



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS
Escola Superior em Ciências da Saúde - ESCS
Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde



DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO RELACIONADO À SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO DOMICILIAR

CINTHIA GUIMARÃES CÔRTEZ

Brasília – DF

2019

**DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO
RELACIONADO À SEGURANÇA DO PACIENTE NA
ATENÇÃO DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Ciências para a Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências para a Saúde.

Linha de Pesquisa: Qualidade na Assistência à Saúde do Idoso.

Autora: Cinthia Guimarães Côrtes

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Nicodemos Cruz Santana

Coorientadora: Profa. Dra. Leila Bernarda Donato Göttems

Brasília - DF

2019

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

GG963d Côrtes, Cinthia Guimarães
Desenvolvimento de Instrumento relacionado à Segurança do
paciente na Atenção Domiciliar / Cinthia Guimarães Côrtes;
orientador Alfredo Nicodemos Cruz Santana ; coorientador
Leila Bernarda Donato Göttems. -- Brasília, 2019.
78 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em Ciências
para a Saúde) - Coordenação de Pós-Graduação e Extensão,
Escola Superior de Ciências da Saúde, 2019.

1. Estudos de Validação. 2. Serviços de Assistência
Domiciliar. 3. Segurança do Paciente. 4. Qualidade da
Assistência à Saúde. I. Santana , Alfredo Nicodemos Cruz,
orient. II. Göttems, Leila Bernarda Donato , coorient. III.
Título.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO

TERMO DE APROVAÇÃO

Cinthia Guimarães Côrtes
“Desenvolvimento de instrumento relacionado à Segurança do paciente na atenção domiciliar”

Trabalho de conclusão aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências para Saúde, pelo programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Aprovada em: 29/07/2019*.

Prof.(a). Dr.(a). Alfredo Nicodemos da Cruz Santana
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Orientador (a)

Prof.(a). Dr.(a). Leila Bernarda Donato Gottems
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Coorientador (a)

Prof.(a). Dr.(a). Vinicius Zacarias Maldaner da Silva
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Examinador (a) Interno

Prof.(a). Dr.(a). Maria Leopoldina de Castro Villas Boas
SES/DF

Examinador (a) Externo

Prof.(a). Dr.(a). Levy Aniceto Santana
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Suplente

Brasília, 29/07/2019*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade proporcionada de crescimento acadêmico e profissional e por me sustentar durante os momentos mais importantes do mestrado.

Ao Convênio CAPES/COFEN (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Conselho Federal de Enfermagem) – PROFEN, pelo apoio proporcionado para a pesquisa.

À instituição de ensino Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS, mantida pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, por promover a realização do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Alfredo Nicodemos Cruz Santana, e minha coorientadora, Profa. Dra. Leila Bernarda Donato Göttems, pela paciência, incentivo, compromisso, dedicação e contribuição com a pesquisa realizada.

A minha família, pela compreensão das minhas ausências e apoio constante.

À equipe do Núcleo de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho, pela compreensão, paciência e por possibilitar as adequações necessárias das escalas de trabalho.

Aos profissionais médicos e enfermeiros que contribuíram com a validação de conteúdo e aparente do instrumento, o que possibilitou a realização desta pesquisa.

Aos profissionais técnicos de enfermagem da Regional de Saúde de Planaltina, por participarem da 1ª fase da Análise Semântica.

Aos profissionais médicos e enfermeira da Regional de Saúde da Asa Norte, por colaborarem com a 2ª fase da Análise Semântica.

Aos colegas e amigos do Mestrado Profissional, pelo aprendizado constante, convivência amigável e apoio para a finalização deste trabalho.

Aos meus amigos, pela paciência e por entenderem as minhas ausências durante o período do mestrado.

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente nos serviços de saúde é prática recomendada pela Organização Mundial de Saúde e reforçada no Brasil pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente. Nesse contexto, a assistência domiciliar merece atenção especial sobre cuidados seguros, pois apresenta características singulares, como a maior dependência dos usuários, a assistência prestada no ambiente doméstico, a presença contínua do cuidador e a centralidade do cuidado no domínio do paciente e dos seus familiares. As práticas de saúde no domicílio necessitam de gerenciamento e monitorização contínuos. Para auxiliar na melhoria da qualidade e da gestão dessa assistência peculiar e diante das limitações da existência de um instrumento, no Brasil, que mensure a segurança do paciente no domicílio, esta pesquisa descreve as etapas de desenvolvimento e de validação de um instrumento baseado em três domínios: Processos de trabalho do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD; Segurança do paciente, da equipe e dos cuidadores na atenção domiciliar; Organização e gerenciamento do SAD. **Objetivo:** Descrever as etapas de desenvolvimento de instrumento relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar e o resultado do teste das suas propriedades psicométricas. **Método:** Pesquisa metodológica, estruturada em três etapas: produção dos domínios e dos itens; validação de conteúdo e aparente com a avaliação de juízes, com aplicação do Índice de Validade de Conteúdo (IVC); e análise semântica dos itens. A coleta de dados aconteceu de janeiro a junho de 2019. **Resultados:** Na validação de conteúdo e aparente, participaram oito juízes que possuem experiência em atenção domiciliar. Adotou-se Índice de Validade de Conteúdo (IVC) maior ou igual a 0,9 para a seleção dos itens. Assim, conseguiu-se reduzir o instrumento original de 70 para 34 itens. No teste das propriedades psicométricas do instrumento, obteve-se IVC total de 0,96, condizente com evidências de confiabilidade e validade aceitáveis. A fase de análise semântica foi realizada, e os participantes demonstraram compreensão adequada dos itens. **Produto desenvolvido:** Desenvolvimento e validação de conteúdo e aparente de instrumento “Segurança do paciente na atenção domiciliar”. O instrumento e seu desenvolvimento e validação estão presentes no artigo “Desenvolvimento de instrumento relacionado à Segurança do paciente na atenção domiciliar” submetido a uma revista indexada no PubMed. **Conclusões:** Desenvolveu-se um instrumento com potencial de uso na assistência domiciliar e que pode contribuir com pesquisas futuras concernentes ao tema.

Descritores: Estudos de Validação. Serviços de Assistência Domiciliar. Segurança do Paciente. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety in health services is a practice recommended by the World Health Organization, and strengthened in Brazil by the National Patient Safety Program. In this context, home care deserves special attention on safe care, since it presents unique characteristics, such as greater dependence on the users, the care provided in a home environment, the continuous presence of the caregiver and the centrality of care in the patient's and family's domain. Home health practices require continuous management and monitoring. To assist in improving the quality and management of this particular care and in view of the limitations of the existence of an instrument in Brazil that measures patient safety at home, this research describes the stages of development and validation of an instrument based on three domains: Work processes of the Home Care Service – HCS; Patient, health team and caregiver safety in home care; HCS organization and management. **Objective:** To describe the stages of development of an instrument related to Patient Safety in Home Care and the test result of its psychometric properties. **Method:** Methodological research, structured in three stages: production of domains and items, content and apparent validation with judges' evaluation, application of Content Validity Index (CVI) and semantic analysis of items. Data collection took place from January 2019 to June 2019. **Results:** In the validation of content and apparent, eight homecare experienced judges participated. A Content Validity Index (CVI) was used equal to or greater than 0.9 for the selection of items; thus, it was possible to reduce the original instrument from 70 to 34 items. In the test of the psychometric properties of the instrument, a total CVI of 0.96 was obtained, consistent with the evidence of acceptable reliability and validity. Two phases of semantic analysis were performed, in which participants demonstrated an adequate understanding of the items. **Developed product:** Content development and validation of an instrument "Patient safety in home care". The instrument and its development and validation are present in the article "Development of an instrument related to patient safety in home care" submitted to a journal indexed in PubMed. **Conclusions:** An instrument with potential for use in home care was developed and that may contribute to future research on the subject.

Descriptors: Validation Studies. Home Care Services. Patient Safety. Quality of Health Care.

LISTA DE SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar 1
AD2	Atenção Domiciliar 2
AD3	Atenção Domiciliar 3
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES.....	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPES/COFEN ...	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Conselho Federal de Enfermagem
CEP.....	Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/SES/DF.....	Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
COFEN.....	Conselho Federal de Enfermagem
Emad.....	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
Emap.....	Equipes Multiprofissionais de Apoio
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESCS.....	Escola Superior em Ciências da Saúde
e-SUS AB	e-Sistema Único de Saúde Atenção Básica
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
HSPE	Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo
IOM	Institute of Medicine
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MS	Ministério da Saúde
NSP.....	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde
PNPS.....	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP's.....	Procedimentos Operacionais Padrão
PROFEN.....	Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem
PubMed.....	Motor de busca de livre acesso MEDLINE, base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América

RAAS-ADSistema de Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde da Atenção
Domiciliar

RASRedes de Atenção à Saúde

RDCResolução da Diretoria Colegiada

SADServiço de Atenção Domiciliar SAD

SAE.....Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAMDU.....Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SAMU.....Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEC – RSenso de Segurança no Cuidado – Avaliação de parentes

SES-DFSecretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SUS.....Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – IVC dos itens, conforme concordância dos critérios entre os juízes – Brasília, 2019.....	43
Quadro 2 – Instrumento relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar – Brasília, 2019.....	45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3 REFERÊNCIAS	23
4 ARTIGO DESENVOLVIDO	27
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	48
APÊNDICE B – GUIA PARA AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO	50
APÊNDICE C – JULGAMENTO DOS ITENS REFERENTES AO DOMÍNIO – PROCESSOS DE TRABALHO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD	52
APÊNDICE D – JULGAMENTO DOS ITENS REFERENTES AO DOMÍNIO – SEGURANÇA DO PACIENTE, DA EQUIPE E DOS CUIDADORES NA ATENÇÃO DOMICILIAR	56
APÊNDICE E – JULGAMENTO DOS ITENS REFERENTES AO DOMÍNIO – ORGANIZAÇÃO E GERENCIAMENTO DO SAD	60
APÊNDICE F – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS JUÍZES	63
APÊNDICE G – ETAPA DE ANÁLISE SEMÂNTICA (PASQUALI, 1998).....	64
APÊNDICE H – INSTRUMENTO RELACIONADO À SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO DOMICILIAR	69
APÊNDICE I – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO.....	72
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	73

1 INTRODUÇÃO

Discute-se, mundialmente, a importância de se ofertar uma assistência de saúde segura, com base em evidências científicas e de qualidade, a todo indivíduo. A qualidade do cuidado, como conceito mais abrangente, e vinculada a diversos critérios como eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, poderá ser afetada se a assistência for proporcionada de maneira insegura, o que influenciará, ainda, os resultados¹.

Nesse sentido, a segurança do paciente é considerada como atributo da qualidade, evidenciando-se, assim, a sua relevância nos serviços de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a segurança do paciente como a possibilidade de se limitarem os riscos de dano desnecessário a um mínimo aceitável durante a prestação dos atendimentos de saúde. Portanto, para se evitarem desfechos negativos na assistência à saúde, deve-se prevenir os cuidados inseguros¹.

Ao se analisar o contexto mundial, a discussão sobre o tema se fortaleceu com a publicação do “Institute of Medicine” (IOM), em 1999, do relatório *Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*². No que se refere à evolução histórica sobre o assunto, a segurança do paciente nas organizações de saúde recebeu prioridade na agenda política dos estados-membros da OMS. Além disso, na 57ª Assembleia Mundial de Saúde aprovou-se uma resolução para que os países direcionassem atenção à questão da segurança do paciente³.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou em 2002 a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, o que motivou maiores discussões sobre a temática no país⁴. Em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído e recebeu regulamentação por meio da Portaria nº 529 do Ministério da Saúde (MS). Desse modo, contribuir para a melhoria da qualidade da assistência em saúde, englobando o território nacional, com todas as suas instituições de saúde, é objetivo geral do PNSP³.

Referente aos objetivos do PNSP, têm-se vários pontos. É importante promover e dar suporte às práticas de segurança do paciente nos diversos tipos e áreas dos estabelecimentos de saúde; implantar a gestão de risco e os Núcleos de Segurança do Paciente; incluir os usuários e os familiares nas atividades de segurança do paciente; aumentar a disponibilidade de informações sobre segurança do paciente para a sociedade; elaborar, organizar e disseminar conteúdos sobre segurança do paciente; incluir essa temática em cursos de diferentes níveis (desde o técnico à pós-graduação) para as profissões de saúde³.

Destaca-se que eventos adversos podem resultar em mortes. Tais fatos ocorreram relacionados a erros na administração de medicamentos, tais como administração endovenosa de vaselina e de fluido de lubrificação do aparelho de ressonância magnética. Isso serve para ressaltar a importância de mudança no gerenciamento do tema por parte dos gestores de saúde⁵.

A cultura de segurança é outro conceito relevante para o PNSP. Ela pode ser delineada por características que perpassam pela gestão de segurança da organização: todos os profissionais, tanto gestores como aqueles envolvidos na assistência, responsabilizam-se pela própria segurança, segurança dos colegas, dos pacientes e familiares; a segurança deve ter prioridade sobre metas financeiras e operacionais; estimula-se a identificação, a notificação e a resolução de problemas de segurança; o aprendizado institucional será proporcionado a partir da ocorrência de incidentes; a manutenção efetiva da segurança por meio de cultura que oferece recursos necessários e responsabilização³.

Para assegurar a segurança do paciente nas unidades de saúde, a ANVISA publicou a RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) nº 36/2013. Essa resolução trata da obrigatoriedade de se compor o NSP (Núcleo de Segurança do Paciente) em todos os serviços de saúde. Esse núcleo realiza atividade de vigilância e de prevenção dos incidentes e deve notificar os eventos adversos para a ANVISA. Desse modo, com a ocorrência de erros e de incidentes, é necessário propor estratégias para corrigi-los e evitá-los, o que contribui para a melhoria dos serviços de saúde⁶.

Para estabelecer a segurança do paciente na assistência à saúde, faz-se necessária a participação efetiva dos gestores, dos profissionais de saúde, dos pacientes, do governo e dos setores específicos de saúde, de modo integrado⁶. Além disso, deve-se pensar em segurança como conceito amplo, o que engloba a segurança dos trabalhadores, dos familiares e da comunidade⁷.

Nesse contexto, cuidados seguros são essenciais em qualquer estabelecimento de saúde, com relevância no âmbito domiciliar. Isso devido ao fato de que se aumenta a possibilidade de acontecerem eventos adversos, pois os pacientes possuem maior fragilidade, com redução da capacidade para a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária, maior dependência e vulnerabilidade. Diante disso, a capacidade de autocuidado terapêutico pode influenciar na ocorrência de eventos adversos em relação a medicamentos, feridas, quedas e infecções, em que se encontram entre as principais ocorrências evidenciadas na literatura, ligadas a cuidados domiciliares⁸.

Destaca-se que um estudo adaptou de forma interessante a definição de segurança do paciente da OMS para o atendimento domiciliar. Descreveu como limitação de danos evitáveis

aos pacientes, família e cuidadores não remunerados, relativos à assistência de saúde ocorrida nos domicílios, e quais as intervenções realizadas para prevenir ou diminuir esse dano⁹. Durante a prestação dos serviços de saúde, podem ocorrer incidentes com possibilidade de dano (físico, social ou psicológico) aos pacientes. O desfecho do incidente em dano é conceituado como evento adverso, resultando em doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte¹⁰.

Danos à saúde são disfunções causadas por erros relacionados aos cuidados de saúde. Os incidentes, no contexto da assistência à saúde, são eventos que poderiam resultar ou resultaram em dano evitável ao paciente. Existem três classes de incidentes: *near miss*, incidente sem dano e incidente com dano (evento adverso). O *near miss* é o incidente que não alcançou o paciente. Percebe-se o erro antes de um possível dano. No incidente sem dano, o paciente é atingido pelo erro, no entanto, não ocorre o dano. Em relação ao incidente com dano, o erro acontece e resulta em dano¹.

