

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

MARIANA DELFINO GONTIJO

**SEGURANÇA DO PROFISSIONAL NO COTIDIANO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
UMA TEORIA SOBRE A ATUAÇÃO AOS 30 ANOS DO SUS**

DIVINÓPOLIS
2019

MARIANA DELFINO GONTIJO

**SEGURANÇA DO PROFISSIONAL NO COTIDIANO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
UMA TEORIA SOBRE A ATUAÇÃO AOS 30 ANOS DO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Selma Maria da Fonseca Viegas.

Divinópolis

2019

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

Assinatura: _____ **Data** ____/____/____

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G641s Gontijo, Mariana Delfino.
Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção
Primária à Saúde: uma teoria sobre a atuação aos 30
anos do SUS / Mariana Delfino Gontijo ; orientadora
Selma Maria da Fonseca Viegas. -- Divinópolis, 2019.
144 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem) -- Universidade Federal de São João del
Rei, 2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Sistema Único de
Saúde. 3. Condições de Trabalho. 4. Assistência à
Saúde. 5. Pessoal de Saúde. 6. Segurança.
7. Atividades Cotidianas. I. Maria da Fonseca
Viegas, Selma, orient. II. Título.

MARIANA DELFINO GONTIJO

Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde: Uma Teoria sobre a Atuação aos 30 anos do SUS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem.

APROVADA em: 14/02/2019

Banca examinadora

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Selma Maria da Fonseca Viegas

Instituição: Universidade Federal de São João del-Rei

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Rosane Gonçalves Nitschke

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Virgínia Junqueira de Oliveira

Instituição: Universidade Federal de São João del-Rei

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Edilene Aparecida Araújo da Silveira

Instituição: Universidade Federal de São João del-Rei

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Deus pelo milagre da vida e por todos os dons, graças que recebo a cada dia e por tudo aquilo que tem me permitido ter e ser. Obrigada, Senhor, pelo refúgio, pelo amor, pelas bênçãos e pela proteção.

Ao meu amor, Luciano, por me incentivar e estar sempre ao meu lado acreditando nos meus sonhos. Obrigada por tudo!

À minha querida mãe, Ângela, pela base sólida que me deu que muito me ajudou a cumprir esta jornada. Muito obrigada por estar sempre ao meu lado!

À minha irmã, Grazielle, pelo amor e amizade de sempre. Obrigada pelo carinho!

Aos meus sobrinhos, Tony e Isabela, por tornarem meus dias mais felizes. Obrigada pelos bons momentos!

À minha avó, Maria (in memoriam), a quem levo sempre em meu coração!

AGRADECIMENTOS

À Professora Dr^a. Selma Maria da Fonseca Viegas, por me receber e compartilhar seu vasto conhecimento. Agradeço imensamente o apoio e a confiança!

Aos docentes das disciplinas da pós-graduação que oportunizaram meu crescimento intelectual e pessoal.

À Amanda Tainara Souza Freitas e Amanda Ferreira de Faria Maia, que tanto me ajudaram para o desenvolvimento desta pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, por ter me liberado para a realização deste Mestrado.

Aos profissionais que participaram desta pesquisa, meu sincero agradecimento.

Aos membros da banca examinadora, por terem aceitado participar da avaliação deste estudo e pelas contribuições oferecidas.

À Universidade Federal de São João del-Rei pela oportunidade.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa, minha profunda gratidão.

GONTIJO, M.D. **Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde: Uma Teoria sobre a Atuação aos 30 anos do SUS.** 2019. 144 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis. 2019.

RESUMO

Estudo qualitativo ancorado na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e no referencial teórico do Interacionismo Simbólico. Teve por objetivo compreender a Segurança do Profissional para a atuação cotidiana no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Participaram do estudo os profissionais de saúde da APS de três municípios pertencentes a três microrregiões distintas da Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, Brasil. As fontes de evidências foram a entrevista aberta individual e memorandos. A análise dos dados foi feita em etapas interdependentes: codificação aberta, axial, seletiva, para o processo. A categoria central surgiu reunindo as propriedades e dimensões encontradas nos conceitos que formularam a teoria: Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde. O desenvolvimento deste estudo permitiu compreender o contexto de atuação cotidiana dos profissionais da APS na terceira década do SUS, a Segurança do Profissional na APS, e quais fatores interferem na atuação ocasionando a insegurança. Percebe-se que os profissionais reconhecem as fragilidades ainda presentes na APS e as condições que favorecem a prática (in)segura no seu cotidiano. Os dificultadores para atuação do profissional, a resolutividade na APS, e a (In)Segurança do Profissional se apresentam em: aspectos organizacionais dos serviços e do Sistema; na dificuldade de efetivação dos princípios do SUS; no acesso dificultado aos demais níveis de complexidade frente aos encaminhados necessários; na falta de recursos humanos, materiais e de infraestrutura; na sobrecarga de trabalho; nas inter-relações com os usuários; na desmotivação do profissional; e na desvalorização do trabalho. A gestão impacta sobre esse contexto e na Segurança do Profissional. Em contrapartida, o relacionamento interpessoal e o vínculo com os usuários são fatores que influenciam positivamente na atuação do profissional e em sua segurança. Espera-se que essa teorização possa contribuir para a compreensão do contexto de atuação dos profissionais no cotidiano da APS, sobre a Segurança do Profissional e de como minimizar as dificuldades e desafios para alcançar uma assistência segura e com mais qualidade na APS.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Condições de trabalho; Assistência à Saúde; Pessoal de Saúde; Segurança; Atividades Cotidianas.

ABSTRACT

Qualitative study anchored in the Grounded Theory and in the theoretical framework of Symbolic Interactionism. The objective of this study was to understand Professional Safety for daily work in the context of Primary Health Care (PHC). The study included health professionals from three municipalities belonging to three distinct microregions of the Western Health Extended Region of Minas Gerais, Brazil. The sources of evidence were the individual open interview and memos. Data analysis was done in interdependent steps: open, axial, selective coding for the process. The central category emerged bringing together properties and dimensions found in the concepts that formulated the theory: Professional Safety in the Daily of Primary Health Care. The development of this study made it possible to understand the context of action daily of PHC professionals in the third decade of the SUS (Brazilian Unified Health System – *Sistema Único de Saúde*), Professional Safety in PHC, and which factors interfere in their performance, causing insecurity. Professionals recognize the weaknesses still present in the PHC and the conditions that favor the (un)safe practice in their daily life. The obstacles for the professional's performance, the resolution in the PHC, and the Professional (Un)Safety are presented in: organizational aspects of the services and the System; in the difficulty of implementing the SUS principles; in the difficult access to the other levels of complexity compared to the required referrals; lack of human, material and infrastructure resources; on work overload; in the interrelationships with the users; in the demotivation of the professional; and in the devaluation of work. Management impacts on this context and on Professional Safety. In contrast, the interpersonal relationship and the link with the users are factors that positively influence the performance of the professional and their safety. It is hoped that this theorization may contribute to the understanding of the context of professionals' work in PHC, the Professional Safety and how to minimize the difficulties and challenges to achieve a safe and with more quality care in PHC.

Keywords: Primary Health Care; Unified Health System; Working Conditions; Health Care; Health Personnel; Safety; Activities of Daily Living.

RESUMEN

Estudio cualitativo anclado en la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD) y en el referencial teórico del Interaccionismo Simbólico. En el marco de la Atención Primaria de Salud (APS), tuvo por objetivo comprender la Seguridad del Profesional para la actuación cotidiana en el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS). Participaron del estudio los profesionales de salud de la APS de tres municipios pertenecientes a tres microrregiones distintas de la Región Ampliada de Salud Oeste de Minas Gerais, Brasil. Las fuentes de evidencia fueron la entrevista abierta individual y los memorandos. El análisis de los datos se realizó en etapas interdependientes: codificación abierta, axial y selectiva, para el proceso. La categoría central surgió reuniendo las propiedades y dimensiones encontradas en los conceptos que formularon la teoría: Seguridad del Profesional en el Cotidiano de la Atención Primaria de Salud. El desarrollo de este estudio permitió comprender el contexto de actuación cotidiana de los profesionales de la APS en la tercera década del SUS, del Profesional en la APS, y cuáles los factores interfieren en su actuación, ocasionando la inseguridad. Se percibe que los profesionales reconocen las fragilidades aún presentes en la APS y las condiciones que favorecen la práctica (in)segura en su cotidiano. Los dificultadores para la actuación del profesional, la resolutividad en la APS, y la (In)Seguridad del Profesional se presentan en: aspectos organizacionales de los servicios y del Sistema; en la dificultad de efectividad de los principios del SUS; en el acceso dificultado a los demás niveles de complejidad frente a los encaminados necesarios; a falta de recursos humanos, materiales y de infraestructura; en la sobrecarga de trabajo; en las interrelaciones con los usuarios; en la desmotivación del profesional; y en la devaluación del trabajo. La gestión impacta sobre ese contexto y en la Seguridad del Profesional. En contrapartida, la relación interpersonal y el vínculo con los usuarios son factores que influyen positivamente en la actuación del profesional y en su seguridad. Se espera que esta teorización pueda contribuir a la comprensión del contexto de actuación de los profesionales en la APS, sobre la Seguridad del Profesional y de cómo minimizar las dificultades y desafíos para alcanzar una asistencia segura y con más calidad en la APS.

Descriptor: Atención Primaria de Salud; Sistema Único de Salud; Condiciones de Trabajo; Asistencia Sanitaria; Personal de Salud; Seguridad; Actividades Cotidianas.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, segundo o delineamento, número dos participantes, nível de evidência e objetivo em ordem de ano de publicação, 2018.....	28
Quadro 2- Distribuição dos principais resultados dos artigos selecionados, 2018.....	31
Quadro 1- Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa, Divinópolis, Itaúna e Oliveira, 2018	45
Quadro 2- Códigos <i>in vivo</i> : o contexto de atuação cotidiana na Atenção Primária/SUS e a Segurança do Profissional. Municípios de Divinópolis, Itaúna e Oliveira, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	50
Quadro 3- Subcategorias e códigos <i>in vivo</i> : o contexto de atuação cotidiana na Atenção Primária/SUS e a Segurança do Profissional. Municípios de Divinópolis, Itaúna e Oliveira, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	51
Quadro 4- Categoria central, categorias, subcategorias e códigos <i>in vivo</i> : o contexto de atuação cotidiana na Atenção Primária/SUS e a segurança do profissional. Municípios de Divinópolis, Itaúna e Oliveira, Minas Gerais, Brasil, 2018.....	53

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Distribuição dos estudos, segundo a base de dados, seleção e inclusão de artigos27
- Figura 1**- Participantes da Pesquisa na formulação da Teoria da Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde..... 47
- Figura 2**- Relação entre fenômeno e categorias (conceitos), apresentado as propriedades e dimensões na construção do esquema teórico..... 55
- Figura 3**- Modelo Teórico: Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde.....56
- Figura 1** - Modelo Teórico: Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde.....66
- Figura 1** - Modelo Teórico: Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde.....84

LISTA DE SIGLAS

ABT	Atenção Básica Tradicional
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Banco de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DECS	Descritores em Ciência da Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde
IS	Interacionismo Simbólico
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
Nasf	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSP	Programa Nacional Segurança do Paciente
PubMed	<i>Public Medline</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados

UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
	1.1 OBJETIVO	20
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
	2.1 CONSTRUCTOS DA SEGURANÇA DO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	22
3	METODOLOGIA	40
	3.1 TIPOS DE ESTUDO	41
	3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	43
	3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
	3.4 FONTES DE EVIDÊNCIA.....	47
	3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	48
	3.6 ASPECTOS ÉTICOS	57
	3.6.1 RISCOS DA PESQUISA	58
4	RESULTADOS	60
	4.1 A ATUAÇÃO COTIDIANA NO SUS EM SUA TERCEIRA DÉCADA: ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	61
	4.2 SEGURANÇA DO PROFISSIONAL NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS.....	80
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICES	114
	ANEXOS	133

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), há três décadas, é uma conquista de lutas participativas e democráticas, e se desenvolve com base em seus princípios e diretrizes, e como amplo campo de atuação profissional (SANTOS, 2018).

A criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1994, e a sua expansão por quase a totalidade dos municípios brasileiros permitiu ampliar a cobertura em saúde e configurou-se em uma Estratégia para reestruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) com equipe multiprofissional de base territorial e corresponsabilização sanitária. Mediante a expansão das equipes da ESF e das modalidades e arranjos de equipes multiprofissionais, o campo de atuação profissional na APS atinge grande âmbito, dando destaque às equipes ampliadas pela Saúde Bucal e pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), e para as Equipes de ESF Ribeirinhas, Fluviais, Prisional e do Consultório na Rua (BRASIL, 2017).

No Brasil, existem 5.570 municípios, e 5.498 desses municípios estão cobertos por Agentes Comunitários de Saúde (ACS); em 5.477 municípios há equipes da ESF (DAB, 2018). Em municípios onde não há equipes da ESF e de ACS, ou a cobertura da população é parcial, ou a população tem como referência as equipes da APS tradicional. Considerando essas estruturas, 206.114.067 habitantes (DAB, 2018) possuem uma unidade de saúde da APS como referência para os cuidados em saúde em todo o território brasileiro.

Considerando essa cobertura populacional, a atuação profissional na APS é um campo muito amplo e em processo de qualificação, seja no campo das práticas, das políticas, da gestão, ou do direito à saúde como direito humano à vida com mais qualidade, na dimensão individual e coletiva.

No entanto, o contexto de atuação se apresenta diverso do idealizado para favorecer às boas práticas em saúde, frente à cultura de segurança, a Segurança do Profissional para ações seguras em respostas às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade no contexto da APS (BRASIL, 2013).

Na missão de desenvolver políticas e práticas para organizar sistemas de saúde mais seguros, em 2013, o Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que estipulou, entre suas estratégias, a promoção da cultura de segurança, definida como “conjunto de características, competências, comportamentos e questionamentos individuais e coletivos, que culminam em atitudes e práticas em torno da disposição em detectar e aprender a partir dos erros” (BRASIL, 2014, p. 28).

A Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, salienta em seu Art. 4º, inciso V, alínea a: “A cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, *assumem responsabilidade pela sua própria segurança*, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares” (BRASIL, 2013, p. 2).

Assim, a Segurança do Profissional advém da cultura de segurança do paciente, em uma abordagem de cultura onde o profissional assume responsabilidade pela sua própria segurança (BRASIL, 2013). A cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa por quatro eixos: “o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema cultura de segurança no ensino; e o incremento de pesquisa sobre esse tema” (BRASIL, 2014, p. 15).

Para uma prática assistencial segura e para a segurança do paciente, os fatores que podem minimizar ações ou influências sobre incidentes são: “*humanos, relacionados ao profissional*; sistêmico, relacionados ao ambiente de trabalho; externos, relacionados a fatores fora da governabilidade do gestor; e relacionados ao paciente, por exemplo, a não adesão ao tratamento” (BRASIL, 2014, p. 21). As medidas que protegem a Segurança do Profissional de saúde ajudam a proteger a segurança do paciente e vice-versa.

No âmbito da APS, *as práticas seguras dos profissionais da saúde*, dependem de: uma formação profissional para atender às boas práticas e trabalhar frente aos pressupostos do SUS; do protagonismo profissional; de boas práticas; e da Segurança do Profissional para se alcançar a segurança do paciente. No entanto, existe um distanciamento entre o conhecimento das boas práticas e a sua implementação, o que foi evidenciado por meio da busca efetuada, neste estudo, em diversas bases de dados, uma vez que há uma escassez de trabalhos que abordem as boas práticas, incluindo a Segurança do Profissional, especificamente, na APS.

A Segurança do Profissional é fundamental para a prática, para a qualidade da assistência e para a prestação de cuidados seguros, além de proporcionar a autonomia dos profissionais. A avaliação de cuidados seguros e a identificação de seus componentes são os principais passos para melhorar a qualidade na assistência. A participação dos profissionais e a comunicação com outros membros da equipe de saúde desempenham um papel importante na prestação de cuidados seguros e de boas práticas (RASHVAND et al., 2016).

A atuação no trabalho no contexto da APS exige dos profissionais de saúde uma diversidade de saberes para realizar as ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde, de prevenção de risco e agravos, tanto no nível individual quanto no coletivo, na unidade e no domicílio dos usuários, conforme os princípios e diretrizes do SUS. Assim, se fazem necessárias ferramentas para o profissional de saúde desempenhar todas as funções

demandadas em seu dia a dia, com qualidade e sensibilidade. A dedicação intensificada para contemplar o escopo da clínica ampliada pode levar o profissional ao desgaste psíquico e fisiológico, por desempenhar suas atribuições em uma nova proposta de cuidado em saúde multiprofissional e interdisciplinar, e qualificar o modo de se fazer saúde, o que alvitra superar a hegemonia biomédica (SCHERER et al., 2016).

Vale ressaltar a problemática ligada ao mundo do trabalho, e as políticas públicas capazes de atender às necessidades dos profissionais de saúde, ordenando as relações, favorecendo condições para a produção de atividades com qualidade, promovendo melhoria na assistência e humanização do atendimento ao usuário e o reconhecimento da força de trabalho do SUS para seu melhor dimensionamento, aproveitamento, distribuição e qualificação. Diversos aspectos envolvem o trabalho em saúde em sua complexidade, dentre eles, a formação de profissionais para desempenhar com competência e habilidade as tarefas de cuidado à saúde das populações, dando-lhes segurança para exercer seu trabalho com motivação, garantindo que os princípios do SUS sejam fortalecidos (SIMAS; PINTO, 2017).

Na APS, o trabalho tem se caracterizado por limitações estruturais nos serviços, falta de recursos humanos, formação profissional inadequada, carência de recursos materiais, hierarquização entre os profissionais das equipes, e relação desigual entre profissionais de saúde e usuários. As dificuldades relativas a esses fatores aliados à grande demanda de trabalho são características comuns em outros níveis de complexidade em saúde. Trabalhar na APS exige a construção de vínculos entre os profissionais e deles com os usuários, a capacidade para lidar com a complexidade do processo saúde-doença e a articulação de práticas e saberes que ultrapassam o núcleo de competência profissional (SCHERER et al., 2016). Esses fatores são responsáveis pelo desgaste dos profissionais e que, ao não serem reconhecidos e enfrentados (LIMA et al., 2014; TRINDADE et al., 2014), podem limitar o alcance das ações de promoção e integralidade na APS, interferindo na qualidade dos serviços prestados (VIEGAS; PENNA, 2013; VIEGAS; PENNA, 2015).

O modo de realizar o trabalho em saúde, assim como a complexidade dos ambientes de trabalho e as condições disponíveis para a sua realização, são fatores que podem interferir na Segurança do Profissional e na qualidade da assistência, em todos os níveis de atenção.

No contexto da APS, destaca-se a sobrecarga de trabalho; excesso de demanda; déficits na estrutura física; falhas no funcionamento da rede de atenção do SUS; insatisfação com o salário considerado insuficiente e com a jornada de trabalho percebida como excessiva; e escassez de recursos humanos e a carga excessiva de atividades administrativas. Déficit nas condições de trabalho impactam negativamente na saúde dos profissionais e no resultado da

assistência prestada por eles, fortalecendo a geração de sofrimento psíquico e de má qualidade de assistência (PIRES et al., 2016, BARTH et al., 2018).

A falta de tempo no cotidiano das pessoas se tornou algo crônico, o ritmo corrido associado às demandas do dia a dia, principalmente, no ambiente de trabalho contribui para o aumento do estresse e da sobrecarga, sendo necessário um tempo fora deste local para que a pessoa se recupere do desgaste sofrido no ambiente laboral (MICHELIN et al., 2018).

A avaliação e a qualidade do cuidado são interferidas pela sobrecarga de trabalho, comprometendo a segurança do paciente e, por conseguinte, o gatilho para vivenciar o distresse moral (BARTH et al., 2018). Uma das características marcantes do cotidiano em saúde é a sobrecarga de trabalho, que decorre da necessidade de oferecer respostas às demandas relacionadas ao funcionamento das unidades e a população, como também às metas estabelecidas, pactuações e indicadores. A sobrecarga de trabalho produz impactos na qualidade da assistência prestada, ocasionando sentimentos de frustração e dúvida quanto ao seu desempenho (CAÇADOR et al., 2015).

Conforme Kessler e Krug (2012), o trabalho é uma atividade antiga e inerente ao ser humano. A mesma ocupa parte considerável da vida e compreende a subjetividade do sujeito, podendo ser fonte de sofrimento e de fadiga para uns e de prazer para outros.

Satisfação e insatisfação no trabalho possuem implicações na saúde dos profissionais e nos resultados da assistência prestada. Indivíduos mais satisfeitos apresentam melhor qualidade de vida, menores índices de adoecimento físico e mental e influenciam beneficentemente no seu comportamento no trabalho (MELO et al., 2011) e na sua segurança profissional.

Para Marcitelli (2011), os profissionais de saúde atuam em condições consideradas inadequadas, devido às especificidades do ambiente e das atividades por eles executadas. Vários fatores, como o desgaste físico e emocional, a baixa remuneração e o desprestígio social, refletem negativamente na qualidade da assistência prestada ao usuário.

A Segurança dos Profissionais e do Paciente encontra-se, intrinsecamente, relacionada à qualidade dos serviços de saúde prestados, à disponibilidade de recursos e às condições de trabalho, porém vem sendo amplamente discutida a Segurança do Paciente. A segurança é compreendida como uma temática transversal do processo de assistir, envolvendo, sobretudo, o estabelecimento de vínculos de confiança entre profissionais de saúde e usuários (BAPTISTA et al., 2015).

Há um movimento global para a melhoria da segurança do paciente, bem como a garantia de uma assistência de qualidade à população. Esse movimento envolve esforços de

todo o sistema de saúde, a fim de promover o gerenciamento de riscos e um ambiente seguro (DIAS et al., 2014). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define “segurança do paciente” como redução máxima de risco de dano. Isto significa diminuir os incidentes que são caracterizados por um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente (WHO, 2009).

A segurança do paciente é o principal componente da qualidade no fornecimento de saúde (RASHVAND et al., 2016). No entanto, observa-se a escassez de estudos que abordem a Segurança do Profissional, no que tange à sua percepção no desempenho rotineiro de suas funções no contexto atual em que se encontra o Sistema Único de Saúde. Considerando a temática “Segurança do Profissional”, é de grande relevância investigar como os profissionais de saúde se sentem ao exercerem suas atividades profissionais em meio a esse contexto, notadamente na Atenção Primária, uma vez que pode influenciar diretamente nos resultados e na qualidade da assistência prestada à sua clientela.

Contudo, mais do que a busca por definições formais, a Segurança do Profissional requer uma compreensão dos desafios que se colocam no presente e no futuro do SUS, que transcendem o campo de atuação profissional na APS. Considera-se que o poder de um conjunto de boas práticas advém da ciência que o sustenta em cada conhecimento das disciplinas e de um método de execução consistente, com competências e habilidades desenvolvidas para atuação segura e para a Segurança do Profissional. Nesse contexto, questiona-se “Como o profissional de saúde da Atenção Primária à Saúde compreende a Segurança do Profissional para sua atuação cotidiana no contexto da APS?”.

1.1 OBJETIVO

Compreender a Segurança do Profissional para a atuação cotidiana no contexto da Atenção Primária à Saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo da revisão de literatura será apresentado em formato de artigo produzido sob o método de Revisão Integrativa da Literatura. Justifica-se este modelo escandinavo de apresentação, neste item da dissertação, devido à escassez de trabalhos publicados sobre a temática “Segurança do Profissional”, e por este termo “segurança”, incluindo a do profissional, ter data recente em meio às normativas em contexto brasileiro, surgindo em 1º de abril de 2013, de forma incipiente, na Portaria nº 529, do Ministério da Saúde, na alínea *a*, inciso V do artigo 4º, ao descrever sobre a cultura de segurança: “na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares”.

Este artigo de revisão integrativa apresenta os constructos da Segurança do Profissional na APS.

2.1 CONSTRUCTOS DA SEGURANÇA DO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

Objetivo: identificar a produção científica sobre os aspectos/características relacionadas à segurança para atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) para constructos da temática Segurança do Profissional. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cujas buscas ocorreram nas bases de dados BDNF, IBICS, LILACS, MEDLINE, consultados pela Biblioteca Virtual em Saúde e MEDLINE, consultada por meio do PubMed e da SciELO, *Web of Science* e Scopus, acessada pelo Portal CAPES, no período entre 2014 e 2018. **Resultados:** o *corpus* desta revisão refere-se a 16 artigos que destacaram a sobrecarga de trabalho, o processo de trabalho, os recursos humanos insuficientes, as condições precárias do ambiente de trabalho, a falta de Educação Permanente, o desgaste nas relações em equipe e com os usuários, evidenciando que são fatores que possivelmente comprometem a assistência à saúde e a Segurança do Profissional para boas práticas. **Conclusão:** conhecer os fatores que impactam no âmbito da Segurança dos Profissionais da APS permite subsidiar intervenções que garantam as boas práticas. Este estudo contribui originalmente para formulação dos constructos da Segurança do Profissional.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde; Pessoal de Saúde; Gestão da Segurança; Condições de Trabalho; Segurança do Paciente; Assistência à Saúde.

INTRODUÇÃO

A atuação dos profissionais de saúde está presente em diversos campos e serviços, abrangendo todos os níveis de complexidade. O objeto de atenção e cuidado em saúde independe do campo de atuação, estando centrado no ser humano, com diferentes necessidades, particularidades e singularidades, o que demanda do profissional a tomada de decisões/ações seguras e as boas práticas. A segurança para atuação requer do profissional a avaliação precisa e confiável das ações, a implementação de estratégias para relatar cuidados inseguros reais ou potenciais e os erros.¹⁻³

Diante deste cenário das boas práticas, foi lançado no Brasil e instituído pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que estipulou, entre suas estratégias, a promoção da cultura de segurança como prioridade.¹ Esta é definida como um “conjunto de características, competências, comportamentos e questionamentos individuais e coletivos, que culminam em atitudes e práticas em torno da disposição em detectar e aprender a partir dos erros”.^{2:28} Preconiza “protocolos básicos de segurança ao paciente na prestação da assistência na perspectiva da equipe multiprofissional, definido que, para estabelecer um cuidado seguro, é necessário construir uma cultura de segurança na qual todos os profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumam responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares”.^{1:02}

A cultura de segurança determina como a segurança é gerenciada pela organização e pelos profissionais, por meio de comportamentos, atitudes, valores e percepções, que ajudam a moldar o comprometimento destes com a segurança.⁴

Uma assistência e cuidado seguros derivam tanto de ações corretas dos profissionais de saúde, como de processos e sistemas apropriados nas instituições e serviços, assim como de políticas governamentais regulatórias, estabelecendo um esforço coordenado e permanente.⁵

Ao pensar em cultura de segurança na área da Saúde e na Atenção Primária à Saúde (APS), observa-se que o erro está muito associado à culpa, a um ambiente de trabalho punitivo e a uma cultura de pensar que os erros provocados pelo prestador de cuidado em saúde é resultado de descuido. Assim, se faz necessário fortalecer o clima de segurança neste contexto, uma vez que o erro é considerado menos relevante.⁶ O clima de segurança é

definido como “percepções dos funcionários sobre a importância relativa da conduta segura em seu comportamento ocupacional”.^{7:233}

A Segurança do Profissional e as boas práticas são fundamentais para uma assistência segura. Alguns fatores podem minimizar ações ou influências sobre incidentes, sendo eles: “humanos, relacionados ao profissional; sistêmico, relacionados ao ambiente de trabalho; externos, relacionados a fatores fora da governabilidade do gestor; e os relacionados ao paciente, por exemplo, a não adesão ao tratamento”.^{2:21} Vale ressaltar que “o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema “Segurança no Ensino e na Pesquisa”^{2:15} são os eixos que a cultura de segurança do paciente perpassa e que fortalecem e faz ser primordial a Segurança do Profissional para a segurança do paciente. No entanto, observam-se poucos estudos em relação à Segurança do Profissional. Os pesquisadores têm se concentrado muito mais no clima de segurança do paciente do que no clima de Segurança do Profissional.⁷

Alguns fatores podem comprometer a Segurança do Profissional, tais como falhas na comunicação interprofissional e com o paciente; falhas na gestão (falta de insumos, profissionais pressionados para serem mais produtivos em menos tempo, estrutura física inadequada, tarefas excessivas e falhas no cuidado). Estratégias para mitigar esses fatores podem ser utilizadas, como divulgar as práticas seguras; adequar as estruturas físicas; capacitar os profissionais da equipe de saúde; melhorar a comunicação interprofissional; melhorar a gestão das unidades de saúde, permitir que os usuários/cidadãos e os profissionais reconheçam e gerenciem os eventos adversos; capacitar o profissional de saúde para compartilhar mudanças na equipe, para identificar e atuar nas situações de riscos; motivar os profissionais de saúde para agir visando a segurança; participação de todos os profissionais nas decisões gerenciais; criar sistemas de avaliações de desempenho do profissional.⁶

Sabe-se que o cotidiano dos profissionais de saúde é permeado por conflitos com relação ao exercício profissional e às expectativas que projetam no seu desempenho, decorrentes de uma luta permanente pela produção de novos modos de fazer saúde.⁸ Isso influencia na Segurança do Profissional.

O contexto de trabalho se refere ao espaço social onde operam a organização e as condições laborais, bem como as relações socioprofissionais.⁹ Diversos estudos mostram que este contexto apresenta fatores que culminam com o aumento da carga de trabalho, impactando na Segurança do Profissional e, conseqüentemente, na segurança do paciente.^{3,8,10-}

Destarte, questiona-se: “Como a literatura científica tem investigado questões relacionadas com a Segurança do Profissional?”.

Nesse sentido, este estudo teve por objetivo identificar a produção científica sobre os aspectos/características relacionados à segurança para atuação dos profissionais na Atenção Primária à Saúde para constructos da temática “Segurança do Profissional”.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa para a análise ampla e sistemática de contribuições na literatura, com a finalidade de reunir e sintetizar, de maneira ordenada, os resultados de pesquisas sobre o contexto de atuação do profissional e de sua segurança para atuar na APS. As revisões integram uma diversidade de conhecimentos por meio do emprego de métodos rigorosos, que têm potencial para reunir os achados de estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias, contribuindo para o aprofundamento do tema investigado.¹³

A revisão integrativa consiste no cumprimento das etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; identificação dos estudos nas bases científicas; avaliação dos estudos selecionados e análise crítica; categorização dos estudos; análise de conteúdo dos resultados dos artigos selecionados; avaliação e interpretação dos resultados; e apresentação dos dados na estrutura da revisão integrativa.¹⁴⁻¹⁵ Para orientar o desenvolvimento do estudo, utilizaram-se as seguintes questões norteadoras: “Quais os aspectos e ou características estão relacionados à segurança para atuação dos profissionais na Atenção Primária à Saúde?”.

A operacionalização desta pesquisa iniciou-se com uma consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); e do *Medical Subject Headings* (MeSH) da *National Library*, para conhecimento dos descritores universais. Foram, portanto, utilizados os descritores controlados, em português e inglês: “Atenção Primária à Saúde/*Primary Health Care*”; “Pessoal de Saúde/*Health Personnel*”; “Gestão da Segurança/*Safety Management*”; “Enfermeiras e Enfermeiros/*Nurses*”; “Condições de Trabalho/*Working Conditions*”; “Segurança do Paciente/*Patient Safety*”, Assistência à Saúde/*Delivery of Health Care*.

Os artigos foram identificados por busca bibliográfica, realizada entre o período de abril a maio de 2018, nas seguintes bases de dados: Base de Dados Específica da Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), consultados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e

Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), consultada por meio do PubMed, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Web of Science*, Scopus acessada pelo Portal CAPES.

Definiram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados na íntegra, disponíveis, eletronicamente, nos idiomas em inglês, espanhol e português, entre os anos de 2014 e 2018 e que contemplassem a temática. Os critérios de exclusão selecionados foram: teses, dissertações, estudos teóricos ou de reflexão.

A estratégia de busca nas bases de dados utilizou a conjugação dos seguintes termos: “Segurança do Paciente AND Pessoal de Saúde AND Gestão da Segurança AND Atenção Primária à Saúde”; “Pessoal de Saúde AND Atenção Primária à Saúde AND Gestão da Segurança”; Condições de Trabalho AND Atenção Primária à Saúde; Gestão da Segurança AND Enfermeiras e Enfermeiros; Atenção Primária à Saúde AND Segurança do Paciente AND Assistência à Saúde.

A busca dos artigos consistiu na busca avançada nas bases de dados, com detalhamento do quantitativo dos artigos que obedeceram aos critérios de inclusão estabelecidos: LILACS (93 artigos), BDENF (18 artigos), IBICS (07 artigos), MEDLINE/PubMed (281 artigos), Scielo (25 artigos), *Web of Science* 0, Scopus 0, totalizando 424 artigos. Em seguida, foi realizado um refinamento, conforme os critérios de inclusão estabelecidos e a exclusão de publicações repetidas. Vale ressaltar que também compõem este estudo de revisão integrativa a Portaria nº 529 de 1º de Abril de 2013, o documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente e referências que abordam o método da revisão integrativa.

Após o processo de seleção e identificação dos artigos, ocorreu a prévia leitura de todos os títulos, resumos ou *abstract*, e elegeram-se 16 publicações sendo: LILACS 06, BDENF 03, MEDLINE/PubMed 07, que foram lidos na íntegra, sendo selecionados para a análise final todos os 16 artigos que atenderam a todos os critérios e se adequaram ao objetivo deste estudo, os quais fizeram parte desta pesquisa.

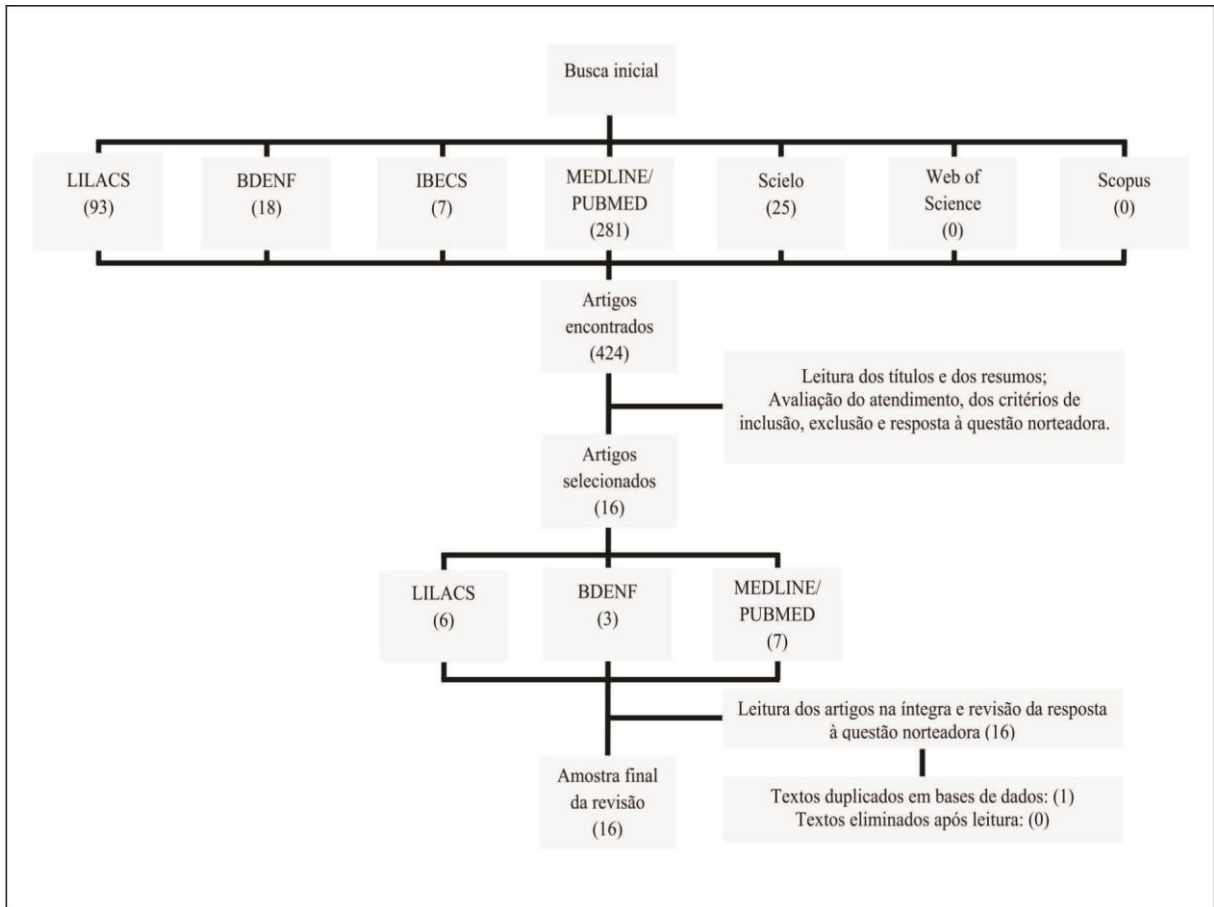


Figura 1 – Distribuição dos estudos, segundo a base de dados, seleção e inclusão de artigos

Para a organização dos dados, os pesquisadores elaboraram um instrumento de coleta de dados, contendo: número, título, ano, base de dados, tipo de estudo/Nível de Evidência, objetivo do estudo, principais resultados ou conclusões. Utilizou-se da classificação proposta por Melnyk e Fineout Overholt para a classificação dos artigos, que é composto por sete níveis sendo: Nível I – evidências originárias de revisões sistemáticas ou meta-análise de relevantes ensaios clínicos; Nível II – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III – ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV – estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V – revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e Nível VII – opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas,¹⁶ que serão apresentados em síntese, nos Quadros 1 e 2. Justifica-se a classificação por Níveis de Evidências, pois a revisão integrativa permite a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado. Acerca da temática “Segurança do Profissional” não foi encontrada evidências publicadas, mas temáticas correlatas. Apesar de os artigos de revisão integrativa e bibliográfica não atenderem aos

critérios de classificação por Nível de Evidência adotada, três foram incluídos e foram relevantes neste estudo, pela escassez de trabalhos que se aproximam da temática em investigação.

