



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Secretaria de Estado de Saúde

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Escola Superior em Ciências da Saúde

Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde

**SEGURANÇA DO PACIENTE E PREVENÇÃO DE
INFECÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR:
EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE INSTRUMENTO,
AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS E PRODUÇÃO
AUDIOVISUAL**

Autor: Thiago Pereira da Silva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leila Bernarda Donato Göttems

Brasília- DF

2023

**SEGURANÇA DO PACIENTE E PREVENÇÃO DE
INFECÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR:
EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE INSTRUMENTO,
AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS E PRODUÇÃO
AUDIOVISUAL**

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 Adulto

Autor: Thiago Pereira da Silva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leila Bernarda Donato Göttems

Brasília-DF

2023

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

SS586s
s
SILVA, Thiago Pereira da
Segurança do paciente e prevenção de infecção na
atenção domiciliar: evidências de validade de
instrumento, avaliação de práticas e produção
audiovisual / Thiago Pereira da SILVA; orientador
Leila Bernarda Donato Gottems. -- Brasília, 2023.
98 p.

Dissertação (Mestrado - Pós-graduação Stricto
Sensu em Ciências para a Saúde) -- Coordenação de Pós-
Graduação e Extensão, Escola Superior de Ciências da
Saúde, 2023.

1. Segurança do Paciente. 2. Serviços de
Assistência Domiciliar. 3. Estudo de Validação. 4.
Infecção. 5. Controle de Infecção. I. Gottems, Leila
Bernarda Donato, orient. II. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO
THIAGO PEREIRA DA SILVA

**Segurança do paciente e prevenção de infecção na atenção domiciliar:
validação de instrumento, avaliação de práticas e produção audiovisual**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre** em Ciências para a Saúde, pelo programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a Saúde – Mestrado Profissional - da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).

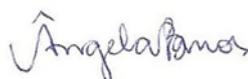
Aprovada em: 31/03/2023



PR

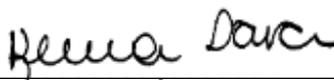
**PROF.^a DR.^a LEILA BERNARDA
DONATO GOTTEMS**

Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Escola
Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
Orientadora



PROF.^a DR.^a ÂNGELA FERREIRA BARROS

Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Escola
Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
Examinadora Interna



PROF.^a DR.^a KÊNIA LARA SILVA

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Examinadora Externa

PROF. DR. LEVY ANICETO SANTANA

Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Escola
Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
Suplente

REGISTRO DE DEFESA

**Segurança do paciente e prevenção de infecção na atenção domiciliar:
validação de instrumento, avaliação de práticas e produção audiovisual**

Mestrando: Thiago Pereira da Silva

Matricula: 20301019

Data: 31/03/2023

Horas: 13h45 – alteração: ____ horas

Por videoconferência

Resultado:

- Aprovado(a)
 Aprovado(a) com exigências de modificação
 Não aprovado(a)

Modificações (continuar no verso, se necessário).

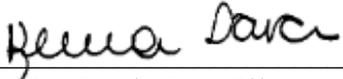
Assinaturas dos membros da banca:



Prof.^a Dr.^a Leila Bernarda Donato Gottens
Orientadora/presidente da banca



Prof.^a Dr.^a Ângela Ferreira Barros
Examinadora Interna



Prof.^a Dr.^a Kênia Lara Silva
Examinadora Externa

Prof. Dr. Levy Aniceto Santana
Suplente

Ciente do(a) estudante:

*A Elisabeth (in memoriam). Mães são eternas.
A meus ancestrais, que resistiram e se reinventaram.*

AGRADECIMENTOS

Ao convênio CAPES/COFEN (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Conselho Federal de Enfermagem), pelo financiamento e apoio para o desenvolvimento da pesquisa.

À ESCS (Escola Superior de Ciências da Saúde), mantida pela FEPECS (Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde), pela promoção do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde.

A Profa. Dra. Leila Göttems, orientadora da pesquisa e parceira, por sua paciência, dedicação e contribuição para o desenvolvimento da pesquisa.

À GESAD (Gerência de Serviço de Atenção Domiciliar) e aos profissionais de Saúde que atuam na Atenção Domiciliar do Distrito Federal, que contribuíram com a participação na pesquisa e em seu desenvolvimento.

À Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, ao Hospital SARAH – Centro, Direção, Comitê de Enfermagem, Aline, Claudinei, Roberta e aos colegas de trabalho, pelo apoio, companheirismo e compreensão para adequação quanto às escalas.

A Sandra, Thiago, Izelma, Debora, Lorena, Lucélia, Alexandre, Tania, Daniele, Penha, Vanessa, amigos, familiares e irmãos, que prestaram apoio e orientação nos percalços desta existência.

A Carlos Miguel, meu Pai, pelo melhor que pôde me proporcionar.

A Deus, Orixás, entidades, mentores e guias, por me guardarem e guiarem no desenvolvimento espiritual.

Laroyê, Exu!