A literatura mostra que constatar a possibilidade de risco aumentado para danos aos pacientes pode ser um mecanismo de promoção da segurança do paciente, o que pode trazer benefícios para os processos e sistemas de assistência à saúde¹¹. Em relação a pacientes que recebem tratamento domiciliar, estudo demonstrou que eles estão expostos a riscos de lesão como desfecho da assistência de saúde. Assim, existem maiores desafios para implementar a segurança, pois os cuidados são praticados pelo próprio paciente, cuidador ou familiar¹².

Nesse ponto, é importante discutir que a atenção domiciliar ganha cada vez maior magnitude devido ao envelhecimento populacional e ao incremento das doenças crônicas não transmissíveis. O envelhecimento populacional, que ocorre no Brasil e no mundo, relaciona-se com a diminuição das taxas de mortalidade e com o declínio crescente dos índices de natalidade. A alteração nesse perfil deve-se a dois aspectos principais: as condições de vida da população melhoraram devido à evolução do sistema produtivo; e o desenvolvimento da saúde pública e da medicina contribuíram para a melhoria do saneamento básico, vacinação e controle de doenças¹³.

Quanto ao incremento das doenças crônicas não transmissíveis, esse fato contribui, de forma significativa, para elevar os desafios e custos dos sistemas de saúde e de seguridade social. Desse modo, o sistema público de saúde precisa articular-se e desenvolver mecanismos de promover a saúde e prevenir as doenças de modo contínuo, integral, universal e longitudinal¹⁴.

Nesse sentido, diante dessa elevação das doenças crônicas não transmissíveis, em especial com comprometimento de autonomia para as atividades básicas de vida diária, ganha espaço a Atenção Domiciliar (AD). Esta começa a despontar como modalidade de atenção à

saúde direcionada para cuidados mais humanizados, em domicílio, com menores custos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, para esses benefícios ocorrerem, é fundamental que o paciente seja elegível e estável para receber alta hospitalar e receber continuidade dos cuidados em casa. Desse modo, faz-se necessária a organização desses serviços em redes de saúde, de forma a proporcionar o atendimento integral e universal do usuário⁷.

A AD apresenta singularidades características, como o cotidiano do ambiente familiar, a prestação de assistência à saúde na residência do usuário e a presença contínua do cuidador. Isso exige do profissional que exerce suas atribuições nesse ambiente, além de sua capacitação, técnica inerente à profissão, habilidades de comunicação interpessoal crescentes⁷. Diante disso, faz-se necessário contextualizar a atenção domiciliar no Brasil.

Os primeiros cuidados domiciliares no país iniciaram-se em 1919 com o serviço de enfermeiras visitadoras no Rio de Janeiro¹⁵. No Brasil, a primeira experiência de AD estruturada como serviço aconteceu em 1949, por meio do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), ligado ao Ministério do Trabalho. Como atividade do setor público brasileiro, a AD iniciou-se em 1963, com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE)¹⁶.

Durante a década de 1960, passaram a existir os primeiros serviços de AD no Brasil, com maior expansão a partir de 1990. Desse modo, houve a necessidade de se regulamentar esse serviço, integrando-o ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os registros de sistematização dessa assistência, tanto no sistema público como no privado, são escassos¹⁷.

Serviços ou municípios exerciam a AD de forma isolada, porém, em 2006, articularam-se com o intuito de tentar regulamentar a atenção domiciliar no SUS. Infelizmente, não se obteve êxito à época. Nesse contexto, apenas em 2011, com a Portaria nº 2.029 do Ministério da Saúde (MS), regulamentou-se a AD no SUS e, por meio do Programa Melhor em Casa, criou-se o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Esse programa é um dos prioritários relativos à saúde, por apresentar potencialidades importantes na assistência, como inovação e resolubilidade⁷.

O SAD caracteriza-se por complementar a assistência prestada na atenção primária e nos serviços de urgência. Atua de modo substitutivo ou complementar à internação hospitalar. É o serviço responsável pelo manejo e instrumentalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emap). A constituição mínima de uma Emad é de médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou assistente social e técnico de enfermagem, enquanto uma Emap deverá apresentar no mínimo três dos seguintes

profissionais: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional¹⁸.

O SAD objetiva diminuir a hospitalização, humanizar a assistência à saúde por meio do aumento da autonomia dos usuários, desinstitucionalizar, além de otimizar recursos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como os financeiros e estruturais. E como o SAD se encontra inserido na RAS, as ações devem se pautar de modo integrado com a atenção básica, serviços de urgência e internação hospitalar¹⁸.

A Portaria nº 825 do MS, de 2016, em vigência, redefine a AD dentro do SUS. A AD é vista como modalidade de assistência à saúde que se caracteriza por associação de ações de prevenção e de tratamento de doenças, de reabilitação, de palição e de promoção à saúde, realizadas em domicílio com o intuito de garantir a continuidade dos cuidados. No nível nacional, a AD organiza-se em três modalidades: Atenção Domiciliar 1 (AD1); Atenção Domiciliar 2 (AD2); Atenção Domiciliar 3 (AD3)¹⁸.

A divisão em modalidades faz-se necessária para que se defina a prevalência de atendimento. Isso permitirá planejamento e gerenciamento adequados no que se refere aos recursos humanos e materiais, bem como aos fluxos internos e externos. A elegibilidade na modalidade AD1 caracteriza-se pelo usuário que precisa de cuidados menos intensos pela equipe, com menor frequência. Subentende-se que o cuidador consiga supri-los. Vale lembrar que a responsabilidade pela assistência na AD1 será da atenção primária¹⁸.

Em relação à modalidade AD2, será elegível o usuário que apresentar: doenças agudas ou agudização das crônicas, em que cuidados intensificados e contínuos serão necessários; doenças crônico-degenerativas que exijam assistência da equipe no mínimo semanal; importância de recebimento de cuidados paliativos no mínimo uma vez por semana; importância de ganho de peso, no que se refere a bebês prematuros e de baixo peso¹⁸.

No que condiz à modalidade AD3, o usuário elegível será aquele com qualquer condição relacionada na AD2, desde que necessite de maior frequência de cuidado pela equipe multiprofissional, utilização de equipamento(s) ou realização de procedimentos mais complexos (como ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea). Assim, o SAD é o serviço responsável pelas modalidades AD2 e AD3⁷.

Com a crescente transferência de atendimentos especializados dos hospitais para a residência do paciente, faz-se essencial tornar a prática assistencial domiciliar mais segura. Para isso, é relevante que os gestores desenvolvam foco em aspectos como os sistemas de informação, o padrão remuneratório, o modo de organizar os serviços de saúde e as legislações referentes¹⁹. Além disso, salienta-se a importância da capacitação contínua dos cuidadores que

prestam a assistência domiciliar, bem como da melhoria no planejamento clínico, de maneira a vislumbrar a redução de eventos adversos¹².

Nos últimos quinze anos, ocorreu incremento substancial da utilização de tecnologias médicas avançadas no domicílio. Esse uso necessita de gerenciamento para que se preservem a qualidade e a segurança do atendimento prestado. Os profissionais de enfermagem, como membros das equipes multiprofissionais, possuem atuação significativa no contexto dos cuidados domiciliares. As atribuições características desses trabalhadores associam-se ao papel relevante de suporte aos pacientes e cuidadores familiares no que se refere ao uso das tecnologias avançadas, bem como ao fornecimento de informações e capacitações para essa população²⁰.

Diante disso, o uso de tecnologias nos serviços de saúde pode ocorrer em três dimensões. As leves referem-se às relações interpessoais entre profissional e cliente, como vínculo, acolhimento, atenção integral e humanização; nas leve-duras há conhecimento estruturado por meio de teorias, modelos de cuidado; já na dura, há recursos materiais e tecnológicos como ventiladores mecânicos e bombas de infusão^{21,22}.

Dessa maneira, é importante se atentar para o aproveitamento adequado de todos esses tipos de tecnologias na AD, e não somente para as de alta complexidade (duras). A tecnologia leve é essencial para a comunicação e o estabelecimento de vínculos entre equipe, usuário e cuidadores. Além disso, as leve-duras podem auxiliar nos processos de educação continuada dos cuidadores e dos usuários^{21,22}.

Outro ponto de destaque na AD refere-se à formação acadêmica dos enfermeiros, que ainda é incipiente ou inexistente no Brasil. A assistência no domicílio apresenta peculiaridades e exigência de perfil específico de atuação, que nem sempre se aborda na graduação de enfermagem. Adquire-se esse conhecimento como experiência na prática diária da AD. Assim, as competências para os cuidados domiciliares advêm das experiências vivenciadas e das recomendações científicas²³.

Salienta-se a necessidade de entender essa singularidade. As atuações do enfermeiro na AD são amplas, pois exerce supervisão clínica e administrativa, cuidados pautados no relacionamento, atividades educacionais. Tudo isso demanda técnicas específicas e direcionadas. Ademais, esse profissional, inserido no contexto domiciliar, além de gerenciar o plano de cuidados, cria vinculações com os usuários e cuidadores²³.

Estudo realizado em Belo Horizonte e publicado em 2014, sobre o contexto de atuação do enfermeiro na assistência domiciliar, ressalta a importância da abordagem de conhecimentos direcionados a AD nos processos de formação desse recurso humano. Nesse sentido, cita-se a

relevância de incluir temas como cuidados paliativos, manejo de quadros crônicos, inserção dos usuários e cuidadores no planejamento e na execução do projeto terapêutico domiciliar, vida e ambiente familiar²⁴.

É sabido que o enfermeiro apresenta diversas funções em diferentes contextos assistenciais. Porém, destaca-se a AD nesse âmbito por caracterizar a atuação em que o ambiente de trabalho é a residência do cliente. E isso é muito relevante pois a centralidade do cuidado e de sua gestão está no domínio do paciente e dos seus familiares. Desse modo, o profissional carece de tecnologias e de procedimentos distintos, para que se adeque àquele ambiente não tradicional²³.

Habilidades dos profissionais de enfermagem, como conseguir instruir os usuários sobre suas doenças e fazer com que seu cliente melhore a adesão aos cuidados e a medicações, podem proporcionar efeitos particulares muito relevantes no âmbito domiciliar. Nesse contexto, esse profissional poderá analisar as condições residenciais, realizar a inclusão dos cuidadores em assuntos ligados aos cuidados, além de fortalecer a relação de confiança com o paciente²⁵.

Pesquisa, publicada em 2017, sobre o uso do gerenciamento realizado pelos profissionais de enfermagem com o intuito de reduzir as hospitalizações e as readmissões de pacientes domiciliares de alto risco no Programa de Atenção básica domiciliar evidenciou aspectos positivos. Esse manejo proporcionou a diminuição dos índices anuais de hospitalização e de readmissão na assistência domiciliar. Ademais, apresentaram-se resultados satisfatórios não somente para os pacientes, como também houve benefícios para os cuidadores e profissionais, além de reduzir despesas institucionais²⁶.

Revisão integrativa, publicada em 2018, detectou percepções dos profissionais de saúde e dos cuidadores no que diz respeito à atenção domiciliar. Os profissionais consideram a AD como modalidade assistencial moderna, motivadora de humanização, multidisciplinar e como possibilidade de cuidado residencial frente às hospitalizações. Segundo os cuidadores, a AD promove intercâmbio de conhecimentos que auxiliam no cuidado correto do usuário²⁷.

Destaca-se, ainda, segundo a referida revisão integrativa, que o cuidador se encontra inserido na maioria dos contextos domiciliares e apresenta como características a informalidade, o aspecto familiar, a prevalência do sexo feminino e a não participação do mercado de trabalho. Quanto aos atributos dos serviços da AD, os serviços públicos e privados promovem esse tipo de assistência. Assim, equipe multiprofissional, equilíbrio no uso dos recursos, humanização, preservação e incentivo dos elos familiares, apoio dos profissionais são alguns traços desses serviços²⁷.

De acordo com pesquisa publicada em 2016, desenvolvida em Minas Gerais, é relevante a formação e a capacitação da enfermagem brasileira para exercer suas funções na atenção domiciliar, pois é delineada nova conjuntura de assistência à saúde. As dificuldades que as famílias e os usuários encontram para serem assistidos pelo SUS esbarram na maneira de abordagem do profissional. Este precisa aplicar estratégias de gestão da assistência, além de buscar formação continuada e realização de pesquisas²⁸.

Desse modo, faz-se necessário o fortalecimento da AD no SUS. Para que se consiga atendimento integral da AD na RAS, é essencial o estabelecimento efetivo dessa modalidade. Destaca-se que ainda existem muitos obstáculos encontrados pelos cuidadores e pacientes, como ausência ou limitação de suporte profissional no domicílio, sobrecarga no cuidado prestado pelo cuidador, burocracias no percurso da atenção integral da RAS, dificuldades para o acesso a materiais e a equipamentos, além de muitas vezes necessitarem judicializar suas demandas²⁸.

Revisão Sistemática recente, publicada em 2018, demonstrou haver necessidade do incremento de estudos sobre o uso de tecnologias médicas nos domicílios, pois apesar de se verificar exigência crescente da utilização dessas tecnologias nesses ambientes, não houve paralelismo nas pesquisas. Sugere-se a urgência em investigar temas como as vivências dos enfermeiros no uso de tecnologias diversas, capacitação e formação de enfermeiros e de outros profissionais no que se refere a segurança do paciente e gerenciamento de risco²⁰.

A segurança do paciente é de extrema relevância para a melhoria da qualidade dessa assistência. Estudo de análise conceitual abordou características importantes da segurança do paciente como: prevenção de eventos adversos evitáveis e de erros médicos; proteção de danos e lesões nos pacientes; colaboração dos profissionais; integração e fortalecimento dos sistemas de saúde²⁹.

Assim, um ponto relevante na AD é a segurança do paciente no domicílio. Nesse contexto, o Ministério da Saúde brasileiro publicou um importante documento para orientar a 'Segurança do paciente no Domicílio'. Nesse material, são abordados temas como critérios de elegibilidade para admissão do paciente na AD, comunicação efetiva, continuidade do cuidado, garantia de insumos e de transporte, cuidados para prevenir efeitos adversos (infecção, lesão por pressão, erro de administração de medicamento), promoção de ambiência segura (inclusive relacionada a quedas e animais de estimação), e gerenciamento de resíduos⁷.

Entretanto, para facilitar a checagem da segurança do paciente no domicílio, é necessário o uso de instrumento de fácil aplicação e validado cientificamente para tal intuito. Porém se desconhece um instrumento com tal perfil para uso no Brasil. Evidências científicas

demonstram que utilizar métodos qualitativos e quantitativos são essenciais para se alcançarem conclusões relevantes sobre segurança do paciente³⁰.

Por isso, o objetivo deste estudo foi descrever as etapas de desenvolvimento de instrumento relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar e o resultado do teste das suas propriedades psicométricas, pois poderá ser usado para avaliar a qualidade desses serviços, auxiliar na gestão da assistência domiciliar, prevenir eventos evitáveis, além de permitir verificar quais as possibilidades de melhoria ao serviço.

Além do mais, o instrumento desenvolvido pode contribuir para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois possibilita auxiliar a extração de informações relevantes sobre segurança do paciente nos cuidados domiciliares. Isso pode facilitar a gestão da assistência de enfermagem, pois a SAE caracteriza-se por várias ações relacionadas entre si com o propósito de organizar o serviço da enfermagem e, conseqüentemente, colaborar com a segurança do usuário e dos profissionais de saúde³¹.

Por fim, os resultados da pesquisa apresentados nesta dissertação são o artigo “Development of a patient safety-related tool in home care” submetido à Revista Internacional *Journal of Advanced Nursing*, bem como o produto desenvolvido “Instrumento relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar”.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Embora existam diversas pesquisas direcionadas para a segurança do paciente e para a atenção domiciliar, ainda há grande lacuna de conhecimento unindo esses dois conceitos. Essa disparidade é ainda maior no que se refere a estudo metodológico de desenvolvimento de instrumentos de pesquisa relativos a esses assuntos. Além disso, há evidência na literatura de que mais estudos são necessários para desenvolver modelos e estruturas conceituais que poderão auxiliar no desenvolvimento de instrumento de coleta de dados para aferições padronizadas em segurança do paciente de variados cenários, inclusive internacionais, com o intuito de fortalecer a pesquisa sobre o tema²⁹.