O conteúdo das publicações foi analisado exaustivamente, interpretado e sintetizado em um quadro sinóptico, com a descrição das características: título, ano, método, Nível de Evidência, objetivos e principais resultados ou conclusões, e foi finalizado com a escrita desta revisão.

RESULTADOS

Os Quadros 1 e 2, apresentam um panorama geral das 16 publicações selecionadas, destacando a caracterização, aspectos metodológicos e resultados dos artigos elencados.

Quadro 1- Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, segundo o delineamento, número dos participantes, nível de evidência e objetivo em ordem de ano de publicação, 2018.

Nº	Título	Ano/ País	Delineamento/ Número de Pacientes/ Nível de Evidência	Objetivo do estudo
1	Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica	2014/ Brasil	Estudo qualitativo/ 22 participantes/ Nível V	Identificar os motivos de satisfação e insatisfação dos profissionais de saúde em dois contextos: na Estratégia Saúde da Família (ESF) e na Atenção Básica Tradicional (ABT).
2	Trabalho na Estratégia da Saúde da Família: Implicações nas cargas de trabalho de seus profissionais	2014/ Brasil	Estudo qualitativo/ 11 participantes Nível V	Identificar os aspectos do trabalho na Estratégia Saúde da Família que contribuem para aumentar e/ou reduzir as cargas de trabalho dos profissionais.
3	<i>Practice Transformation in the Safety Net Medical Home Initiative: A Qualitative Look</i>	2014/ EUA	Estudo de caso/ 07 participantes Nível VI	Estudar três práticas bem sucedidas para identificar características e abordagens comuns.

4	<i>Work context, job satisfaction and suffering in primary health care</i>	2015/ Brasil	Estudo Transversal/ 242 participantes Nível IV	Avaliar o contexto de trabalho e os indicadores de prazer e sofrimento na perspectiva de trabalhadores da Atenção Básica à Saúde.
5	<i>Dimensions of Safety Climate among Iranian Nurses</i>	2015/ Irã	Revisão bibliográfica/ Não quantificada/ Não classificado em relação ao Nível de Evidência.	Desenvolver e validar uma escala psicométrica para medir o clima de segurança do enfermeiro.
6	Ser enfermeiro da estratégia de saúde da família: Desafio e possibilidades	2015/ Brasil	Estudo qualitativo/ 07 participantes Nível V	Analisar os desafios e possibilidades do trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, em um distrito sanitário de Belo Horizonte, Minas Gerais.
7	<i>Safety climate in English general practices; workload pressures may compromise safety</i>	2015/ Inglaterra	Estudo Transversal/ 335 participantes Nível IV	Construir um instrumento para as práticas gerais inglesas de segurança do paciente; relatar como as características da prática do entrevistado afetam as pontuações em nossa medida de clima de segurança por meio do PC – <i>Safequest</i> ; e abordar as preocupações referentes aos altos níveis de carga de trabalho nas práticas gerais inglesas.
8	<i>Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study</i>	2015/ Noruega	Estudo qualitativo/ 37 participantes Nível V	Explorar como o profissional da Atenção Primária à Saúde lidou com as ameaças e violência de visitantes ou pacientes, concentrando-se em como os fatores organizacionais afetaram estes incidentes.
9	<i>Iranian nurses perspectives on assessment of safe care: an exploratory study</i>	2016/ Irã	Estudo qualitativo/ 16 participantes Nível V	Explorar as perspectivas e experiências de enfermeiros instrutores e clínicos sobre a avaliação da assistência de enfermagem segura e sua prática clínica.

10	<i>Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile</i>	2016/ Chile	Revisão sistematizada de carácter descritivo e retrospectivo/ 09 artigos Nível V	Identificar as condições de trabalho e as razões pelas quais os profissionais de enfermagem no Chile adoecem.
11	Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: Revisão integrativa.	2016/ Brasil	Revisão integrativa/ 10 artigos/ Não classificado em relação ao Nível de Evidência.	Analisar as produções científicas sobre a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde.
12	Cuidados de enfermagem no pré-natal e segurança do paciente: revisão integrativa	2016/ Brasil	Revisão integrativa/ 280 artigos/ Não Classificado em relação ao Nível de Evidência	Analisar as publicações científicas sobre Segurança do Paciente, durante o cuidado de enfermagem no pré-natal da Atenção Primária à Saúde.
13	Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Brasil	2016/ Brasil	Estudo multicêntrico/ 24 profissionais/ Nível V	Analisar os principais aspectos que contribuem para aumentar as cargas de trabalho de técnicos de enfermagem que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil, identifica o tipo de cargas e classifica os aspectos mais prevalentes para esse grupo ocupacional.
14	<i>Qualitative evaluation of the Safety and Improvement in Primary Care (SIPC) pilot collaborative in Scotland: perceptions and experiences of participating care teams</i>	2016/ Escócia	Estudo qualitativo/ 27 participantes/ Nível V	Explorar as percepções e experiências dos participantes do programa piloto e identificar os facilitadores e as barreiras associadas à variedade de conceitos e métodos inovadores de aprimoramento aplicados a este cenário pela primeira vez.

15	Prevalência da capacidade para o trabalho inadequada entre trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde	2017/ Brasil	Estudo Transversal/ 490 participantes/ Nível IV	Descrever a prevalência e as características da capacidade inadequadas para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem da Atenção Básica à Saúde, no estado da Bahia, Brasil.
16	<i>Validation of a moral distress instrument in nurses of primary health care</i>	2018/ Brasil	Estudo Metodológico/ 391 participantes/ Nível VI	Validar um instrumento para identificar as situações que desencadearam sofrimento moral, em relação à intensidade e frequência, nos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.

Quadro 2 – Distribuição dos principais resultados dos artigos selecionados, 2018

Nº	Principais Resultados/Conclusões
1	<ul style="list-style-type: none"> • Principais motivos de satisfação: nos dois contextos - foi a afinidade com a profissão/gostar do que faz, satisfação dos usuários com a assistência recebida, trabalho em equipe; na ESF- vínculo entre profissionais e usuários. • Principais motivos de insatisfação: nos dois contextos - problemas nas relações com usuários/famílias; na ABT - salário insuficiente e dificuldades no trabalho em equipe; na ESF- déficit nos instrumentos e ambiente de trabalho, carga horária excessiva e falta de compreensão sobre a ESF.
2	<ul style="list-style-type: none"> • As principais fontes de aumento das cargas de trabalho foram aspectos que impedem a implantação da ESF como preconizado; e de redução, a afinidade com o trabalho na ESF, a autonomia da equipe e a garantia do emprego. • Predominaram, no trabalho da ESF, fragilidades que repercutem negativamente na satisfação e na saúde dos profissionais, mas apontam possibilidades de intervenção para redução das cargas e qualificação da assistência, especialmente aquelas para melhorias das condições de trabalho.
3	<ul style="list-style-type: none"> • As mudanças nas clínicas ocorrem por meio de motivações, sejam elas intrínsecas ou extrínsecas. Nas clínicas abordadas, foram verificadas motivações intrínsecas como: a preocupação com a excelência e responsabilidade do provedor. • Pontos fundamentais para que ocorra a mudança nas clínicas são: possuir uma liderança engajada e estratégia de melhoria da qualidade. • Para as práticas de sucesso, os principais motivadores foram: o desejo de melhorar a qualidade do atendimento, a experiência do paciente ou do profissional. Incentivos financeiros desempenharam um papel menor. • Todas as práticas se engajaram, líderes visíveis impulsionaram mudanças e, em última análise, desenvolveram uma estratégia eficaz de melhoria da qualidade/mudança de prática que incluiu o fornecimento de dados de desempenho confiáveis no nível do provedor e uma estratégia explícita de mudança de processo. O sequenciamento do trabalho de transformação foi importante, e o desenvolvimento de painéis definidos de pacientes fornecedores e a construção de equipes clínicas eficazes facilitaram a realização de melhorias no acesso e na prestação de cuidados.

4	<ul style="list-style-type: none"> • A organização do trabalho (91,3%) e as condições de trabalho (64%) obtiveram as piores avaliações quanto ao contexto de trabalho. • Os indicadores de prazer no trabalho estiveram relacionados à realização profissional (55,8%), liberdade de expressão (62,4%) e reconhecimento (59,9%). Entretanto, 64,5% apresentaram esgotamento profissional, o qual obteve associação inversa com a idade e o tempo de trabalho ($p < 0,05$).
5	<ul style="list-style-type: none"> • Resultou na formação de uma escala de 40 itens com 6 dimensões, o que poderia explicar 55% da variância observada. • Os fatores observados foram o envolvimento dos funcionários no suporte de segurança e gerenciamento, o cumprimento das regras de segurança, o treinamento de segurança e acessibilidade aos equipamentos de proteção individual, os obstáculos ao trabalho seguro, a comunicação de segurança e pressão de trabalho e a percepção de risco individual.
6	<ul style="list-style-type: none"> • Os resultados evidenciam que o cotidiano do enfermeiro na ESF é marcado por sobrecarga de trabalho, que prejudica a realização das ações específicas da Saúde da Família. • A implantação do Protocolo de Manchester fortalece a lógica da demanda espontânea em detrimento das ações de promoção da saúde.
7	<ul style="list-style-type: none"> • Os gerentes deram, às suas práticas, pontuações de segurança significativamente mais altas do que os participantes não gerentes. • Entrevistados com mais anos de experiência tiveram uma percepção mais negativa do nível de carga de trabalho em sua prática. • Práticas com mais pacientes cadastrados e em áreas de maior privação proporcionaram pontuações menores em relação ao clima de segurança.
8	<ul style="list-style-type: none"> • Para todos os participantes da pesquisa, as situações ameaçadoras eram familiares, mas nem todos os participantes foram feridos fisicamente. • Quatro temas principais emergiram sobre como o sistema influenciou os incidentes de ameaças ou violência: minimizar o risco de trabalhar sozinho; estar preparado; resolver o descompasso entre as expectativas do paciente e o serviço oferecido; e resposta de apoio ao gerente.
9	<ul style="list-style-type: none"> • A análise dos dados levou à definição de quatro temas principais para o cuidado seguro: avaliação holística da assistência de enfermagem; trabalho em equipe e avaliação do cuidado de enfermagem; problemas éticos; e desafios da avaliação segura de cuidados de enfermagem. • Identificar esses quatro componentes na avaliação do cuidado de enfermagem seguro oferece uma contribuição para a compreensão dos elementos da avaliação do cuidado seguro e potencial para melhorar a segurança do paciente.
10	<ul style="list-style-type: none"> • Os profissionais de enfermagem trabalham em condições marcadas pela falta de materiais, sobrecarga de trabalho e limitação de recursos.
11	<ul style="list-style-type: none"> • Identificou-se que a produção científica relacionada à temática de segurança do paciente tem sido crescente nos últimos anos, acompanhando as discussões e intencionalidades da OMS.
12	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenciou-se que as intervenções devem ser desenvolvidas a partir das necessidades e conhecimentos das mulheres, e que a consulta de enfermagem abarca as dimensões psicossociais dos cuidados com a gestante e com o recém-nascido. • Observou-se que a ampliação da cobertura das unidades de Saúde da Família e a capacitação profissional podem ser estratégias para qualificar a atenção à saúde. • Notou-se que o enfermeiro deve estar atento ao aparecimento de manifestações clínicas referentes à pré-eclâmpsia para, assim, intervir, visando diminuir as

	<p>complicações e a mortalidade associada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidenciou-se que a escuta é um excelente recurso para identificar as necessidades das gestantes e, dessa forma, oferecer-lhes informações e cuidados pertinentes. • Observou-se a necessidade da participação masculina para apoiar questões da saúde das mulheres, reconhecendo-os e incluindo-os como sujeitos de necessidades humanas básicas. • Observou-se que os enfermeiros devem reconsiderar o pré-julgamento de que a gravidez na adolescência é, sempre, um problema para quem a vivencia. • Analisou-se que a participação do homem nas consultas de pré-natal minimiza a insegurança e a ansiedade decorrentes das dúvidas e expectativas.
13	<ul style="list-style-type: none"> • Os aspectos que mais contribuem para aumentar as cargas de trabalho são a baixa remuneração, falta de recursos materiais, sobrecarga de trabalho, desgaste e adoecimento, relação com o usuário e escassez de recursos humanos, prevalecendo cargas psíquicas e fisiológicas. • A adequação das condições e organização do trabalho será essencial para amenizar as cargas de trabalho no cenário da Atenção Primária à Saúde e para promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida no ambiente de trabalho dos técnicos de enfermagem.
14	<ul style="list-style-type: none"> • Três temas principais surgiram a partir de entrevistas abertas semiestruturadas: percepções, experiências e benefícios do programa; melhorias nos sistemas de atendimento ao paciente; utilidade de intervenções do programa.
15	<ul style="list-style-type: none"> • A prevalência de capacidade para o trabalho inadequada entre os trabalhadores de enfermagem foi de 17,9%, sendo maior entre os enfermeiros (18,2%), quando comparados aos técnicos e auxiliares de enfermagem (17,7%). • Os trabalhadores do município de Salvador apresentaram a maior prevalência de capacidade inadequada para o trabalho (27,7%); os de Feira de Santana possuíram a menor prevalência (12,8%). • Faz-se necessário restaurar, melhorar e também manter e apoiar a capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem a partir de modificações tanto no ambiente de trabalho quanto na vida do trabalhador.
16	<ul style="list-style-type: none"> • Foram validadas 46 questões, divididas em seis constructos: políticas de saúde, condições de trabalho, autonomia da enfermeira, competência ética profissional, desrespeito à autonomia do usuário e sobrecarga de trabalho. O instrumento apresentou consistência interna satisfatória, com alfa de Cronbach 0,98 para o instrumento e entre 0,96 e 0,88 para os constructos. • O instrumento é válido e fidedigno para ser utilizado na identificação dos fatores desencadeadores de distresse moral em enfermeiras da atenção primária.

Dos 16 artigos que atendiam aos critérios de inclusão para alcance do objetivo proposto, o maior número foi da MEDLINE (44%), na sequência LILACS (37%) e BDNF (19%). Houve predomínio do idioma inglês (50%), presente em oito publicações, seguido de sete artigos publicados em português e um em espanhol. Em relação ao ano de publicação, predominou o ano de 2016 (37,5%), presente em seis artigos, seguidos de 2015 (31,25%), 2014 (18,75%), 2017 e 2018 (6,25%) cada.

Os artigos são provenientes dos seguintes países: Brasil (56%), Irã (13%), Inglaterra (6,25%), Estados Unidos da América (6,25%), Escócia (6,25%), Noruega (6,25%), e Chile

(6,25%). Em relação ao tipo de estudo, houve predominância do estudo qualitativo, com seis artigos; seguidos de quatro artigos de revisão (uma revisão sistemática, duas integrativas e uma bibliográfica); três artigos de estudo transversal; um artigo de estudo multicêntrico; um estudo metodológico; e um estudo de caso.

Em relação aos tipos de estudos incluídos, o Nível de Evidência V prevaleceu em 50% da amostra selecionada (seis estudos qualitativos, um estudo multicêntrico, uma revisão sistematizada), seguidos do nível IV em 18,75% (três estudos transversal), o Nível de Evidência VI em 12,5% (um estudo de caso, um estudo metodológico), e 18,75% não foram classificados em relação ao Nível de Evidência (três estudos de revisão).

DISCUSSÃO

A atuação do profissional é entendida de diferentes formas pelos pesquisadores, uma delas em relação à capacidade para o trabalho, no entanto, quase sempre remete à ideia do equilíbrio entre o estresse referente às condições de trabalho, o ambiente laboral e suas ferramentas e o desgaste do trabalhador ocasionado pelo estresse.¹⁷

Alguns estudos abordam a carga de trabalho entre os profissionais de saúde e apresentam fatores que impactam nas ações, dentre eles, a baixa remuneração mensal, a falta de recursos materiais para assistência, a sobrecarga de trabalho, o sofrimento físico, a relação estabelecida com o usuário e a escassez de recursos humanos.^{3,10-12} Esses são fatores que podem interferir na Segurança do Profissional para boas práticas em saúde e na APS, ocasionando impactos negativos no gerenciamento de processos necessários, engajamento de profissionais, demandas de tempo e dificuldades na comunicação, comprometendo uma assistência de qualidade.¹⁸

O excesso da carga de trabalho, a falta de pessoal e o baixo desempenho da equipe resultam em exaustão emocional, corroborando ao erro do profissional.³ Outros estudos apresentam aspectos que proporcionam a insatisfação no trabalho na APS, sendo eles: dificuldades de colaboração de usuários, famílias e comunidade no processo assistencial; dificuldades nas relações para a realização do trabalho em equipe; condições de trabalho precárias; falta de instrumentos de trabalho; área física inadequada das unidades, número escasso de profissionais; a capacitação das equipes para atender às necessidades apresentadas pelos usuários e a falta de investimento na educação continuada.^{10,19} Esses fatores e aspectos vão na contramão aos eixos e medidas para boas práticas em saúde e na APS.

Associado a este contexto, estudo evidencia alguns fatores responsáveis por desencadear o distresse moral do profissional no contexto da APS sendo eles: políticas de

saúde, condições de trabalho, autonomia e competência ética profissional, desrespeito à autonomia do usuário e sobrecarga de trabalho. Tais fatores levam ao sofrimento, ocasionando, conseqüentemente má qualidade da assistência,²⁰ o que pode interferir na Segurança do Profissional e, conseqüentemente, na segurança do paciente/usuário da APS.

Assim, os profissionais atuantes na APS enfrentam limitações estruturais que incluem a estrutura física dos serviços inadequada e as dificuldades para a realização e recebimento dos exames e resultados. É fato que, para ocorrer uma assistência com qualidade e segurança, são necessários subsídios estruturais e processuais para proporcionar aos profissionais condições para garantir uma assistência de qualidade.⁵

Todos os fatores e aspectos descritos têm influência na qualidade dos serviços prestados e colocam em risco a garantia das diretrizes e princípios assegurados pelo SUS, como o acesso, a equidade e a integralidade na assistência pública de saúde.¹⁰

O desejo de melhoria na qualidade do atendimento e a experiência do profissional e do paciente são fatores que contribuem para práticas de sucesso, considerando que para tal é necessário a conscientização por parte das organizações, a fim de possibilitar melhorias na infraestrutura e no sistema, em geral.¹⁸ Em um estudo realizado sobre a avaliação de cuidados seguros, observou-se que a realização destes está relacionada à percepção que os profissionais têm sobre o assunto.³ Para mudar e melhorar as práticas, precisa-se da vontade ou motivação do profissional para erradicar processos e hábitos antigos e tentar novos.

A mudança parece ser mais fácil se baseada em ideias explícitas que foram testadas e consideradas bem sucedidas em outros lugares. No entanto, motivação e boas ideias são insuficientes se a prática não possui uma estratégia e mecanismos para a execução de mudanças significativas para a prática e processos de trabalho.¹⁸

Atuar, nos diferentes contextos de saúde, está associado à exposição a altos riscos de violência no local de trabalho, seja esta gerada por pacientes ou visitantes. Compreender como os profissionais lidam com incidentes violentos pode apontar para fatores que indicam como diminuir o risco de trabalhar sozinho, estar atento ao ambiente de trabalho, saber lidar com as expectativas dos usuários em relação aos serviços oferecidos e estabelecer boa comunicação com toda a equipe, a fim de possibilitar a prevenção e a redução da violência no local de trabalho. Diante desse cenário, medidas de prevenção e administrativas devem ser consideradas, a fim de garantir a proteção dos funcionários contra violência e ameaças.²¹

Conscientizar sobre o clima de segurança melhora a prática em geral e, conseqüentemente, a segurança.⁴ Faz-se necessário alertar sobre os impactos negativos na assistência à saúde e possibilitar a cultura de segurança, ampliando os conceitos de melhoria e

gerenciamento de riscos.²² Neste contexto, é imprescindível a realização de novos estudos que abordem a cultura de segurança, a Segurança do Profissional e a influência da Segurança do Profissional nos cuidados na Atenção Primária.

A limitação do estudo se deu pela delimitação do período entre 2014 e 2018, conferindo 16 artigos para essa revisão. A justificativa de delimitação desse período se dá pela publicação da Portaria 529 de 1º de Abril de 2013 que instituí o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que dentre suas estratégias, a promoção da cultura de segurança se torna prioridade.

Este estudo contribui originalmente para a compreensão sobre o contexto de atuação dos profissionais de saúde na APS e o conhecimento de fatores que influenciam no âmbito da segurança dos profissionais e para formulação dos constructos da Segurança do Profissional. Não foram encontradas pesquisas que contemplem a análise de fatores diretamente associados à segurança na atuação do profissional de saúde na APS, mas considera-se que os estudos incluídos abordam assuntos correlatos para desenvolver constructos para o tema em estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de a literatura apresentar estudos sobre segurança do paciente e cultura de segurança, ainda não se tem explorado com consistência o contexto de segurança na atuação dos profissionais da APS. São poucos os estudos que se referem a esta temática tão relevante no cotidiano dos serviços e dos profissionais da saúde, sinalizando a necessidade de estudos sobre a Segurança do Profissional.

Pode-se identificar uma relação tênue entre a qualidade da assistência para segurança do paciente com os fatores que dificultam ou comprometem as boas práticas dos profissionais na APS. Ficou evidente, nos estudos analisados, que os constructos sobre a Segurança do Profissional estão mais associados à gestão do cuidado do que ao cuidado direto ao usuário. As boas práticas e seguras no contexto da APS dependem de habilidades e competências dos profissionais, de melhorias nas condições de trabalho e na organização do trabalho cotidiano, de infraestrutura adequada para o desempenho das funções, de recursos humanos suficientes para a demanda do serviço e dos usuários, do apoio da gestão, e que a educação seja permanente.

Desta forma, essa revisão subsidia a construção do conhecimento na temática “Segurança do Profissional”, ao possibilitar a estruturação de constructos desta abordagem no contexto de atuação na APS.

Apresenta-se como indicação o desenvolvimento de pesquisas que visem à compreensão da Segurança do Profissional no contexto da APS, uma vez que a relação entre a qualidade da assistência e a segurança do paciente estão diretamente relacionadas à Segurança do Profissional.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2013. [cited 2018 May 31]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
2. Brasil. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): MS; 2014. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
3. Rashvand F, Salsali M, Ebadi A, Vaismoradi M, Jordan S, Griffiths P. Iranian nurses perspectives on assessment of safe care: an exploratory study. *Journal of Nursing Management*. [Internet]. 2016; [cited 2018 May 31]; 24(3): 417–426. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12338>
4. Bell BG, Reeves D, Marsden K, Avery A. Safety climate in English general practices: workload pressures may compromise safety. *J Eval Clin Pract*. [Internet]. 2016; [cited 2018 Apr 01]; 22(1): 71-76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949509/>
5. Costa DKP, Arruda LP, Magalhães AHR, Abreu, LDP, Ponte KMA, Freitas CHA. Nursing care in prenatal and patient safety: integrative review. *Rev. Enferm. UFPE on line*. [Internet]. 2016; [cited 2018 May 31]; 10(6): 4909-4919. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11272/12910>
6. Mesquita KO, Silva LCC, Lira RCM, Freitas CASL, Lira GV. Patient safety in primary health care: na integrative review. [Internet]. 2016; [cited 2018 Apr 05]; 21(2): 01-08. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45665/28527>
7. Kongin NZ, Shokoohi Y, Zarei F, Rahimzadeh M, Sarsangi V. Dimensions of Safety Climate among Iranian Nurses. *Int J Occup Environ Med*. [Internet]. 2015; [cited 2018 Apr 02]; 6(4): 223-31. Available from: <http://www.theijoem.com/ijoem/index.php/ijoem/article/view/550/645>
8. Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela CS. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. *Rev Min Enferm*. [Internet]. 2015; [cited 2018 Apr 03]; 19(3): 612-61. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>
9. Maissiat GS, Lautert L, Dal Pal D, Tavares JP. Work context, job satisfaction and suffering in primary health care. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2015; [cited 2018 Apr 02]; 36(2):42- Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n2/1983-1447-rgenf-36-02-00042.pdf>

10. Trindade LL, Pires DEP, Amestoy SC, Forte ECN, Machado FL, Bordignon M. Working in the Family health strategy: implications in professional workloads. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 10]; 19(3):528-35. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35492/23237>

11. Scherer MDA, Oliveira NA, Pires DEP, Trindade LL, Gonçalves ASR, Viera M. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Trab.Educ.Saúde*. [Internet]. 2016; [cited 2018 Apr 20]; 14(1): 89-104. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14s1/1678-1007-tes-14-s1-0089.pdf>

12. Vergara CM, Suazo VS, Klijn T. Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile; *Enfermería Universitaria*. [Internet]. 2016; [cited 2018 May 10]; 13(3):178-186. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000300178#aff1

13. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative review; concepts and methods used in nursing. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014; [cited 2018 May 17]; 48(2):335-45. Available from: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/84097/86949>

14. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo MM. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Rev Eletr Gestão Soc*. [Internet]. 2011 [cited 2018 Apr 12]; 5(11):121-36. Available from: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>

15. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p

16. Melnik BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice and cultivating a spirit of inquiry. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

17. Cordeiro TMSC, Araújo TM. Prevalência da capacidade para o trabalho inadequada entre trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. *Rev Bras Med Trab*. [Internet]. 2017; [cited 2018 Apr 02]; 15(2):150-7. Available from: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/848122/rbmt-v15n2_150-157.pdf

18. Wagner EH, Gupta R, Coleman K. Practice Transformation in the Safety Net Medical Home Initiative: A Qualitative Look. *Medical Care*. [Internet]. 2014 [cited 2018 May 31]; 52: 18-22. Available from: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2014/11001/Practice_Transformation_in_the_Safety_Net_Medical.5.aspx

19. Lima L, Pires DEP, Forte ECN, Medeiros F. Job satisfaction and dissatisfaction of primary health care professionals. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014; [cited 2018 May 15]; 18(1):17-24. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/en_1414-8145-ean-18-01-0017.pdf

20. Bart PO, Ramos FRS, Barlem ELD, Dalmolin GL, Schneider, DG. Validation of a moral distress instrument in nurses of primary health care. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2018 May [cited 2018 May 31]; 26: e3010. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/0104-1169-rlae-26-e3010.pdf>
21. Morken T, Johansen I, Alsaker K. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2015; [cited 2018 May 15]; 16: 51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4426652/?tool=pubmed>
22. Bowie P, Halley L, Blamey A, Gillies J, Houston NH. Qualitative evaluation of the Safety and Improvement in Primary Care (SIPC) pilot collaborative in Scotland: perceptions and experiences of participating care teams. *BMJ Open*. [Internet]. 2016; [cited 2018 May 31]; 6(1): 1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4735198/pdf/bmjopen-2015-009526.pdf>

3 METODOLOGIA



3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que utilizou o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e o referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS).

A TFD foi inicialmente proposta por Barney Glaser e Anselm Strauss, em 1967, e apresentada no livro *The Discovery of Grounded Theory*. Strauss formou-se na *University of Chicago* (Universidade de Chicago), que possui uma tradição forte na pesquisa qualitativa, ele foi influenciado por Park (1967), Thomas (1966), Dewey (1922), Meade (1934), Hughes (1971) e Blumer (1969) (STRAUSS; CORBIN, 2008).

De acordo com Strauss e Corbin (2008, p. 22-23):

As contribuições dessa formação para o desenvolvimento do método foram: a) a necessidade de sair a campo para descobrir o que está realmente acontecendo; b) a relevância da teoria, baseada em dados, para o desenvolvimento de uma disciplina e como base para ação social; c) a complexidade e a variabilidade dos fenômenos e das ações humanas; d) a crença de que as pessoas são atores que assumem um papel ativo para responder as situações problemáticas; e) a percepção de que as pessoas agem com base em significados; f) o entendimento de que o significado é definido e redefinido por meio da interação; g) sensibilidade para a natureza evolutiva e reveladora dos fatos (processo); e h) consciência das inter-relações entre condições (estrutura), ação (Processo) e consequências.

Em contrapartida, Glaser formou-se na *Columbia University* e trouxe a influência da pesquisa quantitativa inovada por Lazarsfeld e a sua experiência com pesquisa empírica conjugada com o desenvolvimento da teoria. Assim, por meio da conjugação das características destes pesquisadores, originou-se a Teoria Fundamentada nos Dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Em 1990, “Strauss e Corbin fizeram algumas alterações em relação ao método” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 23). É uma metodologia indutiva que se aproxima do assunto a ser investigado sem uma teoria a ser testada. Usada no desenvolvimento de uma teoria fundada em dados sistematicamente coletados e analisados, a teoria evolui durante a pesquisa real e o faz devido à contínua interação entre análise e coleta de dados, podendo seus praticantes reagir e mudar com o tempo. Tanto a teoria como a análise de dados envolvem interpretação baseada em investigação feita sistematicamente. “Teorias fundamentadas, por serem baseadas em dados, tendem a oferecer mais discernimento, melhorar o entendimento e fornecer um guia importante para a ação” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 25). Esse

referencial metodológico foi escolhido por permitir que as pesquisadoras compreendessem a Segurança do Profissional de saúde em atuação na APS, a partir da percepção dos profissionais, participantes desta pesquisa.

O Interacionismo Simbólico (IS) teve sua origem na *University of Chicago*, entre os anos 1930 e 1940, com George Herbert Mead, considerado o precursor e inspirador do movimento interacionista. Segundo George Mead “a comunidade ou grupo social organizado, que proporciona ao indivíduo sua unidade do ‘self’, pode ser chamada ‘o outro generalizado’. A atitude do outro generalizado é a atitude de toda a comunidade” (MEAD, 1972, p. 154), que implicará ao indivíduo uma espécie de funcionalidade identitária, à medida que ele terá de se adequar ao seu meio linguístico e sociocultural para tornar-se um membro pertencente ao seu agrupamento influenciando na socialização e, conseqüentemente, na individuação do self. É na forma do outro generalizado que os processos sociais influenciam na conduta dos indivíduos envolvidos e que os levam a cabo, ou seja, que a comunidade exerce controle sobre a conduta de seus membros individuais; pois dessa maneira o processo ou comunidade social entra como um fator determinante no pensamento do indivíduo. No pensamento abstrato o indivíduo adota a atitude do outro generalizado (MEAD, 1972, p. 155).

Em 1937, Herbert Blumer estabelece os pressupostos da abordagem interacionista em três premissas: a primeira que os seres humanos procuram agir, em relação às coisas, com base nos significados que elas têm para eles. Entende-se por *coisas* tudo o que o indivíduo pode notar em seu mundo: objetos físicos, outros seres humanos, individualmente ou em grupos, instituições, princípios orientadores, atividades dos outros, bem como as situações da vida cotidiana. O significado que tudo isso tem para o indivíduo influencia a formação do comportamento; e conhecê-lo é o que pode nos levar a compreender a ação humana. A segunda consiste no fato de os significados das coisas serem derivados ou surgirem da interação social que os homens estabelecem uns com os outros. Em outras palavras, os significados são produtos sociais que surgem da interação. A terceira premissa: os significados podem ser manipulados e modificados por meio de um processo interpretativo usado pelo indivíduo quando lida com as coisas que ele encontra (BLUMER, 1969).

A utilização do IS permite que a pesquisa qualitativa cumpra o objetivo de investigar o sentido que os atores sociais dão aos objetos, pessoas e símbolos com os quais constroem o seu mundo social. É uma das formas de se interpretar as percepções das pessoas, o significado e o sentido que eles dão às coisas e como estes relatos se relacionam com as experiências vivenciadas (BLUMER, 1969).

Neste sentido, a utilização do IS nesta pesquisa possibilitou compreender a Segurança do Profissional de saúde em atuação na APS e qual o significado dessa segurança para ele.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário de estudo foi a APS dos municípios de Divinópolis, Itaúna e Oliveira, pertencentes a três microrregiões distintas da Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, Brasil, constituída por 54 municípios de pequeno e médio porte, que constituem seis Microrregiões: Itaúna, Pará de Minas, Formiga, Bom Despacho, Santo Antônio do Amparo/Campo Belo, Divinópolis/Santo Antônio do Monte. A Região Ampliada de Saúde Oeste está situada em uma área territorial de 28.551 km², com uma população estimada de 1.261.214 habitantes (IBGE, 2018). Tem cobertura populacional da ESF de 77,13%. As áreas que ainda não estão cobertas pela ESF são cobertas por unidades tradicionais, logo, todo o território possui cobertura da Atenção Primária.

Para a definição dos cenários, os municípios foram previamente classificados quanto ao porte populacional, sendo considerado, neste estudo, para a Região Ampliada Oeste, município de pequeno porte aquele com menos de 10.000 habitantes, municípios de médio porte de 10.000 até 50.000 habitantes e municípios de grande porte aqueles com população maior que 50.000 habitantes (OLIVEIRA, 2012).

A microrregião de Divinópolis/Santo Antônio do Monte é composta por doze municípios. Foi selecionado para a pesquisa o município de Divinópolis-MG, que possui uma área aproximada de 708,1 Km² e uma população estimada de 234.937 habitantes (IBGE, 2018). O município é sede da Superintendência Regional de Saúde e polo da Região Ampliada Oeste de Minas Gerais. Em Divinópolis, são contabilizados 64 estabelecimentos públicos de saúde com prestação de serviços em 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 32 equipes da ESF, 01 Policlínica, 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que conta com os serviços de Urgência e Emergência Psiquiátrica, Ambulatório Psiquiátrico e 01 CAPS AD III, 07 farmácias para dispensação de medicamentos básicos, 01 Unidade de Vigilância em Saúde, 01 Central de Imunização, 01 Centro Regional de Reabilitação, 01 Serviço Especializado de Odontologia, 03 serviços auxiliares de diagnose e terapia, 03 Unidades de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (CNES, 2018). Outros estabelecimentos privados/filantrópicos participam de forma complementar ao SUS, entre eles: 03 hospitais e 16 serviços especializados. Justifica-se a inserção do município de Divinópolis por ser o município macro para a Região Ampliada Oeste e por apresentar a menor proporção de cobertura populacional estimada de ESF.

A microrregião de Itaúna é composta por 04 municípios, sendo a menor da Região Ampliada Oeste. Foi selecionada a cidade de Itaúna que é considerada de grande porte e apresenta cobertura populacional de ESF inferior a 100%. Possui uma área aproximada de 495,7 Km² e uma população estimada de 92.696 habitantes (IBGE, 2018). São contabilizados 41 estabelecimentos públicos de saúde com prestação de serviços em 01 Unidade Básica de Saúde (UBS), 21 equipes de ESF, 01 Policlínica, 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 03 Unidades de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 01 Hospital Geral, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), 01 CAPS AD, 01 Centro de Convivência de Saúde Mental, 01 Unidade Básica de Odontologia, 02 farmácia para dispensação de medicamentos básicos, 01 Unidade de Vigilância em Saúde, 06 serviços auxiliares de diagnose e terapia (CNES, 2018).