RESUMO

Introdução: A atenção domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde que envolve promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio. Pacientes em AD ou em cuidados paliativos podem apresentar duas ou mais doenças crônicas, doenças avançadas ou estarem próximos à finitude, os tornando tornam mais suscetíveis a infecções relacionadas à assistência à saúde e efeitos adversos pelo uso de antibióticos. A segurança do paciente (SP) configura um princípio da assistência e uma preocupação global em saúde. Proteger pacientes de erros, lesões, acidentes e infecções é o objetivo desses sistemas, porém, nem todos obtêm resultados adequados quanto à SP. Num cenário de aumento da prevalência de eventos adversos na AD, o tema da SP toma relevância e reforça o compromisso do cuidado seguro. **Objetivos:** Avaliar as práticas de segurança do paciente e de prevenção das infecções relacionadas à assistência entre os profissionais que atuam na AD por meio dos instrumentos “Instrumento Relacionado a Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar (*i*SPAD)” e “Pesquisa sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar”; identificar evidências de validade da consistência interna do instrumento *i*SPAD; elaborar manual de utilização para o *i*SPAD; desenvolver material audiovisual para sensibilizar profissionais de saúde para a importância do cuidado seguro. **Método:** Pesquisa metodológica e transversal com aplicação e validação da consistência interna de instrumento. A coleta de dados foi realizada de fevereiro a maio de 2022. Enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas e médicos responderam o “Instrumento Relacionado a Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar”. O instrumento “Pesquisa sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar” foi respondido por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Para a validação da consistência interna do *i*SPAD, optou-se pela Análise Fatorial Exploratória prévia a análise descritiva dos dados, a qual foi realizada com os itens que obtiveram KMO = 0,809 e fatoração 0,3. Após análise fatorial exploratória, o *i*SPAD passou de 34 para 22 itens divididos em dois fatores subdivididos em dimensões. Foram calculados percentuais de respostas adequadas dos 22 itens e a média percentual das categorias de análise, construídas por agrupamento semântico dos itens: garantia de continuidade do cuidado, informação e comunicação efetivas, práticas seguras, qualificação do cuidador, gerenciamento de resíduos sólidos, oferta de insumos e transporte e educação permanente dos profissionais. Os dados do instrumento Pesquisa sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar passaram por análise descritiva, por já terem validação transcultural para o Brasil. O manual foi elaborado com base

na experiência de aplicação e análise dos dados para facilitar a posterior aplicação em outros contextos. O vídeo propõe apresentar, em cerca de 6 (seis) minutos, situações em que pacientes e profissionais de saúde se deparam com desafios e questões problemáticas no cuidado da saúde, abordando temas relacionados à Segurança do Paciente (SP) em diferentes ambientes, como clínicas, hospitais e domicílios. **Resultados:** A avaliação das práticas de segurança do paciente mostrou que a garantia de continuidade do cuidado, informação e comunicação efetivas, práticas seguras e qualificação do cuidador obtiveram os melhores percentuais de respostas adequadas. Além disso, gerenciamento de resíduos sólidos, oferta de insumos e transporte e educação permanente dos profissionais obtiveram resultados passíveis de aperfeiçoamento. As práticas para prevenção e controle de infecção pelos profissionais de enfermagem estão adequadas, todavia se observam fragilidades na realização de treinamentos e curso. A percepção do risco de adquirir uma infecção relacionada à assistência à saúde foi correlacionada a maiores valores de adequação ao domínio “Atitudes” dos profissionais de enfermagem. Tais resultados foram obtidos através da análise da consistência interna dos instrumentos utilizados. **Produtos desenvolvidos:** Artigo submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP, manual de utilização do Instrumento Relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar, roteiro para animação “Segurança do Paciente nos ambientes de cuidado” e relatório técnico dos dados sobre prevenção e controle de infecções em desenvolvimento. **Conclusões:** O instrumento iSPAD apresentou evidências de validade e será disponibilizado para reaplicações em outros contextos por meio do Manual de Aplicação. Adicionalmente, o instrumento “Pesquisa sobre o Controle de Infecção na Atenção Domiciliar”, adaptado transculturalmente para o Brasil mostrou-se adequado para avaliar as práticas de prevenção de infecção por profissionais da AD. Assim, esta pesquisa, ao ser divulgada para o serviço de AD no Distrito Federal, poderá contribuir para o aperfeiçoamento destes serviços de saúde por meio da oferta de educação permanente para suas equipes. Ademais, a ampla divulgação do vídeo para os profissionais tem estimulado a reflexão sobre o cuidado seguro e poderá ser usado como material didático para os processos de capacitação.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Serviços de Assistência Domiciliar; Estudo de Validação; Infecção; Controle de Infecção