Os estabelecimentos de saúde, assim como todas as organizações complexas, apresentam maior vulnerabilidade a erros. Desse modo, todos os ambientes onde ocorrem cuidados de saúde e todos os trabalhadores de saúde estão inseridos em processos de atendimentos complexos. Diante disso, destaca-se a relevância de se estabelecer uma cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde. Instrumento quantitativo foi desenvolvido para se analisar essa cultura, pois mensurá-la possibilita implementar melhorias, identificar comportamentos de segurança, aperfeiçoar os resultados de segurança para pacientes e funcionários, além de contribuir como ferramenta de tomada de decisão³².

Define-se cultura de segurança como um conjunto de valores de desempenho contínuo de segurança e saúde, compartilhados entre os profissionais de determinada instituição e que objetiva ao engajamento pessoal pela segurança, além de aprendizado constante, principalmente com os erros e acidentes³². Ainda que o instrumento mencionado possua abordagem relevante no que tange às medições relativas à cultura de segurança do paciente nas instituições, trata-se de instrumento genérico sobre o assunto, que não delimita a segurança do paciente no ambiente domiciliar.

Outro instrumento publicado foi o “Senso de Segurança no Cuidado – Avaliação de parentes (SEC – R)”, com maior proximidade de abordagem relativa a esta pesquisa. Contudo, trata-se de questionário bastante específico sobre a temática, pois objetiva analisar o senso de segurança dos familiares na assistência paliativa domiciliar³³, enquanto o uso do instrumento objeto desta pesquisa pretende avaliar aspectos mais amplos do serviço, dos profissionais, dos usuários e dos cuidadores relativos à segurança do paciente na assistência domiciliar.

Ao se analisarem publicações relativas à temática, encontrou-se estudo com abordagem similar a este, mas com metodologia diversa. Nesse sentido, autores pesquisaram

pontos sobre segurança e qualidade na assistência domiciliar e detectaram alguns componentes que se interagem e interferem na gestão dos cuidados domiciliares, inclusive as capacidades e limitações dos pacientes e dos cuidadores. Isso resultou no modelo conceitual para análise de questões de segurança e qualidade³⁴.

De acordo com estudo que o aplicou, esse modelo conceitual foi desenvolvido para uso em ambientes residenciais e comunitários, com sete componentes que apresentam interconectividade: aspectos do ambiente físico, dispositivos médicos e novas tecnologias, ambiente social e comunitário, natureza das tarefas de cuidados domiciliares de saúde, características do provedor doméstico e características do paciente³⁵. Apesar de desenvolvimento de notável contribuição para aspectos de segurança nos domicílios, define-se seu uso como modelo de análise e não como questionário de pesquisa.

Destaca-se, ainda, outro estudo em que se elaborou lista de verificação para identificar riscos nas casas, com o propósito de implementar melhorias para a segurança e a qualidade dos cuidados nesses locais. Esse *checklist* aponta que os riscos (ergonômicos de queda, de iluminação, de incêndios, relativos à eletricidade, insalubridade, presença de animais e insetos, poeiras e mofo, acúmulos de lixo, ausência de contatos disponíveis de emergência, ruídos e riscos químicos) presentes no ambiente doméstico podem incrementar os riscos de erros na assistência à saúde e prejudicar a qualidade desses cuidados³⁶.

Nota-se que a lista adota conceitos essencialmente direcionados à inspeção de segurança do ambiente residencial onde é realizado o cuidado de saúde³⁶, enquanto o instrumento deste estudo vislumbra a segurança do paciente, propondo avaliar os riscos mais voltados para a gestão e o exercício da assistência de saúde no domicílio. Portanto, são instrumentos que podem se complementar e auxiliar em uma abordagem mais ampla. No entanto, nota-se que ainda há insuficiência de dados sobre as questões de segurança e os eventos adversos relacionados aos cuidados de saúde no ambiente doméstico³⁶.

Outros autores afirmam haver limitação de conteúdo sobre aspectos de segurança nos ambientes domiciliares e escassez de pesquisas sobre eventos adversos relacionados à assistência domiciliar⁹. A Organização Mundial de Saúde também reconhece que a maior parte das pesquisas, no que tange à segurança do paciente, aborda o ambiente hospitalar, enquanto há insuficiência de documentação acessível em relação a cuidados primários mais seguros³⁷.

É interessante expor que se verifica a elaboração de ferramentas de pesquisa orientadas para a segurança do paciente na atenção primária com maior facilidade do que na atenção domiciliar. Para se exemplificar, encontraram-se dois instrumentos na literatura construídos

com esse propósito: “Medida de clima de segurança para atenção primária” e “Paciente relatou experiências e resultados de segurança na atenção primária – PREOS-PC”³⁸.

Destaca-se, ainda, as características específicas dos ambientes domésticos, como a natureza do serviço prestado, o papel e a maior autonomia do cuidador/familiar, as características dos pacientes. Isso tudo pode favorecer a ocorrência de incidentes de segurança. Portanto, é bastante relevante se ter um mecanismo de monitorização contínua da assistência despendida nesses domicílios⁹.

Dados da literatura demonstram que constatar quando existe a possibilidade de risco aumentado para danos aos pacientes pode ser um mecanismo de promoção da segurança do paciente, o que pode trazer benefícios para os processos e sistemas de assistência à saúde. Apesar de vários países manifestarem interesse em aprimorar a segurança assistencial nos domicílios, ainda existe limitação de publicação sobre o tema¹¹.

Alguns autores adaptaram a definição de segurança do paciente da Organização Mundial de Saúde para o atendimento domiciliar. Descreveram-na como inexistência de danos aos pacientes, família e cuidadores não remunerados, relativos à assistência de saúde ocorrida nos domicílios, e quais as intervenções realizadas para prevenir ou diminuir esse dano⁹.

Nesse sentido, destaca-se que os conceitos gerais sobre segurança do paciente não conseguem englobar todos os aspectos de segurança no domicílio. Além disso, a segurança no ambiente domiciliar não deve se restringir ao atendimento do paciente, pois ocorre interação de diversos atores, como cuidadores, familiares e profissionais de saúde. Então, deve-se atentar para a prestação segura dos cuidados, as interações psicossociais entre os envolvidos, e ainda a localização dos cuidados³⁹.

Assim, como se trata de um ambiente residencial, as decisões sobre o cuidado permitem, muitas vezes, concentrar-se nos pacientes e cuidadores, o que pode gerar desafios no fornecimento e recebimento dessa assistência. Desse modo, é considerável evidenciar que cada responsável pelo cuidado possui importância na manutenção e efetivação da segurança³⁹.

Com a crescente transferência de atendimentos especializados dos hospitais para a residência do paciente, faz-se essencial tornar a prática assistencial domiciliar mais segura. Para isso, é relevante que os gestores desenvolvam foco em aspectos como os sistemas de informação, o padrão remuneratório, o modo de organizar os serviços de saúde e as legislações referentes¹⁹. A centralidade do paciente nos cuidados de saúde realizados em casa apresenta complexidade; e para a garantia do atendimento das necessidades desses pacientes é preciso que haja profissionais competentes, gerenciamento adequado de todos os sistemas e colaboração entre todos os participantes da assistência⁴⁰.

Pesquisa sobre segurança do cuidado concluiu que grande parte dos pacientes com doença crônica possuem impressões favoráveis sobre segurança da prestação de cuidados no ambiente doméstico, contudo, podem acontecer incidentes, que têm como principais contribuições: erros nos diagnósticos, inadequação de tratamento, eventos adversos a medicações e insuficiência na comunicação entre os profissionais de saúde. Os pesquisadores advertem sobre as interpretações do resultado de sua pesquisa, pois além de existirem dificuldades na definição do termo “incidente de segurança do paciente”, também não se tem ferramenta validada para se avaliarem incidentes ocorridos com os pacientes⁴¹.

Dentro desse contexto, o domicílio do paciente pode ser considerado como espaço ainda mais complexo, pois os cuidados de saúde serão executados em ambientes peculiares a cada usuário e familiar, diferente das instituições e hospitais. Assim, os profissionais deverão estar aptos e qualificados para atuarem nesses locais⁴². Por isso, ressalta-se a relevância da elaboração do instrumento objeto desta pesquisa, pois ele poderá ser usado para avaliar a qualidade desses serviços, auxiliar na gestão da assistência domiciliar, prevenir eventos evitáveis, além de permitir verificar quais as possibilidades de melhoria.

3 REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa; 2017.
2. Reis AT, Silva CRA da. Segurança do paciente. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32 (3).
3. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. [citado 2018 maio 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
4. Figueiredo ML de, D’Innocenzo M. Eventos adversos relacionados às práticas assistenciais: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*. 2017; 16 (3):605–650.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa; 2017.
7. Ministério da Saúde (Brasil) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
8. Sun W, Doran DM, Wodchis WP, Peter E. Examining the relationship between therapeutic self-care and adverse events for home care clients in Ontario, Canada: a retrospective cohort study. *BMC Health Services Research*. 2017; 17:206.
9. Doran DM, Baker GR, Szabo C, Mcshane J, Carryer J. Identification of serious and reportable events in home care: a Delphi survey to develop consensus. *International Journal for Quality in Health Care*. 2014; 26 (2):136–143.
10. Silva AT, Alves MG, Sanches RS, Terra F de S, Resck ZMR. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. *Saúde debate*. 2016; 40 (111):292–301.
11. Sears NA, Blais R, Spinks M, Paré M, Baker GR. Associations between patient factors and adverse events in the home care setting: a secondary data analysis of two Canadian adverse event studies. *BMC Health Services Research*. 2017; 17 (1):400.
12. Sears N, Baker GR, Barnsley J, Shortt S. The incidence of adverse events among home care patients. *International Journal for Quality in Health Care*. 2013; 25 (1):16–28.
13. Alves JED. A transição demográfica e a janela de oportunidade. São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial, 2008.

14. Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1107–1111.
15. Boas ML de CV, Shimizu HE, Sanchez MN. Clinical and epidemiological profile of patients from the home care program of Federal District Brazil. *Journal of Public Health and Epidemiology*. 2015; 7 (6):189–197.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
17. Silva KL, Sena RR de, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção Domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*. 2010; 44 (1):166–176.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2018 maio 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.
19. Eksted M, Dahlgren A. Safe care also in the home: a future challenge. *Lakartidningen*. 2015; 112.
20. Haken IT, Allouch SB, Harten WHV. The use of advanced medical technologies at home: a systematic review of the literature. *BMC Public Health*. 2018; 18:284.
21. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):1523–1531.
22. Sabino LMM de, Brasil DRM, Caetano JA, Santos MCL, Alves MDS. Uso de tecnología blanda-dura en las prácticas de enfermería: análisis de concepto. *Aquichan*. 2016; 16(2):230–239.
23. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2017; 70 (1):199–208.
24. Silva KL, Sena RR de, Silva PM, Souza CG de, Martins ACS. The nurse's role in home care: its implications for the training process. *Ciência Cuidado Saúde*. 2014; 13 (3):503–510.
25. Jones MG, Ornstein KA, Skovran DM, Soriano TA, De Cherrie LV. Characterizing the High-Risk Homebound Patients in Need of Nurse Practitioner Co-Management. *Geriatric Nursing*. 2017; 38 (3):213–218.
26. Jones MG, De Cherrie LV, Meah YS, Hernandez CR, Lee EJ, Skovran DM, et al. Using Nurse Practitioner Co-Management to Reduce Hospitalizations and Readmissions Within a Home-Based Primary Care Program. *Journal for Healthcare Quality*. 2017; 39 (5):249–258.
27. Nery BLS, Favilla FAT, Albuquerque APA de, Salomon ALR. Características dos Serviços de Atenção Domiciliar. *Revista de Enfermagem UFPE online*. 2018; 12 (5):1422–1429.

28. Neves AC de OJ, Castro EAB de, Costa SRD da. Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após a alta hospitalar no contexto do SUS. *Cogitare Enfermagem*. 2016; 21 (4):1–10.
29. Kim L, Lyder CH, McNeese-Smith D, Leach S, Needleman J. Defining attributes of patient safety through a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2015; 71 (11):2490–2503.
30. Martijn L, Jacobs A, Harmsen M, Maassen I, Wensing M. Patient Safety in Midwifery Care for Low-Risk Women: Instrument Development. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2012; 57 (4):386–395.
31. Penedo RM, Spiri WC. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2014; 27 (1):86–92.
32. Eiras M, Escoval A, Grillo IM, Silva-Fortes C. The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2014; 27 (2):111–122.
33. Krevers B, Milberg A. The Sense of Security in Care – Relatives Evaluation Instrument: Its Development and Presentation. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015; 49 (3):586–594.
34. Henriksen K, Joseph A, Zayas-Cában T. The Human Factors of Home Health Care: A Conceptual Model for Examining Safety and Quality Concerns. *Journal of Patient Safety*. 2009; 5 (4):229–236.
35. McGraw CA. Nurses' perceptions of the root causes of community-acquired pressure ulcers: Application of the Model for Examining Safety and Quality Concerns in Home Healthcare. *Journal of Clinical Nursing*. 2019; 28 (3-4):575–588.
36. Gershon RRM, Dailey M, Magda LA, Riley HEM, Conolly J, Silver A. Safety in the Home Healthcare Sector: Development of a New Household Safety Checklist. *Journal of Patient Safety*. 2012; 8 (2):51–59.
37. World Health Organization. *World Alliance for Patient Safety: making health care safer*. Geneva: WHO; 2017.
38. DeWet C, Spence W, Mash R, Johnson P, Bowie P. The development and psychometric evaluation of a safety climate measure for primary care. *Quality and Safety in Health Care*. 2010; 19 (6):578–584.
39. Tong CE, Sims-Gould J, Martin-Matthews A. Types and patterns of safety concerns in home care: client and family caregiver perspectives. *International Journal for Quality in Health Care*. 2016; 28 (2):214–220.
40. Vaartio-Rajalin H, Fagerström L. Professional care at home: Patient-centredness, interprofessionalism and effectiveness? A scoping review. *Health and Social Care in the Community*. 2019; 27 (4):270–288.

41. Desmedt M, Petrovic M, Bergs J, Vandijck D, Vrijhoef H, Hellings J, et al. Seen through the patients' eyes: Safety of chronic illness care, *International Journal for Quality in Health Care*. 2017; 29 (7):916–921.
42. MacDonald MT, Lang A, Storch J, Stevenson L, Barber T, Laboni K, et al. Examining markers of safety in homecare using the international classification for patient safety. *BMC Health Services Research*. 2013; 13:191.

4 ARTIGO DESENVOLVIDO

- **Título: Desenvolvimento de instrumento relacionado à segurança do paciente na atenção domiciliar**

- **Lista de todos os autores**

- Cinthia Guimarães CÔRTEZ. Programa de Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde, Escola Superior de Ciências da Saúde, FEPECS, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Especialização em Enfermagem do Trabalho, especialização em Auditoria e Gestão em Saúde, especialização em residência em enfermagem

- Alfredo Nicodemos Cruz SANTANA. Docente e pesquisador do Programa de Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. FEPECS, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

- Leila Bernarda Donato GÖTTEMS. Docente e pesquisadora do Programa de Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. FEPECS, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Universidade Católica de Brasília.

- **Contribuições do autor**

Todos os autores tiveram contribuições substanciais para a concepção e desenho, ou aquisição de dados, ou análise e interpretação de dados. Todos participaram na elaboração do manuscrito ou na revisão crítica do conteúdo.

- **Agradecimentos**

Ao Convênio CAPES/COFEN (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Conselho Federal de Enfermagem) pelo apoio proporcionado para a pesquisa e à instituição de ensino ESCS (Escola Superior de Ciências da Saúde), mantida pela FEPECS (Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde), por promover a realização do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde.