Na microrregião de Campo Belo, selecionou-se o município de Oliveira. A seleção de Oliveira deu-se por ser considerado um município de médio porte, com cobertura populacional de ESF inferior a 100%. Possui uma área aproximada de 897,2 Km² e uma população estimada de 41.907 habitantes (IBGE, 2018). São contabilizados 19 estabelecimentos públicos de saúde com prestação de serviços em 12 equipes de ESF, 01 Unidade Básica de Saúde (UBS), 01 Policlínica, 01 Hospital Geral, 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, III e Infanto-Juvenil), 01 farmácia para dispensação de medicamentos básicos, 01 unidade de Vigilância em Saúde, 01 serviço auxiliar de diagnose e terapia (CNES, 2018).

Como critério para inclusão das unidades de APS Tradicionais e unidades da ESF foi adotado o sorteio aleatório, por município. A coleta de dados ocorreu, obedecendo a ordem do sorteio das unidades até a saturação dos dados para os três cenários.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram 82 profissionais de saúde (Quadro 1) das equipes de APS Tradicional ou das equipes da ESF que prestam atendimento aos usuários do SUS. Adotou-se como critério de inclusão o profissional ter no mínimo seis meses de atuação na APS, e como critério de exclusão os profissionais que estivessem em férias ou de afastamento. Foram convidados no local de trabalho e esclarecidos sobre o objeto de estudo, o objetivo, a justificativa para realização deste estudo, e obedeceu-se à disponibilidade dos profissionais de saúde que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa, Divinópolis, Itaúna e Oliveira; Minas Gerais, Brasil, 2018

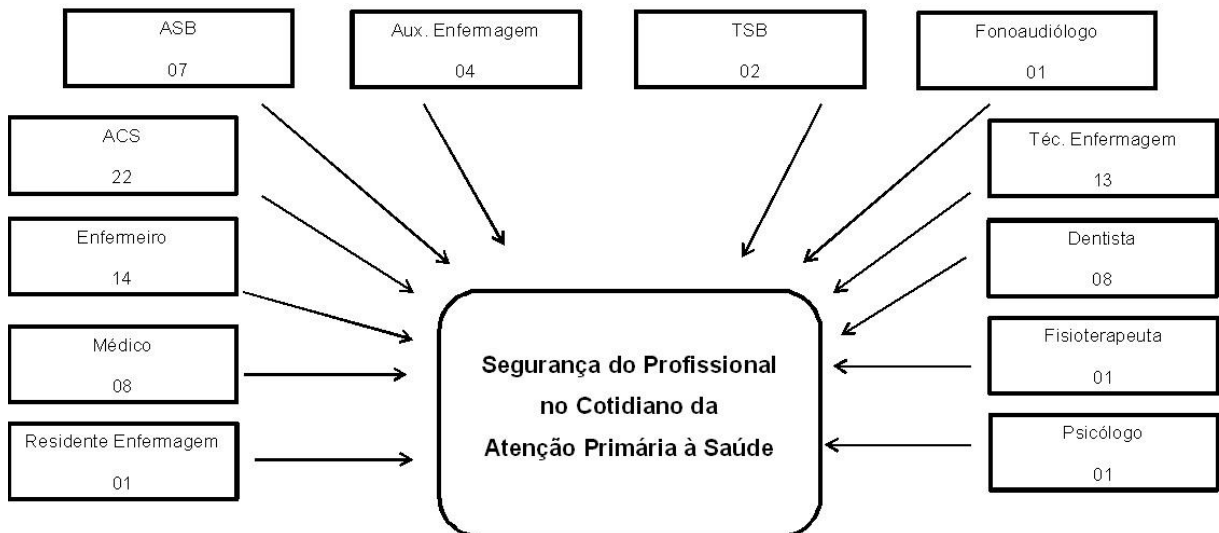
Participantes	Local	Idade	Sexo	Cargo	Tempo Atuação	Especialização APS/ESF	Outra Especialização
01	ESF SP	52	F	ACS	16 a	-	-
02	ESF SP	37	F	ACS	5a 9m	-	-
03	ESF SP	35	F	Enfermeira	6 a	X	X
04	ESF SP	48	F	Téc. Enfermagem	4 a	-	-
05	ESF SP	47	F	Téc. Enfermagem	1a 3m	-	-
06	UBS CSU	35	F	Enfermeira	1a 2m	-	X
07	UBS CSU	36	F	Enfermeira	8 a	-	X
08	UBS CSU	53	F	Téc. Enfermagem	17 a	-	-
09	UBS CSU	54	F	Téc. Enfermagem	8 a	-	-
10	UBS CSU	63	F	ASB	18 a	-	-
11	UBS CSU	67	F	Psicóloga	12 a	-	-
12	UBS CSU	43	F	Dentista	16 a	-	X
13	UBS CSU	55	F	Médica	25 a	-	X
14	ESF OMG	51	F	ACS	18 a	-	-
15	ESF OMG	61	M	Médico	19 a	-	X
16	ESF OMG	50	F	ACS	18 a	-	-
17	ESF OMG	26	F	ASB	26 a	-	-
18	ESF OMG	40	F	Enfermeira	11 a	X	-
19	UBS N	47	F	Enfermeira	1a 1m	-	X
20	UBS N	53	F	Aux. Enfermagem	17 a	-	-
21	UBS N	57	F	Téc. Enfermagem	8 a	-	-
22	UBS N	50	F	Dentista	26 a	-	X
23	UBS N	46	F	ASB	11 a	-	-
24	UBS N	34	M	Fisioterapeuta	9 a	-	X
25	UBS N	51	F	Médica	20 a	-	X
26	ESF SV	39	F	Enfermeira	16 a	X	X
27	ESF SV	30	F	ACS	1 a	-	-
28	ESF SV	54	F	ACS	20 a	-	-
29	ESF SV	53	F	Téc. Enfermagem	6 a	-	-
30	ESF SV	23	F	Residente Enf.	8m	-	-
31	ESF SV	67	F	TSB	14 a	-	-
32	ESF SV	59	M	Médico	31 a	-	X
33	ESF SV	59	F	Dentista	32 a	X	X
34	UBS ITAÍ	28	F	Enfermeira	3a 7m	X	X
35	UBS ITAÍ	58	F	Téc. Enfermagem	6 a	-	-
36	UBS ITAÍ	38	F	Aux. Enfermagem	17 a	-	-
37	UBS ITAÍ	39	F	ASB	23 a	-	-
38	ESF T	48	M	Téc. Enfermagem	3a 7m	-	-

39	ESF T	29	F	ACS	6m	-	-
40	ESF T	45	F	Dentista	14 a	-	-
41	ESF T	26	F	ASB	11m	-	-
42	ESF T	31	F	ACS	10m	-	-
43	ESF SS II	37	F	Téc. Enfermagem	8m	-	-
44	ESF SS. II	48	F	ACS	7 a	-	-
45	ESF SS II	43	F	ACS	7 a	-	-
46	ESF SS II	30	F	Enfermeira	4a 8m	-	-
47	ESF SS II	26	F	ASB	2 a	-	-
48	ESF SS II	49	F	Fonoaudióloga	6 a	-	X
49	ESF SS II	61	M	Médico	1 a	-	X
50	ESF DB	39	F	ACS	9m	-	-
51	ESF DB	34	F	Enfermeira	7 a	-	X
52	ESF DB	36	M	Dentista	9 a	-	X
53	ESF DB	39	F	Téc. Enfermagem	6 a	-	-
54	ESF DB	36	F	ACS	13 a	-	-
55	ESF DB	36	F	TSB	12 a	-	-
56	ESF R	32	F	Enfermeira	9 a	X	-
57	ESF R	25	F	Médica	3 a	-	-
58	ESF R	20	F	ACS	11m	-	-
59	ESF R	39	F	ACS	7 a	-	-
60	ESF R	40	F	Téc. Enfermagem	7m	-	-
61	ESF R	49	F	ASB	8 a	-	-
62	ESF R	37	F	Dentista	10 a	-	X
63	ESF MN I	51	F	Aux. Enfermagem	20 a	-	-
64	ESF MN I	35	F	Enfermeira	11 a	-	X
65	ESF MN I	32	F	Médica	2a 3m	-	-
66	ESF MN I	28	F	ACS	6 a	-	-
67	ESF MN I	41	F	Dentista	9 a	-	X
68	ESF MN I	33	F	ACS	2a 4m	-	-
69	ESF G	47	F	ACS	6m	-	-
70	ESF G	33	F	Aux. Enfermagem	11 a	-	-
71	ESF G	33	F	Enfermeira	10 a	X	X
72	ESF G	32	F	ACS	5a 10m	-	-
73	ESF G	36	F	Médica	4 a	-	-
74	ESF CN	33	F	ACS	9 a	-	-
75	ESF CN	42	F	Téc. Enfermagem	8 a	-	-
76	ESF CN	27	F	Enfermeira	7m	-	X
77	ESF CN	26	F	Dentista	1 a	-	X
78	ESF CN	49	F	ACS	9 a	-	-
79	ESF PE	49	F	ACS	4 a	-	-
80	ESF PE	41	F	Téc. Enfermagem	10 a	-	-
81	ESF PE	21	F	ACS	2 a	-	-

82	ESF PE	43	M	Enfermeira	16 a	X	X
----	--------	----	---	------------	------	---	---

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Figura 1 – Participantes da Pesquisa na formulação da Teoria da Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

3.4 FONTES DE EVIDÊNCIAS

Utilizou-se como fontes de evidências a entrevista aberta individual e os memorandos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista aberta, intensiva, individual, com roteiro semiestruturado. Os dados foram coletados e submetidos à análise concomitantemente. A coleta de dados foi encerrada quando ocorreu a saturação teórica dos dados, ou seja, quando não mais surgiu dado novo ou relevante em relação a uma categoria (STRAUSS; CORBIN, 2008). Após perceber a reincidência das informações, a saturação dos dados, duas ou três entrevistas foram realizadas, em cada município, para confirmação da saturação. Como também, consideramos o encerramento da coleta quando os dados se mostraram suficientes para atender ao objetivo proposto para este estudo.

O roteiro de entrevista semiestruturado incluiu a coleta das características sociodemográficas dos participantes do estudo e as questões norteadoras, contextualizando o objeto em estudo (Apêndice II).

A entrevista foi gravada, após autorização do participante da pesquisa, e realizada em ambiente seguro, garantindo, assim, o sigilo das informações e o anonimato do participante. As entrevistas foram transcritas na íntegra e estão arquivadas, seguramente, pela pesquisadora responsável, por um período mínimo de cinco anos; após este período serão destruídas.

Os memorandos, como fonte de evidências, são elementos imprescindíveis na elaboração de uma Teoria Fundamentada nos Dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os memorandos são uma forma de registro referente à formulação da teoria e podem tomar as formas de notas de codificação, notas teóricas, notas operacionais e subvariedade delas. São construídos durante todo o processo de coleta e análise dos dados. Segundo Strauss e Corbin (2008, p.209), as notas em memorandos podem ser assim consideradas:

Notas de codificação: memorandos contendo produtos reais dos três tipos de codificação: aberta, axial e seletiva; notas teóricas: memorandos sensibilizadores e resumidos que contêm as considerações e as ideias do analista sobre a amostragem teórica e outras questões; notas operacionais: memorandos contendo direções de procedimento e lembretes.

Os memorandos foram descritos durante a coleta de dados e concomitantemente à análise, especificando suas etapas e foram incorporados ao texto desta dissertação, em Apêndice III.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

O conceito é uma “representação abstrata de um fato, de um objeto ou de uma ação/interação que um pesquisador identifica como importante nos dados” (STRAUSS; CORBIN 2008, p. 105). A categoria, por sua vez, é um agrupamento de conceitos “de grande poder analítico, porque tem o potencial de explicar e de prever” (STRAUSS; CORBIN 2008, p. 105), portanto com alto nível de abstração. Isso significa que, no processo de análise, inicialmente o pesquisador identifica os conceitos que, agrupados, darão origem às categorias, reafirmando, dessa maneira, que estas “são conceitos derivados dos dados” (STRAUSS; CORBIN 2008, p.114).

A análise dos dados é feita em etapas interdependentes: codificação aberta, axial, seletiva, para o processo.

A “codificação aberta é o processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e dimensões são descobertas nos dados, eles são separados e comparados em busca de similaridades e de diferenças e divididos em categorias” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.104-105).

Foram realizadas 82 entrevistas, sendo 37 em Divinópolis (E01 a E 37), 25 em Oliveira (E38 a E62) e 20 em Itaúna (E63 a E 82), que foram transcritas na íntegra; e da microanálise originaram 31 códigos *in vivo*.

A codificação aberta foi iniciada pela leitura minuciosa do texto, analisando “cada frase, para identificação de qual ideia estava revelada, nomeando o(s) conceito(s) e suas propriedades e dimensões, configurando a conceituação ou abstração na microanálise” (STRAUS; CORBIN, 2008, p. 119). O texto das entrevistas foi marcado por cores, utilizando cor diversa para cada ideia e formulando os códigos *in vivo* mediante os conceitos identificados. Esses conceitos foram buscados/identificados, ou não, em cada entrevista analisada, conforme ordem cronológica de sua realização, município por município. Assim, a codificação nesta fase baseou-se na conceituação, originando os 31 códigos *in vivo*, segundo os significados que evocaram quando examinados os dados, comparativamente, e dentro do contexto, nomeando-os conforme as ideias, concepções, eventos e fatos/atos relatados nas frases dos informantes.

Na sequência da análise das entrevistas, nesta etapa de codificação, os objetos, ideias, concepções, acontecimentos que compartilharam algumas características comuns foram posicionados no mesmo código *in vivo*. Isto é, os dados foram agrupados e classificados em cada código *in vivo* conforme a similaridade e separados aqueles diferentes, e novos significados foram sendo identificados originando novos conceitos.

Todos os códigos *in vivo* originaram-se no primeiro município de coleta de dados, Divinópolis-MG. Nos demais municípios, houve a repetição dos códigos *in vivo*, em sua maioria, em mais de um município, conforme apresentado no Quadro 2. Essa repetição configurou a saturação dos dados nos três municípios.

Quadro 2- Códigos *in vivo*: o contexto de atuação cotidiana na Atenção Primária/SUS e a Segurança do Profissional. Municípios de Divinópolis, Itaúna e Oliveira, Minas Gerais, Brasil; 2018

Contexto de Atuação Cotidiana na APS/SUS e a Segurança do Profissional				
	Códigos <i>in vivo</i>	Divinópolis	Oliveira	Itaúna
1	Universalidade da atenção no SUS	X	X	X
2	Noção APS	X	X	X
3	Acesso integral	X	X	X
4	Rotina de trabalho na ESF	X	X	X
5	Contexto de trabalho na ESF	X	X	X
6	Sentimento	X	X	X
7	Inter-relação no trabalho em equipe	X	X	X
8	Contexto do SUS	X	X	X
9	Falta de infraestrutura	X	X	X
10	Inter-relação do profissional com usuário	X	X	X
11	Segurança e formação profissional	X	X	X
12	Segurança pela utilização de EPI	X	X	X
13	Segurança e apoio psicológico	X	-	-
14	Segurança e proteção física	X	X	X
15	Valorização do trabalho	X	X	X
16	Integralidade da atenção no SUS	X	X	X
17	Sofrimento moral	X	-	-
18	Segurança na atuação profissional	X	X	X
19	Segurança <i>versus</i> responsabilidade técnica	X	-	X
20	Corresponsabilização	X	X	X
21	Falta de apoio <i>versus</i> segurança	X	X	-
22	Vínculo	X	X	X
23	Motivação para trabalho	X	X	X
24	Modelo de atenção	X	-	X
25	Gestão do SUS	X	X	X
26	Controle social	X	X	-
27	Atuação no SUS	X	-	X
28	Descompromisso no desempenho da função	X	X	-
29	Intersetorialidade	X	X	X
30	Judicialização	X	X	X
31	Segurança do Profissional	X	X	X

Fonte: Análise de Dados da Pesquisa, 2018.

Desses códigos *in vivo*, que foram conceitos originados dos dados das entrevistas, agrupados por similaridades ou divergências, originaram as subcategorias, conforme indica o Quadro 3.

Quadro 3 – Subcategorias e códigos *in vivo*: o contexto de atuação cotidiana na Atenção Primária/SUS e a Segurança do Profissional. Municípios de Divinópolis, Itaúna e Oliveira, Minas Gerais, Brasil, 2018

SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS <i>IN VIVO</i>
Compreensão do SUS sob a ótica dos profissionais da APS	Universalidade da atenção no SUS
	Integralidade da atenção no SUS
	Acesso integral
	Controle social
	Intersetorialidade
O cotidiano na APS e sua implicação na atuação dos profissionais	Noção APS
	Atuação no SUS
	Falta de infraestrutura
	Rotina de trabalho na ESF
	Valorização do trabalho
	Motivação para trabalho
	Contexto de trabalho na ESF
	Corresponsabilização
	Inter-relação no trabalho em equipe
	Inter-relação do profissional com usuário
	Descompromisso no desempenho da função
	Vínculo
O impacto da gestão sobre o contexto do SUS	Contexto do SUS
	Gestão do SUS
	Modelo de atenção
	Judicialização
Determinantes e condicionantes da Segurança do Profissional na APS: formação profissional, infraestrutura, apoio e responsabilidade técnica.	Segurança do Profissional
	Segurança e formação profissional
	Segurança na atuação profissional
	Segurança e responsabilidade técnica
	Falta de apoio <i>versus</i> segurança
	Segurança pela utilização de EPI
Segurança do Profissional: proteção física, apoio psicológico, sofrimento e sentimentos revelam as condições (in)seguras.	Segurança e apoio psicológico
	Segurança e proteção física
	Sentimento
	Sofrimento moral

Fonte: Análise de Dados da Pesquisa, 2018.

A “codificação axial é o processo de relacionar categorias às suas subcategorias associando categorias ao nível de propriedades e dimensões para gerar explicações mais precisas sobre o fenômeno, o objetivo é reagrupar os dados que foram divididos durante a codificação aberta” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 123-124).

Na codificação axial, ocorreu a definição conceitual das categorias por meio da organização de suas propriedades e dimensões, relacionando as categorias às suas subcategorias. As “categorias representam um fenômeno, ou seja, um problema, uma noção, uma questão, um fato ou acontecimento que foi definido como importante” (STRAUS; CORBIN, 2008, p. 124) pelos participantes da pesquisa.

O objetivo da codificação axial é “começar o processo de reagrupamento dos dados que foram divididos durante a codificação aberta” (STRAUS; CORBIN, 2008, p. 124). Os códigos *in vivo* listados foram “qualificados dimensionalmente” (STRAUS; CORBIN, 2008, p. 126).

O Paradigma do fenômeno “Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde” se contextualiza e foi analisado, ao posicioná-lo dentro da estrutura dos serviços e das condições de trabalho para atenção à saúde na APS, relatadas pelos 82 participantes deste estudo. A estrutura disponível e as condições de trabalho e as inter-relações vivenciadas, pelos participantes da pesquisa, no cotidiano de trabalho, criam circunstâncias nas quais os problemas, as questões, os fatos ou acontecimentos relativos à Segurança do Profissional surgem e são situados.

A estrutura e as condições foram relacionadas ao processo das estratégias, ações/interações dos profissionais em resposta aos problemas e questões vivenciadas e que trazem (in)segurança ao profissional nas suas ações e atividades. Essas ações/interações advindas das vivências cotidianas dos participantes da pesquisa no contexto da APS, o processo, serão discutidas, segundo o Interacionismo Simbólico.

A codificação seletiva é o “processo de integrar e refinar a teoria” (STRAUS; CORBIN, 2008, p. 143). Na integração, as categorias são organizadas para determinar a categoria central que é o tema principal da pesquisa, o refinamento “consiste em rever o esquema em busca de consistência interna e de falhas na lógica, completando as categorias”, pouco desenvolvidas, e validando o esquema teórico. Por fim, a codificação para o processo é “representada por acontecimentos e fatos que podem ou não ocorrer em formas ou sequências contínuas”; é a interação entre estrutura e processo e demonstra a variabilidade da teoria (STRAUS; CORBIN, 2008, p. 155-164).

As duas categorias originadas foram integradas para formar um esquema teórico, e os dados foram transformando em teoria: “Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde”. Essa teoria apresenta “a essência da pesquisa, significando a ideia central que relaciona os outros conceitos a ela” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 149).

A saturação teórica se deu no desenvolvimento da categoria central ao perceber que não surgiram novas propriedades, dimensões ou relações durante a análise.

A teoria “Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde” foi validada por meio da “comparação do esquema teórico com os dados brutos”; o esquema foi capaz de explicar a maioria dos fatos, ideias (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 157).

Quadro 4 – Categoria central, categorias, subcategorias e códigos *in vivo*: o contexto de atuação cotidiana na Atenção Primária/SUS e a Segurança do Profissional. Municípios de Divinópolis, Itaúna e Oliveira, Minas Gerais, Brasil, 2018

CATEGORIA CENTRAL	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS <i>IN VIVO</i>
Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde	A atuação cotidiana no SUS em sua terceira década: ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde	Compreensão do SUS sob a ótica dos profissionais da APS	Universalidade da atenção no SUS
			Integralidade da atenção no SUS
			Acesso integral
			Controle social
			Intersetorialidade
		O cotidiano na APS e sua implicação na atuação dos profissionais	Noção APS
			Atuação no SUS
			Falta de infraestrutura
			Rotina de trabalho na ESF
			Valorização do trabalho
			Motivação para trabalho
			Contexto de trabalho na ESF
	Corresponsabilização		
	O impacto da gestão sobre o contexto do SUS	Inter-relação no trabalho em equipe	
		Inter-relação do profissional com usuário	
		Descompromisso no desempenho da função	
		Vínculo	
	Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde: uma Teoria Fundamentada nos Dados	Determinantes e condicionantes da Segurança do Profissional na APS: formação profissional, infraestrutura, apoio e responsabilidade técnica	Contexto do SUS
			Gestão do SUS
			Modelo de atenção
			Judicialização
			Segurança do Profissional
			Segurança e formação profissional
Segurança do Profissional: proteção física, apoio psicológico, sofrimento e sentimentos revelam as condições (in)seguras		Segurança na atuação profissional	
		Segurança e responsabilidade técnica	
		Falta de apoio <i>versus</i> segurança	
		Segurança pela utilização de EPI	
		Segurança e apoio psicológico	
Segurança e proteção física			
Sentimento			
Sofrimento moral			

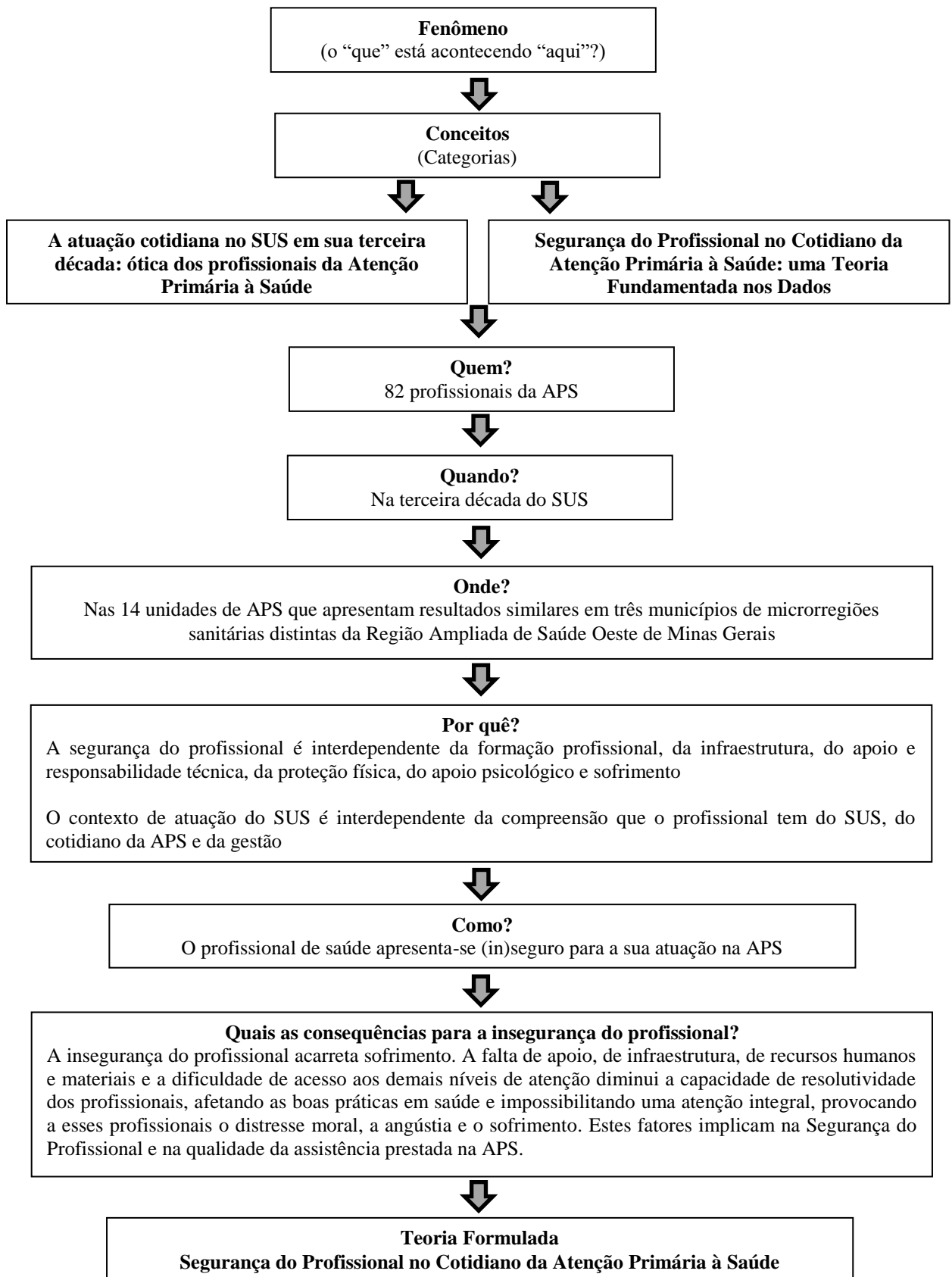
Fonte: Análise de Dados da Pesquisa, 2018.

Codificação para o Processo: a análise dos dados em busca de processo não foi um aspecto separado da análise, ela ocorreu “simultaneamente com a codificação em busca de propriedades, de dimensões e de relações entre conceitos. É parte da codificação axial e da

construção de categorias. Em vez de buscar propriedades, observamos propositalmente ação/interação e notamos movimento, sequência e mudança, além de ver como ela se desenvolve (muda ou permanece a mesma) em resposta às mudanças no contexto ou nas condições” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 165).

A busca pelo processo foi alinhada à questão: “Como a estrutura e as condições foram relacionadas ao processo das estratégias, ações/interações dos profissionais em resposta aos problemas e questões vivenciadas e que trazem (in)segurança ao profissional nas suas ações e atividades no cotidiano da APS?”

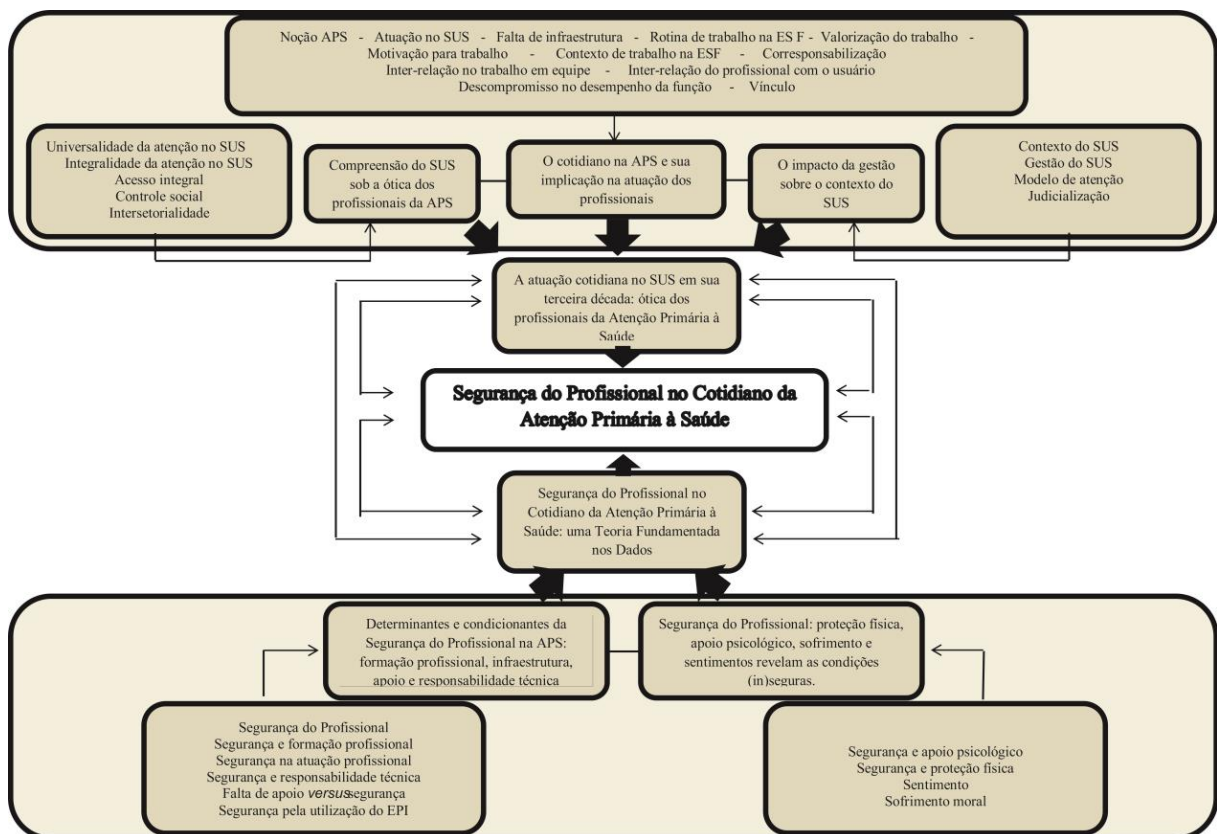
Figura 2 - Relação entre fenômeno e categorias (conceitos), apresentando as propriedades e dimensões na construção do esquema teórico



Fonte: Análise de Dados da Pesquisa, 2018.

Para Strauss e Corbin (2008), os diagramas são recursos visuais que promovem a integração das distintas fases da investigação e têm como objetivo clarear as conexões entre os elementos da teoria. Já os memorandos, são registros que contêm produtos de análise e objetivam o desenvolvimento de conceitos, são recomendáveis como ferramentas auxiliares durante o processo de análise, representando os registros do pesquisador das análises, pensamentos, interpretações, questões e direções para as coletas e análises futuras. Ambos configuram-se como estratégias analíticas, e são considerados registros da análise.

Figura 3 – Modelo Teórico: Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde



Um dos requisitos para o desenvolvimento do processo analítico da TFD é a sensibilidade teórica, onde o pesquisador deve reconhecer diferenças e variações nos dados, nos termos conceituais, no processo de codificação e na interpretação dos significados, baseando no conhecimento adquirido a partir da literatura científica, na experiência profissional, pessoal e no processo analítico da TFD (STRAUSS; CORBIN, 2008).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida, segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução CNS/CONEP nº. 466 de 12 de dezembro de 2012. A coleta de dados iniciou após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei/Campus Centro Oeste.

Entende-se por Processo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as etapas a serem necessariamente observadas para que o convidado a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida. Nesse preceito, foram consideradas duas etapas do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido do participante: 1 - A etapa inicial foi o esclarecimento ao convidado a participar da pesquisa, ocasião em que a pesquisadora buscou o momento, a condição, o local adequados para que o esclarecimento fosse efetuado, considerando as peculiaridades do convidado a participar da pesquisa e sua privacidade; prestaram-se informações em linguagem clara e acessível, utilizando-se das estratégias mais apropriadas à cultura, faixa etária, condição socioeconômica e autonomia dos convidados a participar da pesquisa; e concedeu o tempo adequado para que o convidado a participar da pesquisa refletisse; 2 - Superada a etapa inicial de esclarecimento, a pesquisadora apresentou, ao convidado para participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I) para que fosse lido e compreendido, antes da concessão do seu consentimento livre e esclarecido.

Os participantes foram convidados pela pesquisadora, no local de trabalho, a tomar parte do estudo, segundo os preceitos éticos que envolvem estudos com seres humanos, foram informados sobre os riscos, os benefícios, e os objetivos da pesquisa anteriormente às entrevistas. Foram respeitados perante sua vontade sob a forma de manifestação expressa, livre e esclarecida, com o direito de permanecer e contribuir ou não à pesquisa, comprometendo-se o máximo de benefícios e o mínimo de danos e risco ao entrevistado. Para manutenção do sigilo e anonimato dos participantes da pesquisa, foram utilizados códigos alfanuméricos na descrição dos resultados.

As entrevistas foram gravadas com autorização prévia dos participantes, os dados e instrumentos utilizados nas mesmas, incluindo as gravações, ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período mínimo de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos. Os dados coletados foram tratados com segurança de forma a garantir a confidencialidade e sigilo em todas as etapas do estudo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, sendo assinadas pelo participante da pesquisa e a pesquisadora responsável, assim como todas as páginas foram rubricadas, por ambas as partes.

A coleta de dados iniciou após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer nº. 1.994.924, CAAE 64396416.3.0000.5545. O local da abordagem inicial do convidado a participar da pesquisa foi na Unidade de APS Tradicional ou da ESF, obedecendo à disponibilidade do mesmo para essa abordagem, como também para a entrevista, caso ele aceitasse participar da pesquisa. Solicitou-se a disponibilidade de um local tranquilo e seguro na Unidade para realizar a entrevista, confiando-lhe o sigilo das informações que foram coletadas.

As informações coletadas não foram utilizadas em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros. Os resultados da pesquisa foram utilizados para fins científicos, podendo ser publicados e apresentados em eventos científicos.

Os participantes da pesquisa terão o direito de serem informados sobre os resultados da pesquisa, caso sejam solicitados serão fornecidas todas as informações. Ao final do estudo, a pesquisadora se comprometeu com a divulgação dos resultados para as instituições participantes, cenários da pesquisa.

3.6.1 RISCOS DA PESQUISA

Os riscos de participação neste estudo são mínimos e estão relacionados a constrangimentos ao responder a entrevista e à exposição dos participantes e quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Para minimização dos riscos, foram adotadas medidas de prevenção, como a garantia de que a entrevistadora será devidamente treinada; o respeito ao participante da pesquisa e sua preferência do local para realização da coleta de dados; a garantia do anonimato dos participantes da pesquisa e do sigilo das informações ao assegurar que a coleta de dados fosse realizada em ambiente reservado e individualmente. Na presença desses riscos em decorrência do estudo, está garantida a não exposição e sigilo das informações. Diante disso, os instrumentos de coleta de dados foram identificados por códigos alfanuméricos (“E” de entrevistado e o número em algarismo arábico conforme sequência cronológica da entrevista), garantindo, assim, o anonimato dos participantes envolvidos. As entrevistas permanecerão em posse da pesquisadora por período de cinco anos e, após, serão incinerados. Os relatórios e resultados deste estudo foram apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

Somente a pesquisadora e o entrevistado envolvido na pesquisa tiveram acesso ao material coletado.

Todos os participantes foram informados acerca dos objetivos da pesquisa e esclarecidos sobre o conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes de o assinarem.

Considerando o possível constrangimento da pesquisa, esse risco mínimo pode estar relacionado a possíveis desequilíbrios emocionais, para preveni-los ou minimizá-los, deixamos claras as perguntas e a dinâmica da entrevista que foi individual. Não foi percebida ansiedade excessiva ou outra intercorrência, não sendo necessário suspender nenhuma entrevista. O participante teve a liberdade de não responder a(s) questão(ões) que ele não quisesse ou não se sentisse à vontade para responder. Porém, todos os participantes responderam todas as questões formuladas. Para manutenção do sigilo e anonimato do participante foram adotados, pelas pesquisadoras, os seguintes critérios: utilização da letra “E” (de entrevista), acrescida ao número da entrevista do participante de forma sequencial (E1, E2, E3, E4, etc).

