; 8(2):e188205. DOI: <https://doi.org/10.15210/JONAH.V8I2.12721>.
16. Pinto AAM, Santos FT. Patient safety: design and implementation of quality culture. *Braz J Develop*. 2020 [cited 2022 Jan 28]; 6(3):9796-809. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n3-018>.
17. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. The challenges of teamwork in the family health strategy. *Esc. Anna Nery*. 2018 [cited 2022 Jan 08]; 24(4):e20170372. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372>.
18. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface*. 2018 [cited 2022 Jan 18]; 22(Supl2):1525-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.
19. Ramos L, Possa LB. Dimensionamento da força de trabalho no SUS: o trabalho (e trabalhador) vivo no planejamento do cuidado em saúde. *Saúde em Redes*. 2016 [cited 2022 Jan 19]; 2(1):43- 52. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n1p43-52>.
20. Mendes M, Trindade LL, Pires DEP, Biff D, Martins MMFPS, Vendruscolo C. Workloads in the Family Health Strategy: interfaces with the exhaustion of nursing professionals. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2020 [cited 2022 Feb 07]; 54:e03622. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019005003622>.
21. Oliveira ARO. trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde rural no Brasil. [Tese de Doutorado]. Escola de enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais; 2019. Available from: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFCBCEK74/1/arleusson_ricarte_de_oliveira.p df.
22. Santos LC, Andrade J, Spiri WC. Dimensioning of nursing professionals: implications for the work process in the family health strategy. *Esc Anna Nery*. 2019 [cited 2022 Jan 19]; 23(3):e20180348. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0348>.
23. Soratto J, Pires DEP, Trindade LL, Oliveira JSA, Forte ECN, Melo TP. Job dissatisfaction among health professionals working in the family health strategy. *Texto Contexto Enferm*. 2017 [cited 2022 Jan 19]; 26(3):e2500016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>.
24. Nardi ACF, Soares RAS, Mendonça AVM, Sousa MF. Health communication: a study of the profile and structure of municipal communication advisory services in 2014-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2018 [cited 2022 Jan 19]; 27(2):e2017409. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200015>.
25. Mendes JLV, Cardoso SS, Hott ARN, Souza FLS. Importance of communication for quality nursing care: na integrative review. *Braz J Surg Clin Res*. 2020 [cited 2022 Jan 19]; 32(2):169-74. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20201004_093012.pdf.
26. Voltolini BC, Andrade SR, Piccoli T, Pedebôs LA, Andrade V. Estratégia saúde da família meetings: an indispensable tool for local planning. *Texto Contexto enferm*. 2019 [cited 2022 Jan 19]; 28(e20170477):e20170477. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0477>.
27. Tasca PC, Mahl AC, Biesdorf AA. The practice of team meeting: a care device for Psychosocial Care Center (CAPS) workers. *Unoesc e ciência*. 2019 [cited 2022 Feb 09]; 10(2):99-106. Available from: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/20465/14337>.
28. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Permanent Health Education in primary care: an integrative review of literature. *Saúde Debate*. 2019 [cited 2022 Jan 21]; 43(120):223-39. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>.
29. Fontoura MS, Pereira MMA, Costa CM, Silva CCM, Veloso RC. Desafios da qualificação em saúde no contexto da pandemia da covid-19. *Rev. Baiana Saúde Pública*. 2021 [cited 2022 Jan 21]; 45(120):20-34. DOI: https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.nEspecial_2.a3260.
30. Cirino FMSB, Aragão JB, Meyer G, Campos DS, Gryscek ALFPL, Nichiata LYI. Challenges of primary care in the COVID-19 context: the experience of Diadema, SP. *Rer. Bras Med Fam Comunidade*. 2021 [cited 2022 Feb 07]; 16(43):2665. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2665](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2665).
31. Aguiar TL, Lima DS, Moreira MAB, Santos LF, Ferreira JMFB. Patient safety incidents in Primary Healthcare in Manaus, AM, Brazil. *Interface*. 2020 [cited 2022 Jan 28]; 24 (suppl1):e190622. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190622>.

32. Marchon SG, Junior WVM, Pavão ALB. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2015 [cited 2022 Jan 28]; 31(11):2313-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194214>.
33. Oliveira VC, Tavares LOM, Maforte NTP, Silva LNLR, Renno HS, Amaral GG, et al. A Percepção da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em sala de vacinação. *Rev Cuidarte*. 2019 [cited 2022 Jan 30]; 10(1):e590. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.590>.
34. Pereira LB, Jobim L, Bueno D. Percepção de Equipes de Saúde da Família sobre a notificação de eventos adversos a medicamentos. *Saúde em redes*. 2018 [cited 2022 Jan 28]; 4(3):49-61. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n3p49-61>.
35. Pai SD, Langerdorf T, Alves DFB, Zimmermann KAC, Pluta P, Berlezi EM, et al. Fatores intervenientes da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Cont. Saúde*. 2020 [cited 2022 Jan 31]; 20(41):144-57, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2020.41.144-157>.
36. Galhardi NM, Roseira CE, Orlandi FS, Figueiredo RM. Assessment of the patient safety culture in primary health care. *Acta Paul. Enferm*. 2018 [cited 2022 Jan 31]; 31(4):409-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800057>.

Contribuições dos autores

Concepção, F.C.M. e L.A.G.P.S.; metodologia, F.C.M. e L.A.G.P.S.; software, F.C.M. e L.A.G.P.S. e F.B; validação, F.C.M. e L.A.G.P.S; análise Formal F.C.M. e L.A.G.P.S.; investigação, F.C.M. e L.A.G.P.S.; obtenção de recursos, F.C.M.; curadoria de dados, F.C.M; redação - preparação do manuscrito, F.C.M.; redação – revisão e edição, F.C.M. e L.A.G.P.S e F.B e G.C.G e H.L.F.G e I.M.; visualização, F.C.M.; supervisão, L.A.G.P.S.; administração do Projeto, L.A.G.P.S. e F.C.M. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.