Resumo

Objetivo: Descrever as etapas de desenvolvimento e de validação de instrumento relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar. **Método:** Pesquisa metodológica estruturada em três etapas: produção dos domínios e dos itens, validação de conteúdo e aparente, análise semântica dos itens. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2019 a junho de 2019. **Resultados:** Na validação de conteúdo e aparente, participaram oito juízes que possuem experiência em atenção domiciliar. Adotou-se Índice de Validade de Conteúdo (IVC) maior ou igual a 0,9 para a seleção dos itens; e assim, conseguiu-se reduzir o instrumento original de 70 para 34 itens. No teste das propriedades psicométricas do instrumento, obteve-se IVC total de 0,96, condizente com evidências de confiabilidade e validade aceitáveis. Duas fases de análise semântica foram realizadas, nas quais os participantes demonstraram compreensão adequada dos itens. **Conclusão:** Desenvolveu-se adequadamente o Instrumento. Este pode ser usado para análises sobre segurança do paciente na assistência domiciliar bem como possui potencial para contribuir com pesquisas futuras concernentes ao tema.

Descritores: Estudos de Validação; Serviços de Assistência Domiciliar; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde.

Descriptors: Validation Studies; Home Care Services; Patient Safety; Quality of Health Care.

Descriptores: Estudios de Validación; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención de Salud.

Introdução

Os sistemas de saúde enfrentam um novo desafio de cuidar de pessoas cada vez mais idosas e com mais doenças associadas. Além disso, esses sistemas têm de se preocupar com a otimização de gastos com saúde sem perder de vista a manutenção da qualidade da assistência e a qualidade de vida dos pacientes e dos familiares envolvidos⁽¹⁾.

Nesse contexto, ganha espaço a Atenção Domiciliar (AD). O primeiro registro de assistência domiciliar organizada como atividade ocorreu em 1947, nos Estados Unidos. A ideia inicial era reduzir a ocupação hospitalar e melhorar o ambiente psicológico para os pacientes e os familiares. A partir disso, essas experiências começaram a se propagar pela América do Norte e Europa⁽²⁾.

No Brasil, a primeira experiência de AD estruturada como serviço aconteceu em 1949, por meio do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), ligado ao Ministério do Trabalho. Como atividade do setor público brasileiro, a AD inicia-se com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE)⁽³⁾.

Durante a década de 1960 passaram a existir os primeiros serviços de AD no Brasil, com histórico de maior expansão a partir de 1990. Desse modo, houve a necessidade de se regulamentar as funções desse serviço, além de integrar suas atividades ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os registros de sistematização dessa assistência, tanto públicos como privados, são escassos⁽⁴⁾.

No que condiz à organização pública da AD no Brasil, trata-se de modalidade assistencial muito atual, mas que apresenta potencialidades de desenvolvimento. Diante disso, após analisar experiências de serviços de AD no país, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o planejamento da AD no SUS, em 2011, com o lançamento do Programa Melhor em Casa⁽⁵⁾.

Com a evolução da legislação brasileira sobre AD, a Portaria em vigor no país é a de nº 825, de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde, a qual define a AD como modalidade de assistência à saúde incluída nas RAS (Redes de Atenção à Saúde), que realiza ações de prevenção e de tratamento de doenças, de reabilitação, de palição e de promoção à saúde. Tudo isso se desenvolve dentro do domicílio, com o intuito de garantir a continuidade dos cuidados. Em nível nacional, a AD organiza-se em três modalidades: Atenção Domiciliar 1 (AD1); Atenção Domiciliar 2 (AD2); Atenção Domiciliar 3 (AD3) respectivamente, de acordo com o aumento da complexidade do atendimento⁽⁶⁾.

A AD representa uma importante modalidade de atenção à saúde direcionada para cuidados mais humanizados e realizados em domicílio e de forma interdisciplinar⁽¹⁾. Além disso, a AD consegue otimizar recursos para o sistema de saúde. Porém, para seu adequado funcionamento, são necessários profissionais qualificados com competências específicas, já que esse cuidado de saúde não será realizado em uma unidade básica de saúde ou em um hospital, mas sim no domicílio do paciente⁽⁷⁾.

A segurança do paciente é de extrema relevância para a melhoria da qualidade dessa assistência, com características importantes como prevenção de eventos adversos evitáveis e de erros médicos; proteção de danos e lesões aos pacientes; colaboração dos profissionais; integração e fortalecimento dos sistemas de saúde. A OMS (Organização Mundial de Saúde) define a segurança do paciente como a diminuição, a um mínimo razoável, de danos dispensáveis ao paciente durante a prestação dos cuidados de saúde^(8,9).

Além do mais, a segurança do paciente é dimensão de destaque entre os seis domínios que caracterizam a qualidade e o melhor desempenho da assistência de saúde: segurança, efetividade, centralidade no paciente, otimização da resposta, eficiência e equidade⁽¹⁰⁾. As metas internacionais de segurança do paciente englobam aspectos como identificação correta do paciente, melhoria da comunicação entre trabalhadores de saúde, aumento da qualidade da prescrição, uso e administração de medicamentos, garantia de cirurgia segura, prevenção de infecções por meio da higiene das mãos e diminuição do risco de quedas e de lesões por pressão⁽¹¹⁾.

Assim, um ponto relevante na AD é a segurança do paciente no domicílio. Nesse contexto, o MS publicou um importante documento para orientar a “Segurança do paciente no Domicílio”. Nesse documento, são abordados temas como critérios de elegibilidade para admissão do paciente na AD, comunicação efetiva, continuidade do cuidado, garantia de insumos e de transporte, cuidados para prevenir efeitos adversos (infecção, lesão por pressão, erro de administração de medicamento), promoção de ambiência segura (inclusive relacionada a quedas e animais de estimação), e gerenciamento de resíduos⁽¹²⁾.

Entretanto, para facilitar a checagem da segurança do paciente no domicílio, é necessário o uso de instrumento de fácil aplicação e validado cientificamente para tal intuito. Porém, não se tem conhecimento de um instrumento com tal natureza para uso no Brasil. Desse modo, o objetivo do trabalho é apresentar o desenvolvimento e a validação de instrumento relacionado à segurança do paciente na atenção domiciliar.

Metodologia

Realizou-se pesquisa metodológica, que averigua minuciosamente métodos científicos, com o propósito de construção e validação de um instrumento de coleta de dados destinado para pesquisas científicas e avaliações dos serviços⁽¹³⁾. Desse modo, houve a possibilidade de se construir, validar domínios e itens do instrumento de checklist sobre a adesão dos profissionais de saúde (envolvidos na atenção domiciliar) às práticas de segurança do paciente baseadas em evidências científicas⁽¹⁴⁾. Com base no manual “Segurança do paciente no domicílio”, do MS, foram construídos os domínios e itens (variáveis) que compõem o instrumento de checklist⁽¹²⁾. Tal procedimento está de acordo com estudos de criação de instrumentos⁽¹⁴⁾.

Após a composição de todos os itens, esses foram distribuídos conforme as características específicas para os domínios desenvolvidos: processos de trabalho do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD (atividades multiprofissionais de saúde realizadas no âmbito da assistência domiciliar, em que se destaca a centralidade terapêutica no domínio dos pacientes, familiares e cuidadores)⁽¹⁵⁾; segurança do paciente, da equipe e dos cuidadores na atenção domiciliar (limitação de danos desnecessários aos pacientes, família, cuidadores e equipe, relativos à assistência de saúde ocorrida nos domicílios, e quais as intervenções realizadas para prevenir ou diminuir esse dano)⁽¹⁶⁾; organização e gerenciamento do SAD (planejamento, sistematização, padronização e integração das ações administrativas e assistenciais do serviço, com foco na resolubilidade e nas singularidades do usuário/familiar e do *locus* assistencial)⁽¹⁷⁾. Esses domínios foram conceituados com base na literatura.

Para a elaboração adequada dos itens, além do uso de fontes válidas, foi necessário observar parâmetros relevantes. Desse modo, foram selecionados para qualificar cada item os seguintes critérios conceituados: comportamental (evidenciar um comportamento, uma ação clara e precisa, não poderá apresentar subjetividade); objetividade (permitir uma resposta específica); simplicidade (exprimir ideia única); clareza (ser compreensível, apresentar frases claras, curtas e coerentes); relevância (apresentar conformidade com o construto definido); variedade (evitar a repetição de termos, de modo a se prevenir a monotonia, a exaustão e a confusão da leitura, bem como a importância de se redigir metade dos itens com expressões favoráveis e metade com expressões desfavoráveis)⁽¹⁸⁾.

Destaca-se, ainda, que a conceituação operacional do construto ou estabelecimento da estrutura conceitual teve como alicerce o recurso de busca na literatura (Manual de Segurança

do Paciente no Domicílio). Com isso, foi possível direcionar os objetivos do instrumento e delimitar a população participante. Além disso, o resultado mais relevante foi a possibilidade de criação dos itens e domínios⁽¹⁹⁾.

Instrumentos de medida em saúde necessitam de desenvolvimento rigoroso e adequado e possuir qualidade psicométrica para que se possa proporcionar resultados satisfatórios, seja na atividade clínica, na avaliação em saúde ou em pesquisas científicas. Para a avaliação das faculdades psicométricas, destacam-se os atributos de validade e de confiabilidade⁽¹⁹⁾.

No processo de criação do instrumento, é importante respeitar as questões de validade e de confiabilidade. Na validade, é necessário que o instrumento meça de forma correta o fenômeno em questão na referida pesquisa científica. Já na confiabilidade, é fundamental que o instrumento apresente medidas confiáveis à realidade pesquisada. No que se refere à validação, investiga-se todo o processo relacionado ao instrumento, especialmente aplicação, correção e interpretação dos resultados associados a cálculos de coeficientes pertinentes a esse tipo de pesquisa⁽¹⁴⁾.

A validação de conteúdo é etapa essencial em todo o processo de estruturação do instrumento. Os conceitos subjetivos construídos são correlacionados com indicadores mensuráveis e observáveis. É importante que essa avaliação de conteúdo seja realizada por juízes especialistas na área pesquisada, em número de cinco a dez juízes⁽¹⁹⁾.

A validação do instrumento em relação ao seu conteúdo analisa a quantidade/proporção de itens que efetivamente abordam os aspectos essenciais do conceito em estudo. No que se refere à validade aparente do instrumento, está relacionada com linguagem, compreensão e adequação dos itens que compõem o referido instrumento⁽¹⁴⁾.

Para iniciar as etapas de validação aparente e de conteúdo, construiu-se um “Guia para Avaliação do Instrumento” com as orientações direcionadas para os especialistas. Disponibilizou-se nesse guia tabela explicativa com as definições dos critérios de avaliação selecionados, que foram: comportamental, objetividade, simplicidade, clareza, relevância e variedade⁽¹⁸⁾.

Durante a validação de conteúdo, esses critérios foram julgados com a seguinte escala numérica: (1) – Não representativo; (2) – Item precisa de grande revisão para ser representativo; (3) – Representativo, mas precisa de revisão mínima; (4) – Item representativo. Desse modo, os especialistas analisavam os itens (conceitos abstratos) e selecionavam o grau de representatividade por meio desses conceitos mensuráveis⁽¹⁸⁾.

Para se verificar a concordância dos juízes em relação ao instrumento e representatividade desses itens, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que é uma ferramenta quantitativa útil na validação de conteúdo. O IVC é calculado baseando-se na escala numérica de representatividade. Desse modo, realizou-se o cálculo por meio de uma tabela que relacionava todos os critérios (6 colunas) com todos os juízes (8 linhas) para cada item. Multiplicou-se o número total de juízes ($n=8$) pela quantidade total de critérios ($n=6$), obtendo-se um denominador de 48. Assim, a soma das respostas “3” e “4” para cada item foi dividida pelo denominador citado⁽¹⁹⁾.

Neste estudo considerou-se um IVC igual ou superior a 0,90 para a permanência de cada item. Os itens com IVC inferior a 0,90 foram eliminados. A literatura relata que se poderá optar por eliminar o item quando o IVC for baixo, sugerindo preferencialmente o uso de IVC igual ou superior a 0,90^(14,19).

Em relação à avaliação qualitativa dos itens pelos juízes, utilizou-se a técnica de validação de aparência, em que foram julgadas adequação e apresentação dos itens nos referidos domínios, clareza, facilidade na interpretação e leitura⁽²⁰⁾. Para essa avaliação subjetiva pelos especialistas, em cada domínio foram propostas as seguintes questões opinativas: itens essenciais, porém, ausentes nesse domínio; itens desnecessários no instrumento; caso avalie que algum item acima represente outro domínio, descreva o item e o respectivo domínio; comentários ou sugestões quanto à análise dos itens desse domínio⁽¹⁴⁾.

Os especialistas com atuação na AD há um ano ou mais (total de 16) foram convidados a participar da pesquisa. Aqueles que aceitaram (total de 8) receberam o “Guia para Avaliação do Instrumento”. Esse guia abrangia as explicações necessárias para o preenchimento e análise do instrumento, além de conter o conjunto de dimensões/itens para julgamento (validação de conteúdo e aparente).

Como resultado da etapa de análise aparente dos itens pelos especialistas, destacam-se algumas sugestões propostas: mudanças de domínios, enumeração de alguns itens como desnecessários no instrumento, alteração na redação e inclusão de itens. Quanto aos itens sugeridos como desnecessários no instrumento, eles foram excluídos, pois também apresentavam $IVC < 0,90$. No que se refere à reescrita de itens, as sugestões foram acatadas.

A literatura não demonstra consenso sobre a quantidade de itens necessários em um instrumento. Estudos defendem que um número de 20 itens representaria adequadamente um construto. Contudo, outra opinião a respeito é a de que a quantidade inicial de itens do instrumento deveria ser de no mínimo o triplo daquela pretendida na versão final⁽¹⁹⁾. Esta pesquisa teve início com 70 itens apresentados no instrumento *checklist*, com quantidade

equilibrada entre itens favoráveis e desfavoráveis (itens distribuídos conforme o critério de variedade para que se evite inexactidão de resposta preconcebida para a direita ou para a esquerda) e, após a adequação geral, obteve-se um total de 34 itens como quantidade final⁽¹⁸⁾.

Na etapa de Análise Semântica, avaliou-se a compreensão dos itens do instrumento pelos profissionais que trabalham na atenção domiciliar. Para se realizar a análise semântica, optou-se pela técnica de *brainstorming*, que foi aplicada, em momentos diversos e conforme a disponibilidade dos profissionais, em dois grupos de níveis técnicos diferentes, selecionados nos serviços de atenção domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde⁽¹⁴⁾.

Iniciou-se a técnica com a população de menor nível técnico, pois sugere-se que se os itens são compreensíveis para essa comunidade, também o serão para o estrato de nível técnico mais elevado. Assim, formou-se o primeiro grupo com três profissionais técnicos de enfermagem e procedeu-se à leitura dos itens para todos os participantes em conjunto, que mencionaram em outras palavras o que cada item representava. Quando essa menção não gerava dúvida, o item era avaliado como compreendido completamente. Quando não ocorria a compreensão completa dos itens, ajustes eram realizados até a devida adequação, com contribuições mútuas do próprio grupo⁽¹⁸⁾.

Aplicou-se o mesmo processo no grupo de nível técnico superior, para consolidar a validade aparente, necessária para que os itens não permitissem entendimento primitivo a esse grupo. Desse modo, os itens foram lidos para os profissionais de nível superior (dois médicos e uma enfermeira da AD), que demonstraram o entendimento e a interpretação adequada dos itens, e propuseram a seguinte modificação recepcionada do item: “avalio a sobrecarga que pode acometer o cuidador por meio de instrumentos próprios, e proponho intervenções para reduzi-la”⁽¹⁸⁾.

Destaca-se que antes de apresentar o formulário “Etapa de Análise Semântica” para cada grupo, explicou-se todo o processo de validação do instrumento de maneira resumida e da etapa de Análise Semântica, além de disponibilizar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada participante assinar.

Esta pesquisa está de acordo com os princípios éticos sobre pesquisa com seres humanos contidos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Além disso, o projeto obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP – SES/DF), sob o nº CAAE: 94648818.0.0000.5553.

Resultados

A validade de conteúdo e aparente foi realizada por oito juízes que apresentam as seguintes características sociodemográficas: média de idade de 40,5 anos; tempo médio de experiência em atenção domiciliar de 6,47 anos; sete são do sexo feminino; no que se refere à escolaridade, cinco possuem especialização, um doutorado, um mestrado em curso e um graduação; no que concerne à formação, quatro são enfermeiros e quatro são médicos.