Se efeitos indesejáveis ocorressem, apesar de todos os cuidados possíveis e que pudessem acontecer sem que a culpa fosse do participante ou da pesquisadora, como exemplo, o constrangimento no momento de responder à entrevista, o participante teria o direito de manifestar-se, interromper a entrevista ou mesmo optar por não mais participar do estudo sem quaisquer prejuízos à sua pessoa. Não houve ocorrência, nem mesmo emocional. As entrevistas aconteceram com os 82 participantes e não foi necessário encaminhar ao médico e/ou psicólogo da rede básica de saúde de nenhum dos municípios.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Dos resultados originaram dois artigos: 1. A atuação cotidiana no SUS e sua terceira década: ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde; 2. Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde: uma Teoria Fundamentada nos Dados.

4.1 A atuação cotidiana no SUS em sua terceira década: ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde

The daily actions in the SUS in its third decade: optics of Primary Health Care professionals

RESUMO

Objetivo: compreender o contexto de atuação cotidiana do profissional na Atenção Primária à Saúde (APS). Método: pesquisa qualitativa, ancorada na Teoria Fundamentada nos Dados, e no referencial teórico do Interacionismo Simbólico. A coleta de dados ocorreu entre abril de 2017 a março de 2018, em três municípios pertencentes às regiões sanitárias distintas de Minas Gerais. Utilizaram-se entrevistas abertas individuais e memorandos. Foram entrevistados 82 profissionais de saúde que atuam na APS, e a coleta e análise dos dados ocorreram simultaneamente. Resultados: o contexto de atuação cotidiana no Sistema Único de Saúde (SUS) é apresentado pelos profissionais da APS e perpassa pela compreensão que têm do SUS, do trabalho na APS e sua implicação na atuação profissional; e pelo impacto da gestão no contexto do SUS. Os participantes da pesquisa descrevem como é o contexto de atuação na APS e sua influência em uma assistência (in)segura. Conclusão: refletir sobre a atuação cotidiana do profissional na APS é fundamental, uma vez que esta é marcada por fatores que podem ocasionar (in)segurança e comprometer a qualidade da assistência, proporcionando angústia aos profissionais de saúde da APS. A compreensão do significado atribuído a este contexto e aos fatores que influenciam na atuação do profissional pode ser objeto de reflexão e incentivo para mudanças na realidade da APS, na qualidade dos serviços e para boas práticas.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde, Pessoal de Saúde, Condições de Trabalho.

ABSTRACT

Objective: to understand the everyday professional practice context in the Primary Health Care (PHC). Methods: qualitative research, anchored in the Theory Based on the Data, and in the theoretical reference of Symbolic Interactionism. Data collection occurred between April

2017 and March 2018, in three municipalities belonging to the distinct sanitary regions of Minas Gerais. Individual open interviews and memos were used. We interviewed 82 health professionals who work in PHC, and data collection and analysis occurred simultaneously. Results: the context of action in the Unified Health System (SUS) is presented by the APS professionals and is based on the understanding that SUS has for the daily work of PHC and its implication in the professional performance; and the impact of management in the SUS context. The participants describe how the context of action in APS is and its influence on (in) safe care. Conclusion: to reflect on the everyday professional practice in PHC is fundamental, since it is marked by factors that can cause (in) safety and compromise the quality of care, causing distress to PHC health professionals. The understanding of the meaning attributed to this context and the factors that influence the performance of the professional can be the object of reflection and encouragement for changes in the reality of PHC, quality of services and good practices.

Keywords: Primary Health Care, Unified Health System , Health Services Accessibility , Health Personnel, Working Conditions.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado tendo como objetivo o direito social à saúde pública no Brasil e trouxe, em sua implementação, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como centro ordenador da Rede de Atenção à Saúde. A ampliação e expansão da APS se deu pela Estratégia Saúde da Família, com vistas a efetivar a assistência universal, integral e equânime à população, sem restrições, reafirmando a acessibilidade dos cidadãos brasileiros à atenção à saúde^{1,2,3}.

No entanto, após três décadas da criação do SUS, a APS ainda não consegue atender às demandas de saúde dos usuários em tempo oportuno e necessário, havendo grandes entraves para a consolidação dos princípios do SUS. “A garantia e a ampliação do acesso e da efetividade da atenção no SUS dependem da disponibilidade de recursos, e é determinante buscar a melhoria do financiamento. Nas últimas três décadas, trataram-se das evoluções da oferta de estabelecimentos e de profissionais e do acesso aos serviços, sendo possível demonstrar a importância do SUS na atenção à saúde da população brasileira e o caráter fundamental desse patrimônio”⁴.

O contexto de atuação dos profissionais de saúde é marcado por vários fatores que comprometem a assistência, dentre eles a sobrecarga de trabalho, a falta de infraestrutura, a

(des)valorização e (des)motivação do profissional e as dificuldades nas relações com usuários^{5,6}.

Estudos realizados em São Paulo e no Chile evidenciaram que os profissionais de saúde se sentem sobrecarregados e frustrados por não conseguirem realizar todas as funções propostas para o seu trabalho^{7,8}.

Sabe-se que o trabalho em saúde, enquanto campo de saberes e práticas, é essencial para a atenção e cuidado, nesse sentido, conhecer o contexto de trabalho e o cotidiano dos profissionais é fundamental para alcançar um cuidado seguro e com qualidade^{9,10}.

Estudos realizados nos Estados Unidos demonstraram que a continuidade do cuidado melhora a equidade e que esta favorece a qualidade da saúde, possibilitando a interação do profissional com o usuário e a melhoria na assistência prestada^{11,12}.

As dificuldades encontradas pelos profissionais para a atuação no SUS constituem-se um fator impactante no cotidiano dos serviços de saúde, uma vez que comprometem a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, impossibilitando a prestação de uma assistência integral à população^{6,13}.

Portanto, justifica-se a proposta deste estudo pela relevância em compreender o contexto de atuação no SUS, em sua terceira década, sob a ótica dos profissionais de saúde na APS em três municípios mineiros.

Nesse sentido, como é o contexto de atuação cotidiana no SUS em três municípios do estado de Minas Gerais, Brasil, na percepção dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde?

O objetivo deste estudo é compreender o contexto da atuação cotidiana no SUS em sua terceira década, na percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Este estudo de abordagem qualitativa, sob o método da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)¹⁴, fundamentado no Interacionismo Simbólico (IS)¹⁵, foi, assim, delineado para identificar dados sobre a atuação cotidiana no SUS em sua terceira década de criação, sob a ótica dos profissionais da APS. Considerando a relevância do SUS como sistema público na efetivação do direito à saúde da população brasileira, a complexidade da atenção à saúde e a variabilidade dos fenômenos sociais e das ações humanas para atuação profissional na Saúde Pública, deve-se sopesar que as pessoas agem com base em significados, que é definido e redefinido pela interação entre elas^{14,15}.

A TFD é um processo que requer rigor metodológico com fins de fundamentar os dados coletados por meio de organização de conceitos e formulação de um modelo teórico, o que depende diretamente do nível de complexidade da análise atribuída ao fenômeno em estudo. Seu objetivo é gerar uma teoria ou explicação teórica unificada para um processo, em uma ação ou interação configurada pela visão de um grande número de participantes da pesquisa evidenciada nos dados coletados¹⁴.

O cenário de estudo contemplou três municípios pertencentes à Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, Brasil, definidos após classificação quanto ao porte populacional e microrregião sanitária. A coleta dos dados foi realizada no período de abril de 2017 a março de 2018, por meio de entrevistas abertas e individuais e registros em memorandos. As entrevistas foram realizadas em sala reservada da unidade de saúde, baseadas em roteiro semiestruturado, registradas em gravação de áudio que foram transcritas na íntegra e analisadas concomitantemente à coleta de dados. A seleção das unidades de saúde dos três municípios foi realizada por meio de sorteio aleatório.

Participaram da pesquisa 82 profissionais de saúde das equipes de APS Tradicional e das equipes da ESF, sendo 37 no município 1, 25 no município 2 e 20 no município 3, que foram convidados no local de trabalho mediante sua disponibilidade. Adotou-se como critério de inclusão o profissional ter no mínimo seis meses de atuação na APS e, como critério de exclusão, profissional estar em férias ou afastado. Alcançou-se a saturação teórica dos dados, quando novos dados ou relevantes não mais surgiram em relação a uma categoria¹⁴.

A análise dos dados foi feita em etapas interdependentes: codificação aberta, axial, seletiva, para o processo.

A codificação aberta originou 31 códigos *in vivo* mediante os conceitos identificados, que foram agrupados e classificados conforme as similaridades e divergências, originando cinco subcategorias, sendo elas: *Compreensão do SUS sob a ótica dos profissionais da APS; O cotidiano na APS e sua implicação na atuação dos profissionais; O impacto da gestão sobre o contexto do SUS; Determinantes e condicionantes da Segurança do Profissional na APS: formação profissional, infraestrutura, apoio e responsabilidade técnica; Segurança do Profissional: proteção física, apoio psicológico, sofrimento e sentimentos revelam as condições (in)seguras.*

A codificação axial compreendeu a relação das categorias e subcategorias, seguindo as linhas de suas propriedades e dimensões e levou à definição conceitual de duas categorias: *A atuação cotidiana no SUS em sua terceira década: ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde;* e *Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde:*

uma Teoria Fundamentada nos Dados. Essas duas categorias foram integradas e refinadas na codificação seletiva, até identificar a categoria central, e os dados foram se transformando na teoria “Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde”. Essa teoria apresenta “a essência da pesquisa, significando a ideia central que relaciona os outros conceitos a ela”¹⁴.

Na codificação para o processo, a análise dos dados considerou a questão: “Como a estrutura e as condições foram relacionadas ao processo das estratégias, ações/interações dos profissionais em resposta aos problemas e questões vivenciadas e que apresentam a (in)segurança ao profissional nas suas ações e atividades no cotidiano da APS?”.

O Paradigma de análise da teoria formulada sopesou a estrutura dos serviços e as condições de trabalho para atenção à saúde na APS, relatadas pelos 82 participantes deste estudo. A estrutura e as condições foram associadas ao processo das estratégias, ações/interações dos profissionais em resposta aos problemas e questões vivenciadas e que trazem a (in)segurança ao profissional nas suas ações e atividades.

Esta pesquisa atendeu aos preceitos éticos da Resolução CNS/CONEP nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei/Campus Centro Oeste, sob o Parecer nº. 1.994.924. Para garantir o sigilo e anonimato dos participantes, utilizou-se a letra “E” seguida do número correspondente à ordem de realização das entrevistas para designá-los (E1, E2... E82).

RESULTADOS

A amostragem teórica deste estudo compõe 82 participantes, dentre eles: 22 Agentes Comunitários de Saúde, 14 enfermeiros, 13 técnicos de enfermagem, 08 médicos, 08 dentistas, 07 Auxiliares de Saúde Bucal, 04 auxiliares de enfermagem, 02 Técnicos de Saúde Bucal, 01 fonoaudiólogo, 01 fisioterapeuta, 01 psicólogo, 01 residente de enfermagem. Dos 82 participantes 91,46% são do sexo feminino, a idade variou entre 20 e 67 anos, sendo a predominância entre 30 e 50 anos representando 79,3% (65). O tempo de atuação profissional na APS variou de 6 meses a 32 anos, sendo que 39,02% (32 participantes) têm 10 anos ou mais de trabalho na APS.

Do processo de análise e integração sistemática dos dados, emergiu o fenômeno do estudo sustentado por duas categorias inter-relacionadas, neste artigo será abordada a primeira categoria conforme ilustra a Figura 1.

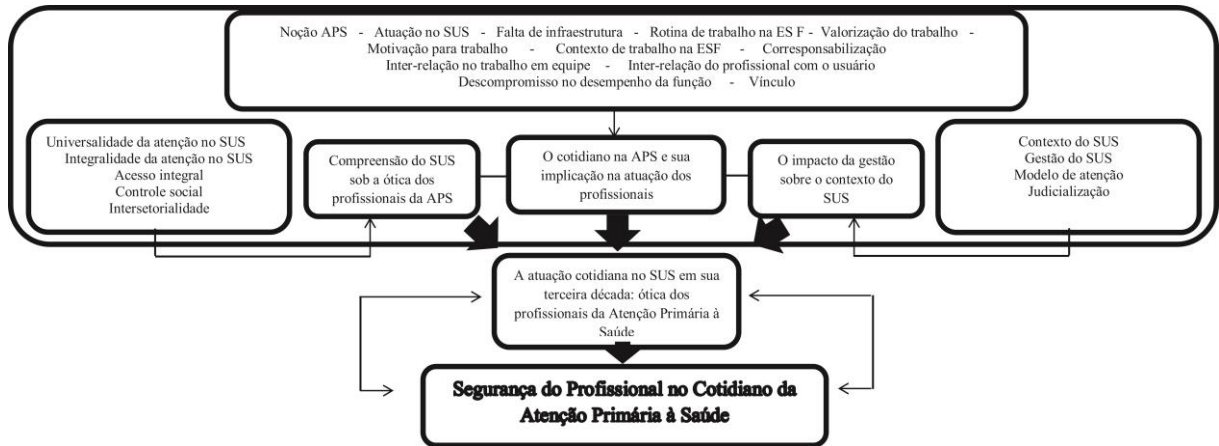


Figura 1- Modelo Teórico: Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde

O contexto de atuação cotidiana em 30 anos de SUS sobre a ótica dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde está apresentado em três subcategorias que promovem um movimento indutor para o fenômeno central.

Os participantes deste estudo falam da compreensão que têm do SUS, expressando a universalidade e a integralidade da atenção no SUS e o acesso dos usuários aos serviços ofertados. Destaca que o controle social não é visto pelos profissionais como ferramenta de mudança e que a intersetorialidade favorece o contexto de atuação dos profissionais:

O SUS é para atender todas as pessoas do Brasil, independente dela ser pobre ou ser rica. Quando a pessoa procura o SUS entrou a porta para dentro ela é seu usuário e você tem que atendê-lo igual você atende todas as pessoas. (E₁)

O SUS... é a integralidade dentro da assistência. Ver o usuário como um todo em uma assistência integral, com equidade, sabendo dar mais a quem tem menos, é ser justo. E tentar oferecer uma saúde integral mesmo, você tem que contemplar aquele ser humano... (E₂₆)

É um sistema de saúde público que todos têm direito de usar. E em teoria, ela teria exames, consultas e prevenção. [...] Porque na prática o paciente não consegue tudo que ele precisa, até o básico que seria a consulta, a avaliação inicial, ele não consegue sempre que ele precisa. (E₇₃)

Vai dando certa descrença em trabalhar no SUS. Primeiro que você não tem nada para o fazer, a não ser você e você, não é?! O profissional não exige, a população não exige, está faltando ortopedista, você vai dá um jeitinho, consegue sua consulta e o resto que se exploda. Não existe coletivo, existe o umbigo. Eu resolvo o meu problema. [...]. Então o que eu espero de um futuro é que nós, povo, acordemos, não é?! [...] Enquanto não aprendermos que nós povo, que o coletivo tem força, vamos ser isso, faltando tudo. (E₁₃)

Todos trabalharem juntos, as equipes da ESF, o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), todas as instituições juntas num só propósito: O bem da população. (E₄₄)

A APS como porta de entrada e a equipe da ESF como referência para a população adscrita:

A APS é a porta de entrada da população no sistema de saúde. É o primeiro passo ali da população, é trabalhar com a população adscrita, para aumentar o vínculo. Justamente isso: Estratégia Saúde da Família para a família... é a gente adentrar na casa, não é?! Conhecer os problemas daquela família, compartilhar com eles a situação. A gente acaba vivenciando o problema da família junto com eles, não é?! A verdade é essa. E sem dúvida, eu acho que foi a melhor estratégia que poderia ter existido na saúde, no SUS, que é a ordenadora da APS e de toda a rede de serviço à saúde. (E₄₆)

A infraestrutura inadequada compromete a acessibilidade às ações e serviços:

Um dos grandes problemas do SUS é na verdade a falta de profissional que quer trabalhar dentro do SUS e que tenha vontade mesmo de fazer o negócio acontecer. (E₃₀)

Tem dificuldade quando precisa mais do nível secundário e terciário, conseguir consultas com especialistas, e a questão de reabilitação por falta de profissionais ou porque é difícil esse acesso mesmo pela dificuldade de transporte do próprio paciente. [...] Às vezes, a dificuldade de conseguir tratamento medicamentoso, muitas medicações o SUS não oferece. [...] Tem pacientes que esperam anos na fila e, às vezes, quando consegue, talvez seja tarde demais... [...] a gente tem a falta de recursos humanos, falta de materiais, e o excesso de atividades, isso tudo com certeza prejudica a qualidade do trabalho. (E₆₄)

A atuação do profissional no cotidiano da APS é relatada na sobrecarga de trabalho, a (des)valorização do trabalho e a (des)motivação para o trabalho:

A sobrecarga mesmo. [...] Nós fizemos uma reunião com o secretário de saúde, em relação ao piso salarial que está muito inferior e todos insatisfeitos com o salário e sobrecarregado com o serviço, porque o salário está pouco e o serviço está muito. (E₄₃)

A valorização profissional, e isso afeta sem dúvida na assistência à população. [...] Eu só não me sinto 100% realizada pela desvalorização salarial que, infelizmente, é uma classe bem desvalorizada. (E₄₆)

Eu vejo um desgaste muito grande de todos os profissionais e uma descrença muito grande de todos os profissionais com a rede sabe?! Assim, com o sistema de modo geral. Assim, daquela conversa de que não adianta... De que não vai mudar... De que eu vou mandar para lá para quê? Se não tem vaga. Esse clima assim, de desacreditar, sabe?! (E₃₄)

O usuário vem e cobra, porque é a porta de entrada. A gente fica de pés e mãos atadas porque tenta fazer, resolver, mas nem tudo depende só da gente. Se eu pudesse falar: “Seu exame vai sair na próxima semana”, seria excelente! E aí eu fico insegura, preocupada com o andamento desse paciente e frustrada mesmo, por esses motivos, a cobrança é muito grande. (E₇₁)

A corresponsabilização na promoção da saúde e no cuidado/autocuidado não se manifesta como responsabilidade compartilhada:

É enxugar gelo, porque a população precisa ter consciência que ela é responsável pela saúde dela. Porque, às vezes, eles acabam achando que a gente tem responsabilidade até de cuidar da vida deles, de uma alimentação adequada, de uma dieta bem feita, entendeu?! O que você mais vê é remédio para diabetes e hipertensão, sabe?! E a pessoa vem “estou fazendo dieta” e está com a glicose lá nas alturas e não faz. Então, eu acho que as pessoas tinham que ser responsabilizadas sim! (E₅₀)

Os profissionais expressam algumas características que comprometem o trabalho no SUS: inter-relação no trabalho equipe, inter-relação do profissional com o usuário, descompromisso no desempenho da função, (não) vínculo:

A união da equipe porque o ACS sozinho não faz, não tem como... É a equipe junto. Então a segurança de uma equipe muito unida quando a gente precisa de qualquer coisa. (E₂₈)

Têm muitos usuários que gostam, elogiam e recebem a gente muito bem em casa. Têm aqueles que são agressivos, principalmente aqui dentro da unidade, porque eles querem consultar, chega tarde e não tem como consultar, aí eles transferem aquilo para quem está ali na recepção. Então assim a gente passa estresse aqui e lá na rua também. (E₁)

O SUS para mim está um caos devido às pessoas que trabalham no SUS. [...] Porque o pessoal que está na ponta é que tem que buscar o usuário, ele não tem que despachar o usuário. Ele tem que fazer tudo para o usuário se sentir confortável naquele local. Então se ele coloca barreiras e dificuldades esse usuário não vai vir na Unidade, ele vai buscar outros caminhos que, às vezes, é muito mais dispendioso, tortuoso e difícil para ele. (E₂₉)

A gente cria vínculo com o usuário, com o problema de saúde dele, com o problema social. A gente preocupa com essa pessoa e quer que ela seja realmente atendida e o problema dele resolvido. Muitas vezes, tem falha. (E₉)

A cultura biomédica e o descuido com a saúde determinam a procura de atendimento na APS em demanda espontânea. Além disso, é declarada a crise financeira dos usuários que tinham planos privados de saúde e que migraram para o SUS:

O problema na Atenção Primária mesmo é a demanda espontânea maior, uma questão cultural da população de procurar mais a Unidade quando está doente, não procurar para promover a saúde. Se cuidar antes de adoecer... Então nesse sentido, o pessoal chega cronificado. Apesar disso, a gente tem conseguido ser resolutivo. Mas eu não sei se o Brasil está preparado para esse SUS em termos financeiros. E como os planos de saúde estão ficando mais caro, tem uma população grande migrando para o SUS, e eu não sei se esse SUS vai dar conta. Mas eu acredito no SUS, sabe?! Eu acredito que deve segurar as pontas aí, e não desistirmos. (E₂₆)

O desconhecimento dos usuários sobre o SUS e os pressupostos da APS: o SUS é muito bonito de se ver, deveria funcionar conforme os princípios e diretrizes, mas eu vejo uma dificuldade muito grande de colocar em prática, é um desafio muito grande. [...] A população não entende, não sabe, desconhece o Sistema... Não entende o que é uma APS, não entende o que é uma urgência e emergência, o que é um pronto socorro. Então isso confunde muito e atrapalha um pouco a organização do SUS, no meu campo de atuação. [...] Assim, as pessoas tem acesso às coisas, só que por elas não entenderem muito elas acham que tem que ser tudo hoje, não é?! (E₅₁)

As implicações da gestão no cotidiano de atuação na APS, a influência do modelo de atenção vigente e da judicialização, são fatores que interferem no cuidado prestado:

Acho que talvez falta compromisso de alguns profissionais, e tem a limitação da gestão [...] Muda sempre o secretário.. Muda sempre o diretor... Acho que falta uma pessoa para pegar do início ao fim, para que

isso aconteça mesmo. [...] É uma rotatividade muito grande e cada um vem com um interesse, vem com um valor, vem com uma cultura. (E₂₆)

Eu acho difícil, porque assim, é uma população mais carente. Então a comunicação é difícil. Tentar transformar uma visão de saúde que eles têm com a visão menos medicalizada. [...] Mas a saúde é um resultante de vários fatores: educação, alimentação, atividade física... E tirar isso da cabeça das pessoas: “Ah, não vai me dar um remédio?” É difícil. E também a questão da falta de recurso. (E₄₉)

A judicialização é outra. Qualquer coisa o promotor está aqui, está interferindo até na sua receita. Você vai passar um medicamento, esses medicamentos que estão aí no serviço público, por exemplo, tem muitos deles que estão ultrapassados. Você vai usar? Eu não uso para minha família. Agora, se você medica outro, o promotor fala não tem que ser só o que tem no serviço público? Quer dizer: Medicina para pobre. De pobre para pobre, não é?! Aí eu pergunto: Isto te dá alguma segurança? Esse paciente vai ficar voltando aqui com a mesma doença, não é?! (E₁₅)

Às vezes, a prefeitura acha que a gente está pedindo demais para o paciente e acaba cobrando da gente assim: “Olha não faça tanto isso, porque isso a gente não tem condição de arcar”. E, às vezes, a gente sabe que o paciente precisa e ele não tem condição de ter isso de outra forma. Eu peço mesmo assim, oriento, ajudo no que for possível, em termos de papéis que ele precisa para entrar nesse processo. Desde que ele precise mesmo. Mais que dá uma insegurança nesse sentido da política, dá. (E₇₃)

DISCUSSÃO

O SUS constitui um marco na história da saúde pública no Brasil como um sistema de saúde para todos, firmado no princípio da universalidade e igualdade de acesso às ações e serviços de saúde¹⁶.

No que tange à universalidade, integralidade e equidade, os participantes desta pesquisa apresentam entendimento em relação a esses princípios. No entanto, relatam que há distanciamento entre o instituído e a prática, e reconhecem uma realidade que dificulta e até impede que os usuários tenham acesso a alguns serviços oferecidos pelo SUS. A universalidade é entendida como a cobertura de toda a população, mas deve ser acrescida pelo acesso equânime à saúde em todos os níveis de assistência, se necessário, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Os princípios da equidade e da universalidade são elementos interpeladores das políticas de saúde e também das práticas cotidianas. A percepção desses princípios sugere a APS como um local de acesso e direito à saúde como uma porta prioritária do Sistema¹⁷. No entanto, estudo realizado em Minas Gerais evidencia que ainda não se consegue atender a todos os usuários que procuram assistência na APS de forma resolutiva¹⁸.

A integralidade em saúde ao longo da construção social do SUS “vem sendo incorporada à consciência crítica dos profissionais de saúde. No entanto, não basta que esses profissionais possuam um olhar atento e capaz de apreender as necessidades do usuário se a população não tem acesso a um Sistema com ações integrais”¹⁹. A concretização da

integralidade no cotidiano dos serviços “depende da organização da rede, dos serviços e das práticas em saúde, da definição de políticas de saúde e sociais de forma integrada”¹⁹.

A atenção e cuidado integral à saúde é interdependente de planejamento, considerando as necessidades das pessoas, da organização dos serviços de saúde para acolher as demandas, o cuidador e o ser cuidado em suas dimensões emocional, cultural e social²⁰. A continuidade do cuidado é fruto de uma ação conjunta, que se caracteriza como uma articulação reflexiva, negociada, compartilhada, significativa e coerente das diversas ações singulares de cuidados por parte dos envolvidos no contexto das interações em que ocorre e se manifesta na forma como o usuário percebe esta ação interdisciplinar no cuidado²¹.

A dificuldade da população e dos profissionais de saúde em reconhecerem-se como proativos na participação popular foi manifestada neste estudo. O controle social legitimado democraticamente como direito e princípio do SUS só adquire sentido quando é percebido como responsabilização compartilhada de profissionais de saúde, gestores e usuários, em colaboração e envolvimento com a construção das políticas de saúde e em defesa do SUS²². A participação e o controle social são elementos fundamentais nas ações sanitárias, uma vez que a realidade social exige a construção do poder coletivo a partir de diferentes saberes, setores e necessidades que permeiam a Saúde e outros protagonistas envolvidos²³.

A intersetorialidade foi apontada pelos participantes deste estudo como facilitadora no cotidiano de atuação profissional, favorecendo a resolutividade dos problemas sanitários no agir coletivo. Facilita a construção das Redes de Atenção à Saúde com a corresponsabilização entre a Saúde e os outros setores, a troca de saberes, o planejamento de ações e a tomada de decisões de forma compartilhada²³.

A APS é reconhecida pelos profissionais deste estudo como uma porta de entrada no Sistema e a equipe como referência para a população adscrita. A ESF representa a principal estratégia para qualificar a atenção prestada na APS, assegurando os princípios do SUS, sendo uma estratégia capaz de estruturar e ordenar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para acesso integral e equânime, mediante as necessidades das pessoas^{2,24}. Pela RAS, busca-se a prestação de serviços de forma efetiva e com relações horizontais, e se faz fundamental para garantir acesso universal dos usuários as ações e serviços de saúde, de acordo com a necessidade²⁵.

No entanto, mesmo com os avanços alcançados na APS após a implantação e expansão da ESF, reconhece-se que seus princípios e práxis ainda não traduzem a realidade no cotidiano dos serviços, principalmente em relação à integralidade do cuidado; são grandes

os desafios no que se refere ao perfil dos profissionais e ao trabalho em equipe, tendo em vista a resolutividade das demandas em saúde^{1,6,26}.

O Sistema não consegue assegurar a contiguidade da assistência, acarretando aumento do trabalho, de gastos e dificuldades aos usuários, sendo fundamental para a concretização do acesso aos serviços a criação de uma rede de atenção preparada para atender às demandas da população²⁴.

Assim, os profissionais se deparam com uma realidade onde o acesso aos outros níveis de Atenção não ocorre adequadamente e falta recursos humanos e materiais, ocasionando sobrecarga de trabalho e prejuízo na segurança e na qualidade da assistência prestada, revelando a falta desses recursos e as múltiplas tarefas como aspectos negativos que influenciam nos serviços prestados²⁷.

A atuação profissional no cotidiano da APS foi marcada pelos participantes por sobrecarga de trabalho e baixa remuneração, fatores que causam insatisfação nos profissionais de saúde. Estudos corroboram com este achado ao evidenciarem que a sobrecarga de trabalho e as condições laborais inapropriadas podem acarretar grandes consequências para o profissional. Esses fatores ocasionam o alto nível de estresse emocional e físico, podem acometer a saúde e influenciar no desempenho do profissional e colaborar para uma maior probabilidade de cometer erros, comprometendo o cuidado prestado, ocasionando danos às pessoas assistidas^{5,6,28,29} e insegurança ao profissional. Além disso, a baixa remuneração associada ao excesso de trabalho em função de toda a responsabilidade que os profissionais possuem, contribui para a insatisfação⁶.

Os participantes relatam não se sentirem valorizados, proporcionando desmotivação e, conseqüentemente, piora da qualidade da assistência e reforçam a necessidade de melhorias salariais.

A atuação do profissional merece atenção maior da gestão, a fim de enaltecer o trabalhador, o reconhecimento, a valorização e o estímulo dos profissionais, não apenas como força de trabalho, mas como pessoas responsáveis por um fazer significativo. Esses profissionais exercem influência em seu compromisso com o trabalho e refletem-se na assistência e na qualidade do serviço oferecido à população²⁵.

A ausência de um plano de cargos e salários impede ascensão dentro da instituição e, conseqüentemente, melhor salário e reconhecimento são alguns dos motivos que colaboram para a desmotivação do profissional. É preciso investir em estratégias para melhorias salariais, uma vez que podem influenciar no trabalho desse profissional, na qualidade de vida dele e na

permanência ou abandono da profissão⁶. Como também, motivação para o trabalho e qualificação do profissional devem ser estratégias adotadas no cotidiano da APS.

Os participantes se sentem desmotivados no desempenho de sua função e não acreditam em mudanças. Vários são os aspectos desmotivadores, dentre eles: recursos humanos e materiais deficitários; remuneração inadequada; alta rotatividade dos profissionais; infraestrutura precária para o trabalho; dificuldade de trabalhar interdisciplinarmente e em equipe; baixa resolubilidade; excesso de demanda²⁶.

Destarte, o contexto de trabalho é marcado por insegurança e frustração dos profissionais que atuam no SUS e pela cobrança dos usuários frente às dificuldades dos profissionais em responder às suas necessidades por falta de recursos.

Os profissionais participantes deste estudo ressaltam a importância de os usuários responsabilizarem-se por suas demandas em saúde, uma vez que esse fato torna-se dificultante para o vínculo terapêutico. A continuidade do cuidado se inicia pela interação do usuário com o profissional e da experiência dos mesmos favorecendo a corresponsabilização. No entanto, o usuário deve se responsabilizar com sua saúde, assumindo seu lugar de protagonista, com participação ativa e contínua, com o intuito de efetivar seu acompanhamento em saúde²¹. Em um estudo realizado em Porto Alegre, observou-se que a confiança e o diálogo estabelecidos entre o usuário e o profissional são fatores que contribuem para a adesão ao que foi proposto³⁰.

A Segurança do Profissional é aumentada quando o trabalho é realizado em equipe, os participantes deste estudo relatam que não é possível desempenharem seus papéis sozinhos, uma vez que o trabalho em equipe proporciona o cuidado com qualidade, considerando o usuário como protagonista e corresponsável pelo cuidado, manutenção e promoção da saúde. Dessa forma, a Segurança do Profissional é determinada pela corresponsabilidade de todos: profissional, equipe, gestão e protagonismo do usuário; e não uma conotação de culpabilização do profissional pela sua segurança.

A interdisciplinaridade possibilita o compartilhamento do conhecimento e a integração dos profissionais proporciona o planejamento e a divisão de tarefas, cooperação, colaboração de forma democrática, englobando os diversos interesses, necessidades, saberes e habilidades. Nesse sentido, a articulação de saberes e fazeres possibilita a qualidade da atenção à saúde e aumenta a satisfação do profissional, onde todos devem conhecer a função e as responsabilidades de cada um^{6,31}.

Deste modo, ao tomar uma decisão em relação ao cuidado, a ação de um profissional pode ter um significado diferente da ação do mesmo cuidado para outro profissional,

principalmente, quando se refere a categorias profissionais diferentes. Estas ações, quando negociadas e compreendidas interdisciplinariamente por estes profissionais, ao interagirem, se completam e se convergem em cuidado integral ao usuário²¹.

A inter-relação profissional/usuário se dá pelo tratamento respeitoso, mas esta pode se tornar estressante, algumas vezes, quando as necessidades dos usuários não são atendidas e estes se tornam agressivos com os profissionais. Um estudo corrobora com este achado ao apresentar que a relação usuário/profissional nem sempre é congruente, porém cabe ao profissional o desenvolvimento de capacidades para o convívio e gerenciamento de conflitos, uma vez que o bom relacionamento entre eles está relacionado com a qualidade do atendimento prestado⁶. A ação-interação entre os profissionais e usuários permite aos indivíduos significar e ressignificar suas perspectivas em relação ao cuidado e, assim, progressivamente, essas perspectivas vão conduzindo e auxiliando a tomada de decisão acerca do atendimento em saúde²¹.

No que tange ao desempenho da função profissional, os participantes deste estudo reforçam a importância de acolher, ouvir e tentar resolver as necessidades dos usuários, para que estes procurem a APS como porta de entrada ao Sistema e não os outros serviços de maior complexidade tecnológica/diagnóstica, se não houver necessidade. Considerando a acessibilidade em saúde, quando os usuários buscam os serviços de saúde, eles esperam que os profissionais resolvam ou, pelo menos, minimizem o problema que o levou a procurar aquele serviço²⁰.

Os resultados deste estudo reforçam a importância do vínculo com os usuários, oportunizando um cuidado seguro e com qualidade. Este emerge como essencial para as demandas do cuidar, possibilitando um cuidado contínuo e integral, de caráter individual e coletivo. A continuidade do cuidado e a resolutividade das demandas em saúde na APS são fundamentais para que o vínculo seja estabelecido. Em casos de não contemplação das necessidades, as relações dos usuários com os profissionais ficam prejudicadas^{20,25,32}.

O predomínio da demanda espontânea se torna um dificultador no cotidiano dos participantes deste estudo, uma vez que a população desconhece os pressupostos da APS e dos serviços de média e alta complexidade, contribuindo para a desorganização do Sistema ao adentrar espontaneamente em locais onde a demanda não é priorizada.

Estudos realizados em Recife-PE e em Cocal do Sul-SC, Brasil, respectivamente, demonstram que o excesso de trabalho prejudica o acolhimento às demandas, que os usuários desconhecem os serviços prestados pela APS e qual o fluxo ou a unidade que devem procurar

de acordo com suas necessidades. Consequentemente, o profissional não consegue prestar uma assistência de qualidade ao usuário^{6,33}.

A alta rotatividade dos representantes da gestão, declarada neste estudo, prejudica os profissionais no desempenho de suas funções; a substituição destes implica na descontinuidade das ações propostas. A gestão do trabalho no SUS e, por conseguinte, a atuação dos profissionais de saúde, configura-se como elemento central para a efetividade de todo o sistema de saúde, mediante o seu papel como agente transformador e, por possibilitar, no processo de trabalho, vínculos que venham a favorecer a participação e o comprometimento mútuos²⁵.

Apesar de a ESF ser pensada para efetivar a clínica ampliada, ainda permanece a lógica de um modelo curativista, onde há o senso comum de uma cultura centrada nos aspectos curativos, médicos/hospitalares com práticas pautadas essencialmente no modelo biomédico de saúde^{33,34}.

Os médicos, participantes desta pesquisa, veem a judicialização como uma ferramenta para efetivar o direito à saúde, no entanto, se sentem inseguros quando questionados em relação à terapêutica instituída, mas isto não é impeditivo para a prescrição.

As ações judiciais asseguram o direito à assistência farmacêutica a algumas pessoas, mas comprometem o acesso da população geral ao impor ao sistema público gastos excessivos e não condizentes com a realidade financeira destinada à execução das políticas públicas de saúde, muitas vezes, desconsiderando os princípios primordiais de universalidade, integralidade e equidade que são o sustentáculo do SUS³⁵.

Na abordagem interacionista, as pessoas orientam suas ações em direção aos fatos/fenômenos do cotidiano em razão do que representam para elas. O significado de tais fatos/fenômenos é consequência da interação social que cada profissional mantém com seu próximo no cotidiano da APS, e estes significados são manipulados e modificados na medida em que o processo interativo entre os profissionais se desenvolve¹⁵.