Após a avaliação do instrumento, realizada pelos juízes, aplicou-se o IVC aos itens e, como critério de seleção, usou-se o IVC igual ou maior a 90% para consolidar a concordância entre os especialistas, conforme demonstra o Quadro 1. Como resultado, obteve-se um número de 34 itens relevantes para o instrumento. Além do mais, o IVC total do instrumento foi igual a 0,96, o que condiz com a estimativa de validade do construto.

O item 7, pertencente ao domínio Processos de Trabalho do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, foi redigido inicialmente como “reconheço a sobrecarga que pode acometer o cuidador e proponho intervenções para reduzi-la”. Mesmo com IVC elevado (=97,9) decidiu-se por recepcionar a sugestão de mudança e o item foi reescrito como “avalio a sobrecarga, por meio de instrumentos próprios, que pode acometer o cuidador, e proponho intervenções para reduzi-la”. Por fim, durante a segunda fase da etapa de análise semântica, outra alteração do item foi proposta e aceita para proporcionar maior clareza e compreensão, como consta no Quadro 1.

Os itens 1 e 5, contidos no domínio Processos de Trabalho do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, foram reescritos devido à opinião pertinente de um dos juízes. A redação antiga desses itens era, respectivamente, “comunico-me com o usuário e o familiar de maneira efetiva” e “percebo a importância dos critérios clínicos, como quadro clínico estável do paciente, para viabilizar a admissão na AD”. Desse modo, mesmo com o IVC alto (=93,7 e =91,7), percebe-se melhora da compreensão dos itens.

O item 13, referente ao domínio Segurança do Paciente, da Equipe e dos Cuidadores na Atenção Domiciliar, obteve um IVC alto (=100) e, conforme orientação de um especialista, melhorou-se a redação apenas com a substituição da palavra “motivação” por “indicação”. O item 24, do domínio Organização e Gerenciamento do SAD, também apresentou aumento de compreensão com a permuta do vocábulo “adequados” por “suficientes”, item de IVC inicial elevado (=100).

Realizou-se alteração de item de um domínio para outro, retirando-se o item “a rede de atenção à saúde dispõe de modo ineficaz a comunicação sobre a precaução de contato para

todos os serviços envolvidos” do domínio Segurança do Paciente, da Equipe e dos Cuidadores na Atenção Domiciliar e incluindo-o no domínio Organização e Gerenciamento do SAD.

Define-se como validados os 34 itens mantidos pelo IVC igual ou maior que 90%, pois houve seguimento das etapas de validação a que se propôs utilizar como referencial teórico. Conforme a literatura adotada, realizou-se, ainda, duas fases referentes à Etapa de Análise Semântica, que foram bem-sucedidas, e avaliou-se a compreensibilidade e o entendimento dos itens como adequados. O que se observou é que, antes de iniciar essa etapa, houve a necessidade de se equilibrarem itens favoráveis e desfavoráveis, o que pode ter contribuído para questionamentos de dois itens negativos diferentes julgados em cada grupo da etapa.

O único item em que se questionou a compreensão no grupo 1 (etapa de análise semântica), foi apresentado como “desconheço os critérios administrativos para a inclusão no SAD, como a aceitação do usuário ou da família e moradia na área de abrangência”. O grupo propôs que, para se adequar o entendimento do item, o ideal seria reescrevê-lo como “desconheço os critérios administrativos para a inclusão no SAD”. Como esse item anteriormente era favorável e obteve um IVC alto (=91,7), a escolha pertinente foi retorná-lo para a redação original, “utilizo adequadamente os critérios administrativos para a inclusão no SAD, como a aceitação do usuário ou da família e moradia na área de abrangência”.

Questionamento similar ocorreu durante a aplicação do instrumento no grupo 2 (etapa de análise semântica); no entanto, com outro item, “a gerência do SAD disponibiliza veículos em condições satisfatórias e protocolares de manutenção e higiene para uso da equipe de forma restrita”. O grupo também sugeriu outra redação para o item, mas como foi um item que apresentou IVC (=100) bastante significativo, decidiu-se por retorná-lo à versão original. “A gerência do SAD disponibiliza veículos em condições satisfatórias e protocolares de manutenção e higiene para uso da equipe”.

Após todas essas etapas realizadas, finalizou-se o instrumento, adequando-o em Escala Likert com opção de resposta de 1 a 5 (respectivamente: Discordo totalmente; Discordo parcialmente; Não sei/Não se aplica; Concordo parcialmente; Concordo totalmente), conforme consta no Quadro 2⁽¹⁴⁾.

Discussão

O desenvolvimento e o teste psicométrico do Instrumento sobre Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar foram realizados de forma adequada, permitindo realizar a extensão do conhecimento e da teoria contidos no manual de “Segurança do Paciente no Domicílio” para o

gerenciamento e a melhoria da prática do serviço da atenção domiciliar. Os itens do instrumento foram extraídos com base no referido manual e posteriormente distribuídos em três domínios distintos, elaborados com o intuito de recepcionar adequadamente cada item⁽¹²⁾.

Dessa forma, necessitou-se de profissionais com experiência de um ano ou mais em atenção domiciliar para se julgarem os itens e os domínios conforme atributos específicos. Assim, demonstrou-se que o instrumento obteve evidências aceitáveis de confiabilidade e validade, com IVC total igual a 0,96. De acordo com dados da literatura, seria aconselhável um IVC de no mínimo 0,78 por item, para avaliações realizadas por 6 a 10 especialistas. E para se verificar a validade geral do instrumento desenvolvido, recomenda-se um IVC de 0,90 ou superior, com método de cálculo de média^(21,22).

A qualidade dos cuidados dispensados no domicílio é indispensável em todo o mundo. A disponibilidade desse instrumento desenvolvido poderá contribuir para mensurar os serviços de AD e implementar melhorias. Além disso, poderá proporcionar benefícios como ferramenta para se obter conclusões importantes sobre a segurança do paciente⁽²³⁾.

Nesses serviços, a transferência da assistência de saúde do hospital para o ambiente doméstico pode favorecer o aparecimento de sobrecarga física e emocional do cuidador familiar. Por isso, é essencial desenvolver e fortalecer a comunicação entre os participantes da assistência no domicílio⁽¹⁷⁾. Portanto, o instrumento terá utilidade para avaliar esse aspecto diferencial dos cuidados domiciliares. Ressalta-se que existem itens para se avaliar a comunicação efetiva entre os envolvidos com o cuidado, bem como o compartilhamento do plano terapêutico, dentre outros importantes.

Diante disso, destaca-se que estudo importante de análise de segurança em cuidados domiciliares, por meio da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, detectou que essa classificação não era eficaz para se aferir esse compartilhamento de responsabilidade sobre a terapia entre usuários, cuidadores e profissionais⁽²⁴⁾.

A elaboração desse instrumento é congruente com autores que concluíram haver necessidade de mais estudos para desenvolver estrutura de auxílio na coleta e na aferição de dados em segurança do paciente, de forma padronizada. Ressalta-se que esse tipo de recurso poderá ajudar os profissionais na identificação de riscos potenciais antes de se resultar em eventos adversos⁽⁸⁾.

Destaca-se, ainda, os que itens que tiveram IVC = 100% podem demonstrar conhecimento consolidado no SAD como consenso entre os profissionais. No entanto, os itens de IVC menores (91,7%), apesar de se apresentarem na faixa do IVC recomendado no estudo

(> ou = 90%), podem se relacionar com dificuldades de aplicação ou de conhecimento por parte dos trabalhadores.

Itens como o número 2 (Os profissionais deste serviço raramente registram nos sistemas de informação as práticas realizadas no cotidiano das equipes do SAD), com IVC = 100, demonstrou consenso entre os juízes. Essa concordância de opinião possibilita associá-la com a crescente evolução dos sistemas de informação da AD. Em 2012, criou-se o Sistema de Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde da Atenção Domiciliar (RAAS-AD) e, posteriormente, o módulo e-SUS AD, ligado ao e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Desse modo, os profissionais percebem a importância de se alimentarem os sistemas de informação, pois isso permite auxiliar a gestão do cuidado e monitorar os processos de trabalho⁽²⁵⁾.

No que se refere ao item 13 do instrumento, com IVC igual a 100%, trata-se de disponibilizar informações para o cuidador e o usuário sobre o uso adequado de medicamentos. É consensual entre os juízes a relevância de se ter administração segura de medicações no domicílio. Além do mais, a utilização segura de medicamentos encontra-se entre as seis metas internacionais de segurança do paciente⁽¹¹⁾.

O item 18 (Oriento o cuidador no que se refere à administração de medicamentos por sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia), também com IVC = 100%, apresenta concordância total entre os especialistas. Isso pode ter relação com a existência de um Protocolo da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) referente à nutrição na internação domiciliar, que objetivou padronizar, nos SAD's da SES, os procedimentos relativos à assistência nutricional no domicílio⁽²⁶⁾.

Essa pesquisa contribui com estimativas aceitáveis de validação de instrumento de medida na área de saúde, o que favorece o preenchimento de parte da lacuna de publicação sobre segurança do paciente na atenção domiciliar. No entanto, vale destacar que o conhecimento produzido não é estanque. Evidencia-se como limitação do estudo a não verificação da consistência interna do instrumento, que deve ser realizada por meio da aplicação dos itens/domínios em amostra de profissionais atuantes na atenção domiciliar, que responderão os itens individualmente.

Conclusão

Destaca-se que o desenvolvimento do instrumento permitiu adequar os conceitos teóricos contidos no manual e configurá-los para se aferirem possíveis melhorias pertinentes à qualidade dos cuidados na AD, por meio de itens condizentes com a prática diária dos cuidados

domiciliares. O instrumento poderá, ainda, contribuir com futuras pesquisas concernentes ao tema e foi desenvolvido em conformidade com as pesquisas metodológicas.

Financiamento

O autor principal foi financiado com recursos do Edital nº 27/2016 – Acordo de Cooperação Técnica CAPES/COFEN (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Conselho Federal de Enfermagem) nº 30/2016, projeto “Formação e desenvolvimento científico e tecnológico de enfermeiro para a Sistematização da Assistência de Enfermagem na melhoria da qualidade e segurança do paciente na atenção domiciliar e hospitalar”.

Conflito de interesses

Os autores não possuem conflitos de interesse a declarar.

Referências

1. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Nursing practice in home care: an integrative literature review. *Rev. Bras. Enferm.* 2017; 70(1):210-219. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>.
2. Rehem TMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2005 [Acesso 22 ago. 2019]; 10 (Suppl):231-242. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500024>.
3. Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. [Internet]. 2016 [Acesso 21 ago. 2019]; 11(38):1-12. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/877913/1259-8122-2-pb-1.pdf>.
4. Silva KL, Sena RR de, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Home care as change of the technical-assistance model. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2010 [cited 2019 Aug 22]; 44(1):166-176. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000100018>.
5. Bôas ML de CV, Shimizu HE, Sanchez MN. Creation of complexity assessment tool for patients receiving home care. *Rev. esc. enferm. USP.* 2016; 50(3):434-441. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400009>.
6. Pozzoli SML, Cecílio LC de O. About caring and being cared for in home care. *Saúde debate* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 22]; 41(115):1116-1129. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401116&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711510>.
7. Silva KL, Sena RR de, Silva PM, Souza CG de, Martins ACS. The nurse's role in home care: its implications for the training process. *Cienc Cuid Saúde.* 2014; 13(3):503-510. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v13i3.19227>.
8. Kim L, Lyder CH, McNeese-Smith D, Leach S, Needleman J. Defining attributes of patient safety through a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing.* 2015; 71(11):2490-2503. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12715>.
9. World Health Organization. Patient Safety: Making health care safer. [Internet]. Geneva; 2017. [cited 2019 jun 21]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?sequence=1>.
10. Portela MC, Lima SML, Martins M, Travassos C. Improvement Science: conceptual and theoretical foundations for its application to healthcare quality improvement. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2016 [cited 2019 Aug 21]; 32(Suppl 2):e00105815. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001403001&lng=en. Epub Nov 03, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105815>.

11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. [Internet]. Brasília (DF); 2016. [Acesso 22 ago. 2019]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio. [Internet]. Brasília (DF); 2016. [Acesso 20 jun. 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf.
13. Demo, P. Pesquisa e construção do conhecimento – Metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1994.
14. Carvalho EMP de, Göttems LBD, Pires MRGM. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. *Rev. esc. enferm. USP*. 2015; 49(6):889-897. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000600003>.
15. Nery B, Favilla F, Albuquerque A, Salomon A. Characteristics of home care services. *Journal of Nursing UFPE online* [Internet]. 2018 [Cited 2019 Aug 17]; 12(5):1422-1429. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230604>.
16. Doran DM, Baker GR, Szabo C, Mcshane J, Carryer J. Identification of serious and reportable events in home care: a Delphi survey to develop consensus. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2014 [Cited 2019 Aug 17]; 26(2):136-143. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/26/2/136/1803504>.
17. Castro EAB de, Leone DRR, Santos CM dos, Neta F das CCG, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Home care organization with the Better at Home Program. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2018 [Cited 2019 Aug 18]; 39:e2016-0002. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100401&lng=en. Epub May 28, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>.
18. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clin.* [Internet]. 1998 [Acesso 25 jun. 2019]; 25(5):206-213. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/conc255a.htm>.
19. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 [Acesso 22 jun. 2019]; 20(3):925-936. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>.
20. Bellucci-Júnior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2012 [Acesso 25 jun. 2019]; 65(5):751-757. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500006>.
21. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2006; 29(5):489-497. doi: <https://doi.org/10.1002/nur.20147>.

22. Marinho PML, Campos MPA, Rodrigues EOL, Gois CFL, Barreto IDC. Construction and validation of a tool to Assess the Use of Light Technologies at Intensive Care Units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2019 Aug 22]; 24:e2816. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100442&lng=en. Epub Dec 19, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1002.2816>.
23. Martijn L, Jacobs A, Harmsen M, Maassen I, Wensing M. Patient Safety in Midwifery Care for Low-Risk Women: Instrument Development. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2012; 57(4):386-395. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00147.x>.
24. MacDonald MT, Lang A, Storch J, Stevenson L, Barber T, Laboni K, et al. Examining markers of safety in homecare using the international classification for patient safety. *BMC health services research*. 2013; 13:191. doi: <https://doi:10.1186/1472-6963-13-191>.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de monitoramento e avaliação: Programa Melhor em Casa. [Internet]. Brasília (DF); 2016. [Acesso 18 ago. 2019]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_monitoramento_avaliacao_programa.pdf.
26. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 287, de 2 de dezembro de 2016. Aprovar os Protocolos Clínicos e de Dispensação de Medicamentos elaborados pelas áreas técnicas da SES-DF e aprovados pelos CPPAS). [Internet]. Brasília (DF); 2016 [Acesso 20 ago. 2019]. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/bde491bc7f044e799407819bee443af7/ses_prt_287_2016.html.

Quadro 1 – IVC dos itens, conforme concordância dos critérios entre os juízes – Brasília, 2019.

Itens	IVC
DOMÍNIO – Processos de trabalho do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD	
1. Comunico-me com o usuário, o cuidador e o familiar de maneira efetiva.	93,7
2. Os profissionais deste serviço raramente registram nos sistemas de informação as práticas realizadas no cotidiano das equipes do SAD.	100
3. O monitoramento e a avaliação da qualidade do cuidado prestado no domicílio são realizados a partir dos registros nos sistemas de informação.	93,7
4. Utilizo adequadamente os critérios administrativos para a inclusão no SAD, como a aceitação do usuário ou da família e moradia na área de abrangência.	91,7
5. Percebo a importância de quadro clínico estável do paciente para viabilizar a admissão na AD.	91,7
6. Evita-se reavaliar regularmente o plano terapêutico do usuário de forma compartilhada com o paciente e o cuidador/família.	95,8
7. Avalio a sobrecarga que pode acometer o cuidador, por meio de instrumentos próprios, e proponho intervenções para reduzi-la.	97,9
8. Neste serviço, é ineficaz a disponibilização de informação para o cuidador sobre ações a serem seguidas em casos de urgência e emergência com o usuário.	97,9
DOMÍNIO – Segurança do paciente, da equipe e dos cuidadores na atenção domiciliar	
9. A higienização das mãos como Prevenção Básica Padronizada é pouco valorizada nos cuidados domiciliares.	91,7
10. Estimulo medidas preventivas de lesão por pressão, de forma rotineira, principalmente mudança de decúbito a cada duas horas, avaliação do surgimento de lesões ou escoriações e hidratação da pele.	97,9
11. Em relação à prevenção de infecções ao se realizar procedimentos invasivos no domicílio, os POP's (Procedimentos Operacionais Padrão) dificilmente estão disponíveis neste serviço.	97,9
12. Neste serviço é incomum o uso de escalas como a de Braden para avaliar o risco de lesão por pressão e orientar sobre as medidas de prevenção.	95,8
13. Disponibilizo informações para o cuidador e o usuário sobre a indicação do uso do medicamento, efeitos esperados, forma correta de utilização, cuidados necessários, eventos adversos bem como interações medicamentosas.	100
14. A responsabilidade na administração de medicamentos no domicílio raramente é compartilhada entre o usuário, o cuidador e a equipe.	93,7
15. Qualifica-se o cuidador para auxiliar na identificação e no armazenamento do medicamento, para garantia da segurança.	100
16. É desnecessário identificar no prontuário do usuário/paciente a precaução de contato.	97,9
17. Desconheço o uso dos “nove certos” para administração de medicações na atenção domiciliar.	93,7
18. Oriento o cuidador no que se refere à administração de medicamentos por sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia.	100
19. Informo ao cuidador e ao usuário quanto a importância de ambiência adequada no que se refere à ventilação, iluminação e limpeza.	93,7
20. Neste serviço utiliza-se a escala de Morse para avaliação do risco de quedas.	97,9

21.Raramente registro no prontuário os usuários com risco alto e moderado de queda.	91,7
22.Quanto à presença de animais de estimação, oriento: manutenção das condições de higiene do ambiente, higienização das mãos, risco de acidentes relacionados à equipe, riscos de quedas.	97,9
23.Aqui se realizam atualizações constantes dos profissionais quanto aos riscos de acidentes do trabalho, principalmente com materiais perfurocortantes e biológicos.	91,7
DOMÍNIO – Organização e gerenciamento do SAD	
24.O serviço oferece equipamentos e insumos suficientes para a admissão e a alta do usuário no SAD.	100
25.Antes da alta do SAD, dificilmente estimulo o vínculo com o serviço de atenção primária do território do usuário.	100
26.Avalia-se adequadamente a evolução clínica do usuário, as potenciais dificuldades e condições psicossociais do usuário/família/cuidador para a sequência dos cuidados, no momento da alta do SAD.	100
27.A gerência do SAD disponibiliza veículos em condições satisfatórias e protocolos de manutenção e higiene para uso da equipe.	100
28.Neste serviço, raramente se estabelece fluxos de provimento de materiais, medicamentos, equipamentos e tecnologias.	91,7
29.A disponibilidade de métodos diagnósticos e consultas com especialistas é ofertada rotineiramente.	93,7
30.A equipe raramente realiza a conferência com <i>checklist</i> do conteúdo da maleta e do veículo antes da realização das visitas domiciliares.	91,7
31.Este SAD possui um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS) para gerenciar a coleta de resíduos produzidos no domicílio.	100
32.O gerenciamento de resíduos sólidos de saúde deste serviço é realizado de maneira a proteger a segurança dos profissionais, dos usuários, dos cuidadores e da comunidade local, além de preservar o meio ambiente.	95,8
33.Neste serviço, ressalta-se a importância de descarte, armazenamento e identificação adequados dos resíduos perfurocortantes.	100
34.A rede de atenção à saúde dispõe de modo ineficaz a comunicação sobre a precaução de contato para todos os serviços envolvidos.	95,8

Quadro 2 – Instrumento relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar – Brasília, 2019.

	Itens	1	2	3	4	5
01	Comunico-me com o usuário, o cuidador e o familiar de maneira efetiva.					
02	Os profissionais deste serviço raramente registram nos sistemas de informação as práticas realizadas no cotidiano das equipes do SAD.					
03	O monitoramento e a avaliação da qualidade do cuidado prestado no domicílio são realizados a partir dos registros nos sistemas de informação.					
04	Utilizo adequadamente os critérios administrativos para a inclusão no SAD, como a aceitação do usuário ou da família e moradia na área de abrangência.					
05	Percebo a importância de quadro clínico estável do paciente para viabilizar a admissão na AD.					
06	Evita-se reavaliar regularmente o plano terapêutico do usuário de forma compartilhada com o paciente e o cuidador/família.					
07	Avalio a sobrecarga que pode acometer o cuidador, por meio de instrumentos próprios, e proponho intervenções para reduzi-la.					
08	Neste serviço, é ineficaz a disponibilização de informação para o cuidador sobre ações a serem seguidas em casos de urgência e emergência com o usuário.					
09	A higienização das mãos como Prevenção Básica Padronizada é pouco valorizada nos cuidados domiciliares.					
10	Estimulo medidas preventivas de lesão por pressão, de forma rotineira, principalmente mudança de decúbito a cada duas horas, avaliação do surgimento de lesões ou escoriações e hidratação da pele.					
11	Em relação à prevenção de infecções ao se realizar procedimentos invasivos no domicílio, os POP's (Procedimentos Operacionais Padrão) dificilmente estão disponíveis neste serviço.					
12	Neste serviço, é incomum o uso de escalas como a de Braden para avaliar o risco de lesão por pressão e orientar sobre as medidas de prevenção.					
13	Disponibilizo informações para o cuidador e o usuário sobre a indicação do uso do medicamento, efeitos esperados, forma correta de utilização, cuidados necessários, eventos adversos, bem como interações medicamentosas.					
14	A responsabilidade na administração de medicamentos no domicílio raramente é compartilhada entre o usuário, o cuidador e a equipe.					
15	Qualifica-se o cuidador para auxiliar na identificação e no armazenamento do medicamento, para garantia da segurança.					
16	É desnecessário identificar no prontuário do usuário/paciente, a precaução de contato.					

17	Desconheço o uso dos “nove certos” para administração de medicações na atenção domiciliar.					
18	Oriento o cuidador no que se refere à administração de medicamentos por sonda nasointestinal, gastrostomia ou jejunostomia.					
19	Informo ao cuidador e ao usuário quanto à importância de ambiência adequada no que se refere à ventilação, iluminação e limpeza.					
20	Neste serviço, utiliza-se a escala de Morse para avaliação do risco de quedas.					
21	Raramente registro no prontuário os usuários com risco alto e moderado de queda.					
22	Quanto à presença de animais de estimação, oriento: manutenção das condições de higiene do ambiente, higienização das mãos, risco de acidentes relacionados à equipe, riscos de quedas.					
23	Aqui se realizam atualizações constantes dos profissionais quanto aos riscos de acidentes do trabalho, principalmente com materiais perfurocortantes e biológicos.					
24	O serviço oferece equipamentos e insumos suficientes para a admissão e a alta do usuário no SAD.					
25	Antes da alta do SAD, dificilmente estímulo o vínculo com o serviço de atenção primária do território do usuário.					
26	Avalia-se adequadamente a evolução clínica do usuário, as potenciais dificuldades e condições psicossociais do usuário/família/cuidador para a sequência dos cuidados, no momento da alta do SAD.					
27	A gerência do SAD disponibiliza veículos em condições satisfatórias e protocolares de manutenção e higiene para uso da equipe.					
28	Neste serviço, raramente se estabelece fluxos de provimento de materiais, medicamentos, equipamentos e tecnologias.					
29	A disponibilidade de métodos diagnósticos e consultas com especialistas é ofertada rotineiramente.					
30	A equipe raramente realiza a conferência com <i>checklist</i> do conteúdo da maleta e do veículo antes da realização das visitas domiciliares.					
31	Este SAD possui um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS) para gerenciar a coleta de resíduos produzidos no domicílio.					
32	O gerenciamento de resíduos sólidos de saúde deste serviço é realizado de maneira a proteger a segurança dos profissionais, dos usuários, dos cuidadores e da comunidade local, além de preservar o meio ambiente.					
33	Neste serviço, ressalta-se a importância de descarte, armazenamento e identificação adequados dos resíduos perfurocortantes.					
34	A rede de atenção à saúde dispõe de modo ineficaz a comunicação sobre a precaução de contato para todos os serviços envolvidos.					

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento e o teste psicométrico do instrumento (*checklist*) sobre segurança do paciente na atenção domiciliar foram realizados com rigor metodológico, o que permite promover a extensão do conhecimento e da teoria contidos no manual de “Segurança do Paciente no Domicílio” para o gerenciamento e a melhoria da prática do serviço da atenção domiciliar. A validação de conteúdo e aparente dos itens pelos juízes permitiu obter um IVC total igual a 0,96. Desse modo, demonstrou-se que o instrumento obteve evidências aceitáveis de confiabilidade e validade. No entanto, necessita-se realizar teste preliminar em amostra de profissionais atuantes na atenção domiciliar.

A próxima etapa a ser desenvolvida é a verificação da consistência interna do instrumento através da aplicação do instrumento em amostra de profissionais atuantes na assistência domiciliar, com o propósito de completar a validação do instrumento.

Espera-se que o produto deste estudo possa contribuir com a atenção domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, de modo a auxiliar o gerenciamento desse serviço, a melhoria da qualidade dos cuidados domiciliares prestados e, principalmente, o estabelecimento da cultura de segurança do paciente na assistência domiciliar.

Almeja-se, ainda, que o artigo produzido, “**Desenvolvimento de instrumento relacionado à Segurança do paciente na atenção domiciliar**”, possa proporcionar o preenchimento de parte da lacuna do conhecimento sobre segurança do paciente na atenção domiciliar. Além disso, como se vislumbra a publicação do manuscrito, espera-se que o “**Instrumento relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar**” possa auxiliar em futuras pesquisas científicas nos contextos nacional e internacional.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor (a) está convidado (a) a participar do projeto *Estudo sobre as práticas profissionais da internação domiciliar da alta complexidade na perspectiva da segurança do paciente*, sob a responsabilidade do pesquisador *Cinthia Guimarães Côrtes*.

O nosso objetivo é analisar a atuação dos profissionais de enfermagem, de medicina e do cuidador na atenção domiciliar para a promoção da segurança do paciente no domicílio.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será por meio de questionário/roteiro de perguntas que serão aplicados por Grupo Focal em local, data e horário previamente agendados, com um tempo estimado de duas horas para sua realização. Poderá haver necessidade de complementação da pesquisa por entrevista individual.

Os riscos são mínimos, pois se trata de estudo não intervencionista. Tais riscos estão mais relacionados a informações dos entrevistados. Porém, tal risco será minimizado ao máximo, pois providências serão tomadas para a adequada guarda dessas informações. Se você aceitar participar, contribuirá para o conhecimento da prática profissional da enfermagem, da medicina e dos cuidadores no contexto da atenção domiciliar, que permitirá traçar projeto de melhorar tal atuação e otimizar a segurança do paciente.

O (A) Senhor (a) pode se recusar a responder ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo o planejamento e a execução do Grupo Focal. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Cinthia Guimarães Côrtes no número (61) 991541966, no horário vespertino. O e-mail para contato é cinthiagcor@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas, cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser sanadas por meio do telefone: (61) 2017-2132 ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome/assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE B – GUIA PARA AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO

Prezado Juiz,

Orienta-se realizar o registro dos seus dados demográficos ao finalizar a análise do instrumento. A elaboração dos itens e domínios do instrumento possui embasamento teórico no Manual do Ministério da Saúde de “Segurança do Paciente no Domicílio”.

Quanto ao julgamento dos campos de avaliação do “Instrumento de Análise da Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar”, para o preenchimento correto delinea-se as seguintes orientações:

- a) A resposta do questionário é individual;
- b) Caso acredite ser pertinente a inclusão de um item, redija-o no campo “**Itens essenciais, porém ausentes nesse domínio**”;
- c) Caso acredite ser necessária a exclusão de um item, redija-o e justifique no campo “**Itens desnecessários no instrumento**”;
- d) Se julgar que determinado item corresponde a domínio diverso, indique no campo “**Caso avalie que algum item acima represente outro domínio, descreva o item e o respectivo domínio**”;
- e) Caso julgar que um item precise de correções, especifique no campo “**Comentários ou sugestões quanto à análise dos itens desse domínio**”.

Para a elaboração adequada dos itens, além do uso de fontes válidas, faz-se necessário observar parâmetros relevantes. Desse modo, os critérios conceituados abaixo foram selecionados para qualificar cada item.

<u>Critério comportamental:</u> o item necessita evidenciar um comportamento, uma ação clara e precisa. Não poderá apresentar subjetividade.

<u>Critério de objetividade:</u> o item deve permitir uma resposta específica.

<u>Critério de simplicidade:</u> o item deve exprimir ideia única.

<u>Critério de clareza:</u> o item precisa ser compreensível, apresentar frases claras, curtas e coerentes.
--

<u>Critério de relevância (pertinência, saturação, correspondência):</u> o item deve apresentar conformidade com o constructo definido.
--

Cr terio de variedade: na composi o dos itens é essencial evitar a repeti o de termos, de modo a se prevenir a monotonia, a exaustão e a confusão da leitura. Ressalta-se a importância de se redigir metade dos itens com expressões favoráveis e metade com expressões desfavoráveis.

Destaca-se ainda o uso de escala psicométrica, conforme representada abaixo, com o intuito de mensurar os itens.

- (1) – Não representativo;
- (2) – Item precisa de grande revisão para ser representativo;
- (3) – Representativo, mas precisa de revisão mínima;
- (4) – Item representativo.

O material a ser analisado deverá ser devolvido ao pesquisador no prazo de trinta dias. Caso o respondente necessite de tempo superior, poderão ser acrescidos dez dias a esse prazo. Em caso de d vida, favor contatar os pesquisadores:

Cynthia Guimarães C rtes
e-mail: cinthiagcor@gmail.com
Telefone: (61) 991541966

Alfredo Nicodemos da Cruz Santana
e-mail: alfredoncs@gmail.com
Telefone: (61) 998280161

Leila Bernarda Donato G ttems
e-mail: leila.gotttems@gmail.com
Telefone: (61) 999882417

**APÊNDICE C – JULGAMENTO DOS ITENS REFERENTES AO DOMÍNIO –
PROCESSOS DE TRABALHO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD**

Preencher com o número que julgar mais adequado no espaço de cada critério:

- (1) – Não representativo;
- (2) – Item precisa de grande revisão para ser representativo;
- (3) – Representativo, mas precisa de revisão mínima;
- (4) – Item representativo.