Os participantes da pesquisa apresentam em seus depoimentos como é o contexto de atuação na APS aos 30 anos do SUS, relatam fatos/fenômenos e vivências, as inter-relações estabelecidas no contexto dos serviços e de vidas que se entrelaçam na função de cada um dos seres cuidadores e seres cuidados, expressando significados sobre o contexto de atuação cotidiana no SUS e a representatividade da falta de recursos no Sistema e demonstra que, ainda, não consegue resolver todas as demandas de saúde da população em tempo necessário a cada um em sua singularidade e equidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade vivenciada pelos 82 profissionais de saúde da APS de três municípios de Minas Gerais, Brasil, possibilitou compreender o contexto de atuação cotidiana dos profissionais há três décadas do SUS. A vivência é marcada pela (des)motivação, (des)valorização, sobrecarga de trabalho, infraestrutura precária, dificuldade no referenciamento dos usuários aos demais níveis de atenção, baixa resolutividade por detrimento de recursos e pouco envolvimento dos profissionais na sua prática, dificuldade na efetivação da corresponsabilização, e inter-relações prejudicadas quando os usuários não têm sua necessidade atendida. Esses fatores interferem na atuação profissional, ocasionando insegurança, angústia e sofrimento moral, podendo impactar na qualidade da assistência. Em contrapartida o vínculo e a interdisciplinaridade oportunizaram um cuidado seguro e com qualidade.

Refletir sobre esta temática é fundamental, uma vez que a APS, apesar de ser considerada uma porta de entrada no SUS, ainda não consegue atender todas as necessidades de saúde dos usuários que procuram por assistência, seja para a resolução dos problemas ou para referenciá-los a outros níveis de atenção. Esta realidade atrelada à precariedade das condições de trabalho dos profissionais acarreta insegurança para sua atuação.

Contudo, é preciso que ocorram modificações neste cenário, para isso, é necessária a atuação frente aos fatores que interferem neste contexto, com a participação de todos os profissionais envolvidos na assistência à saúde e na gestão. Este estudo poderá contribuir para reflexões de profissionais, gestores e usuários sobre a relevância da proatividade na participação popular para que mudanças ocorram frente ao contexto da APS possibilitando ao profissional mais segurança em suas ações e melhorias na qualidade da atenção à saúde de pessoas, famílias e comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Viegas SMF, Penna CMM. Integrality: life principle and right to health. Invest. Educ. Enferm [serial on the Internet] 2015 [cited 2018 Set 12]; 33(2): [about 10 p.]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n2/v33n2a06.pdf>.
2. Flôr CR, Oliveira CDL, Cardoso CS, Rabelo CF, Gontijo BL, Carvalho SF, Bretas PMC, Silva HC, Pereira ML, Pádua MC. Primary health care as assessed by health professionals: comparison of the traditional model versus the Family Health Strategy. Rev Bras Epidemiol [serial on the Internet] 2017 Out-Dez [cited 2018 Set 02]; 20(4): [about 12 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n4/1980-5497-rbepid-20-04-714.pdf>.

3. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Pública* [serial on the Internet]. 2018 [cited 2018 Set 12]; 42:e126 [about 9 p.]. Available from: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e126/>.
4. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciênc. Saúde Coletiva* [serial on the Internet] 2018 [cited 2018 Set 15]; 23(6): [about 11 p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=pt.
5. Andrade LDF, Simões ACM, Henriques AHB, Sousa ATO, Pinto MB. Nurse's performance in their work activities in primary health care. *Rev de Enferm Atenção Saúde* [serial on the Internet]. 2016 Jan-Jul [cited 2018 Set 10]; 5(1): [about 11 p.]. Available from: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1749/pdf_1.
6. Soratto J, Fernandes SC, Martins CF, Tomasi CD, Zanini MTB, Fertoni HP. Job satisfaction and dissatisfaction among family health strategy professionals in a small city of Southern Brazil. *Revista CEFAC* [serial on the Internet] 2018 Jan-Jun [cited 2018 Set 01]; 20(1): [about de 9 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n1/1982-0216-rcefac-20-01-00069.pdf>.
7. Carrapato JFL, Castanheira ERL, Placideli N. Perceptions of primary healthcare professional about quality in the work process. *Saúde Soc* [serial on the Internet]. 2018 [cited 2018 Set 09]; 27(2): [about 12 p.]. Available from: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/148228/141812>.
8. García Vera M, Merighi MAB, Conz CA, Silva MH, Jesus MCP, González LAM. El cuidado en la Atención Primaria de Salud: vivencia de las enfermeras. *Rev Bras Enferm* [serial on the Internet] 2018 [cited 2018 Set 02]; 71(1): [about 7 p.]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/es_0034-7167-reben-71-s1-0531.pdf.
9. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC, Andrade MAC, Lima RCD. The nurse's work in primary health care. *Esc Anna Nery* [serial on the Internet] 2016 Jan-Mar [cited 2018 Set 22]; 20(1): [about 8 p.]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0090.pdf.
10. Santos MC, Frauches MB, Rodrigues SM, Fernandes ET. Processo de Trabalho do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF): importância da Qualificação Profissional. *Saúde & Transf Soc* [periódico na Internet] 2017 Mai-Ago [acessado 2018 Set 07]; 8(2): [cerca de p 9.]. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4095/4985>.
11. Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Bruno R, Chung Y, Phillips RL. Higher Primary Care Physician Continuity is Associated With Lower Costs and Hospitalizations. *The Annals of Family Medicine* [serial on the Internet]. 2018 Nov-Dez [cited 2018 Nov 18]; 16(6): [about 5 p.]. Available from: <http://www.annfamned.org/content/16/6/492.full>.
12. Culhane-Pera KA, Ortega LM, Thao MS, Pergament SL, Pattock AM, Ogawa LS, Scandrett M, Satin DJ. Primary care clinicians' perspectives about quality measurements in safety-net clinics and non-safety-net clinics. *International journal for equity in health* [serial

on the Internet]. 2018 [cited 2018 Set 01]; 17(161): [about p 11.]. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12939-018-0872-3>.

13. Santos CTB, Barros IS, Amorim ACCLA, Rocha DG, Mendonça AVM, Sousa MF. Integrality in Brazil and Venezuela: similarities and complementarities. *Ciencia & Saúde Coletiva* [serial on the Internet] 2018 [cited 2018 Set 01]; 23(4): [about p 7.]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n4/en_1413-8123-csc-23-04-1233.pdf.

14. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

15. Blumer H. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Califórnia: Prentice-Hall; 1969.

16. Tetemann EC, Trugilho SM, Machado L. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. *Textos & Contextos (Porto Alegre)* [periódico na Internet] 2016 Ago-Dez [acessado 2018 Nov 05]; 15(2): [cerca de 13 p.]. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/25456/15297>.

17. Soratto J, Witt RR, Pires DEP, Schoeller SD, Sipriano CAS. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia de Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [periódico na Internet] 2015 Jan-Mar [acessado 2018 Set 05]; 10(34): [cerca de 7 p.]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/131383/000981708.pdf?sequence=1>.

18. Dias OV, Araújo FFA, Oliveira RM, Chagas B, Costa SM. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. *Rev Bras Med Fam* [periódico na Internet]. 2016 Jan-Dez [acessado 2018 Set 05]; 11(38): [cerca de 13 p.]. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1185/825>.

19. Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* [periódico na Internet] 2015 [acessado 2018 Set 15]; 19(5) [cerca de 11p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140275.pdf>.

20. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli ALPS, Gallardo MPS. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface Comunicação Saúde Educação* [periódico na Internet]. 2018 [acessado 2018 Set 05]; 22(65): [cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n65/1807-5762-icse-1807-576220160633.pdf>.

21. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernardino E, Gomes IM, Aued GK, Sousa SM. Continuity of care and the symbolic interactionism: a possible understanding. *Texto Contexto Enferm* [serial on the Internet]. 2018 [cited 2018 Set 01]; 27(2): [about p 8.]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/en_0104-0707-tce-27-02-e4250016.pdf.

22. Lima FA, Galimbertti PA. Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em

Sobral-CE. *Physis Revista de Saúde Coletiva* [periódico na Internet] 2016 [acessado 2018 Set 11]; 26(1): [cerca de 18 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00157.pdf>.

23. Silva DAJ, Tavares MFL. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde Debate* [periódico na Internet] 2016 Out-Dez [acessado 2018 Set 11]; 40(111): [cerca de 12 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400193.

24. Melo DF, Criscuolo MBR, Viegas SMF. Reference and counter-reference in everyday health care in Minas Gerais, Brazil: the support to decisions of primary care. *Rev Cuidado Fundam Online* [serial on the Internet] 2016 Out-Dez [cited 2018 Set 29]; 8(4): [cerca de 9 p.]. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4402/pdf>.

25. Ferreira TLS, Souza DRS, Andrade FB. Avaliação da gestão do trabalho com enfoque na atuação dos profissionais da atenção primária à saúde. *Rev Ciência Plural* [periódico na Internet]. 2016 [acessado 2018 Set 05]; 2(2): [cerca de 14 p.]. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/10974/7848>.

26. Motta LCS, Batista RS. Estratégia saúde da família: clínica e crítica. *Rev. bras. educ. méd* [periódico na Internet] 2015 [acessado 2018 Set 17]; 39(2): [cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n2/1981-5271-rbem-39-2-0196.pdf>.

27. Pedraza DF, Queiroz D, Sales MC, Menezes TN. Caracterização do trabalho de enfermeiros e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária. *ABCS Health Sciences* [periódico na Internet] 2018 [acessado 2018 Set 11]; 43(2): [cerca de 6 p.]. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/993/806>.

28. Silva DSD, Tavares NVS, Alexandre ARG, Freitas DA, Brêda MZ, Albuquerque MCS, Neto VLM. Depression and suicide risk among Nursing professionals: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet] 2015 [cited 2018 Set 13]; 49(6): [about p 9.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/0080-6234-reeusp-49-06-1027.pdf>.

29. Ejlertsson L, Bodil H, Goran E, Ingemar A. Recovery, work-life balance and work experiences important to self-rated health: a questionnaire study on salutogenic work factors among Swedish primary health care employees. *Work* [serial on the Internet] 2018 [cited 2018 Set 20]; 59(1): [about 8 p.]. Available from: <https://content.iospress.com/articles/work/wor2659>.

30. Souza MSF, Kopittke L. Adesão ao tratamento com psicofármacos: fatores de proteção e motivos de não adesão ao tratamento farmacológico. *Revista de APS* [periódico na Internet] 2016 Jul-Set [acessado 2018 Set 15]; 19(3): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2370/1012>.

31. Jacowski M, Budal AMB, Lemos DS, Ditterich RG, Buffon MCM, Mazza VA. Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Rev Baiana de*

Enfermagem [periódico na Internet]. 2016 [acessado 2018 Set 11]; 30(2): [cerca de 9 p.]. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15145/pdf_41.

32. Almeida PF, Marin J, Casotti E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela Atenção Básica. Trab Educ Saúde [periódico na Internet]. 2017 Mai-Ago [acessado 2018 Set 10]; 15(2): [cerca de 25 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200373.

33. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Cesse EAP, Brito ESV, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. Physis Revista de Saúde Coletiva [periódico na Internet] 2015 [acessado 2018 Set 30]; 25(2): [cerca de 21 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00635.pdf>.

34. Santos ALR, Faler CS. A rede de atenção básica na perspectiva dos usuários do SUS de um município do Médio Alto Uruguai Gaúcho. Unoesc & Ciência-ACBS [periódico na Internet] 2018 Jan-Jun [acessado 2018 Set 27]; 9(1): [cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/15143/pdf>.

35. Paim LFN, Batt CR, Sacconi G, Guerreiro ICK. Qual é o custo da prescrição pelo nome de marca na judicialização do acesso aos medicamentos? Cads Saúde Colet [periódico na Internet] 2017 [acessado 2018 Set 17]; 25(2): [cerca de 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000200201.

4.2 Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde: uma Teoria Fundamentada nos dados

Objetivo: compreender a Segurança do Profissional em atuação no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS). Método: estudo sob o método da Teoria Fundamentada nos Dados e do referencial teórico do Interacionismo Simbólico, desenvolvido com 82 profissionais de saúde da APS. Utilizaram-se como fontes de evidências a entrevista aberta individual e os memorandos. Resultados: a Segurança do Profissional na APS é apresentada em várias dimensões que passam pelo conhecimento do profissional, as competências para tomada de decisão, pelo exercício da profissão e o que a regulamenta, pela estrutura e organização do SUS e dos serviços, e pela educação permanente. Apresenta o contexto da APS e os fatores que impactam na atuação in(segura). O ambiente, a infraestrutura e as inter-relações no trabalho e com os usuários determinam a Segurança do Profissional e os significados atribuídos a ela. Conclusão: este estudo contribui com a reflexão sobre a Segurança do Profissional na APS, que deve ancorar em boas práticas especificadas por infraestrutura adequada, competências e habilidades profissionais, a fim de fortalecer a cultura de segurança no SUS que, em sua terceira década, ainda não consegue dar conta das demandas de saúde da população em tempo oportuno e necessário e as condições de trabalho são precárias.

Descritores: Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Condições de Trabalho; Violência; Educação Continuada; Segurança.

Descriptors: Nursing; Primary Health Care; Working Conditions; Violence; Education, Continuing; Safety.

Descriptores: Enfermería; Atención Primaria de Salud; Condiciones de Trabajo; Violencia; Educación Continua; Seguridad.

INTRODUÇÃO

O contexto de trabalho multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como um cenário dinâmico, no qual a cultura de segurança se apresenta em movimento de edificação, baseada em estratégias e ferramentas de gestão dos processos de trabalho, para a melhoria da qualidade da assistência prestada nos atendimentos primários do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste processo de melhorias na assistência, o acolhimento contribui para a qualificação dos sistemas de saúde, possibilitando ao usuário o acesso a uma assistência integral e significativa, por meio da multiprofissionalidade, da intersectorialidade e da efetivação dos princípios constitucionais do SUS⁽¹⁾.

A assistência ao usuário deve ser integral e o profissional deve visar à valorização dos aspectos objetivos e subjetivos, a singularidade de cada sujeito, respeitando os preceitos de cada um e da coletividade na coprodução da saúde. Diante disso, a integralidade tem sido discutida como engrenagem dos processos de modificações na atenção à saúde, com vistas à cessação da fragmentação da atenção e do cuidado integral e seguro às pessoas⁽²⁾.

A construção de boas práticas visando o cuidado seguro deve ser trabalhada nos serviços. A atuação do profissional deve estar pautada em condutas que tenham respaldo científico, ético, com relações de trabalho adequadas e eficientes, a fim de fortalecer a cultura de segurança⁽³⁾.

O clima de segurança no trabalho em equipe, a satisfação no trabalho, as condições de trabalho e o gerenciamento de riscos são fatores que possibilitam avaliar a cultura de segurança no ambiente de trabalho⁽⁴⁾ para a Segurança do Profissional e do paciente.

A qualidade é compreendida como um parâmetro da avaliação do funcionamento dos serviços de saúde com o propósito de investigar, estabelecer e aperfeiçoar os processos de trabalho, por meio de atendimentos seguros⁽⁵⁾. As concepções dos profissionais de saúde para o cuidado têm enfoque na avaliação das necessidades dos usuários, em uma perspectiva de prestar assistência à saúde. No entanto, a qualidade dessa assistência se encontra comprometida devido às dificuldades enfrentadas no trabalho. Diante dessa situação, os profissionais se esforçam na tentativa de dar respostas aos problemas demandados pelos usuários, porém se deparam com limites e dificuldades que os impedem de atuarem para dar resolubilidade às demandas de saúde de forma segura⁽⁶⁾.

Alguns fatores comprometem a assistência à saúde e a Segurança do Profissional para boas práticas. Dentre os fatores que dificultam o desenvolvimento de ações seguras, destacam-se: a escassez de recursos humanos, a grande demanda assistencial, a forte carga de trabalho e as novas tecnologias desconhecidas pelos profissionais⁽⁷⁾. A gestão da qualidade deve ser preconizada nos serviços, a fim de promover o cuidado seguro sem gerar danos desnecessários ao profissional e ao usuário. Cabe à gestão planejar e desenvolver ações conjuntas com profissionais de saúde, com gestão compartilhada para a qualidade do serviço, como também fortalecer a cultura de segurança⁽⁸⁾.

Assim sendo, a atuação segura dos profissionais deve ser proporcionada por um ambiente de trabalho com condições adequadas para o desempenho da função, recursos humanos suficientes para atender à demanda, infraestrutura adequada, pela educação permanente, e apoio necessário ao profissional para decisões precisas e ações resolutivas.

Considerando o contexto da temática em estudo questiona-se: “Como o profissional que atua na Atenção Primária à Saúde compreende a Segurança do Profissional para sua atuação

cotidiana no contexto da APS?"; "No cotidiano da APS, quais as vivências dos profissionais considerando a (In)Segurança do Profissional?".

Cogitando o contexto da APS, o cotidiano não se mostra apenas como cenário mas, sobretudo, revela tanto as cenas do viver como do conviver”⁽⁹⁾.

Neste sentido, a Teoria Fundamentada nos Dados e o referencial teórico do Interacionismo Simbólico possibilitaram a identificação das concepções sobre o tema “Segurança do Profissional”, o conhecimento do significado de segurança e os sentidos que os profissionais atribuem aos fatores com os quais interagem para ações e cuidado seguro no cotidiano da APS. Dessa forma, a relevância deste estudo apresenta-se pela sua originalidade, ao iniciar uma discussão de uma temática pouco explorada, a Segurança do Profissional no cotidiano da Atenção Primária à Saúde, a fim de garantir a assistência e o cuidado seguro.

Este estudo teve por objetivo compreender a Segurança do Profissional em atuação no cotidiano da Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que utilizou o método da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e o referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS). A TFD evolui durante a pesquisa real e se faz devido à contínua interação entre análise e coleta de dados desenvolvida de forma sistemática⁽¹⁰⁾. O IS possibilita investigar o sentido que os atores dão aos objetos, pessoas e símbolos com os quais constroem o seu mundo social. Propicia interpretar as percepções das pessoas, o significado e o sentido que elas atribuem às coisas, e a relação de suas narrativas com as experiências por elas vivenciadas⁽¹¹⁾.

A pesquisa foi realizada em três municípios de regiões sanitárias distintas do estado de Minas Gerais, Brasil, um de grande porte populacional e dois de médio porte. Os participantes foram profissionais de saúde das equipes de APS Tradicional e das equipes da ESF que prestam atendimento aos usuários do SUS, com no mínimo seis meses de atuação na APS. A seleção das unidades foi por meio de sorteio aleatório. A abordagem dos participantes da pesquisa foi presencial, na Unidade de APS, considerando a disponibilidade do profissional de saúde e o aceite a participar voluntariamente da pesquisa. Foram realizadas 82 entrevistas, sendo: 37 em município de grande porte populacional (E01 a E 37), 25 (E38 a E62) e 20 (E63 a E82) nos municípios de médio porte. Utilizou-se como fontes de evidências a entrevista aberta individual e o registro em memorandos⁽¹⁰⁾.

A entrevista aberta, intensiva, individual, com roteiro semiestruturado, foi gravada e transcrita na íntegra. Os dados foram coletados entre abril/2017 a março/2018, foram submetidos

à análise concomitantemente e a coleta encerrou quando ocorreu a saturação teórica dos dados, ou seja, quando nenhum dado novo ou relevante surgiu em relação a uma categoria/conceito⁽¹⁰⁾.

A análise dos dados foi feita em etapas interdependentes: codificação aberta, axial, seletiva, para o processo.

A codificação aberta foi iniciada pela leitura minuciosa do texto, analisando cada frase e foram formulados 31 códigos *in vivo* mediante os conceitos identificados, que foram agrupados e classificados conforme a similaridade e divergências. Após o agrupamento dos códigos *in vivo* originaram cinco subcategorias, sendo elas: *Compreensão do SUS sob a ótica dos profissionais da APS*; *O cotidiano na APS e sua implicação na atuação dos profissionais*; *O impacto da gestão sobre o contexto do SUS*; *Determinantes e condicionantes da Segurança do Profissional na APS: formação profissional, infraestrutura, apoio e responsabilidade técnica*; e *Segurança do profissional: proteção física, apoio psicológico, sofrimento e sentimentos revelam as condições (in)seguras*.

Na codificação axial, ocorreu a definição conceitual de duas categorias: *A atuação cotidiana no SUS em sua terceira década: ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde*; e *Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde: uma Teoria Fundamentada nos Dados*.

Na codificação seletiva, as duas categorias originadas foram integradas para formar um esquema teórico, e os dados foram se transformando em teoria: “Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde”. Essa teoria apresenta “a essência da pesquisa, significando a ideia central que relaciona os conceitos originados a ela”⁽¹⁰⁾.

Codificação para o Processo: a análise dos dados em busca de processo ocorreu simultaneamente com a codificação em busca de propriedades, de dimensões e de relações entre conceitos e foi alinhada à questão: “Como a estrutura e as condições foram relacionadas ao processo das estratégias, ações/interações dos profissionais em resposta aos problemas e questões vivenciadas e que trazem (in)segurança ao profissional nas suas ações no cotidiano da APS?”.

O Paradigma desse fenômeno “Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde” se contextualiza e foi analisado ao posicioná-lo dentro da estrutura dos serviços e das condições de trabalho para atenção à saúde na APS, relatadas pelos 82 participantes deste estudo. A estrutura e as condições foram relacionadas ao processo das estratégias, ações/interações dos profissionais em resposta aos problemas e questões vivenciadas e que trazem (in)segurança ao profissional nas suas ações e atividades.

A pesquisa foi desenvolvida, segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução CNS/CONEP nº. 466 de 12 de dezembro de 2012, e a coleta de dados se iniciou após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei/Campus Centro Oeste, sob o Parecer nº 1.994.924.

RESULTADOS

A análise dos dados permitiu elaborar um modelo teórico, cuja categoria/conceito central é nomeada “Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde”. Foram identificadas duas categorias/conceitos de análise, que dão suporte à formulação do modelo teórico: *A atuação cotidiana no SUS em sua terceira década: ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde*; e *Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde: uma Teoria Fundamentada nos Dados*. A Figura 1 representa, esquematicamente, a inter-relação entre as categorias de análise.

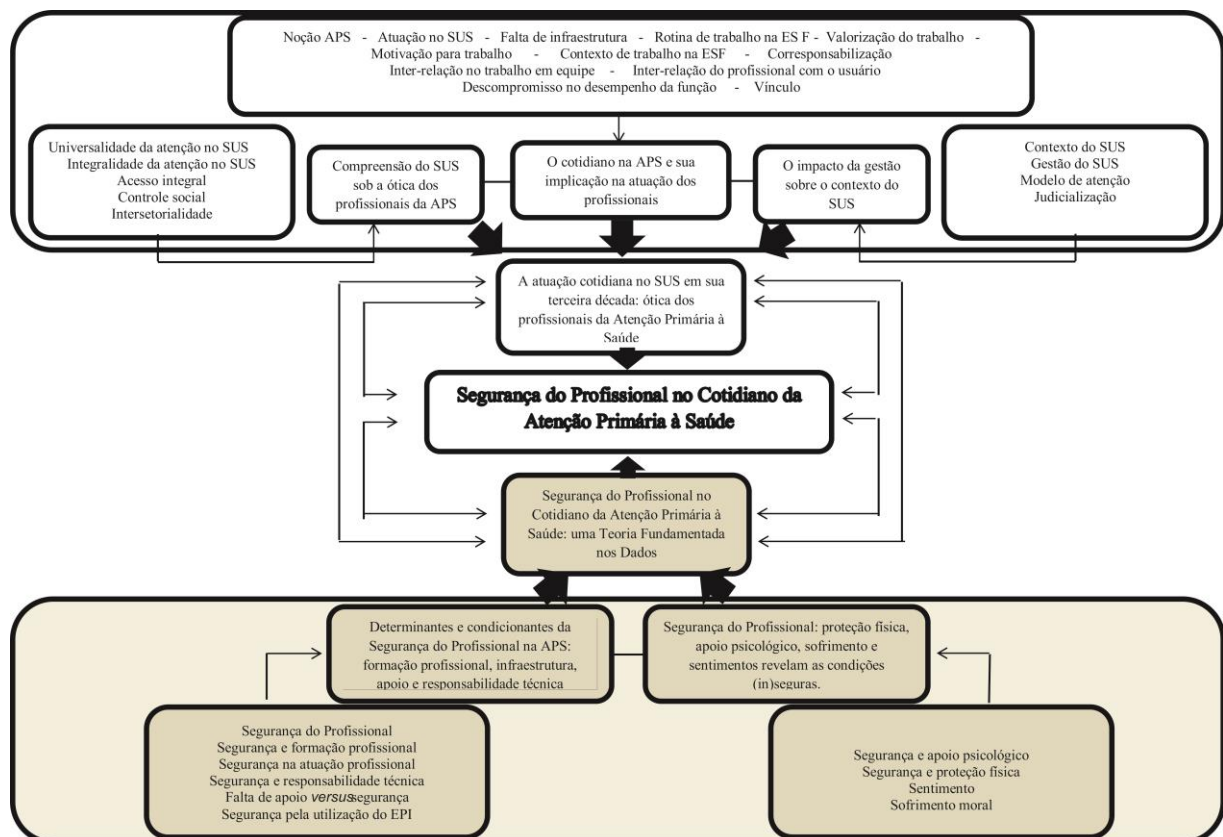


Figura 1- Modelo Teórico: Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde

A partir da coleta e análise dos dados, simultaneamente, para o ordenamento conceitual e teorização, observou-se o fenômeno “Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde”, ao identificar as concepções dos participantes da pesquisa sobre o contexto de segurança para atuação profissional no cotidiano de trabalho na APS. A organização dos dados em cinco subcategorias por classificação dos códigos *in vivo*, isto é, por um conjunto de conceitos relacionados, originaram duas categorias. Esses conceitos se revelam em suas diversas dimensões, contemplando as considerações do que seja Segurança do Profissional sob a ótica dos profissionais da equipe, e que perpassa pela formação profissional, infraestrutura, responsabilidade técnica, proteção física, apoio psicológico, sofrimento, realização e gosto pelo trabalho, conforme as duas categorias analíticas. Neste artigo, foi explicitada a categoria/conceito central “Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde: uma Teoria Fundamentada nos Dados”, que é composta por duas subcategorias, apresentadas a seguir.

Determinantes e condicionantes da Segurança do Profissional na APS: formação profissional, infraestrutura, apoio e responsabilidade técnica.

A Segurança do Profissional, no contexto da Atenção Primária à Saúde, traz as concepções e os determinantes e condicionantes das condições (in)seguras.

É muito abrangente, esse termo segurança. Tem a minha segurança de estar apta para realizar as ações. E tem a segurança que o Sistema me fornece, e a minha segurança de Conselho de Enfermagem. São vários níveis de segurança. Quando eu estou apta é porque eu consigo fazer aquilo, faço bem feito, com eficácia e eficiência. Uma segurança relativa ao meu Conselho, por exemplo, eu não posso prescrever Aminofilina, isso eu tenho que saber e estar ciente disso, do que eu posso e do que eu não posso. Outra segurança que eu vejo é a segurança do órgão que me acolhe, a Secretaria Municipal de Saúde que tem que me dar algumas coisas, para eu estar segura e para eu conseguir atender de forma boa o paciente. (E₃)

Consideram-se vários pontos, segurança mesmo do profissional, de você ter a segurança enquanto profissional nas suas atitudes, na tomada de decisão. E a própria segurança do ambiente também, para o atendimento, para a assistência mesmo. (E₄₆)

Eu entendo por segurança é eu saber fazer, porque eu nunca vou fazer uma coisa que eu não sei fazer. Dentro do meu limite do saber. [...] Eu me sinto segura e, às vezes, quando eu estou insegura, aí eu chamo por ajuda. (E₈₀)

A formação profissional fundamenta a segurança para atuação profissional e os participantes da pesquisa indicam a estratégia da capacitação profissional, a Educação Permanente na APS:

Você tem que ter segurança naquilo que você faz e no que você diz [...]. Você tem que estar baseado em cima de estudos para poder trabalhar [...] e falta capacitação dos profissionais, porque a saúde muda todo dia, doença muda todo dia, vacina muda todo dia. E, muitas vezes, quando nos chega a capacitação a coisa já está acontecendo. [...] Porque não adianta nada você ter bons profissionais e não serem capacitados. (E₂₉)

Na Atenção Primária, eu me sinto segura, hoje. Mas o que se pode fazer para melhorar é a capacitação de todos. Apesar de ser um ambiente de trabalho que é mais tranquilo do que outros ambientes de saúde, que implicam maior risco, na Atenção Primária é importante sim a capacitação do profissional, e trazer segurança para eu não fazer nenhuma coisa que acarrete um dano para a pessoa, e não trazer nenhum problema para mim. (E₅₆)

É capacitação mesmo para se ter segurança. [...] Quando a equipe é incluída no serviço ela precisa saber quais são as atividades, como vai exercê-las, quais são suas obrigações e como vai cumpri-las. (E₇₆)

O contexto de segurança na atuação profissional se expressa no gosto pela atuação na APS e pela cooperação e interdisciplinaridade:

Eu me sinto bem e segura para realizar as atividades. As coisas que eu tenho dúvida eu tenho algumas referências técnicas que me dão apoio. E sempre que a gente tem dúvida, a parceria médico-enfermeiro é muito boa, sempre foi aqui nessa ESF. Então se eu tenho dúvida eu pergunto a médica, e se ela tem, ela me pergunta. E se a gente não consegue resolver, a gente tem o apoio da Secretaria de Saúde. Então eu me sinto segura para realizar 95% das funções. E o que eu realmente não me sinto segura, eu encaminho. (E₃)

Mas e a segurança em relação à responsabilidade técnica?

A minha segurança para ser responsável técnico (RT) de enfermagem. Eu acho que o enfermeiro tem muita função, esse é um papo muito chato, não é? Todo enfermeiro fala isso, que não tem tempo. Mas, por exemplo, eu não consigo ficar o tempo inteiro na sala de vacina. Então a minha segurança, eu tenho que confiar no meu técnico que está lá. E se ele tiver alguma dúvida, ele vir atrás de mim. De vez em quando você passa lá, dá uma olhadinha, vê a temperatura, vê o que é que ele anotou. Mas em termos de segurança, de RT, eu deveria estar mais presente em alguns casos, assim, em algumas situações. Eu tento... Mas isso me dá um pouquinho de insegurança, entendeu?! Ser RT e não conseguir estar junto de tudo ao mesmo tempo, sabe?! Por exemplo, na hora que você sai para fazer uma visita domiciliar, o que está acontecendo lá no posto? (E₃)

Surge o apoio ou a falta de apoio ao profissional e a (in)segurança:

O apoio de todos da equipe, uma equipe bem estruturada, e também da gestão, uma boa gestão, isso traz segurança. [...] Eu acho que falta um pouco de apoio da gestão, da secretaria de saúde. [...] Eles não sabem o que está passando aqui, entendeu? Por mais que tenhamos reuniões, repassando os problemas, mas vejo que é muito de lá para cá, é só jogar! Vocês tem que fazer isso, vocês tem que fazer aquilo... A gente vai engolindo, engolindo, engolindo, mas e aí? E aqui dentro? Como está esse profissional aqui dentro? Como está essa equipe? (E₅₁)

O contexto de Segurança do Profissional na utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI):

Ah, eu acho que a minha função depende mais de mim, por exemplo, eu tenho o EPI que eu tenho que usar. Então se eu não tiver usando, ele está aí. Tem e a gente nunca ficou sem. Pode, às vezes, faltar alguma coisa, mas é muito raro. Tem luva, tem touca, tem máscara, tem óculos, então depende do profissional mesmo. Se ele não usar... (E₁₀)

Segurança do Profissional: proteção física, apoio psicológico, sofrimento e sentimentos revelam as condições (in)seguras

A Segurança do Profissional determina a necessidade do apoio psicológico:

A segurança psicológica eu acho que falta, não tem um psicológico para acompanhar a equipe [...] deveria ter um apoio, que te recebesse e te ajudasse. E você eliminar as coisas e não levar para dentro da sua casa, para o seu marido e seus filhos, para você conseguir filtrar as coisas boas. E como que você ia fazer com as coisas ruins,

sabe? Para aquilo não prejudicar o seu trabalho e nem prejudicar a sua vida familiar. Não sei se um apoio psicológico ou se é uma pessoa que entenda de comportamento humano, de como você vai agir, vai resolver as coisas, sabe? Mas eu sei que isso é muito difícil. (E₁)

A segurança frente à proteção física torna-se um enfrentamento no cotidiano de profissionais da APS em muitas realidades:

Ah, a segurança nossa também, física, isso está virando problema sério. A gente está trabalhando sem segurança nas unidades e, infelizmente, tem uma porcentagem da população que chega brigando. A gente fica com medo, porque não se sabe com quem está lidando. Tem gente muito boa, mas tem gente capaz de qualquer coisa. Então é a insegurança no quesito segurança. A gente fica meio insegura até mesmo de educar. As pessoas chegam armadas e está tendo muito invasão de unidade de saúde, isso é um fato que me incomoda muito. Comigo, nunca aconteceu um assédio moral. Mas a gente ter mais segurança física. Dependendo da região que os meus colegas estão atuando aí, a gente vê casos na televisão e a gente sabe de unidades destruídas. É muito preocupante! (E₆)

O sofrimento moral frente à insegurança do profissional foi relatado:

É triste quando você tem uma paciente que precisa de encaminhamento para o cardiologista por estar com bloqueio de ramo, e eu tive que falar com ela que infelizmente vai demorar. E você saber que a paciente não tem condições de comprar uma consulta, e que ela tem um problema grave, e que a consulta dela vai demorar, isso é muito ruim para você enquanto profissional. Você sente que não é resolutivo, entendeu?! Por mais que a gente fez, o tudo que a gente podia fazer enquanto a gente poderia, ainda assim você vê que a pessoa está totalmente entregue ao Sistema. Ela não pode fazer nada por ela mesma. Nessa situação, não, porque ela está com problema cardíaco, o que ela pode fazer com isso? Ela precisa de um especialista. [...] Aí chega um paciente com uma ferida ultra, mega secretiva, eu vou lavar com soro e colocar o quê? Eu não tenho cobertura absorvível, o paciente não tem condição de comprar, então eu estou fazendo com gazinha úmida, com soro. Eu acho que eu não estou sendo ética comigo, com o meu trabalho, e nem com o paciente. Isso é a minha visão. Então eu não estou fazendo tudo na maior segurança possível, porque eu sei que está errado. Aí eu fico angustiada é por isso, porque eu sei que aquilo ali não vai resolver 100% o problema do paciente, mas também não é uma coisa que depende de mim, porque eu não tenho outra opção. [...] Então, eu me sinto um pouco insegura, de algumas coisas que eu não sei se a culpa “é minha” ou se é do Sistema. Exemplo que eu te falei da paciente que está com cardiopatia. O encaminhamento dela está aqui, se acontece alguma coisa com essa paciente, eu fui responsável? Eu fico pensando, sabe? Até que ponto que eu sou responsável por isso, entendeu?! Porque várias vezes eu já mandei o ofício, eu tenho 290 encaminhamentos parados, é muita coisa, entendeu?! E coloquei quantos que eram prioridades e não tive resposta nenhuma. [...] Então, assim, trabalhar a Atenção Primária do jeitinho que ela deveria ser, é outro ponto que não me dá segurança, porque eu não consigo fazer a Atenção Primária com seis mil pacientes. Eu não consigo fazer Atenção Primária faltando gente, e ninguém para colocar no lugar. (E₃)

No dia a dia, o profissional da APS se revela em momentos de frustração ou de realização profissional, desvela sentimentos mistos frente às diversas vivências:

Eu adoro a APS, gosto muito de saúde pública. Embora, às vezes, temos dificuldades de lidar com outros setores. Mas a APS é o nível mais importante, principalmente, na questão do cuidado, da prevenção, ela é excelente! Então, eu acho que tem uma mistura de sentimentos. A gente se sente muito realizado quando consegue êxito no que faz e frustrado quando tenta fazer o nosso melhor e não consegue. [...] Por ser uma área mais carente,

tudo que você faz o povo fica bem agradecido. Porque é o que eles têm, então o que você oferecer eles ficam muito gratos. (E₆₄)

A estrutura inadequada e as precárias condições de trabalho fazem emergir a insegurança do profissional

A segurança é comprometida porque a gente não consegue fazer o trabalho que deveria estar sendo feito. [...] Para segurança, você tem que ter condição de trabalho, ter local adequado, ter os recursos que se precisa, até medicamentos, exames, para dar segurança e ter certeza que você está fazendo um bom trabalho. [...] Às vezes, me sinto insegurança nesse aspecto, de não ter os recursos para tratar determinadas doenças, encaminhamentos demorados que a gente não consegue. E coisas que poderiam ser resolvidas aqui, a gente tem que encaminhar por não ter recursos. Até pedido de exames que eu mesma poderia fazer, mas que a Secretaria não aceita, porque tem que passar para um especialista fazer um pedido de certo exame. Coisas que dificultam, poderiam ser mudadas. [...] Com certeza, eu acho que é um risco que a gente está correndo, implica na segurança, porque é difícil para o paciente entender o que é culpa do profissional e o que é culpa do Sistema... E isso gera insegurança. [...] Eu acho que se melhorarem as condições de trabalho, de atendimento, melhora a Segurança do Profissional, uma coisa leva a outra. (E₂₅)

DISCUSSÃO

O propósito básico da ciência é gerar teorias ou ampliar uma teoria, sendo que a teoria não constitui o reflexo da realidade, mas é uma construção da mente “que permite responder a certas perguntas que fazemos ao mundo, à realidade”⁽¹²⁾.

A teoria construída a partir de dados de pesquisa tende a se parecer mais com a realidade, melhorar o entendimento, oferecer maior discernimento e fornecer um guia importante para a ação⁽¹⁰⁾. A teoria construída, neste estudo, aponta constructos sobre a Segurança do Profissional na APS, ajuda a compreender a realidade de atuação profissional na APS, em 30 anos de SUS, e desperta a reflexão e a análise crítica sobre a Segurança do Profissional no cotidiano da APS.

A concepção da teoria Segurança do Profissional na APS é apresentada pelos participantes da pesquisa em várias dimensões, que passam pelo conhecimento do profissional, as competências para tomada de decisão, pelo exercício da profissão e o que a regulamenta, pela estrutura e organização do SUS e dos serviços, e pela educação permanente.

Os profissionais de saúde relataram dificuldades em atuar na APS, vivenciando angústias com os diversos obstáculos para assegurar uma assistência adequada e segura, uma vez que não conseguem efetivar na prática os princípios do SUS, apontando várias dificuldades em seu cotidiano.

O contexto de trabalho dos profissionais apresenta diversas situações geradoras de estresse, conflitos, sofrimento moral e adoecimento, como a dificuldade de aceitação/implementação do modelo de atenção centrado no usuário, a compreensão do papel interdisciplinar, dificuldades para o uso de novas tecnologias de cuidado em saúde, com

consequentes impactos na qualidade de vida no trabalho, na assistência prestada⁽¹³⁾ e na Segurança do Profissional.

Os depoimentos revelaram condições de trabalho precárias, recursos humanos e materiais insuficientes, infraestrutura inadequada, acesso restrito aos outros níveis de atenção, fazendo com que os profissionais se sintam limitados no desempenho da função, ocasionando insegurança por não conseguirem prestar uma assistência integral ao usuário.

Outro aspecto citado pelos participantes foi a falta de capacitação profissional e a dificuldade para realização da mesma devido à sobrecarga de trabalho. Reforçam a importância da realização da Educação Permanente em Saúde (EPS), por repercutir no trabalho e na qualidade do cuidado, uma vez que mudanças ocorrem frequentemente, sendo necessária a atualização para uma assistência segura. A EPS, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas por meio de aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos, se insere em uma necessária construção de relações e processos que vão desde as equipes, para uma atuação conjunta, incluindo seus agentes, as práticas organizacionais, compreendendo a instituição e/ou o setor da saúde⁽¹⁴⁾. O conhecimento científico é produzido de forma rápida e exponencial no campo da Saúde, sendo que muitos desses conhecimentos são transformados em insumos e técnicas para serem colocadas em prática pelos profissionais⁽¹⁵⁾, o que requer que a educação seja permanente⁽¹⁶⁾.

Os profissionais entrevistados relataram sentirem-se seguros para a atuação no cotidiano de trabalho. No entanto, em momentos de insegurança, buscam apoio em outros setores da Saúde e em outros membros da equipe, visando o aprimoramento do conhecimento para uma assistência segura.

A interdisciplinaridade se faz fundamental para a resolubilidade das demandas de saúde dos usuários, possibilitando a produção e troca de saberes para as boas práticas em saúde⁽⁶⁾ e, conseqüentemente, para a Segurança do Profissional.

As ações interdisciplinares possibilitam a reflexão e construção de novos saberes, à ressignificação de princípios e metodologias frente aos processos de trabalho e cuidado, favorecem o encontro, o diálogo e a participação de todos nesse processo. O cuidado integral possibilita intervenções de qualidade que colocam em prática alguns dos princípios preconizados pelo SUS na prevenção de riscos e agravos, na promoção e reabilitação em saúde⁽¹⁷⁾.

Nesse sentido, a ação-interação com o outro permite aos indivíduos significar e ressignificar suas perspectivas em relação ao cuidado e, assim, progressivamente, estas perspectivas vão conduzindo e auxiliando a tomada de decisão acerca do atendimento em saúde⁽¹⁸⁾.

Os enfermeiros, participantes deste estudo, relataram receio em assumir a responsabilidade técnica da unidade, uma vez que o contexto de trabalho em que estão inseridos é de sobrecarga de trabalho e recursos humanos insuficientes, o que os impossibilita acompanhar adequadamente a equipe de Enfermagem, gerando a insegurança. O cotidiano do enfermeiro é marcado pelo conflito de ter que se responsabilizar pelo conjunto de atividades que compõe a dinâmica de funcionamento das unidades e de seu trabalho específico⁽¹⁹⁾.

De acordo com a resolução do COFEN nº 0509/16⁽²⁰⁾ a Anotação de Responsabilidade Técnica de Enfermagem define as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico nas unidades de saúde, visando facilitar o exercício da atividade fiscalizatória, assim como, promover a qualidade e desenvolvimento de uma assistência de Enfermagem em seus aspectos técnico, ético, e seguro para a sociedade e para os profissionais de Enfermagem.

Assim, o desempenho da função da equipe de Enfermagem precisa ser visualizado como um contrato de atitude que visa uma relação de “mão dupla” entre os profissionais, sustentado pela confiança e responsabilidade entre eles e consigo mesmo: é a ação-interação com o outro e consigo⁽¹⁸⁾.

Os profissionais entrevistados, neste estudo, relataram pouco apoio da gestão e o desconhecimento das condições de trabalho e das necessidades da equipe. A falta de autonomia, de integração no ambiente de trabalho e de apoio da gestão para o desenvolvimento do trabalho, a comunicação insatisfatória e a exclusão dos profissionais das decisões relativas ao trabalho, impactam no desempenho dos profissionais⁽²¹⁾ e em sua segurança para atuação. Integram ainda os fatores relacionados à gestão do trabalho que causam insatisfação nos profissionais, a falta de valorização profissional pela equipe, por gestores ou até pelos usuários. Essa valorização implica em ações no reconhecimento pelo trabalho realizado⁽²²⁾, o que traz motivação e mais segurança.

Os profissionais de saúde se deparam com a possibilidade de ampliar sua autonomia por meio de uma prática sustentada na perspectiva da integralidade e do cuidado aos usuários em todo o seu ciclo de vida, no entanto, há fatores que impossibilitam este cuidado longitudinal e interferem na qualidade da assistência. Dentre eles, as condições de trabalho, a sobrecarga de trabalho, a infraestrutura influenciam significativamente na efetivação destas ações, comprometendo a Segurança do Profissional no seu cotidiano de trabalho⁽¹⁹⁾, uma vez que a integralidade é um ponto chave para a produção do cuidado⁽²³⁾.

Diante disto, os profissionais participantes deste estudo veem o apoio da gestão e o conhecimento da realidade de cada um e do coletivo como fundamentais para a atuação, ou seja, essa interação se faz necessária para a construção de novos significados para atuação segura no contexto da APS, e mais autonomia profissional.

No que tange ao uso do EPI, os informantes relataram que sempre estão disponíveis, demonstraram conhecimento em relação à necessidade e importância do seu uso como forma de proteção do profissional e do usuário. Os riscos são inerentes ao trabalho em saúde, porém os profissionais que atuam na APS nem sempre usam os equipamentos de proteção individual⁽²⁴⁾, colocando em risco a sua segurança.

Na abordagem interacionista, as pessoas agem em relação às coisas, tomando, por base, o significado que as coisas têm para elas⁽¹¹⁾. Nesse sentido, os profissionais de saúde somente irão utilizar os equipamentos de proteção individual se estes tiverem significado de segurança/proteção para eles.

A Segurança do Profissional determina a necessidade de apoio psicológico. O trabalho dos profissionais de saúde é marcado, muitas vezes, por desgaste emocional, pela dificuldade que têm em lidar com os problemas vivenciados no seu cotidiano, relacionados ao processo de trabalho, à inter-relação com a equipe e com os usuários, não conseguindo separar esses problemas de sua vida pessoal, reforçando a necessidade de um apoio psicológico para minimizar a vivência neste contexto.

Os profissionais da saúde se encontram imersos em um cotidiano de trabalho estressante e passam a vivenciar situações que exigem deles maior capacidade de adaptação às demandas psicológicas e emocionais⁽²⁵⁾. Quando se pensa na complexidade do comportamento humano, em suas reações, suas fragilidades e medos que tensionam o sujeito, entende-se que a resiliência passa a ser mais um mecanismo de defesa ou de enfrentamento de adversidades no campo pessoal e profissional, utilizadas pelos indivíduos consciente ou inconscientemente. No entanto, o esforço exigido do indivíduo para que se mantenha em constante equilíbrio emocional e resiliente diante das situações vai depender intensidade do sofrimento psíquico pelo qual estiver passando dentro e fora do ambiente de trabalho⁽²⁶⁾.

Para que profissionais consigam desempenhar melhor sua função de forma segura é necessário um investimento na sua saúde, com objetivo de melhorar sua vida profissional e valer sua segurança⁽²⁷⁾.

Na perspectiva interacionista, as pessoas dão sentido aos símbolos e os expressam por meio da linguagem⁽¹¹⁾. Assim, o reconhecimento do que é ou não significativo para o profissional é possível quando eles interagem, compartilham informações, perspectivas e expectativas acerca do cuidado⁽¹⁸⁾.

A insegurança por agressão verbal foi a enfatizada pelos participantes que decorre de usuários exaltados pela sua demanda não ser atendida. Os profissionais, na tentativa de minimizar a insatisfação do usuário, tentam explicar a situação e as condições de trabalho, o que

pode provocar ainda mais comoção no usuário. A comunicação é considerada no IS como uma estrutura que instiga o desenvolvimento das pessoas, conhecida como a janela para a verdadeira natureza humana⁽¹¹⁾. Entretanto, também é o meio pelo qual o ser humano procura consciente ou inconscientemente alterar a estrutura simbólica estabelecida na interação entre as pessoas⁽²⁸⁾.

A exposição à violência pode ter consequências psicológicas, havendo predomínio da violência não física, sendo o abuso verbal a forma mais comum⁽²⁹⁻³⁰⁾. Há necessidade de intervenções para proteger os profissionais de saúde e proporcionar ambientes de trabalho mais seguros, melhor organização do trabalho e treinamento em habilidades de comunicação para os funcionários, acompanhando os incidentes com apoio adequado às vítimas de violência no local de trabalho⁽³⁰⁾.

Outro fator abordado foi a localização das unidades em regiões violentas, dificultando a segurança no trabalho cotidiano. A violência se configura como um problema social com forte impacto na saúde e na Segurança do Profissional. Incluem-se, nesse contexto, a atenção à saúde e a promoção do cuidado em áreas vulneráveis à violência, comumente caracterizadas por uma infraestrutura precária, em privação de condições materiais de vida e profundas desigualdades sociais⁽³¹⁾.

As competências de trabalho na ESF exigem do profissional atuação extramuros, muitas vezes, em locais com maior incidência de criminalidade. O que pode acarretar aos profissionais, em alguns momentos, medo e insegurança⁽²²⁾.

Foi relatado, pelos participantes da pesquisa, o sofrimento mediante a impotência de não atender à demanda do usuário por falhas no Sistema, falta de recursos humanos e materiais. Esses fatores são responsáveis por ocasionar o distresse moral, a angústia e o sofrimento por saberem o que necessita ser realizado e não conseguirem oferecer ao usuário o cuidado adequado. Estudo realizado em município do Rio Grande do Sul, Brasil, corrobora com este achado, ao evidenciar que os profissionais da APS sentem-se sem recursos para atuar de forma conclusiva para o atendimento ao usuário, gerando sofrimento⁽²¹⁾. A carência de um sistema organizado e resolutivo, interligado em rede é considerada um fator limitante às boas práticas.

Os participantes apontam o gosto pelo trabalho na APS e a autorrealização em resolver a demanda dos usuários, mesmo com as dificuldades pelos poucos recursos. A ação e a interação dos profissionais com os usuários permitem ao profissional significar e ressignificar suas perspectivas em relação à assistência à saúde, proporcionando aos usuários, dentro das possibilidades, uma assistência com qualidade.

Trabalhar envolve relações, que podem resultar em satisfação ou insatisfação, implicando diretamente na atuação dos profissionais e nos resultados da assistência prestada⁽²²⁾. Entre os

motivos de satisfação no trabalho estão a afinidade com a assistência/cuidado prestado, com a profissão, a resolubilidade da assistência oferecida aos usuários, a satisfação do usuário com a assistência recebida, o vínculo estabelecido entre os profissionais e os usuários⁽³²⁾. A realização profissional, orgulho pelo que faz, satisfação e identificação com suas tarefas são vivências que causam bem-estar aos profissionais⁽²¹⁾. Dentro os fatores de insatisfação, destacam-se: as dificuldades de colaboração dos usuários e familiares no processo assistencial, a baixa remuneração, a desvalorização do trabalho, as dificuldades de trabalhar em equipe, a sobrecarga de trabalho e trabalhar em local que não é de sua escolha⁽³²⁻³³⁾.

Considerando os constructos apresentados, pode-se pensar que a Segurança do Profissional é considerada como símbolo significativo para a prestação de uma assistência de qualidade, uma vez que o símbolo é considerado um conceito central, sem o qual a interação social se torna impraticável⁽¹⁸⁾.

O mundo simbólico só se constrói por meio da interação entre duas ou mais pessoas e, portanto, o simbolismo não é resultado de interação do sujeito consigo, ou mesmo, de sua interação com o meio de atuação profissional para sua segurança. Apesar de este estudo ter apresentado um sentido individual dos participantes e o significado do que seja Segurança do Profissional em sua vivência cotidiana na APS, considera-se uma base para todos e quaisquer sentidos que cada um dá às suas próprias ações seguras e seus significados, pois ela é fundada nas interações do indivíduo, ou naquilo que o “eu” faz, sendo regulado pelo que “nós” construímos socialmente. Dessa forma, os participantes da pesquisa demonstram em seus depoimentos como deve ser o contexto da APS, explicitam o que entendem por Segurança do Profissional e o que vivem nos serviços, já que o ambiente, a infraestrutura e as inter-relações no trabalho e com os usuários fazem parte da sua segurança e dos significados atribuídos a ela.

As boas práticas na APS não foram contempladas, diretamente, nos resultados deste estudo, mas pode-se induzir que há um distanciamento entre o provimento de meios e recursos para boas práticas e o contexto de infraestrutura da APS e as vivências dos profissionais. Surgem relatos de sentimentos de incapacidade mediante o tratamento desrespeitoso de usuários, da negligência e das dificuldades em contemplar o acesso integral aos serviços. Porém, deve-se considerar que as boas práticas em saúde podem ser contempladas, também, pelo acolhimento, escuta ativa e qualificada, tratamento respeitoso ao usuário/família, como também pelas ações éticas, compromissadas, seguras e resolutivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou compreender o contexto de Segurança do Profissional no cotidiano da Atenção Primária à Saúde aos 30 anos do SUS. A teoria estabelecida pode ser designada como substantiva ao considerar a formulação conceitual, frente ao fenômeno estudado.

Ao compreender a Segurança do Profissional no cotidiano da APS, as evidências dimensionam o profissional que se sente apto para desempenhar suas habilidades e competências; a atuação ética e compromissada para se ter segurança, perpassando pelo exercício da responsabilidade técnica pelo profissional enfermeiro. O gosto pela atuação na APS, a cooperação no trabalho em equipe e a interdisciplinaridade contribuem para as ações seguras, como, também, o acesso aos recursos para o trabalho em saúde, incluindo os equipamentos de proteção individual. O apoio psicológico e a proteção física foram indicativos para a Segurança do Profissional. A insegurança do profissional se manifesta na falta de infraestrutura, de educação permanente e de apoio. A baixa resolutividade na APS e no Sistema leva à insatisfação e frustração e ao sofrimento do profissional.

A cultura de segurança impõe ao profissional a responsabilidade pela sua própria segurança, de seus colegas, pacientes e familiares reforçando uma culpabilização por essa responsabilidade. No entanto, a corresponsabilização entre profissionais, gestores e usuários é indicada nos discursos dos participantes em atuação cotidiano contexto da APS.

Com este estudo, pretende-se contribuir com a reflexão sobre a Segurança do Profissional no cotidiano da APS e na produção de conhecimento nesta temática.

Refletir sobre a Segurança do Profissional é imprescindível, dado o cenário de saúde pública do País, onde o Sistema, em sua terceira década, ainda não consegue dar conta das demandas de saúde da população em tempo oportuno e necessário, e as condições de trabalho ainda são precárias, onde os profissionais precisam sair da lógica do dever ser para ser preciso. Sugere-se a realização de estudos em outras realidades que repliquem esta teoria sobre a Segurança do Profissional no Cotidiano da APS.

REFERÊNCIAS

1. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*. [Internet]. 2015 Apr-Jun [cited Jun 4, 2018]; 39(105): 514-524. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>.
2. Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface* (Botucatu).

[Internet]. 2015 Oct-Dec [cited Jun 4, 2018]; 19(55): 1089-1100. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>.

3. Baratto MAM, Pasa TS, Cervo AS, Dalmolin GL, Pedro CMP, Magnago TSBS. Culture of patient safety in the hospital setting: na integrative review. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet]. 2016 Nov [cited Jun 7, 2018]; 10(11): 4126-36. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11500/13369>.
4. Ketis ZK, Maletic M, Stropnik V, Deilkas ET, Hofoss D, Bondevik GT. The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Slovenian version for the out-of-hours primary care setting. *BMC Health Services Research*. [Internet]. 2017 Jan [cited Jun 5, 2018]; 18 (38): 17-38. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1972-7>.
5. Fioreti FCCF, Manzo BF, Montenegro LC, Corrêa AR, Martins TCR, Costa DM. Use of quality management tools focusing on the safety of the neonatal patient. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet]. 2016 Nov [cited Jun 20, 2018]; 10(11): 3883-9. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11469/13308>.
6. Rios MO, Nascimento MAA. Production of care for resolubility of the family health strategy: knowledge and dilemmas. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet]. 2017 Sept [cited Jun 20, 2018]; 11(9): 3542-50. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234484/27678>.
7. Cavalcante AKCB, Cavalcante FA, Pires, DCO, Batista EMCA, Nogueira, Lidya T. Nursing preperception of safety culture: integrative review. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet]. 2016 Oct [cited Jul 02, 2018]; 10(10). Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11457/13284>.
8. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2014 Jan-Mar [cited Jul 05, 2018]; 18 (1): 122-129. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/en_1414-8145-ean-18-01-0122.pdf.
9. Nitschke RG, Tholl AD, Potrich T, Silva KM, Michelin SR, Laureano DD. Contribuições do pensamento de Michel Maffesoli para pesquisa em enfermagem e saúde. *Texto contexto enferm* [Internet]. 2017 [cited 27 Fev, 2019]; 26 (4). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e3230017.pdf> doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003230017>.
10. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
11. Blumer H. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Califórnia: Prentice-Hall; 1969.
12. Morin E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005.
13. Leite DF, Nascimento DDG, Oliveira MAC. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis*. [Internet]. 2014 [cited Jul 03, 2018]; 24(2): 507-525. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000200010>.

14. Medeiros L. A educação permanente como instrumento de mudança na rede de atenção em saúde com foco na estratégia saúde da família: um relato de experiência. *Revista Ciência Plural* [Internet]. 2015 [cited Jul 03, 2018]; 1 (1): 65-74. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7325/5503>.
15. Viana DM, Araújo RS, Vieira RM, Nogueira CA, Oliveira VC, Rennó HMS. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Enferm Cent O Min.* [Internet]. 2015 Mai-Ago [cited Jun 03, 2018]; 5 (2): 1658-68. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/470/868>.
16. Martins JRT, Alexandre BGP, Oliveira VC, Viegas SMF. Permanent education in the vaccination room: what is the reality? *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2018 [cited Jun 03, 2018]; 71(1): 668-676. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0560>.
17. Conceição MR, Moraes CC, Franchini ML. Políticas Públicas de Saúde e interdisciplinaridade - a produção de cuidado nas práticas corporais. *Cad Edu Saúde e FIS.* [Internet]. 2014 [cited Jun 04, 2018]; 1(1): 7-11. Available from: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/5/7>.
18. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernardino E, Gomes IM, Aued GK, Sousa SM. Continuity of care and the symbolic interactionism: a possible understanding. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2018 [cited Jun 04, 2018]; 27(2): e4250016. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/en_0104-0707-tce-27-02-e4250016.pdf.
19. Caçador BS, Brito MJM, Moreira DAR, Rezende LC, Vilela CS. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. *Rev Min Enferm.* [Internet]. 2015 Jul-Set [cited Jun 15, 2018] 19 (3): 612-661. Available from: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1027>.
20. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 0509 de 15 de março de 2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico. [Internet]. [cited Jun 15, 2018]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html.
21. Maissiat GS, Lautert L, Pai DD, Tavares JP. Work context, job satisfaction and suffering in primary health care. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2015 Jun [cited Jun 15, 2018]; 36(2): 42-49. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.51128>.
22. 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.* [Internet]. 2017 [cited Jun 15, 2018]; 26(3): e2500016. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/en_0104-0707-tce-26-03-e2500016.pdf.
23. Silva CTS, Silva SS, Almeida MVG, Araújo IB. Integralidade e suas interfaces com a produção do cuidado. *Rev Cuid.* [Internet]. 2014 [cited Jun 12, 2018]; 5(2): 731-738. Available from: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/85/212>.
24. Vieira AN, Lima, DWC, Silva FT, Oliveira G, Willeneuwe S. Use of personal protective equipment for nursing professional in primary health care. *Rev enferm UFPE on line.* [Internet]. 2015 Dec [cited Jun 12, 2018]; 9(10): 1376-1383. doi: 10.5205/reuol.8463-73861-2-SM.0910sup201501.

25. Rodrigues CCFM, Santos VEP, Sousa P. Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2017 Oct [cited Jun 10, 2018]; 70(5): 1083-1088. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/0034-7167-reben-70-05-1083.pdf>.
26. Vieira AA, Oliveira CTF. Resiliência no trabalho: uma análise comparativa entre as teorias funcionalista e crítica. *Cad. EBAPE* [Internet]. 2017 Set [cited Fev 27, 2019]; 15(2). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v15nspe/1679-3951-cebape-15-spe-00409.pdf>.
27. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *AnnFam Med.* [Internet]. 2014 Nov-Dec [cited Jun 04, 2018]; 12(6): 573-576. Available from: <http://www.annfammed.org/content/12/6/573.long>.
28. Scaramal DA, Haddad MCFL, Garanhani ML, Nunes EFPA, Galdino MJQ, Pissinati PSC. Occupational physical violence in urgency and emergency hospital services: Perceptions of nursing workers. *Rev Min Enferm.* [Internet]. 2017 [cited Jun 27, 2018]; 21:e-1024. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170034>.
29. Hernandez JAR; Garcia CL, Esteban BI, Munoz IG, Reche APB. Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrumente. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* . [Internet]. 2016 Sep-Dec [cited Jun 28, 2018]; 16: 295-305. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.06.001>.
30. Fisekovic MB, Trajkovic GZ, Bjegovic-mikanovic VM, Terzic-supic ZJ. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. *Eur J Public Health.* [Internet]. 2015 Aug [cited Jun 10, 2018]; 25(4): 693-98. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Fisekovic%20MB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25644138.
31. Santos MS, Silva JG, Branco JGO. O enfrentamento à violência da Estratégia Saúde da Família: desafios para a atenção em saúde. *Rev Bras Promoç Saúde.* [Internet] 2017 Apr-Jun. [cited Jun 03, 2018]; 30(2): 229-38. Available from: https://www.researchgate.net/publication/318239815_O_enfrentamento_a_violencia_no_ambito_da_estrategia_saude_da_familia_desafios_para_a_atencao_em_saude.
32. Lima L, Pires DEP, Forte ECN, Medeiros F. Job satisfaction and dissatisfaction of primary health care professionals. *Esc Anna Nery.* [Internet]. 2014 Mar [cited Jun 03, 2018]; 18(1): 17-24. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/en_1414-8145-ean-18-01-0017.pdf.
33. Munyewende PO, Risper LCR, Chirwa T. Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. *Hum Resour Health.* [Internet]. 2014 May [cited Jun 13, 2018]; 12(27): 1-14. Available from: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-12-27>.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizar esta dissertação traz-me ao real e, ao mesmo tempo, ao sentimento crível de que o SUS, em sua terceira década, mesmo frente às inúmeras dificuldades e desafios, está presente na vida dos brasileiros e, principalmente, na dos desiguais. Considero a importância deste estudo para minha vida pessoal e profissional, como Enfermeira atuante em uma equipe da ESF.

Inicialmente, ao pensar sobre o contexto de atuação cotidiana na APS e a Segurança do Profissional, como objeto deste estudo, até a construção deste texto, muitas foram as reflexões e valiosas foram as contribuições descobertas na realidade vivenciada por cada um dos 82 participantes. Os três cenários deste estudo trazem realidades similares, o que denota a capacidade de generalização externa dos resultados apresentados em condições reais similares.

O método e o referencial teórico adotados permitiram olhar para as realidades vivenciadas pelos profissionais da APS e compreender os significados atribuídos a elas, por cada um dos participantes deste estudo e no coletivo no decurso da análise fundamentada nos dados.

Assim, o desenvolvimento deste estudo permitiu compreender o contexto de atuação cotidiana dos profissionais da APS na terceira década do SUS, a Segurança do Profissional, e quais os fatores interferem na sua atuação, ocasionando a insegurança. Percebe-se que os profissionais reconhecem as fragilidades ainda presentes na APS e as condições que favorecem a prática (in)segura no seu cotidiano.

Os dificultadores para atuação do profissional, a resolutividade na APS, e a Segurança do Profissional se apresentam em: aspectos organizacionais dos serviços e do Sistema; na dificuldade de efetivação dos princípios do SUS; no acesso dificultado aos demais níveis de complexidade frente aos encaminhamentos necessários; na falta de recursos humanos, materiais e de infraestrutura; na sobrecarga de trabalho; nas inter-relações com os usuários; na desmotivação do profissional; e na desvalorização do trabalho. A gestão impacta sobre esse contexto e na Segurança do Profissional.

Em contrapartida, o relacionamento interpessoal e o vínculo com os usuários são fatores que influenciam positivamente na atuação do profissional e em sua segurança.

A realização deste estudo permitiu fornecer subsídios para uma reflexão sobre os aspectos que definem os desafios para o SUS, sobretudo, para a APS. Espera-se que esta pesquisa contribua para que a tomada de decisão em saúde por gestores e profissionais seja

pautada nos princípios do SUS, pois, em sua terceira década, ainda não consegue dar conta das demandas de saúde da população. Neste sentido, menciona-se a necessidade de melhoria na infraestrutura para boas práticas e atuação segura do profissional da APS.

Encerro esta pesquisa com o sentimento de gratidão por todos os participantes que tive o privilégio de conhecer durante esta caminhada, pois foi gratificante compartilhar as experiências e conhecer a realidade de outros profissionais que em mim confiaram ao relatarem suas angústias, sofrimentos, aflições e expectativas tanto pessoais como profissionais. A escuta do “sim” e a percepção de que gostariam de participar da pesquisa pela temática abordada, pois, desta forma, poderiam colaborar para a melhoria do SUS e do contexto de trabalho, foi motivador e fio condutor na compreensão do contexto de atuação na APS e seu impacto na Segurança do Profissional.

Perceber que a realidade de todos é similar à minha, me dá forças para continuar a lutar por um SUS melhor, onde tenhamos condições para desempenhar nosso papel com qualidade, segurança, comprometimento e satisfação, por saber que estamos ofertando ao usuário aquilo que ele precisa, atendendo à sua necessidade, oferecendo uma assistência integral e equânime, pois acredito que com o comprometimento de todos e da gestão, conseguiremos as melhorias que tanto buscamos para nós, profissionais, e para a população.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de; MARIN, Juliana; CASOTTI, Elisete. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela Atenção Básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 373-398, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00064.pdf> Acesso em: 10 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00064>

ANDRADE, Luciana Dantas Farias de et al. Desempenho do enfermeiro em suas atividades laborais na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 5, n. 1, 2016. Disponível em: <http://seer.ufm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1749/pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

BAPTISTA, Patrícia Campos Pavan; PUSTIGLIONE, Marcelo; ALMEIDA, Mirian Cristina dos Santos; FELLI, Vanda Elisa Andres; GARZIN, Ana Claudia Alcantara; MELLEIRO, Marta Maria. Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 2, p. 122-28, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342015000800122&lng=pt&tlng=p. Acesso em 31 mai. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S008062342015000800017>

BARATTO, Mari Angela Meneghetti; PASA, Thiana Sebben; CERVO, Anamarta Sbeghen; DALMOLIN, Grazielle de Lima; PEDRO, Cecília Mariane Pinheiro; MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza. Cultura de segurança do paciente no cenário hospitalar: revisão integrativa. **Revista Enfermagem, UFPE on-line**, v. 10, n. 11, p. 4126-36, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11500/13368>. Acesso em: 04 jun. 2018. doi: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201638

BARTH, Priscila Orlandi; RAMOS, Flávia Regina Souza; BARLEM, Edison Luiz Devos; DALMOLIN, Grazielle de Lima; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. Validation of a moral distress instrument in nurses of primary health care. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 26:e3010, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100320. Acesso em: 31 mai. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2227.3010>

BÁSCOLO, Ernesto; HOUGHTON, Natalia; DEL RIEGO, Amalia. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e126, 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49472>. Acesso em: 10 set. 2018. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>

BAZEMORE, Andrew et al. Higher Primary Care Physician Continuity is Associated With Lower Costs and Hospitalizations. **The Annals of Family Medicine**, v. 16, n. 6, p. 492-497, 2018. Disponível em: <http://www.annfam.org/content/16/6/492.abstract>. Acesso em: 05 out. 2018.

BELL, Brian G; REEVES, David; MARSDEN, Kate; AVERY, Anthony. Safety climate in English general practices: workload pressures may compromise safety. **J Eval Clin Pract**. v. 22, n. 1, p. 71-76, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949509/> <https://doi.org/10.1111/jep.12437>

BLUMER, Herbert. **Symbolic Interacionism: Perspective and Method**. Califórnia: Prentice-Hall.1969. p119-137

BODENHEIMER, Thomas; SINSKY, Christine. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. **AnnFam Med**. v. 12, n.6, p. 573-6, 2014. **Disponível em:** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25384822>. doi: 10.1370/afm.1713.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo Macedo. The integrative review method in organizational studies. **Rev Eletr Gestão Soc.** v. 5, n. 11, p. 121-36, 2011. **Disponível em:** <https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220/906>. Acesso em: 02 ju. 2018. <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>

BOWIE, Paul; HALLEY, Lyn; BLAMEY, Avril; GILLIES, Jill; HOUSTON, Neil Houston. Qualitative evaluation of the Safety and Improvement in Primary Care (SIPC) pilot collaborative in Scotland: perceptions and experiences of participating care teams. **BMJ Open**. v. 6, n.1, p. 1-10, 2016. **Disponível em:** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4735198/pdf/bmjopen-2015-009526.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2018. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009526>

BRASIL .Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1º de Abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. **Disponível em:** http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o **Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: MS; 2014. **Disponível em:** <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436 de 21 de Setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. **Disponível em:** http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

CAÇADOR, Beatriz Santana; BRITO, Maria José Menezes; MOREIRA, Danielle de Araújo; REZENDE, Lilian Cristina; VILELA, Cláudia de Sousa. Ser enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. **Rev Min Enferm**. v.19, n. 3, p. 612-61, 2015 **Disponível em:** <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>. Acesso em: 30 mai. 2018. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>.

CARRAPATO, Josiane Fernandes Lozigia; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro; PLACIDELI, Nádia. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 518-530, 2018. **Disponível em:** <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n2/1984-0470-sausoc-27-02-518.pdf>. Acesso em: 05 out. 2018. doi 10.1590/S0104-12902018170012

CAVALCANTE, Andreia Karla de Carvalho Barbosa; CAVALCANTE, Francélia Alves; PIRES, Deyse Clara Oliveira; BATISTA, Elis Marina Carvalho Alves; NOGUEIRA, Lidya Tolstenko. Nursing perception of safety culture: integrative review. **Rev Enferm UFPE on line**. v.10, n.10, p. 3890-7, 2016. **Disponível em:**

from:<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11457/13284>. Acesso em: 04 jun. 2018. doi: 10.5205/reuol.9667-87805-1-ED1010201622

CNES- **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**, 2018 [online] Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>. Arquivo consultado em 28 de maio de 2018

COFEN – **Resolução COFEN nº 0509/16**. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html. Acesso em 07 de junho de 2018.

CONCEIÇÃO, Mírian Ribeiro; MORAES, Cassio Couto; FRANCHINI, Michelle Lisidati. Políticas Públicas de Saúde e interdisciplinaridade - a produção de cuidado nas práticas corporais. **Cad. Edu. Saúde e FIS**. v.1, n.1, p. 7-11, 2014. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/5>. Acesso em: 04 jun. 2018 <http://dx.doi.org/10.18310/2F2358-8306.v1n1p07>

CORDEIRO, Técia Maria Santos Carneiro; ARAÚJO, Tânia Maria de. Prevalência da capacidade para o trabalho inadequada entre trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. **Rev Bras Med Trab**. n. 15, v. 2, p. 150-7, 2017. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/848122/rbmt-v15n2_150-157.pdf. Acesso em: 02 jun. 2018. doi: 10.5327/Z1679443520177004

COSTA, Daniela Kércia Ponte; ARRUDA, Lidyane Parente; MAGALHÃES, Ana Hirley Rodrigues; ABREU, Leidy Dayane Paiva de; PONTE, Keila Maria de Azevedo; FREITAS, Consuelo Helena Aires de. Cuidado de enfermagem no pré-natal e segurança do paciente: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE online**. v. 10, n. 6, p. 4909-4919, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11272/12909>. Acesso em 31 mai. 2018. doi: 10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup20162

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita e Santos; MARA, Lisiane de Moraes dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**. v. 38, n. 105, p. 514-24, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>. ISSN 2358-2898. Acesso em: 04 ju. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>.

CULHANE-PERA, Kathleen A. et al. Primary care clinicians' perspectives about quality measurements in safety-net clinics and non-safety-net clinics. **International journal for equity in health**, v. 17, n. 1, p. 161, 2018. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0872-3>. Acesso em: 05 out 2018. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0872-3>

DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA – DAB. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Abril 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

DIAS, Jéssica David; MEKARO, Karen Sayuri; TIBES, Chris Mayara dos Santos; ZEM-MASCARENHAS, Sílvia Helena. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Rev Min Enferm**. n.18, v. 4, p. 866-873, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/969>. Acesso em: 11 mar. 2016.

doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140064>

DIAS, Orlene Veloso et al. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-13, 2016. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1185>. Acesso em: 05 out 2018. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1185](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1185)

EJLERTSSON, Lina et al. Recovery, work-life balance and work experiences important to self-rated health: A questionnaire study on salutogenic work factors among Swedish primary health care employees. **Work**, v. 59, n. 1, p. 155-163, 2018. Disponível em: <https://content.iospress.com/articles/work/wor2659>. Acesso em: 12 out. 2018. doi: 10.3233/WOR-172659

FERREIRA, Tainara Lôrena dos Santos; SOUZA, Dandara Rayssa Silva de; ANDRADE, Fábila Barbosa de. Avaliação da gestão do trabalho com enfoque na atuação dos profissionais da atenção primária à saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 2, p. 99-113, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/10974/0>. Acesso em: 12 out. 2018.