ITENS	CRITÉRIOS		
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
Neste serviço, os profissionais pouco se capacitam.	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
Comunico-me com o usuário e o familiar de maneira efetiva.	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
Desconheço ajustes na rotina da atenção domiciliar no que se refere à segurança do paciente.	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
Os profissionais deste serviço registram nos sistemas de informação, rotineiramente, as práticas realizadas no cotidiano das equipes do SAD.	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
O monitoramento e a avaliação da qualidade do cuidado prestado no domicílio são realizados a partir dos registros nos sistemas de informação.	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
Neste serviço, raramente se realiza a identificação correta do paciente e de seu prontuário domiciliar.	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
Neste SAD, dificilmente ocorre a notificação de incidentes ou eventos adversos relacionados à assistência à saúde.	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
Este serviço possui instrumento próprio de notificação de incidentes ou eventos adversos.	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()

ITENS	CRITÉRIOS		
O cuidador e o usuário raramente são estimulados a notificar incidentes ou eventos adversos em formulário próprio da SES e Anvisa.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Ignoro como os critérios de elegibilidade para admissão do usuário na AD possam influenciar na segurança do paciente.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Percebo a importância dos critérios clínicos, como quadro clínico estável do paciente, para viabilizar a admissão na AD.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Neste serviço, a distribuição dos casos elegíveis no SAD para as modalidades AD1, AD2 e AD3, é feita de modo inadequado.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Utilizo adequadamente os critérios administrativos para a inclusão no SAD, como a aceitação do usuário ou da família e moradia na área de abrangência.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
É inadequada a qualificação do cuidador para realizar: cateterismo vesical intermitente, cuidados com traqueostomia e colostomia, administração de dieta enteral e curativos.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
O cuidador responsável pelo cuidado e adequadamente capacitado raramente é quesito para se admitirem pacientes com grau de dependência no SAD.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Disponibilizo a informação completa sobre a saúde do usuário e de como será o cuidado realizado no domicílio antes da admissão na AD.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Antes de admitir o usuário na AD, eventualmente obtenho o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo paciente ou responsável.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()

ITENS	CRITÉRIOS		
Reavalia regularmente o plano terapêutico do usuário de forma compartilhada com o paciente e o cuidador/família.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Realiza-se a capacitação contínua do cuidador, proporcionada com as visitas ou em cursos específicos.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
O cuidador raramente recebe informações iniciais e contínuas quanto ao uso e manutenção dos equipamentos respiratórios.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
O reconhecimento de ocorrência de sinais de alerta manifestados pelos usuários ligados a sinais clínicos ou uso de medicamentos por parte do cuidador é ineficaz.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Este serviço disponibiliza informação para o cuidador sobre ações a serem seguidas em casos de urgência e emergência com o usuário.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
O acesso do cuidador ou do paciente a telefones importantes como do SAD e do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), dentre outros importantes, é ineficaz.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Reconheço a sobrecarga que pode acometer o cuidador e proponho intervenções para reduzi-la.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()

Itens essenciais, porém, ausentes neste domínio:

Itens desnecessários no instrumento:

Caso avalie que algum item acima represente outro domínio, descreva o item e o respectivo domínio:

Comentários ou sugestões quanto à análise dos itens deste domínio:

**APÊNDICE D – JULGAMENTO DOS ITENS REFERENTES AO DOMÍNIO –
SEGURANÇA DO PACIENTE, DA EQUIPE E DOS CUIDADORES NA ATENÇÃO
DOMICILIAR**

Preencher com o número que julgar mais adequado no espaço de cada critério:

- (1) – Não representativo
- (2) – Item precisa de grande revisão para ser representativo
- (3) – Representativo, mas precisa de revisão mínima
- (4) – Item representativo

ITENS	CRITÉRIOS		
A higienização das mãos como Precaução Básica Padronizada é pouco valorizada nos cuidados domiciliares.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
O EPI (equipamento de proteção individual) raramente é utilizado no domicílio quando da execução de procedimentos com risco de contato com material biológico.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Reconheço a necessidade de precaução de contato para pacientes portadores de germes multirresistentes acompanhados pelo serviço de atenção domiciliar.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
É desnecessário identificar no prontuário do usuário/paciente, a precaução de contato.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
A rede de atenção à saúde dispõe de um modo efetivo de comunicação sobre a precaução de contato para todos os serviços envolvidos.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Em relação à prevenção de infecções ao se realizar procedimentos invasivos no domicílio, os POP's (Procedimentos Operacionais Padrão) dificilmente estão disponíveis neste serviço.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()

Aqui ocorre monitoração de indicadores de incidência e prevalência de infecção no domicílio.	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Neste serviço, é incomum o uso de escalas como a de Braden para avaliar o risco de lesão por pressão e orientar sobre as medidas de prevenção.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Estimulo medidas preventivas de lesão por pressão de forma rotineira, principalmente mudança de decúbito a cada duas horas, avaliação do surgimento de lesões ou escoriações e hidratação da pele.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
O uso de instrumento para acompanhar a evolução das lesões por pressão é realizado de modo irregular.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
A responsabilidade na administração de medicamentos no domicílio raramente é compartilhada entre o usuário, o cuidador e a equipe.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Desconheço o uso dos “nove certos” para administração de medicações na atenção domiciliar.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Disponibilizo informações para o cuidador e o usuário sobre a motivação do uso do medicamento, efeitos esperados, forma correta de utilização, cuidados necessários, eventos adversos, bem como interações medicamentosas.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Qualifica-se o cuidador para auxiliar na identificação e no armazenamento do medicamento, para garantia da segurança.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Antes de se prescrever e administrar qualquer medicamento, pergunta-se ao cuidador ou usuário sobre a existência de alergia rotineiramente neste SAD.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Evita-se o uso de POP's para administrar medicamentos por via parenteral no domicílio.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()

Oriento o cuidador no que se refere à administração de medicamentos por sonda nasoesférica, gastrostomia ou jejunostomia.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Raramente se instrui o cuidador sobre a necessidade de conferência da validade e do estado de conservação dos medicamentos antes da utilização.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Informo ao cuidador e ao usuário quanto à importância de ambiência adequada no que se refere à ventilação, iluminação e limpeza.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Cada profissional avalia o risco de queda conforme sua experiência.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Neste serviço, utiliza-se a escala de Morse para avaliação do risco de quedas.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Estimulo o envolvimento do cuidador no planejamento de prevenção de quedas, para que se identifiquem possíveis facilitadores de quedas no domicílio.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Raramente registro no prontuário os usuários com risco alto e moderado de queda.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Quanto à presença de animais de estimação, oriento: manutenção das condições de higiene do ambiente, higienização das mãos, risco de acidentes relacionados à equipe, riscos de quedas.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Neste serviço há proposta de se preservar a qualidade da saúde mental dos profissionais.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Difícilmente se reconhecem erros dos profissionais como possibilidade de adoecimento de sua saúde mental.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Aqui se realizam atualizações constantes dos profissionais quanto aos riscos de acidentes do trabalho, principalmente com materiais perfurocortantes e biológicos.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Raramente se propõem ações para se prevenir a exposição da equipe a regiões com maiores taxas de violência.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()

Itens essenciais, porém, ausentes neste domínio:

Itens desnecessários no instrumento:

Caso avalie que algum item acima represente outro domínio, descreva o item e o respectivo domínio:

Comentários ou sugestões quanto à análise dos itens deste domínio:

**APÊNDICE E – JULGAMENTO DOS ITENS REFERENTES AO DOMÍNIO –
ORGANIZAÇÃO E GERENCIAMENTO DO SAD**

Preencher com o número que julgar mais adequado no espaço de cada critério:

- (1) – Não representativo;
- (2) – Item precisa de grande revisão para ser representativo;
- (3) – Representativo, mas precisa de revisão mínima;
- (4) – Item representativo.

ITENS	CRITÉRIOS		
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
O serviço oferece equipamentos e insumos adequados para a admissão e a alta do usuário no SAD.	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
Para admissão de pacientes no SAD, a avaliação de espaço físico adequado do domicílio é raramente realizada.	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
O transporte do usuário para o domicílio ocorre de forma inadequada neste serviço.	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
Antes da alta do SAD, estímulo o vínculo com o serviço de atenção primária do território do usuário.	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
Avalia-se adequadamente a evolução clínica do usuário, as potenciais dificuldades e condições psicossociais do usuário/família/cuidador para a sequência dos cuidados, no momento da alta do SAD.	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
Quando a alta do SAD é devido ao agravamento das condições clínicas do paciente, raramente estabelecem pactuação prévia com a rede de urgência e hospitalar.	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
A gerência do SAD disponibiliza veículos em condições satisfatórias e protocolos de manutenção e higiene para uso da equipe.	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
Neste serviço, raramente se estabelecem fluxos de provimento de materiais, medicamentos, equipamentos e tecnologias.	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()

A disponibilidade de métodos diagnósticos e consultas com especialistas é ofertada, rotineiramente.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
O transporte de insumos e de medicamentos para o usuário, no que se refere à quantidade, correção e tempo, é realizado inadequadamente.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
A equipe realiza conferência com <i>checklist</i> do conteúdo da maleta e do veículo antes da realização das visitas domiciliares.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Neste serviço, inexistente um fluxo específico entre o SAMU, o domicílio e o hospital de referência para atendimento de situações emergenciais.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Este SAD possui um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS) para gerenciar a coleta de resíduos produzidos no domicílio.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Cada cuidador realiza a destinação dos resíduos sólidos de saúde gerados no domicílio de modo próprio.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
O gerenciamento de resíduos sólidos de saúde deste serviço é realizado de maneira a proteger a segurança dos profissionais, usuários, cuidadores e da comunidade local, além de preservar o meio ambiente.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Raramente orienta o usuário e/ou cuidador/família sobre a importância de segregação e de destinação corretas dos resíduos gerados no domicílio.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
Neste serviço, ressalta-se a importância de descarte, armazenamento e identificação adequados dos resíduos perfurocortantes.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()
A integração do SAD com a Rede de Atenção à Saúde é insuficiente.	Comportamental ()	Simplicidade ()	Relevância ()
	Objetividade ()	Clareza ()	Variedade ()

Itens essenciais, porém, ausentes nesse domínio:

Itens desnecessários no instrumento:

Caso avalie que algum item acima represente outro domínio, descreva o item e o respectivo domínio:

Comentários ou sugestões quanto à análise dos itens desse domínio:

APÊNDICE F – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS JUÍZES

1. Data de nascimento: ___/___/____.
2. Sexo: () Masculino () Feminino.
3. Estado civil: _____.
4. Escolaridade: () Graduação () Especialização
() Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado.
5. Formação: () Enfermeiro () Médico.
6. Caso possua especialização e/ou residência, cite-as:
 - a) _____ Ano de conclusão: _____.
 - b) _____ Ano de conclusão: _____.
 - c) _____ Ano de conclusão: _____.
7. Pós-graduação Stricto Sensu:
 - () Mestrado Área _____ . Ano: _____.
 - () Doutorado Área _____ . Ano: _____.
8. Área de atuação: () Assistência () Ensino () Pesquisa.
9. Cargo atual: _____.
10. Instituição onde trabalha: _____.
11. Possui experiência em Atenção Domiciliar? () Sim () Não.
Se sim, quanto tempo? _____.
12. Possui experiência em Segurança do Paciente? () Sim () Não.
Se sim, quanto tempo? _____.

APÊNDICE G – ETAPA DE ANÁLISE SEMÂNTICA (PASQUALI, 1998)

- **Aferir a compreensibilidade e o entendimento dos itens por meio de teste com a população alvo do instrumento, compondo dois ou três grupos compostos por 3 a 4 pessoas, com a utilização da técnica de *brainstorming*. Inicia-se pelo estrato populacional mais baixo, em seguida se testa o estrato populacional superior com o intuito de se consolidar a validação aparente dos itens.**

- **Descrição da técnica:** Compõe-se o grupo de nível inferior, pois sugere-se que se os itens são compreensíveis para essa comunidade, também o serão para o estrato de nível mais elevado. Cada item será lido e apresentado para o grupo, solicitando que se reproduza o item, conforme o entendimento. Caso a reprodução do item esteja em conformidade, o item não apresenta dúvidas e estará compreensível. Em contrapartida, se o pesquisador perceber que houve problemas na reprodução dos itens, deverá explicar ao grupo o que o item pretendia transparecer. Com isso, o próprio grupo poderá sugerir nova reescrita de determinado item, reformulando-o. Se os itens continuarem apresentando dificuldades, deverão ser eliminados. Segue-se para a etapa com o grupo de nível superior, para que se consolide a validade aparente, necessária para que os itens não permitam entendimento primitivo a este grupo.

- **Previsão de realizar a técnica com dois grupos da Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.**

Nº	ITENS	REPRODUÇÃO CORRETA	OU	ITEM REFORMULADO
DOMÍNIO – Processos de trabalho do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD				
1	Comunico-me com o usuário, o cuidador e o familiar de maneira efetiva.			
2	Os profissionais deste serviço raramente registram nos sistemas de informação as práticas realizadas no cotidiano das equipes do SAD.			
3	O monitoramento e a avaliação da qualidade do cuidado prestado no domicílio são realizados a partir dos registros nos sistemas de informação.			
4	Percebo a importância de quadro clínico estável do paciente para viabilizar a admissão na AD.			

5	Desconheço os critérios administrativos para a inclusão no SAD, como a aceitação do usuário ou da família e moradia na área de abrangência.			
6	Evita-se reavaliar regularmente o plano terapêutico do usuário de forma compartilhada com o paciente e o cuidador/família.			
7	Neste serviço, é ineficaz a disponibilização de informação para o cuidador sobre ações a serem seguidas em casos de urgência e emergência com o usuário.			
8	Avalio a sobrecarga, por meio de instrumentos próprios, que pode acometer o cuidador e proponho intervenções para reduzi-la.			
Nº	ITENS	REPRODUÇÃO CORRETA	OU	ITEM REFORMULADO
DOMÍNIO – Segurança do paciente, da equipe e dos cuidadores na atenção domiciliar				
9	A higienização das mãos como Precaução Básica Padronizada é pouco valorizada nos cuidados domiciliares.			
10	É desnecessário identificar no prontuário do usuário/paciente, a precaução de contato.			
11	Em relação à prevenção de infecções ao se realizar procedimentos invasivos no domicílio, os POP's (Procedimentos Operacionais Padrão) dificilmente estão disponíveis neste serviço.			
12	Neste serviço, é incomum o uso de escalas como a de Braden, para avaliar o risco de lesão por pressão e			

	orientar sobre as medidas de prevenção.			
13	Estimulo medidas preventivas de lesão por pressão, de forma rotineira, principalmente mudança de decúbito a cada duas horas, avaliação do surgimento de lesões ou escoriações e hidratação da pele.			
14	A responsabilidade na administração de medicamentos no domicílio raramente é compartilhada entre o usuário, o cuidador e a equipe.			
15	Desconheço o uso dos “nove certos” para administração de medicações na atenção domiciliar.			
16	Disponibilizo informações para o cuidador e o usuário sobre a indicação do uso do medicamento, efeitos esperados, forma correta de utilização, cuidados necessários, eventos adversos bem como interações medicamentosas.			
17	Qualifica-se o cuidador para auxiliar na identificação e no armazenamento do medicamento, para garantia da segurança.			
18	Oriento o cuidador no que se refere à administração de medicamentos por sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia.			
19	Informo ao cuidador e ao usuário quanto à importância de ambiência adequada no que se refere à ventilação, iluminação e limpeza.			
20	Neste serviço, utiliza-se a escala de Morse para avaliação do risco de quedas.			

21	Raramente registro no prontuário os usuários com risco alto e moderado de queda.			
22	Quanto à presença de animais de estimação, oriento: manutenção das condições de higiene do ambiente, higienização das mãos, risco de acidentes relacionados à equipe, riscos de quedas.			
23	Aqui se realizam atualizações constantes dos profissionais quanto aos riscos de acidentes do trabalho, principalmente com materiais perfurocortantes e biológicos.			
Nº	ITENS	REPRODUÇÃO CORRETA	OU	ITEM REFORMULADO
DOMÍNIO – Organização e gerenciamento do SAD				
24	O serviço oferece equipamentos e insumos suficientes para a admissão e a alta do usuário no SAD.			
25	Antes da alta do SAD, dificilmente estimulo o vínculo com o serviço de atenção primária do território do usuário.			
26	Avalia-se adequadamente a evolução clínica do usuário, as potenciais dificuldades e condições psicossociais do usuário/família/cuidador para a sequência dos cuidados, no momento da alta do SAD.			
27	A gerência do SAD disponibiliza veículos em condições satisfatórias e protocolos de manutenção e higiene para uso da equipe de forma restrita.			
28	Neste serviço, raramente se estabelecem fluxos de provimento de materiais,			

	medicamentos, equipamentos e tecnologias.			
29	A disponibilidade de métodos diagnósticos e consultas com especialistas é ofertada, rotineiramente.			
30	A equipe raramente realiza a conferência com <i>checklist</i> do conteúdo da maleta e do veículo antes da realização das visitas domiciliares.			
31	Este SAD possui um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS) para gerenciar a coleta de resíduos produzidos no domicílio.			
32	O gerenciamento de resíduos sólidos de saúde deste serviço é realizado de maneira a proteger a segurança dos profissionais, usuários, cuidadores e da comunidade local, além de preservar o meio ambiente.			
33	Neste serviço, ressalta-se a importância de descarte, armazenamento e identificação adequados dos resíduos perfurocortantes.			
34	A rede de atenção à saúde dispõe de modo ineficaz a comunicação sobre a precaução de contato para todos os serviços envolvidos.			