FIORETI, Fernanda Cristina Custodia de Faria; MANZO, Bruna Figueiredo; MONTENEGRO, Lívia Cozer; CORRÊA, Allana dos Reis; MARTINS, Tatiana Carvalho Reis; COSTA, Daiana Muniz. Uso de ferramentas de gestão da qualidade com foco na segurança do paciente neonatal. **Revista Enfermagem, UFPE on-line**. v. 10, n. 11, p. 3883-9, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11469/13309>. Acesso em 04 ju. 2018. doi: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201609

FISEKOVIC, Marina B; TRAJKOVIC, Goran Z; BJEGOVIC-MIKANOVIC, Vesna M; TERZIC-SUPIC, Zorica J. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 4, p. 693-98, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Fisekovic%20MB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25644138. Acesso em: 04 ju. 2018. doi: 10.1093/eurpub/cku247

FLÔR, Cristina Rabelo et al. Primary health care as assessed by health professionals: comparison of the traditional model versus the Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 714-726, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2017.v20n4/714-726/>. Acesso em: 12 out. 2018. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040013>

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>. Acesso em: 12 out. 2018. doi: 10.5935/1414-8145.20160013

GARCÍA VERA, Marcela et al. El cuidado en la Atención Primaria de Salud: vivencia de las enfermeras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n.1, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/es_0034-7167-reben-71-s1-0531.pdf. Acesso em: 27 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0244>

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.

22, n. 65, p. 387-98, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n65/1807-5762-icse-1807-576220160633.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018. doi: 10.1590/1807-57622016.0633

HERNANDEZ, José Antônio Ruiz; GARCIA Cecilia Lopez; ESTEBAN, Bartolomé Llor; MUNOZ, Inmaculada Galián; RECHE, Ana Pilar Benavente. Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrumente. **International Journal of Clinical and Health Psychology**. v.16, p. 295-305, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169726001630028X>. Acesso em 04 jun. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.06.001>

IBGE- **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas**, 2018. [online]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html> . Arquivo consultado em 28 de maio de 2018

JACOWSKI, Michele et al. Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15145>. Acesso em: 25 set. 2018.

KESSLER, Adriane Inês; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 33, n.1, p. 49-55, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100007. Acesso em: 25 fev. 2016 <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100007>

KETIS, Zalika Klemenc; MALETIC, Matjaz; STROPNIK, Vesna; DEILKAS, Ellen Tveter; HOFLOSS, Dag; BONDEVIK, Gunnar Tschudi. The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Slovenian version for the out-of-hours primary care setting. **BMC Health Services Research**. v. 18, n. 38, p. 17:38, 2017. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1972-7>. Acesso em: 04 jun. 2018. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1972-7>

KONJIN, Naghavi, Z; SHOKOOHI, Y ; ZAREIF; RAHIMZADEH, M; SARSANGI, V. Dimensions of Safety Climate among Iranian Nurses. **Int J Occup Environ Med**. v. 6, n. 4, p. 223-31, 2015. Disponível em: <http://www.theijoem.com/ijoem/index.php/ijoem/article/view/550>. Acesso em: 02 jun. 2018. doi: 10.15171/ijoem.2015.550

LEITE, Denise Fernandes; NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis**. v. 24, n. 2, p. 507-525, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000200507&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 04 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000200010>.

LIMA, Fabiana Araújo; GALIMBERTTI, Percy Antonio. Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral-CE. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 157-175, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00157.pdf>. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i2.15145>

LIMA, Letícia de; PIRES, Denise Elvira Pires de; FORTE, Elaine Cristina Novatzki; MEDEIROS, Francini. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc Anna Nery**. v. 18, n.1, p. 17-24, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100017&script=sciabstract&tlng=es>. Acesso em: 02 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140003>.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 635-656, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00635.pdf> Acesso em: 30 set. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>

MAISSIAT, Greisse da Silveira; LAUTERT, Liana; DAL PAL, Daiane; TAVARES, Juliana Petri. Work context, job satisfaction and suffering in primary health care. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 36, n. 2, p. 42-9, 2015, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n2/1983-1447-rgenf-36-02-00042.pdf>. Acesso em: 02 ju. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.51128>

MARCITELLI, Carla Regina de Almeida. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde. **Ensaio e Ciências: Ciências biológicas, Agrárias e da Saúde**. v. 15, n. 4, p. 215-228, 2011 Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/260/26022135015.pdf>. Acesso em 27 mar. 2016.

MARTINS, Jéssica Rauane Teixeira; ALEXANDRE, Bruna Gabrielly Pereira; OLIVEIRA, Valéria Conceição de; VIEGAS, Selma Maria da Fonseca. Educação permanente em sala de vacina: qual a realidade?. **Rev Bras Enferm**. v. 71, n. 1, p. 668-76, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-71672018000700668&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 04 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0560>

MEAD, George Herbert. **Espiritu, persona y sociedad: desde el punto de vista del conductismo social** (3ª ed.). Buenos Aires: Paidós; 1972.

MEDEIROS, Lis Cardoso Marinho. Educação permanente como instrumento de mudança na rede de Atenção à Saúde com foco na Estratégia Saúde da Família; um relato de experiência. **Rev Ciência Plural**. v. 1, n. 1, p. 65-74, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7325>. Acesso em 04 jun. 2015.

MELNIK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen. **Making the case for evidence-based practice and cultivating a spirit of inquiry**. In: Melnyk BM, FineoutOverholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

MELO, Duane Ferreira; CRISCUOLO, Maria Beatriz Rodrigues; VIEGAS, Selma Maria Fonseca. Referência e contrarreferência no cotidiano da atenção à saúde de Divinópolis-MG, Brasil: o suporte às decisões da atenção primária. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 4, p. 4986-4995, 2016. Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4402/pdf>. Acesso em: 01 nov. 2018. doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4986-4995

MELO, Márcia Borges; BARBOSA, Maria Alves; SOUZA, Paula Regina de. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latino-Americana. Enfermagem**. v.19, n.4, 1047-55, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf. Acesso em: 10 fev. 2016 <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000400026>

MESQUITA, Karina Oliveira de; SILVA, Lielma Carla Chagas da; LIRA, Roberta Cavalcante Muniz; FREITAS, Cibelly Aliny Siqueira Lima; LIRA, Geison Vasconcelos. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: Revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**. v.21, n.2, p. 01-08, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45665/28526>. Acesso em 01 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00114113>

MICHELIN, Samanta Rodrigues, et al. (Re)conhecendo o cotidiano dos trabalhadores de um centro de saúde: um caminho para a prevenção do burnout e a promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-305&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 27 fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018005510015>

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005.

MORKEN, Tone; JOHANSEN, Ingrid; ALSAKER, Kjersti. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. **BMC Fam Pract**. v. 16, n. 51, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4426652/?tool=pubmed>. Acesso em: 31 mai. 2018. doi: 10.1186/s12875-015-0276-z

MOTTA, Luís Claudio de Souza; BATISTA, Rodrigo Siqueira. Estratégia saúde da família: clínica e crítica. **Rev. bras. educ. méd**, v. 39, n. 2, p. 196-207, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200196&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e00912014>

MUNYEWENDE, Pascalia Ozida; RISPE, Laetitia Charmaine Rispel; CHIRWA, Tobias. Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. **Hum Resour Health** v.12, n. 27, p. 1-14, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC402462>. Acesso em: 04 jun. 2018. doi: 10.1186/1478-4491-12-27

NITSCHKE, Rosane Gonçalves, et al. Contribuições do pensamento de Michel Maffesoli para pesquisa em enfermagem e saúde. **Texto Contexto Enferm**. v.26, n.4:e3230017, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e3230017.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003230017>.

OLIVEIRA, Roberta Meneses, et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**. v. 18, n. 1, p. 122-29, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452014000100122&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.

OLIVEIRA, Valéria Conceição de. **Avaliação da qualidade da conservação de vacina nas unidades de atenção primária à saúde da Região Centro-Oeste de Minas Gerais**. 2012. 147 f. 2012. [Tese de Doutorado] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP, Ribeirão Preto.

PAIM, Luís Fernando Nunes Alves et al. Qual é o custo da prescrição pelo nome de marca na judicialização do acesso aos medicamentos? **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 201-209, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000200201. Acesso em: 25 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700020022>

PEDRAZA, Dixis Figueroa et al. Caracterização do trabalho de enfermeiros e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária. **ABCS Health Sciences**, v. 43, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/993>. Acesso em: 22 out. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v43i2.993>

PIRES, Denise Elvira Pires de; MACHADO, Rosani Ramos; SORATTO, Jacks; SCHERER, Magda dos Anjos; GONÇALVES, Ana Sofia Resque; TRINDADE, Letícia de Lima. Nursing workloads in family health: implications for universal acces. **Rev Latino Americana. Enfermagem**. 24:e2682, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100313. Acesso em: 31 mai. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682>

RAMALHO, José Melquiades Neto; MARQUES, Daniela Karina Antão; FERNANDES, Maria das Graças Melo; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**; 69(1):162-8, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100174&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 02 jun. 2018 <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i>

RASHVAND, Farnoosh; SALSALI, Mahvash; EBADI, Abbas; VAISMORADI, Mojtaba; JORDAN, Sue; GRIFFITHS, Pauline. Iranian nurses perspectives on assessment of safe care: an exploratory study. **Journal of Nursing Management**. v.24, n.3, p. 417–26. 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12338>. Acesso em: 31 mai. 2018. <https://doi.org/10.1111/jonm.12338>

RIOS, Monica Oliveira; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. A produção do cuidado para resolubilidade da Estratégia de Saúde da Família: saberes e dilemas. **Rev. Enferm UFPE online**. v.11, n. 9, p. 3542-50, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234484/27677>. Acesso em: 04 jun. 2018. doi: 10.5205/reuol.10620-94529-1-SM.1109sup201706

RODRIGUES, Cláudia Cristiane Filgueira Martins; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; SOUSA, Paulo. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. **Rev Bras Enferm**. v.70, n. 5, p.1141-7, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501083&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 04 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0194>

SALSALI, Mahvash; EBADI, Abbas; VAISMORADI, Mojtaba; JORDAN, Sue; GRIFFITHS, Pauline. Iranian nurses perspectives on assessment of safe care: an exploratory study. **Journal of Nursing Management**. v.24, n.3, p. 417–26, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12338>. Acesso em: 31 mai. 2018. <https://doi.org/10.1111/jonm.12338>

SANTOS, Ana Luiza Roso dos; FALER, Camília Susana. A rede de atenção básica na perspectiva dos usuários do SUS de um município do Médio Alto Uruguai Gaúcho. **Unoesc & Ciência-ACBS**, v. 9, n. 1, 2018. Disponível em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/15143>. Acesso em: 20 out. 2018.

SANTOS, Carla Targino Bruno dos et al. A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, p. 1233-1240, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n4/1413-8123-csc-23-04-1233.pdf>. Acesso em: 30 out. 2018. doi: 10.1590/1413-81232018234.16122016

SANTOS, Maria Clara et al. Processo de Trabalho do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF): importância da Qualificação Profissional. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 8, n. 2, p. 60-69, 2017. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudetransformacao/article/view/4095>. Acesso em: 30 out. 2018.

SANTOS, Milena da Silva; SILVA, Juliana Guimarães e; BRANCO, July Grassiely de Oliveira. O enfrentamento à violência da Estratégia Saúde da Família: desafios para a atenção em saúde. **Rev Bras. Promoção Saúde**. v. 30, n. 2, p. 229-38, 2017 Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318239815_. Acesso em: 04 jun. 2018. doi:10.5020/18061230.2017.p229

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p. 1729-36, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/1729-1736/pt/>. Acesso em: 09 ago. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>

SCARAMAL, Dayane Aparecida; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço; GARANHANI, Mara Lúcia; NUNES, Elizabete de Fátima Polo de Almeida; GALDINO, Maria José Quina; PISSINATI, Paloma de Souza Cavalcante. Violência física ocupacional em serviço de urgência e emergência hospitalares: percepções de trabalhadores de enfermagem. **Rev Min. Enferm.** 21:e-1024, 2017 Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1160>. Acesso: 12 jun. 2018. doi: 10.5935/1415-2762.20170034

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; OLIVEIRA, Neura Angélica de; PIRES, Denise Elvira Pires de; TRINDADE, Letícia de Lima; GONÇALVES, Ana Sofia Resque; VIEIRA, Mônica. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**. v.14, n.1, p.89-104, 2016 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S198177462016000400089&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 31 mai. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00030>

SILVA, Camila Thais dos Santos; SILVA, Simone Santana da; ALMEIDA, Márton Vinícius Gama; ARAÚJO, Igor Brasil de. Integralidade e suas interfaces com a produção do cuidado. **Rev Cuidarte**. v.5, n.2, p731-8, 2014. Disponível em: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/85>. Acesso em 04 jun. 2018 doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.85>

SILVA, Darlan dos Santos Damásio et al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, p. 1023-1031, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-1027.pdf. Acesso em: 02 nov. 2018. doi: 10.1590/S0080-623420150000600020

SILVA, Denise Alves José da; TAVARES, Maria de Fátima Lobato. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 193-205, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0193.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2018. doi: 10.1590/0103-1104201611115

SIMAS, Paloma Ribeiro Pires; PINTO Isabela Cardoso de Matos. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.22, n.6, p. 1865-76, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002601865&script=sciabstract&ttlng=pt>. Acesso em: 31 mai. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.01532017>

SOARES, Cassia Baldini; HOGA, Luiza Akiko Komura; PEDUZZI, Marina; SANGALETI, Carine; YONEKURA, Tatiana; SILVA, Deborah Rachel Audebert Delage. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. v. 48, n. 2, p. 335-45, 2014 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf. Acesso em: 02 jun. 2018. doi: 10.1590/S0080-623420140000200020

SORATTO, Jacks; PIRES, Denise Elvira Pires de; TRINDADE, Letícia Lima; OLIVEIRA, JONAS Sâmí Albuquerque de; FORTE, Elaine Cristina Novatzki; MELO, Thayse Palhano de. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Rev Texto Contexto Enferm**. v.26, n.3:e2500016, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300325&lng=pt&ttlng=pt. Acesso em: 04 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>

SORATTO, Jacks et al. Job satisfaction and dissatisfaction among family health strategy professionals in a small city of Southern Brazil. **Revista CEFAC**, v. 20, n. 1, p. 69-78, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n1/1982-0216-rcefac-20-01-00069.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2018. doi: 10.1590/1982-0216201820111117

SORATTO, Jacks et al. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia de Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, v. 10, n. 34 p. 1-7, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/131383/000981708.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 nov. 2018. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)872](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)872)

SOUZA, Mauro Sérgio Furtado; KOPITTKKE, Luciane. Adesão ao tratamento com psicofármacos: fatores de proteção e motivos de não adesão ao tratamento

farmacológico. **Revista de APS**, v. 19, n. 3, 2016. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2370>. Acesso em: 02 nov. 2018.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

TETEMANN, Edialy Cancian; TRUGILHO, Silvia Moreira; SOGAME, Luciana Carrupt Machado. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 15, n. 2, p. 356-69, 2016. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/25456>. doi: 10.15448/1677-9509.2016.2.25456

TRINDADE, Letícia de Lima; PIRES, Denise Elvira Pires de; AMESTOY, Simone Coelho; FORTE, Elaine Cristina Novatzke; MACHADO, Francele Luz; BORDIGNON, Maiara. Trabalho na Estratégia Saúde da Família: implicações nas cargas de trabalho de seus profissionais. **Cogitare Enferm.** v.19, n.3, p. 528-35, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35492>. Acesso em: 02 jun. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i3.35492>

UTZUMI, Fernanda Catafesta; LACERDA, Maria Ribeiro; BERNARDINO, Elizabeth; GOMES, Ingrid Meireles; AUED Gisele Knuip; SOUSA, Solange Meira de. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Rev Texto Contexto Enferm.** v.27, n.2, e4250016, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200308&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>

VERGARA, Canales, M; SUAZO, Valenzuela, S; KLIJN, T. Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile. **Enfermería Universitaria.** v.13, n.3, p. 178-86, 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000300178#aff1. Acesso em: 02 jun. 2018

VIANA, Danuza Maria; ARAÚJO, Renata de Souza; VIEIRA, Rafaela Matos; NOGUEIRA, Carolie Amaral; OLIVEIRA, Valéria Conceição de ; RENNÓ, Heloiza Maria Siqueira. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Enferm. Centro Oeste Mineiro.** v.5, n.2, p. 1658-68, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/470>. Acesso em: 04 jun. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.470>

VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v. 23, n. 6, p. 1751-62, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=pt. Acesso em: 20 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.

VIEGAS Selma Maria da Fonseca; PENNA Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery.** v. 17, n. 1, p.133-141, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019 & lng=en. Acesso em: 05 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100019>

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface (Botucatu)**. v.19, n. 55, p. 1089-100, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401089&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Integralidade: princípio de vida e de direito à saúde. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 33, n. 2, p. 237-247, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a06>.

VIEIRA, Adriana de Azevedo; OLIVEIRA, Carlyle Tadeu Falcão de. Resiliência no trabalho: uma análise comparativa entre as teorias funcionalista e crítica. **Cad. EBAPE**. v. 15 n.2, p. 411-427, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512017000700409&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 27 fev.2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395159496>

VIEIRA, Alcivan Nunes; LIMA, Deivson Wendell da Costa; SILVA, Fabia Talita da; OLIVEIRA, Georges, Willeneuwe de Sousa. Uso dos equipamentos de proteção individual por profissionais de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Rev enferm UFPE online**. v.9, n. 10, p. 1376-83, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10848/12062>. Acesso em: 04 jun. 2018. doi: 10.5205/reuol.8463-73861-2-SM.0910sup201501

WAGNER, Edward H; GUPTA, Reshma; COLEMAN, Katie. Practice Transformation in the Safety Net Medical Home Initiative: A Qualitative Look. **Medical Care**. v.52, p. 18-22, 2014. Disponível em: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/fulltext/2014/11001/Practice_Transformation_in_the_Safety_Net_Medical.5.aspx. Acesso em: 31 mai. 2018 doi: 10.1097/MLR.0000000000000196

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Final Technical Report. January 2009.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com o item IV da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos)

Título do Estudo: O contexto de atuação no SUS sob a ótica dos profissionais de saúde da atenção primária à saúde.

Prezado(a),

Eu, Mariana Delfino Gontijo, mestranda do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Enfermagem UFSJ/CCO, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Selma Maria Fonseca Viegas, venho convidá-lo(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa sobre a atuação dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS). Os avanços nesta área ocorrem por meio de estudos como este, por isso, a sua participação é importante. A sua colaboração consiste no fato de que os resultados da pesquisa poderão contribuir para o aperfeiçoamento do sistema de saúde, particularmente, no que se refere à Segurança do Profissional para a sua atuação em atendimento às pessoas, famílias e comunidade.

O objetivo deste estudo é compreender a Segurança do Profissional para a atuação cotidiana no contexto da APS, em municípios da Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, Brasil.

Caso você participe, será necessário responder uma entrevista realizada pela pesquisadora Mariana Delfino Gontijo, mediante gravação, não identificada, com perguntas referentes à sua atuação cotidiana no contexto da APS e sobre o contexto do SUS. As entrevistas serão realizadas em uma sala disponibilizada pela unidade de saúde, garantindo sua privacidade.

Os riscos decorrentes de sua participação neste estudo são relacionados à possibilidade de constrangimento ou desconforto ao responder às perguntas da pesquisa ou à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados. Para isso não ocorrer, você terá a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas sobre as perguntas a serem feitas a você antes de começar a respondê-las. Se não quiser dar continuidade, tem a liberdade de não participar do estudo. Deixo esclarecido que suas respostas serão confidenciais e anônimas. Portanto, mediante as medidas de prevenção adotadas, os riscos de sua participação neste estudo são considerados mínimos, pois raramente poderá ocorrer extravasamento das informações solicitadas na pesquisa, já que esta terá que garantir um caráter sigiloso entre a pesquisadora e seus colaboradores. Em caso de dano pessoal provocado, comprovadamente, pela pesquisa, você terá seus direitos legalmente estabelecidos, e em casos de danos emocionais, é assegurado encaminhamento psicológico.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo para o seu trabalho e para sua pessoa. Você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação no estudo, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua

Rúbricas:

responsabilidade, mas da pesquisadora. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, há garantia de indenização. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com a letra “E” de entrevistado, seguida de um número.

As informações obtidas serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia deste termo no qual consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFSJ/Campus Centro Oeste), podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) da entrevista e do estudo: “*O contexto de atuação no SUS sob a ótica dos profissionais de saúde da atenção primária à saúde*”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Divinópolis ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) participante

Data: ____ / ____ / ____ _____

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Prof^a. Dr^a. Selma Maria da Fonseca Viegas

Docente da UFSJ - Campus Centro-Oeste - Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400 - Sala 207 Bloco ACEP

35501-296

Bairro Chanadour. Divinópolis-MG – (37) 3221-1267 UFSJ

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João Del-Rei Campus Centro-Oeste CEPES/CCO.

Local: Sala 304 – Prédio da Biblioteca Campus Centro-Oeste Dona Lindu da UFSJ

Tel: (37) 3221-1580 Fax: (37) 3221-1580 E-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br

Rúbricas:

APÊNDICE II

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Título do Estudo: O contexto de atuação no SUS sob a ótica dos profissionais de saúde da atenção primária à saúde.

A- Caracterização sociodemográfica

Nome (iniciais): _____ Idade: _____ Sexo: () M () F

Cargo(função): _____

Tempo de trabalho na ESF: _____

Possui especialização em Atenção Básica/Saúde da Família: () Sim () Não

Possui outra especialização, se sim, qual? _____

B- Questões abertas

1- O que você compreende por Sistema Único de Saúde, o SUS?

2- O que você compreende por Atenção Primária à Saúde?

3- Fale-me sobre como é atuar na Atenção Primária à Saúde.

4- Como você se sente ao exercer sua atividade profissional na Atenção Primária à Saúde?

5- Fale-me de sua percepção sobre o contexto atual do SUS.

6- O que você compreende por Segurança do Profissional para atuação na Atenção Primária à Saúde?

7- Como você percebe o ambiente de trabalho na Atenção Primária à Saúde?

8- Você tem alguma colocação a fazer sobre a Segurança do Profissional frente à atuação cotidiana na Atenção Primária à Saúde?

9- Em sua opinião, como atingir melhorias na atenção à saúde, na qualidade e resolutividade dos serviços e na segurança para atuação dos profissionais na APS e no SUS, em geral? (Acrescentada durante a análise e coleta de dados)

10- (Questão para o profissional médico) No contexto da APS e da sua segurança para atuação como profissional médico, como você compreende as implicações da judicialização frente às ações da Atenção Primária? (Acrescentada durante a análise e coleta de dados)

11- Você deseja falar mais alguma coisa que eu não te perguntei, ou que você acha importante para esta pesquisa?

APÊNDICE III

MEMORANDOS

Notas escritas do desenvolvimento da pesquisa e da análise dos dados, segundo Strauss e Corbin (2008).

MEMORANDOS OPERACIONAIS

(Procedimentos da coleta de dados e lembretes dos fatos)

Definição de Cenário de Estudo: 23/03/2017

Foi realizado o sorteio aleatório por município, considerando as unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidades de Atenção Primária à Saúde Tradicionais (APS Tradicionais) dos municípios cenários do estudo. Obedeceu-se a uma sequência das unidades sorteadas para a realização da coleta de dados por meio da entrevista aberta, intensiva e individual. Nos municípios onde há unidades de ESF e Unidades de APS Tradicionais, o sorteio foi realizado simultaneamente.

A sequência está descrita no quadro abaixo:

DIVINÓPOLIS-MG		
1º	ESF São Paulo	UBS CSU
2º	ESF Osvaldo Machado	UBS Nações
3º	ESF Serra Verde	UBS Itaí
4º	ESF São Roque II Sion e Jardim Betânia	UBS Ipiranga
5º	ESF Santos Dumond	UBS Bom Pastor
6º	ESF Sagrada Família	UBS Central
7º	ESF Belvedere II	UBS São José
8º	ESF Ermida II	UBS Afonso Pena
9º	ESF Buriti	UBS Danilo Passos
10º	ESF Santa Lúcia	UBS Niterói
11º	ESF Quilombo	-
12º	ESF Morada Nova	-
13º	ESF Planalto II	-
14º	ESF Djalma Dutra	-
15º	ESF Icaraí	-
16º	ESF Nilda Barros	-
17º	ESF Belo Vale e Rancho Alegre	-
18º	ESF Tietê	-
19º	ESF São Roque I	-
20º	ESF Candidés	-
21º	ESF Ermida	-
22º	ESF Vale do Sol	-
23º	ESF Jusa Paraíso	-
24º	ESF Nova Holanda	-
25º	ESF Nossa Senhora das Graças	-
26º	ESF Campina Verde	-
27º	ESF Jardinópolis	-

28°	ESF Primavera	-
29°	ESF Belvedere I	-
30°	ESF Lagoa dos Mandarins	-
31°	ESF Planalto I	-
32°	ESF Santa Rosa	-

ITAÚNA-MG		
1°	ESF Morada Nova I	UBS Central
2°	ESF Garcias	-
3°	ESF Cidade Nova	-
4°	ESF Padre Eustáquio	-
5°	ESF Morro do Engenho	-
6°	ESF Alto do Rosário	-
7°	ESF Graças	-
8°	ESF Morada Nova II	-
9°	ESF Santanense	-
10°	ESF Vila Tavares	-
11°	ESF Jadir Marinho	-
12°	ESF Pio XII	-
13°	ESF São Geraldo	-
14°	ESF Nova Vila Mozart	-
15°	ESF Várzea da Olaria	-
16°	ESF Lourdes	-
17°	ESF Irmãs Auler	-
18°	ESF Itaunense	-
19°	ESF Zona Rural	-
20°	ESF Piedade	-

OLIVEIRA-MG		
1°	ESF Triângulo	-
2°	ESF São Sebastião II	-
3°	ESF Dom Bosco	-
4°	ESF do Rosário	-
5°	ESF Bairro das Graças	-
6°	ESF Santa Luiza de	-
7°	ESF Rural	-
8°	ESF Santo Antônio	-
9°	ESF Geraldo	-
10°	ESF São Sebastião	-
11°	ESF Centro	-

Pré-teste do Roteiro da Entrevista: 31/03/2017

O pré-teste do roteiro da entrevista foi realizado em Divinópolis, o critério de seleção foi a ESF que ocupasse as últimas colocações no sorteio, que estivesse com a equipe completa e tivesse sido implantada há mais tempo. Após definir esses critérios, foi selecionada a ESF Jardinópolis que ficou em 27° lugar no sorteio, uma vez que as unidades da ESF que ficaram entre o 28° e o 32° não preenchiam os requisitos acima.

O pré-teste foi realizado no dia 31/03/2017, às 8:00h, na Estratégia Saúde da Família Jardimópolis, após contato prévio e agendamento com toda a equipe. Participaram do teste: 01 médico cubano, 01 enfermeira, 01 dentista, 01 técnica de enfermagem, 01 Auxiliar de Saúde Bucal e 02 Agentes Comunitárias de Saúde. As perguntas foram realizadas individualmente e em local reservado, após a entrevista (do pré-teste) pude perceber que todos os profissionais tiveram dificuldade de entendimento nas questões 06 e 08 do roteiro de entrevista, sendo necessário explicar o termo “segurança”. Após a explicação, todos entenderam as questões.

DIVINÓPOLIS-MG

Coleta de Dados: 17/04 e 11/05/2017

A coleta de dados foi realizada no dia 17/04/2017, de 9:00h às 11:05h, conforme a sequência do sorteio na Estratégia Saúde da Família São Paulo após contato prévio e agendamento com toda a equipe. Participaram da entrevista 02 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 01 enfermeira, foram identificados com a letra “E” e o número correspondente a ordem da entrevista, sendo E01, E02 e E03, respectivamente. Os participantes que responderam todas as questões. Após a realização da entrevista, pude perceber que não houve dificuldade no entendimento do termo “segurança”, assim, as questões 06 e 08 não foram alteradas.

No dia 11/05/2017, participaram da entrevista 02 técnicas de enfermagem que foram identificadas como E04 e E05. Os participantes responderam todas as questões, porém E04 teve dificuldade no entendimento do termo “segurança,” sendo necessário esclarecer seu contexto. A médica não foi entrevista por não atender ao critério de inclusão, pois seu tempo de atuação na APS é inferior a seis meses. A dentista e a Auxiliar de Saúde Bucal optaram por não participar da pesquisa.

Coleta de Dados: 27 e 28/06, 01/09/2017

A coleta de dados foi realizada nos dias 27 e 28/06/2017, de 11:00h às 13:00h, conforme a sequência do sorteio na Unidade Básica Saúde Centro Social Urbano (CSU) após contato prévio e agendamento com equipe. Participaram da entrevista 02 enfermeiras que foram identificadas com E06, E07, respectivamente. As participantes responderam todas as questões.

No dia 01/09/2017 a coleta foi realizada de 13:00h às 16:00h, participaram da entrevista 02 técnicas de enfermagem que foram identificadas como E08 e E09, 01 Auxiliar

de Saúde Bucal (ASB), 01 psicóloga, 01 dentista e 01 médica clínica geral identificadas como E10, E11, E12 e E13 respectivamente. As participantes responderam todas as questões, os demais membros da equipe não foram entrevistados.

Coleta de Dados: 15/09/2017

A coleta de dados foi realizada no dia 15/09/2017 de 13:00h às 17:00h, conforme a sequência do sorteio, na ESF Osvaldo Machado Gontijo após contato prévio e agendamento com a equipe. Participaram da entrevista 02 ACS, 01 médico generalista, 01 ASB e 01 enfermeira que foram identificados, respectivamente, como E14, E16, E15, E17, E18. Todos responderam todas as questões. A equipe está sem o técnico de enfermagem e a dentista não estava na unidade no momento da coleta de dados.

Coleta de Dados: 06, 11 e 25/10/2017

A coleta de dados foi realizada nos dias 06 e 11/10/2017, de 13:00h às 17:00h, e no dia 25/10/2017 de 9:00 às 10:00h na Unidade Básica Saúde Nações (conforme a sequência do sorteio) após contato prévio e agendamento com a equipe. Participaram da entrevista 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem, 01 técnica de enfermagem, 01 dentista, 01 ASB, 01 fisioterapeuta e 01 médica pediatra que foram identificadas, respectivamente, como E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25. Todos responderam todas as questões. Os demais integrantes da equipe não foram entrevistados.

A partir da entrevista E19, após análise e surgimento de novos dados originando novos códigos *in vivo*, houve a introdução das questões: 1. “Na sua opinião, como atingir melhorias na atenção à saúde, na qualidade e resolutividade dos serviços e na segurança para atuação dos profissionais na APS, e no SUS em geral?”; 2. “No contexto da APS e da sua segurança para atuação como profissional médico, como você compreende as implicações da judicialização frente às ações da Atenção Primária?” a partir da E25 para os profissionais médicos.

Coleta de Dados: 10/11/2017

A coleta de dados foi realizada no dia 10/11/2017, de 13:00h às 17:00h, conforme a sequência do sorteio, na ESF Serra Verde após contato prévio e agendamento com a equipe. Participaram da entrevista 01 enfermeira, 02 ACS, 01 técnica de enfermagem, 01 residente de enfermagem, 01 Técnica de Saúde Bucal, 01 médico generalista e 01 dentista que foram

identificadas, respectivamente, como E26, E27, E28, E29, E30, E31, E32, E33. Todos responderam todas as questões. Os demais integrantes da equipe não foram entrevistados.

Coleta de Dados: 01/12/2017

A coleta de dados foi realizada no dia 01/12/2017, de 13:00h às 17:00h, na UBS Itai após contato prévio e agendamento com a equipe. Participaram da entrevista 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 auxiliar de enfermagem, 01 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) que foram identificadas, respectivamente, como E34, E35, E36, E37. Todos responderam todas as questões. Os demais integrantes da equipe não foram entrevistados, pois não se encontravam na unidade.

Após a análise das entrevistas, concomitantemente à realização da coleta de dados, observou-se que houve a saturação dos dados no município de Divinópolis, assim, iniciamos a coleta de dados em Oliveira.

OLIVEIRA-MG

Coleta de Dados: 10/01/2018

A coleta de dados foi realizada no dia 10/01/2018, de 10:00h às 17:00h, no município de Oliveira, conforme a sequência do sorteio nas Unidades da ESF Triângulo, São Sebastião II, Dom Bosco e Rosário após contato prévio e agendamento com a equipe.

Na ESF Triângulo, participaram da entrevista 01 técnico de enfermagem, 02 ACS, 01 dentista, 01 ASB que foram identificados, respectivamente, como E38, E39, E42, E40, E41. Todos responderam todas as questões. Os demais integrantes da equipe não foram entrevistados.

Na ESF São Sebastião II participaram da entrevista 01 técnica de enfermagem, 02 ACS, 01 enfermeira, 01 ASB, 01 fonoaudióloga, 01 médico que foram identificados, respectivamente, como E43, E44, E45, E46, E47, E48, E49. Todos responderam todas as questões. Os demais integrantes da equipe não foram entrevistados.

Na ESF Dom Bosco participaram da entrevista 02 ACS, 01 enfermeira, 01 dentista, 01 técnica de enfermagem, 01 TSB que foram identificados, respectivamente, como E50, E54, E51, E52, E53, E54, E55. Todos responderam todas as questões. Os demais integrantes da equipe não foram entrevistados.

Na ESF Rosário participaram da entrevista 01 enfermeira, 01 médica, 02 ACS, 01 técnica de enfermagem, 01 ASB, 01 dentista, foram identificados, respectivamente, como

E56, E57, E58, E59, E60, E61, E62. Todos responderam todas as questões. Os demais integrantes da equipe não foram entrevistados.

Após a realização das entrevistas, observou-se uma repetição das respostas, sendo necessário analisá-las para verificar se houve a saturação no município. Foi confirmada a saturação dos dados em Oliveira-MG.

ITAÚNA-MG

Coleta de Dados: 22/03/2018

A coleta de dados foi realizada no dia 22/03/2018, de 7:30h às 16:00h, no município de Itaúna, conforme a sequência do sorteio nas Unidades das ESF Morada Nova I, Garcias, Cidade Nova e Padre Eustáquio após contato prévio e agendamento com a equipe.

Na ESF Morada Nova, participaram da entrevista 01 auxiliar de enfermagem, 01 enfermeira, 01 médica, 02 ACS, 01 dentista que foram identificados, respectivamente, como E63, E64, E65, E66, E68, E67. Todos responderam todas as questões. Os demais integrantes da equipe não foram entrevistados.

Na ESF Garcias, participaram da entrevista 02 ACS, 01 auxiliar de enfermagem, 01 enfermeira, 01 médica que foram identificados, respectivamente, como E69, E72, E70, E71, E73. Todos responderam todas as questões. Os demais integrantes da equipe não foram entrevistados, a equipe da odontologia não estava na unidade.

Na ESF Cidade Nova, participaram da entrevista 02 ACS, 01 técnico de enfermagem, 01 enfermeira, 01 dentista que foram identificados, respectivamente, como E74, E78, E75, E76, E77. Todos responderam todas as questões. Os demais integrantes da equipe não foram entrevistados.

Na ESF Padre Eustáquio, participaram da entrevista 02 ACS, 01 técnico de enfermagem, 01 enfermeira que foram identificados, respectivamente, como E79, E81, E80, E82. Todos responderam todas as questões. Os demais integrantes da equipe não foram entrevistados e o médico se recusou a participar da pesquisa.

Após a realização das entrevistas, observou-se uma repetição das respostas, sendo necessário analisá-las para verificar se houve a saturação no município. Confirmada a saturação e foi encerrada a coleta de dados do estudo, totalizando 82 participantes em três municípios: 37 em Divinópolis (E01 a E 37), 25 em Oliveira (E38 a E62) e 20 em Itaúna (E63 a E 82).

MEMORANDOS RELACIONADOS À ANÁLISE DOS DADOS

NOTAS DE CODIFICAÇÃO

NOTAS DA CODIFICAÇÃO ABERTA

A coleta de dados foi realizada nos dias 17/04,11/05, 27/06, 28/06, 01/09,15/09, 06/10,11/10, 25/10,10/11 e 01/12 do ano de 2017; nos dias 10/01/2018 e 22/03/2018, a análise dos dados foi sendo realizada simultaneamente à coleta.

Foram realizadas 82 entrevistas, sendo: 37 em Divinópolis (E01 a E 37), 25 em Oliveira (E38 a E62) e 20 em Itaúna (E63 a E 82), que foram transcritas na íntegra, e da microanálise originaram 31 códigos *in vivo*.

A codificação aberta foi iniciada pela leitura minuciosa do texto, analisando cada frase, para identificação de qual ideia está revelada, nomeando o(s) conceito(s) e suas propriedades e dimensões, configurando a conceituação ou abstração na microanálise (STRAUS; CORBIN, 2008, p. 119). O texto das entrevistas foi marcado por cores, utilizando cor diversa para cada ideia e formulando os códigos *in vivo* mediante os conceitos identificados. Esses conceitos foram buscados/identificados, ou não, em cada entrevista analisada posteriormente, conforme ordem cronológica de sua realização, município por município. Assim, a codificação nesta fase baseou-se na conceituação, originando os 31 códigos *in vivo*, segundo os significados que evocaram quando examinados os dados, comparativamente e, dentro do contexto, nomeando-os conforme as ideias, concepções, eventos e fatos/atos relatados nas frases dos informantes.

Na sequência da análise das entrevistas, nesta etapa de codificação, os objetos, ideias, concepções, acontecimentos que compartilharam algumas características comuns foram posicionados no mesmo código *in vivo*. Isto é, os dados foram agrupados e classificados em cada código *in vivo* conforme a similaridade e separados aqueles diferentes, e novos significados foram sendo identificados, originando novos conceitos.

Todos os códigos *in vivo* originaram-se no primeiro município de coleta de dados, Divinópolis-MG. Nos demais municípios, houve a repetição dos códigos *in vivo*, em sua maioria, em mais de um município, conforme apresentado no Quadro 1. Essa repetição configurou a saturação dos dados nos três municípios. Justifica-se a coleta de dados ter sido realizado em um único dia em Oliveira-MG, como também em Itaúna-MG, por não ter apresentado novas informações que pudessem suscitar novas questões ou novos códigos *in vivo*.

Quadro 1 – Códigos *in vivo*: o contexto de atuação cotidiana na Atenção Primária/SUS e a Segurança do Profissional. Municípios de Divinópolis, Itaúna e Oliveira, Minas Gerais, Brasil, 2018

Contexto de Atuação Cotidiana na APS/SUS e a Segurança do Profissional				
	Códigos <i>in vivo</i>	Divinópolis	Oliveira	Itaúna
1	Universalidade da atenção no SUS	X	X	X
2	Noção APS	X	X	X
3	Acesso integral	X	X	X
4	Rotina de trabalho na ESF	X	X	X
5	Contexto de trabalho na ESF	X	X	X
6	Sentimento	X	X	X
7	Inter-relação no trabalho em equipe	X	X	X
8	Contexto do SUS	X	X	X
9	Falta de infraestrutura	X	X	X
10	Inter-relação do profissional com usuário	X	X	X
11	Segurança e formação profissional	X	X	X
12	Segurança pela utilização de EPI	X	X	X
13	Segurança e apoio psicológico	X	-	-
14	Segurança e proteção física	X	X	X
15	Valorização do trabalho	X	X	X
16	Integralidade da atenção no SUS	X	X	X
17	Sofrimento moral	X	-	-
18	Segurança na atuação profissional	X	X	X
19	Segurança <i>versus</i> responsabilidade técnica	X	-	X
20	Corresponsabilização	X	X	X
21	Falta de apoio <i>versus</i> segurança	X	X	-
22	Vínculo	X	X	X
23	Motivação para trabalho	X	X	X
24	Modelo de atenção	X	-	X
25	Gestão do SUS	X	X	X
26	Controle social	X	X	-
27	Atuação no SUS	X	-	X
28	Descompromisso no desempenho da função	X	X	-
29	Intersetorialidade	X	X	X
30	Judicialização	X	X	X
31	Segurança do Profissional	X	X	X

Desses grupos de códigos *in vivo*, que foram conceitos originados dos dados das entrevistas, agrupados por similaridades ou divergências, originaram as subcategorias, conforme indica o Quadro 2.

Quadro 2 – Subcategorias e códigos *in vivo*: o contexto de atuação cotidiana na Atenção Primária/SUS e a Segurança do Profissional. Municípios de Divinópolis, Itaúna e Oliveira, Minas Gerais, Brasil, 2018

SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS <i>IN VIVO</i>
Compreensão do SUS sob a ótica dos profissionais da APS	Universalidade da atenção no SUS
	Integralidade da atenção no SUS
	Acesso integral
	Controle social
	Intersetorialidade
O cotidiano na APS e sua implicação na atuação dos profissionais	Noção APS
	Atuação no SUS
	Falta de infraestrutura
	Rotina de trabalho na ESF
	Valorização do trabalho
	Motivação para trabalho
	Contexto de trabalho na ESF
	Corresponsabilização
	Inter-relação no trabalho em equipe
	Inter-relação do profissional com usuário
	Descompromisso no desempenho da função
	Vínculo
O impacto da gestão sobre o contexto do SUS	Contexto do SUS
	Gestão do SUS
	Modelo de atenção
	Judicialização
Determinantes e condicionantes da Segurança do Profissional na APS: formação profissional, infraestrutura, apoio e responsabilidade técnica	Segurança do Profissional
	Segurança e formação profissional
	Segurança na atuação profissional
	Segurança e responsabilidade técnica
	Falta de apoio <i>versus</i> segurança
	Segurança pela utilização de EPI
Segurança do Profissional: proteção física, apoio psicológico, sofrimento e sentimentos revelam as condições (in)seguras	Segurança e apoio psicológico
	Segurança e proteção física
	Sentimento
	Sofrimento moral

NOTAS DA CODIFICAÇÃO AXIAL

Na codificação axial, ocorreu a definição conceitual das categorias por meio da organização de suas propriedades e dimensões, relacionando as categorias às suas subcategorias. As categorias representam um fenômeno, ou seja, um problema, uma noção, uma questão, um fato ou acontecimento que foi definido como importante (STRAUS; CORBIN, 2008, p. 124) pelos participantes da pesquisa.

O objetivo da codificação axial é começar o processo de reagrupamento dos dados que foram divididos durante a codificação aberta (STRAUS; CORBIN, 2008, p. 124). Os códigos *in vivo* listados foram “qualificados dimensionalmente” (STRAUS; CORBIN, 2008, p. 126).

O Paradigma desse fenômeno “Segurança do Profissional no cotidiano da Atenção Primária à Saúde” se contextualiza e foi analisado ao posicioná-lo dentro da estrutura dos serviços e das condições de trabalho para atenção à saúde na APS, relatadas pelos 82 participantes deste estudo. A estrutura disponível e as condições vivenciadas, pelos participantes da pesquisa, no cotidiano de trabalho, criam circunstâncias nas quais os problemas, as questões, os fatos ou acontecimentos pertencentes à Segurança do Profissional surgem e são situados.

A estrutura e as condições foram relacionadas ao processo das estratégias, ações/interações dos profissionais em resposta aos problemas e questões vivenciadas e que trazem (in)segurança ao profissional nas suas ações e atividades. Essas ações/interações advindas das vivências cotidianas dos participantes da pesquisa no contexto da APS, o processo, serão discutidas, segundo o Interacionismo Simbólico.

NOTAS DA CODIFICAÇÃO SELETIVA

A codificação seletiva é o processo de integrar e refinar a teoria (STRAUS; CORBIN, 2008, p. 143).

As duas categorias originadas foram integradas para formar um esquema teórico, e os dados foram transformando em teoria: “Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde”. Essa teoria apresenta “a essência da pesquisa, significando a ideia central que relaciona os outros conceitos a ela” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 149).

A saturação teórica se deu no desenvolvimento da categoria central ao perceber que não surgiram novas propriedades, dimensões ou relações durante a análise.

A teoria “Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde” foi validada por meio da “comparação do esquema teórico com os dados brutos”. O esquema foi capaz de explicar a maioria dos fatos, ideias (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 157).

Quadro 3 – Categoria central, categorias, subcategorias e códigos *in vivo*: o contexto de atuação cotidiana na Atenção Primária/SUS e a Segurança do Profissional. Municípios de Divinópolis, Itaúna e Oliveira, Minas Gerais, Brasil, 2018

CATEGORIA CENTRAL	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS <i>IN VIVO</i>
Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde	A atuação cotidiana no SUS em sua terceira década: ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde	Compreensão do SUS sob a ótica dos profissionais da APS	Universalidade da atenção no SUS
			Integralidade da atenção no SUS
			Acesso integral
			Controle social
			Intersetorialidade
		O cotidiano na APS e sua implicação na atuação dos profissionais	Noção APS
			Atuação no SUS
			Falta de infraestrutura
			Rotina de trabalho na ESF
			Valorização do trabalho
			Motivação para trabalho
			Contexto de trabalho na ESF
			Corresponsabilização
			Inter-relação no trabalho em equipe
		O impacto da gestão sobre o contexto do SUS	Contexto do SUS
	Gestão do SUS		
	Judicialização		
	Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde: uma Teoria Fundamentada nos Dados	Determinantes e condicionantes da Segurança do Profissional na APS: formação profissional, infraestrutura, apoio e responsabilidade técnica	Segurança do Profissional
			Segurança e formação profissional
			Segurança na atuação profissional
			Segurança e responsabilidade técnica
			Falta de apoio <i>versus</i> segurança
			Segurança pela utilização de EPI
		Segurança do Profissional: proteção física, apoio psicológico, sofrimento e sentimentos revelam as condições (in)seguras	Segurança e apoio psicológico
			Segurança e proteção física
			Sentimento
			Sofrimento moral

NOTAS DE CODIFICAÇÃO PARA PROCESSO

A análise dos dados em busca de processo não foi um aspecto separado da análise, ela ocorreu “simultaneamente com a codificação em busca de propriedades, de dimensões e de relações entre conceitos. É parte da codificação axial e da construção de categorias. Em vez de buscar propriedades, observamos propositalmente ação/interação e notamos movimento, sequência e mudança, além de ver como ela se desenvolve (muda ou permanece a mesma) em resposta às mudanças no contexto ou nas condições” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 165).

A busca pelo processo foi alinhada à questão: “Como a estrutura dos serviços e as condições de trabalho foram relacionadas ao processo das estratégias, ações/interações dos profissionais em resposta aos problemas e questões vivenciadas e que trazem (in)segurança ao profissional nas suas ações e atividades no contexto da APS?”.

MEMORANDO TEÓRICO

Para apoiar a análise, além das entrevistas, foi utilizada a técnica de registro, em forma de memorandos e de diagramas, pois forneceram densidade e precisão à teoria. O processo de construção da teoria implicou o registro do processo analítico desde o seu início, de modo que se pode perceber o desenvolvimento dos conceitos, quase que passo a passo.

Uma vez que as categorias e seus componentes eram identificados, elas foram ordenadas de maneira a identificar uma que seria central, ou melhor, aquela categoria com a qual todas as outras se relacionavam. Da integração, associação e comparação dos códigos, das categorias e subcategorias, originou a compreensão dos significados da Segurança do Profissional da APS, construindo, assim, a categoria central a teoria substantiva.

O fenômeno foi representado por duas categorias: *A atuação cotidiana no SUS em sua terceira década: ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde*; e *Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde: uma Teoria Fundamentada nos Dados*.

Ao apresentar as propriedade e dimensões, foi possível verificar que o fenômeno está acontecendo na terceira década do SUS, em três municípios de microrregiões distintas da Região Ampliada de Saúde Oeste, nos quais apresentaram resultados similares, uma vez que o profissional apresenta-se (in)seguro para sua atuação devido a fatores que implicam na sua segurança, dentre eles: formação profissional, infraestrutura, apoio e responsabilidade técnica, proteção física, apoio psicológico, sofrimento; e no contexto de atuação: a compreensão do SUS, o cotidiano na APS e a gestão.

A insegurança do profissional acarreta sofrimento. A falta de apoio, de recursos humanos, materiais, de infraestrutura e a dificuldade de acesso aos demais níveis de atenção diminui a resolutividade dos profissionais, afetando as boas práticas em saúde, impossibilitando uma atenção integral e provocando aos profissionais o sofrimento moral. Tudo isso implica na qualidade da assistência prestada na APS e formula a teoria Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária.

Figura 1 - Relação entre fenômeno e categorias (conceitos), apresentando as propriedades e dimensões na construção do esquema teórico

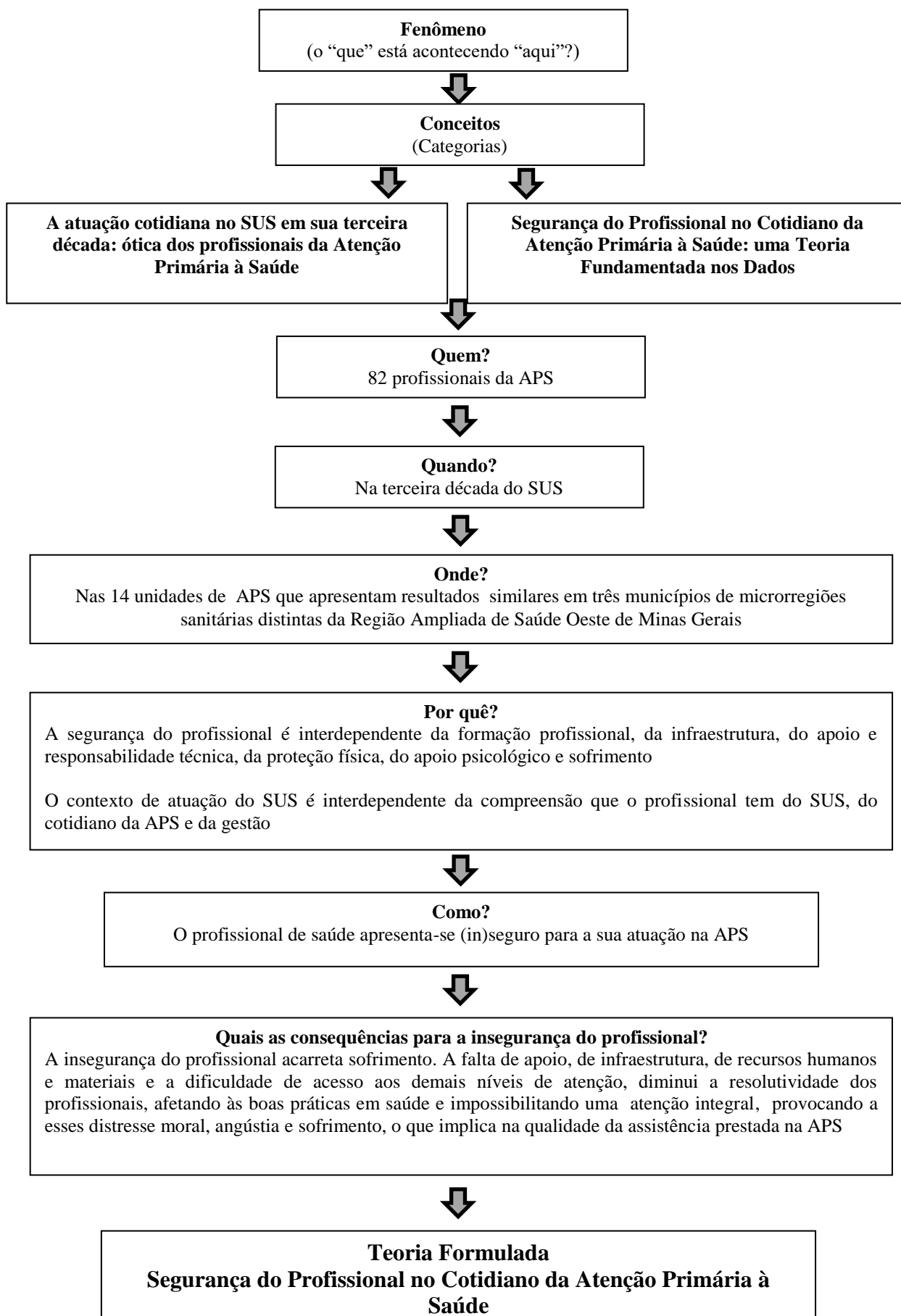
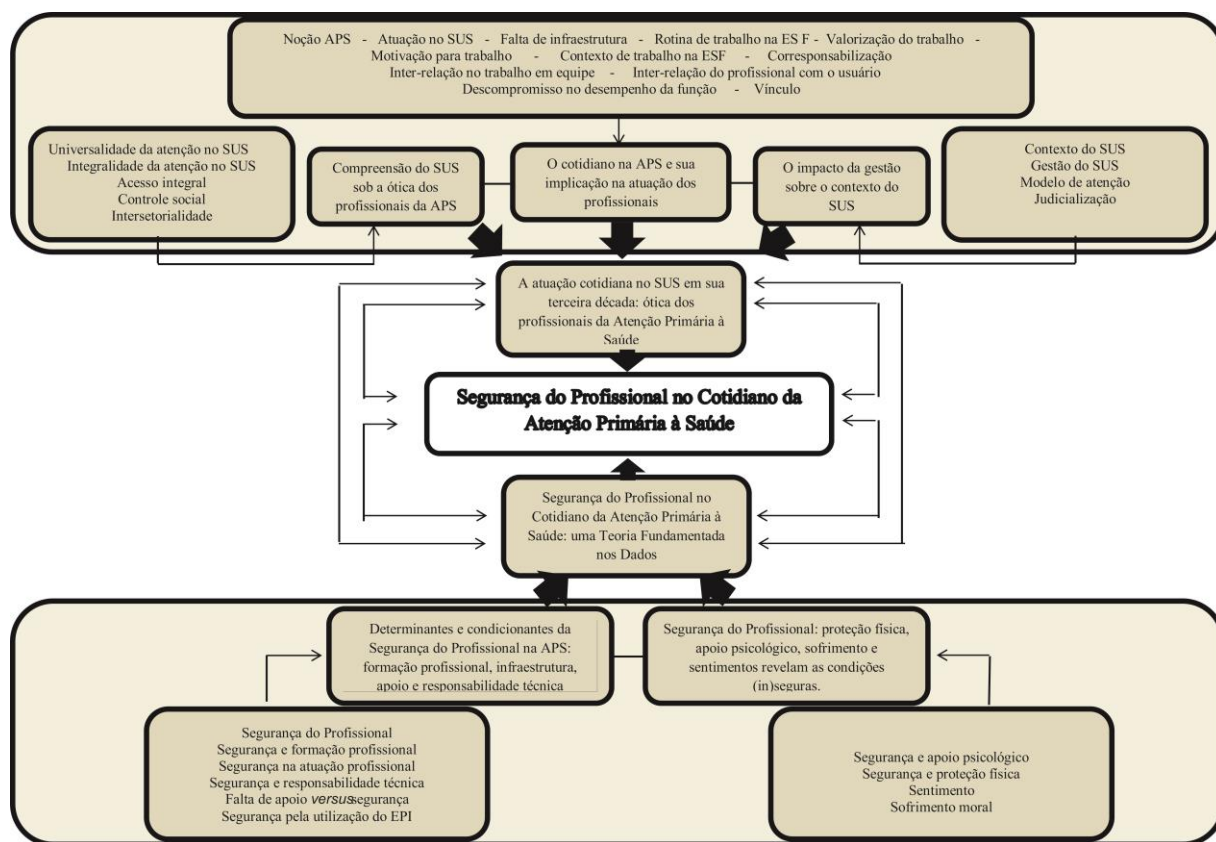
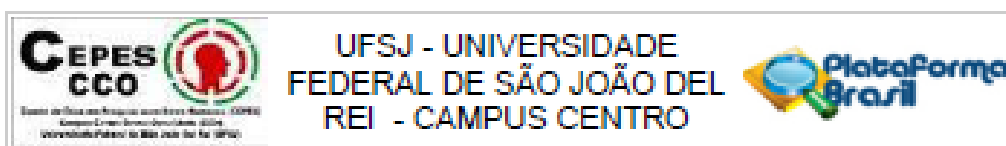


Figura 2 - Modelo Teórico: Segurança do Profissional no Cotidiano da Atenção Primária à Saúde



ANEXOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CONTEXTO DE ATUAÇÃO NO SUS SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Selma Maria da Fonseca Viegas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64396416.3.0000.5545

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal de São João Del Rei - C. C. Oeste Dona

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

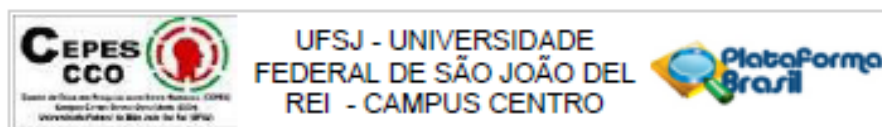
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.994.924

Apresentação do Projeto:

O projeto analisado possui como objetivo compreender a segurança do profissional para a atuação cotidiana no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), em municípios da Região Ampliada de Saúde Oeste do Estado de Minas Gerais, Brasil. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que utilizará o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados e o referencial teórico do Interacionismo Simbólico. O cenário de estudo será a APS dos municípios de Divinópolis, Itaúna e Oliveira pertencentes a três microrregiões da Região Ampliada de Saúde Oeste do Estado de Minas Gerais. A inclusão das unidades de APS Tradicionais e unidades da ESF será por sorteio aleatório, por município, de forma equânime, isto é, uma APS Tradicional e uma ESF para coleta de dados até a saturação. Os participantes da pesquisa serão profissionais de saúde das equipes de APS Tradicional ou das equipes da ESF que prestam atendimento aos usuários do SUS, e que tenham no mínimo seis meses de atuação na APS. Os autores pressupõe a necessidade de cerca de 60 profissionais para uma amostragem teórica, ou seja, a seleção dos participantes é direcionada pela análise emergente. O pesquisador começa com uma amostra focada, mas conforme diferentes conceitos emergem, o pesquisador procura participantes adicionais baseado no melhor entendimento desses conceitos. Utilizar-se-á como fontes de evidências a entrevista aberta individual e memorandos. A seleção dos participantes da

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
 Bairro: CHANADOUR CEP: 35.501-208
 UF: MG Município: DIVINOPOLIS
 Telefone: (37)3221-1580 Fax: (37)3221-1580 E-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 1.264.824

pesquisa será por meio da disponibilidade dos profissionais de saúde que aceitarem participar voluntariamente da pesquisa. Serão convidados no local de trabalho e esclarecidos sobre o objeto de estudo, o objetivo, a justificativa para realizar esta pesquisa. Utilizar-se-á como fontes de evidências a entrevista aberta individual e memorandos. A entrevista será gravada e transcrita na íntegra. A análise dos dados será feita em etapas interdependentes: a codificação aberta; a codificação axial; a codificação seletiva; a codificação para o processo; a análise de memorandos (forma de registro referente à formulação da teoria e podem tomar as formas de notas teóricas, notas metodológicas, notas codificadas e subvariedade delas).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Compreender a segurança do profissional para a atuação cotidiana no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), em municípios da Região Ampliada de Saúde Oeste do Estado de Minas Gerais, Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

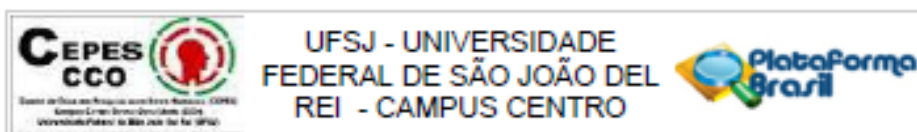
Riscos:

Os riscos de participação, segundo os autores, são mínimos e estão relacionados a constrangimentos ao responder a entrevista e à exposição dos participantes e quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Para minimização dos riscos, os autores descrevem que a entrevistadora será treinada; a coleta de dados será realizada em ambiente reservado e individualmente, a identificação dos participantes será por códigos numéricos. O risco mínimo pode estar relacionado a possíveis desequilíbrios emocionais, para preveni-los ou minimizá-los, os autores descreve que deixarão claras as perguntas e ao perceber-se ansiedade excessiva ou outra intercorrência será suspensa a entrevista. Os autores garantem que caso o participante apresente alguma evidência e/ou ocorrência relacionada à pesquisa, mesmo que emocional será encaminhado ao médico e/ou psicólogo da rede básica de saúde de seu município. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, há garantia de indenização.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa, segundo os autores, consistem em obter resultados que possam indicar possibilidades de organização do Sistema e dos serviços pelos gestores, do local e de realidades similares ao cenário de estudo, em vistas a contemplar o trabalho em saúde de

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
 Bairro: CHANADOUR CEP: 35.501-296
 UF: MG Município: DIVINOPOLIS
 Telefone: (37)3221-1580 Fax: (37)3221-1580 E-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 1.994.924

forma segura para profissional/usuário; para o direcionamento do planejamento de ações pelos profissionais de saúde, vislumbrando atendimento às necessidades da população de forma segura para

ambas as partes. Poderão fornecer também contribuições para o alcance dos objetivos de uma atenção à saúde de forma integral e segura para promover mudanças positivas na assistência da EGF em realidades diversas.

As pendências deste item foram respondidas, assim os riscos justificam os benefícios uma vez que possibilitará a tomada de decisão e ações de melhoria da Atenção Primária à Saúde (APS) local e cenários similares por meio da compreensão dos profissionais sobre princípios de segurança para o profissional que interferem na atuação cotidiana neste nível de atenção. Assim, o projeto compromete-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, conforme item III.1 da Resolução 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pendências foram respondidas pelos autores e a pesquisa encontra-se conforme a Resolução n. 466/2012 e Norma Operacional n. 001/2013.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações apresentadas foram:

Folha de Rosto

Declarações de Infraestrutura (Divinópolis, Oliveira e Itáina);

Declaração de autorização do setor (Divinópolis, Oliveira e Itáina)

Orçamento

Cronograma

Projeto Informações básicas

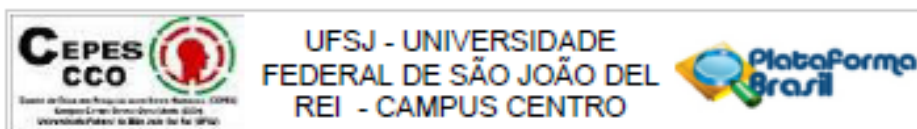
Projeto Detalhado / Brochura Investigador Projeto completo

TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê compreende a relevância do trabalho bem como seu impacto científico e a pesquisa encontra-se conforme a Resolução n. 466/2012 e Norma Operacional n. 001/2013.

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
 Bairro: CHANADOUR CEP: 35.501-208
 UF: MG Município: DIVINOPOLIS
 Telefone: (37)3221-1580 Fax: (37)3221-1580 E-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 1.994.924

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_832359.pdf	23/03/2017 11:32:30		Aceito
Outros	Reposta_Pendencia_CEPES_UFSJ_CCO.pdf	23/03/2017 11:31:02	Seima Maria da Fonseca Viegas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_O_CONTEXTO_DE_ATUACAO_NO_SUS SOB A OTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAUDE DA APS.pdf	14/03/2017 21:56:25	Seima Maria da Fonseca Viegas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Projeto_O_CONTEXTO_DE_ATUACAO_NO_SUS SOB A OTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAUDE DA APS.pdf	14/03/2017 21:55:34	Seima Maria da Fonseca Viegas	Aceito
Outros	Parecer_Secretaria_Saude_Divinopolis.pdf	06/12/2016 10:28:38	Seima Maria da Fonseca Viegas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Setor_Municipio_Itauna.pdf	06/12/2016 09:49:38	Seima Maria da Fonseca Viegas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infraestrutura_Municipio_Itauna.pdf	06/12/2016 09:46:47	Seima Maria da Fonseca Viegas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaraca_Setor_Municipio_Oliveira.pdf	06/12/2016 09:45:11	Seima Maria da Fonseca Viegas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infraestrutura_Municipio_Oliveira.pdf	06/12/2016 09:44:38	Seima Maria da Fonseca Viegas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Setor_Municipio_Divinopolis.pdf	06/12/2016 09:44:06	Seima Maria da Fonseca Viegas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaraca_Infraestrutura_Municipio_Divinopolis.pdf	06/12/2016 09:43:13	Seima Maria da Fonseca Viegas	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_O_CONTEXTO_ATUACAO_NO_SUS.pdf	02/12/2016 09:20:20	Seima Maria da Fonseca Viegas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Neecessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO	CEP: 35.501-206
Bairro: CHANADOUR	
UF: MG	Município: DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3221-1580	Fax: (37)3221-1580 E-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI – UFSJ
 INSTITUÍDA PELA LEI Nº. 10.425 DE 19/04/2002 – D.O.U. DE 22/04/2002

CAMPUS CENTRO-OESTE DONA LINDU – CCO



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (CEPES/CCO)
 DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA**

Autorizo a realização da pesquisa “O CONTEXTO DE ATUAÇÃO NO SUS SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE” e declaro para os devidos fins, que há infraestrutura necessária para realização dos procedimentos de coleta de dados na Rede Municipal de Saúde do município de Divinópolis/MG sob orientação da pesquisadora responsável **Selma Maria da Fonseca Viegas**.

Por ser verdade afirmo o presente.

Divinópolis, 11 de novembro de 2016.

Kênia Silveira Carvalho
 Secretária Municipal de Saúde
 Divinópolis - MG

Kênia Silveira Carvalho
Secretária Municipal de Saúde

página 1 de 1

Campus Santo Antônio
 Pça. Frei Orlando, 170
 Centro
 CEP 36307-352
 São João del-Rei - MG

Campus Dom Bosco
 Praça Dom Helvécio, 74
 Fábricas
 CEP 36301-170
 São João del-Rei - MG

Campus Tancredo Neves
 (CTAN)
 Rodovia BR 494, Km 2
 Colônia do Bengo
 CEP 36300-000
 São João del-Rei - MG

Campus Alto Paraopeba
 Rodovia MG 443 – KM 07
 Fazenda do Cadete
 CEP 36420-000
 Ouro Branco - MG

Campus Centro-Oeste
Dona Lindu
 Av. Sebastião Gonçalves
 Coelho, 400 – Chanadour
 CEP 35501-296
 Divinópolis - MG
 37 3221-1164

Centro Cultural da UFSJ
 Pça. Dr. Augusto das
 Chagas Viegas, 17
 Centro
 CEP 36300-088
 São João del-Rei - MG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI – UFSJ
 INSTITUÍDA PELA LEI Nº.10.425 DE 19/04/2002 – D.O.U. DE 22/04/2002

CAMPUS CENTRO-OESTE DONA LINDU – CCO



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (CEPES/CCO)
 DECLARAÇÃO DO SETOR**

Eu, Kênia Silveira Carvalho, Diretora da Atenção à Saúde, e eu Mirna Mendes Henriques, vimos por meio desta declarar que conhecemos o projeto e aceitamos a realização da **pesquisa “O CONTEXTO DE ATUAÇÃO NO SUS SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”** a ser coletada pela mestranda **Mariana Delfino Gontijo**. A pesquisa será realizada na Rede Municipal de Saúde de Divinópolis/MG. Esta será autorizada após aprovação da Comissão de Ética em pesquisa com seres humanos (CEPES) do Campus Centro Oeste Dona Lindu (CCO).

Divinópolis, 11 de novembro de 2016.

Kênia Silveira Carvalho

Secretária Municipal de Saúde

Mirna Mendes Henriques

Apoio Técnico da Diretoria de Atenção
 a Saúde

Campus Santo Antônio
 Pça. Frei Oriando, 170
 Centro
 CEP 36307-352
 São João del-Rei - MG

Campus Dom Bosco
 Praça Dom Helvécio, 74
 Fábricas
 CEP 36301-170
 São João del-Rei - MG

Campus Tancredo Neves
 (CTAN)
 Rodovia BR 494, Km 2
 Colônia do Bengo
 CEP 36300-000
 São João del-Rei - MG

Campus Alto Paraopeba
 Rodovia MG 443 – KM 07
 Fazenda do Cadete
 CEP 36420-000
 Ouro Branco - MG

**Campus Centro-Oeste
 Dona Lindu**
 Av. Sebastião Gonçalves
 Coelho, 400 – Chanadour
 CEP 35501-296
 Divinópolis - MG
 37 3221-1164

Centro Cultural da UFSJ
 Pça. Dr. Augusto das
 Chagas Viegas, 17
 Centro
 CEP 36300-088
 São João del-Rei - MG



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Parecer do Projeto de Pesquisa

Nome do projeto: O CONTEXTO DE ATUAÇÃO NO SUS SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mestranda: Mariana Delfino Gontijo

Orientador: Profª Selma Maria da Fonseca Viegas

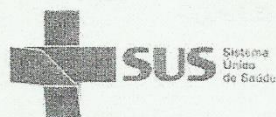
Objetivo Geral: Compreender a segurança do profissional para a atuação cotidiana no contexto da Atenção Primária à Saúde, em municípios da Macrorregional Sanitária Oeste do Estado de Minas Gerais, Brasil.

Metodologia: Estudo de caráter qualitativo

Parecer: O projeto é viável.

Mirna Mendes Henriques
Mirna Mendes Henriques
Enfermeira
COREN/140 88313
10/11/16

ANEXO III



DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA

Autorizo a realização da pesquisa “O CONTEXTO DE ATUAÇÃO NO SUS SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.” e declaro para os devidos fins, que há infraestrutura necessária para realização dos procedimentos de coleta de dados da pesquisadora responsável Profª Selma Maria Fonseca Viegas da UFSJ/CCO.

Por ser verdade afirmamos a presente declaração.

Oliveira, 21 de 11 de 2016.

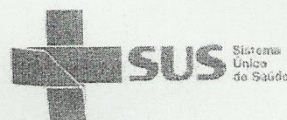
Daniela Azevedo

Responsável pelo local/setor
(Nome legível, carimbo e assinatura para ambos)

Daniela Cristina Azevedo
Enfermeira
COREN-MG 155697

Nome do setor Coordenadora APS/NIEP

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
OLIVEIRA - MINAS GERAIS



DECLARAÇÃO DO SETOR

Eu, Daniela Cristina Aguiar, (profissão) Gerente/Diretor(a) da Atenção Primária do Município de Oliveira-MG, e eu, Lana Carla Silveira (profissão) coordenador(a) do Setor da Atenção Primária do Município de Oliveira, viemos por meio desta, declarar que aceitamos a realização da pesquisa "O CONTEXTO DE ATUAÇÃO NO SUS SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE" a ser desenvolvida pela Mestranda Mariana Delfino Gontijo, sob a orientação da Profª Selma Maria da Fonseca Viegas da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste. A pesquisa será realizada com Profissionais de Saúde desse setor. Esta pesquisa será desenvolvida após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEPES) do Campus Centro Oeste Dona Lindu (CCO) da UFSJ.

Oliveira, 21 de 11 de 2016.

Daniela Cristina Aguiar
Responsável pelo setor

Daniela Cristina Aguiar
Enfermeira
COREN-MG 155882

(nome legível, carimbo e assinatura para ambos)
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
OLIVEIRA - MINAS GERAIS

Lana Carla Silveira
Coordenador(a) do Setor

Lana Carla Silveira
Enfermeira
COREN-MG 126805-ENF

PSF S. SEBASTIÃO I

2183641

S.M.S. OLIVEIRA

ANEXO IV



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA**

Autorizo a realização da pesquisa "*O CONTEXTO DE ATUAÇÃO NO SUS SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.*" e declaro para os devidos fins, que há infraestrutura necessária para realização dos procedimentos de coleta de dados da pesquisadora responsável Profa Selma Maria Fonseca Viegas da UFSJ/CCO. Por ser verdade afirmamos a presente declaração.

Itaúna, 11 de novembro de 2016.

Gerente Superior de Saúde
Responsável pela Coordenação da Atenção Primária à Saúde

Setor: Coordenação APS

Carla Nascimento de Souza
Matricula 111450-8



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO DO SETOR DE COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eu, Carla Nascimento de Souza, Gerente Superior de Saúde e responsável pela Coordenação da Atenção Primária do Município de Itaúna-MG, viemos por meio desta, declarar que aceitamos a realização da pesquisa "*O CONTEXTO DE ATUAÇÃO NO SUS SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*" a ser desenvolvida pela Mestranda Mariana Delfino Gontijo, sob a orientação da Prof. Selma Maria da Fonseca Viegas da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste. A pesquisa será realizada com Profissionais de Saúde desse setor. Esta pesquisa será desenvolvida após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEPES) do Campus Centro Oeste Dona Lindu (CCO) da UFSJ.

Itaúna, 11 de novembro de 2016.

Responsável pelo setor / Coordenadora do Setor

Carla Nascimento de Souza
Matrícula 111450-6