**APÊNDICE H – INSTRUMENTO RELACIONADO À SEGURANÇA DO PACIENTE
NA ATENÇÃO DOMICILIAR**

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1. Data de nascimento: ___/___/_____.
2. Sexo: () Masculino () Feminino.
3. Estado civil: _____.
4. Escolaridade: () Graduação () Especialização
() Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado.
5. Função: () Enfermeiro () Médico () Técnico em enfermagem
() outro _____.
6. Caso possua especialização e/ou residência, cite-as:

Ano de conclusão: _____
Ano de conclusão: _____
Ano de conclusão: _____
7. Pós-graduação *stricto sensu*:
() Mestrado Área _____ . Ano: _____
() Doutorado Área _____ . Ano: _____
8. Área de atuação: () Assistência () Ensino () Pesquisa () Gestão
() Outro _____
9. Cargo atual: _____
10. Instituição onde trabalha: _____
11. Possui experiência em Atenção Domiciliar? () Sim () Não.
Se sim, quanto tempo? _____.
12. Possui experiência em Segurança do Paciente? () Sim () Não.
Se sim, quanto tempo? _____.
13. Participou de eventos científicos e/ou capacitações sobre segurança do paciente e/ou
atenção domiciliar nos últimos dois anos?
() Sim () Não
Se sim, quais?

**Com base no Serviço de Atenção Domiciliar onde você atua, julgue os itens
abaixo.**

Utilize as legendas para as questões de 1 a 34.

LEGENDA

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não sei/ Não se aplica	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente

	Itens	1	2	3	4	5
01	Comunico-me com o usuário, o cuidador e o familiar de maneira efetiva.					
02	Os profissionais deste serviço raramente registram nos sistemas de informação as práticas realizadas no cotidiano das equipes do SAD.					
03	O monitoramento e a avaliação da qualidade do cuidado prestado no domicílio são realizados a partir dos registros nos sistemas de informação.					
04	Utilizo adequadamente os critérios administrativos para a inclusão no SAD, como a aceitação do usuário ou da família e moradia na área de abrangência.					
05	Percebo a importância de quadro clínico estável do paciente para viabilizar a admissão na AD.					
06	Evita-se reavaliar regularmente o plano terapêutico do usuário de forma compartilhada com o paciente e o cuidador/família.					
07	Avalio a sobrecarga que pode acometer o cuidador, por meio de instrumentos próprios, e proponho intervenções para reduzi-la.					
08	Neste serviço, é ineficaz a disponibilização de informação para o cuidador sobre ações a serem seguidas em casos de urgência e emergência com o usuário.					
09	A higienização das mãos como Prevenção Básica Padronizada é pouco valorizada nos cuidados domiciliares.					
10	Estimulo medidas preventivas de lesão por pressão, de forma rotineira, principalmente mudança de decúbito a cada duas horas, avaliação do surgimento de lesões ou escoriações e hidratação da pele.					
11	Em relação à prevenção de infecções ao se realizar procedimentos invasivos no domicílio, os POP's (Procedimentos Operacionais Padrão) dificilmente estão disponíveis neste serviço.					
12	Neste serviço, é incomum o uso de escalas como a de Braden, para avaliar o risco de lesão por pressão e orientar sobre as medidas de prevenção.					
13	Disponibilizo informações para o cuidador e o usuário sobre a indicação do uso do medicamento, efeitos esperados, forma correta de utilização, cuidados necessários, eventos adversos, bem como interações medicamentosas.					
14	A responsabilidade na administração de medicamentos no domicílio raramente é compartilhada entre o usuário, o cuidador e a equipe.					
15	Qualifica-se o cuidador para auxiliar na identificação e no armazenamento do medicamento, para garantia da segurança.					
16	É desnecessário identificar no prontuário do usuário/paciente, a precaução de contato.					
17	Desconheço o uso dos “nove certos” para administração de medicações na atenção domiciliar.					

18	Oriento o cuidador no que se refere à administração de medicamentos por sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia.					
19	Informo ao cuidador e ao usuário quanto à importância de ambiência adequada no que se refere à ventilação, iluminação e limpeza.					
20	Neste serviço, utiliza-se a escala de Morse para avaliação do risco de quedas.					
21	Raramente registro no prontuário os usuários com risco alto e moderado de queda.					
22	Quanto à presença de animais de estimação, oriento: manutenção das condições de higiene do ambiente, higienização das mãos, risco de acidentes relacionados à equipe, riscos de quedas.					
23	Aqui se realizam atualizações constantes dos profissionais quanto aos riscos de acidentes do trabalho, principalmente com materiais perfurocortantes e biológicos.					
24	O serviço oferece equipamentos e insumos suficientes para a admissão e a alta do usuário no SAD.					
25	Antes da alta do SAD, dificilmente estímulo o vínculo com o serviço de atenção primária do território do usuário.					
26	Avalia-se adequadamente a evolução clínica do usuário, as potenciais dificuldades e condições psicossociais do usuário/família/cuidador para a sequência dos cuidados, no momento da alta do SAD.					
27	A gerência do SAD disponibiliza veículos em condições satisfatórias e protocolos de manutenção e higiene para uso da equipe.					
28	Neste serviço, raramente se estabelecem fluxos de provimento de materiais, medicamentos, equipamentos e tecnologias.					
29	A disponibilidade de métodos diagnósticos e consultas com especialistas é ofertada rotineiramente.					
30	A equipe raramente realiza a conferência com <i>checklist</i> do conteúdo da maleta e do veículo antes da realização das visitas domiciliares.					
31	Este SAD possui um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS) para gerenciar a coleta de resíduos produzidos no domicílio.					
32	O gerenciamento de resíduos sólidos de saúde deste serviço é realizado de maneira a proteger a segurança dos profissionais, dos usuários, dos cuidadores e da comunidade local, além de preservar o meio ambiente.					
33	Neste serviço, ressalta-se a importância de descarte, armazenamento e identificação adequados dos resíduos perfurocortantes.					
34	A rede de atenção à saúde dispõe de modo ineficaz a comunicação sobre a precaução de contato para todos os serviços envolvidos.					

APÊNDICE I – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

30/10/2019

ScholarOne Manuscripts



Revista Latino-Americana de Enfermagem

[Home](#)[Author](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to

Revista Latino-Americana de Enfermagem

Manuscript ID

RLAE-2019-4061

Title

Desenvolvimento de instrumento relacionado à Segurança do paciente na atenção domiciliar

Authors

Córtes, Cinthia

Nicodemos Cruz Santana , Alfredo

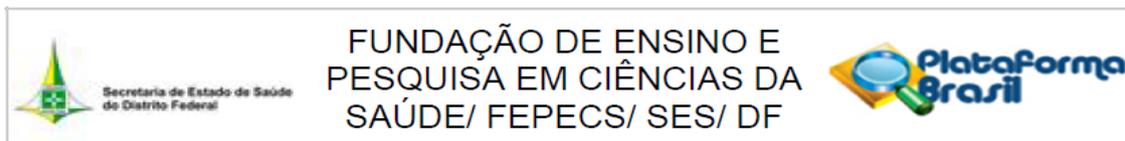
Gottens, Lella

Date Submitted

30-Oct-2019

[Author Dashboard](#)

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ESTUDO SOBRE AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR DA ALTA COMPLEXIDADE NA PERSPECTIVA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Pesquisador: CINTHIA GUIMARAES CORTES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 94648818.0.0000.5553

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.988.648

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda ao projeto aprovado no parecer substanciado do CEP nº 2.966.082

Uma Produção científica referente a Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde, do tipo qualitativo com grupo focal, envolvendo profissionais de enfermagem, de medicina e cuidadores de pacientes em atenção domiciliar com intuito de averiguar praticas profissionais relacionadas a segurança do paciente. Participantes: 60

Objetivo da Pesquisa:

Referência ao parecer substanciado do CEP nº 2.966.082

Objetivo Geral:

-Analisar a atuação dos profissionais de enfermagem, de medicina e do cuidador na atenção domiciliar para a promoção da segurança do paciente no domicílio.

Objetivos Específicos:

- Identificar as práticas da equipe de enfermagem e de medicina desenvolvidas no domicílio.
- Identificar as principais práticas desenvolvidas pelo cuidador no domicílio.
- Propor uma cartilha e um vídeo com orientações para o cuidador que aborde os principais problemas relacionados a segurança do paciente no domicílio.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

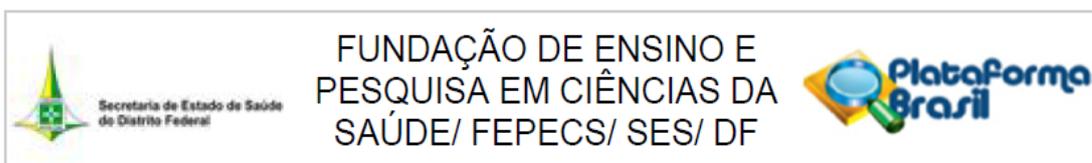
UF: DF

Município: BRASILIA

CEP: 70.710-904

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.988.648

- Realizar a validação do conteúdo da cartilha e vídeo.
- Elaborar e validar instrumento (checklist) para analisar o nível de adesão às práticas baseadas em evidências científicas no âmbito da atenção domiciliar

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Referência ao parecer consubstanciado do CEP nº 2.966.082

Riscos: os riscos são mínimos, pois se trata de estudo não intervencionista. Tais riscos estão mais relacionados ao desconforto dos participantes da pesquisa em participar deste estudo, conversando sobre suas práticas profissionais, suas vivências positivas e negativas (especialmente as negativas), e suas intimidades. Porém, ressaltamos que toda a pesquisa e entrevistas (inclusive o grupo focal) serão conduzidas de forma respeitosa e digna, por pessoas com experiência previa em pesquisa científica, e que o participante da pesquisa pode a qualquer momento (caso se sinta incomodado) retirar a sua participação neste estudo, encerrando-se imediatamente a entrevista, inclusive com finalização da gravação de som e vídeo. Outro possível risco está relacionado a exposição de informações e da intimidade dos participantes da pesquisa. Entretanto, os pesquisadores tomarão todo o cuidado necessário para a adequada guarda das informações coletadas (inclusive do som e do vídeo). Os dados serão colhidos pela equipe responsável pela pesquisa, e todos os registros permanecerão sob sua guarda. Não será publicado nenhum dado que permita identificação dos participantes envolvidos nesta pesquisa. A pesquisa será conduzida de acordo com a resolução CNS 466/12.

Benefícios

Conhecer a prática profissional da enfermagem e da medicina e dos cuidadores no contexto da AD, permitirá traçar projeto de melhorar tal atuação e otimizar a segurança do paciente em AD.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda apresentada para o projeto aprovado no parecer consubstanciado do CEP nº 2.966.082

Justificativa da Emenda: Para que o projeto tenha um melhor rigor científico

- Acrescentado profissionais de medicina no objetivo primário;
- Acrescentado como objetivo secundário: Elaborar e validar instrumento (checklist) para analisar o nível de adesão às práticas baseadas em evidências científicas no âmbito da atenção domiciliar;
- Alteração na População/amostra: profissionais de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem), de medicina e cuidadores da atenção domiciliar (AD1, AD2, AD3 e AD4), da Secretaria de Estado de Saúde do DF.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

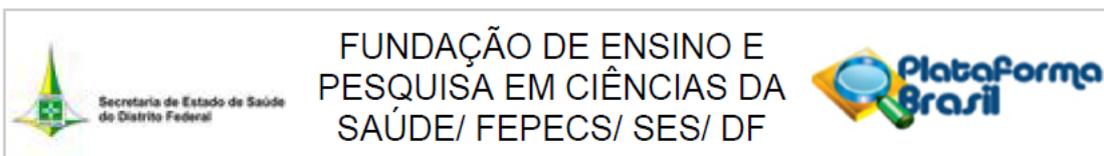
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.988.648

-Ateração nos critérios de inclusão: profissionais e cuidadores que atuem na AD há 1 ano ou mais (conforme descrito por Carvalho em estudo relacionado a segurança do paciente)19.

- Alteração nos critérios de exclusão: não aceitar participar da pesquisa ou não assinar o TCLE (conforme Carvalho em estudo relacionado a segurança do paciente.)19.

- Método específico sobre elaboração/criação e posterior validação do instrumento (checklist) sobre adesão as praticas baseadas em evidencias científicas no âmbito da atenção domiciliar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Referência ao parecer consubstanciado do CEP nº 2.966.082

Folha de rosto: Apresentada

Termo de Concordância/Anuência: Apresentado.

Curriculum Vitae: Apresentados

Cronograma da pesquisa: Apresentado

Planilha de Orçamento: Apresentada

TCLE: Apresentado

Crítérios de Inclusão e Exclusão: Definidos

Recomendações:

Alterar o contato telefônico do CEP FEPECS no TCLE e/ou outros termos destinados ao participante de pesquisa: 2017-2132 ramal 6878.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda apresentada para o projeto aprovado no parecer consubstanciado do CEP nº 2.966.082

Emenda Aprovada.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

O presente Parecer de aprovação tem validade de até dois anos, mediante apresentação de relatórios parciais, e após decorrido esse prazo, caso necessário, deverá ser apresentada emenda

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

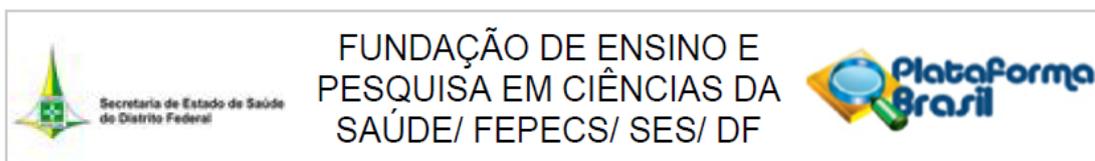
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.988.648

para prorrogação do cronograma.

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_1245753_E1.pdf	26/10/2018 10:36:36		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	emenda_cinthia_out18_assinada.pdf	26/10/2018 10:33:46	CINTHIA GUIMARAES CORTES	Aceito
Cronograma	Cronograma_cinthia_out18.docx	26/10/2018 10:29:35	CINTHIA GUIMARAES CORTES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_v8_CEP_out_18_enviar.doc	26/10/2018 10:23:17	CINTHIA GUIMARAES CORTES	Aceito
Outros	TermoAutorizacaoUtilizacaolmagemSomcinthia.docx	24/07/2018 17:20:01	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito
Outros	encaminhamentoCINTHIA.pdf	24/07/2018 17:17:34	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito
Outros	CurrculoLeila.pdf	24/07/2018 17:16:18	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito
Outros	CurrculoAlfredo.pdf	24/07/2018 17:15:54	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito
Outros	CurrculoCinthia.pdf	24/07/2018 17:15:32	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromissoCINTHIA.pdf	24/07/2018 17:14:17	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIAcinthia.pdf	24/07/2018 17:13:45	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_cinthia_assinada.pdf	24/07/2018 17:12:29	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TermoConsentimentoLivreEsclarecido_cinthia.docx	23/07/2018 23:42:08	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

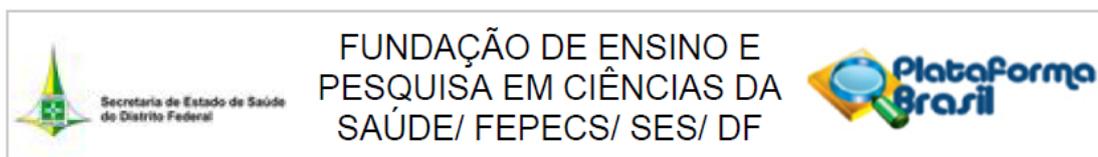
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.988.648

Ausência	TermoConsentimentoLivreEsclarecido_c inthia.docx	23/07/2018 23:42:08	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito
Orçamento	OrCamento_cinthia.docx	23/07/2018 23:40:57	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 29 de Outubro de 2018

Assinado por:
DILLIAN ADELAINÉ CESAR DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com