ABSTRACT

Introduction: Home care (HC) is a health care modality that involves health promotion, prevention, treatment, rehabilitation and palliation at home. Patients in home health service or hospice may have two or more chronic diseases, advanced diseases or be close to finitude, making them more susceptible to infections related to health care and adverse effects from the use of antibiotics. Patient safety (PS) configures a principle of care and a global concern in health. Protecting patients from errors, injuries, accidents and infections is the objective of these systems, however, not all of them obtain adequate results regarding PS. In a scenario of increasing prevalence of adverse events in HC, the issue of PS becomes relevant and reinforces the commitment to safe care. Evaluating services using instruments contributes to systematized measurements. **Objective:** Evaluate patient safety practices and prevention of care-related infections among professionals working in HC through the instruments “Instrument Related to Patient Safety in Home Care (iSPAD)” and “Research on Infection Control in Home Care”; identify evidence of validity of the internal consistency of the instrument iSPAD; develop a user manual for iSPAD; develop audiovisual material to sensitize health professionals to the importance of safe care. **Method:** Methodological and cross-sectional research with application and validation of the instrument’s internal consistency. Data were collected from February to May 2022. Nurses, nursing technicians, nursing assistants, physiotherapists and physicians answered the “Instrument Related to Patient Safety in Home Care”. The instrument “Research on Infection Control in Home Care” was answered by nurses, nursing technicians and nursing assistants. For the validation of the internal consistency of the iSPAD, Exploratory Factor Analysis was chosen prior to the descriptive analysis of the data, which was performed with the items that obtained $KMO = 0.809$ and factoring 0.3. After exploratory factor analysis, iSPAD went from 34 to 22 items divided into two factors subdivided into dimensions. Percentages of adequate responses were calculated for the 22 items and the average percentage of the analysis categories, constructed by semantic grouping of items: guarantee of continuity of care, effective information and communication, safe practices, caregiver qualification, solid waste management, supply of inputs and transportation and permanent education of professionals. Data from the Survey on Infection Control in Home Care instrument underwent descriptive analysis, as they already have cross-cultural validation for Brazil. The manual was prepared based on the application experience and data analysis to facilitate the subsequent application in other contexts. The video proposes to present, in about 6 (six) minutes, situations in which

patients and health professionals are faced with challenges and problematic issues in health care, addressing topics related to Patient Safety (PS) in different environments, such as clinics, hospitals and homes. **Results:** After exploratory factor analysis, the iSPAD went from 34 to 22 items divided into two factors subdivided into dimensions. Percentages of adequate responses were calculated. Ensuring continuity of care, effective information and communication, safe practices and caregiver qualification obtained the best percentages of adequate responses. Management of solid waste, supply of inputs and transport and permanent education of professionals obtained results that could be improved. The “Research on Infection Control in Home Care” demonstrated that the practices for prevention and control of infection by nursing professionals are adequate, however weaknesses are observed in carrying out training and courses. The perception of the risk of acquiring an infection related to health care was correlated with higher adequacy values for the “Attitudes” domain of nursing professionals. Such results were obtained through the analysis of the internal consistency of the instruments used. **Products developed:** Article submitted to the Revista da Escola de Enfermagem da USP, manual for the use of the Instrument Related to Patient Safety in Home Care, script for animation “Patient Safety in care environments” and technical data report on prevention and control of developing infections. **Conclusions:** The iSPAD instrument showed evidence of validity and will be made available for reapplications in other contexts through the Application Manual. Additionally, the instrument “Research on Infection Control in Home Care”, adapted cross-culturally for Brazil, proved to be adequate to assess infection prevention practices by HC professionals. Thus, this research, when disseminated to the HC service in the Federal District, may contribute to the improvement of these health services by offering permanent education to their teams. In addition, the wide dissemination of the video for professionals has stimulated reflection on safe care and can be used as didactic material for training processes.

Descriptors: Patient Safety; Home Health Nursing; Validation Study; Infection; Infection Control

LISTA DE SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar Tipo 1
AD2	Atenção Domiciliar Tipo 2
AD3	Atenção Domiciliar Tipo 3
AFE	Análise Fatorial Exploratória
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP/FEPECS	Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COIND	Coordenação de Internação Domiciliar
DAPS	Diretoria de Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DF	Distrito Federal
EA	Eventos adversos
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAD	Formulário de Avaliação de Desospitalização
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
GEAD	Gerência de Atenção Domiciliar
GESAD	Gerência de Serviço de Atenção Domiciliar
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
iSPAD	Instrumento relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar
LPP	Lesão por Pressão
NAMID	Núcleo de Assistência Médica a Internados em Domicílio

NIR	Núcleo Interno de Regulação
NRAD	Núcleo de Atenção Domiciliar
NRAD	Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCI	Prevenção e Controle de Infecção
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
POD	Programa de Oxigenoterapia Domiciliar
POP	Procedimento Operacional Padrão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar – Programa Melhor em Casa
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAD-AC	Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade
SAMED	Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio
SAS	Subsecretaria de Atenção à Saúde
SES-DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SP	Segurança do Paciente
SSAD	Subsistema de Assistência Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 PRODUTO I.....	20
2.1 Segurança do paciente na atenção domiciliar: validação de instrumento para avaliar as práticas profissionais	20
3 PRODUTO II	35
3.1 Instrumento Relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar – Manual de utilização.....	35
4 PRODUTO III.....	41
4.1 Roteiro para animação “Segurança do Paciente nos ambientes de cuidado”.....	41
5 PRODUTO IV	46
5.1 Controle de infecção na atenção domiciliar: análise de instrumento para avaliar as práticas profissionais – relatório descritivo	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	79
ANEXO 1- INSTRUMENTO RELACIONADO À SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	81
ANEXO 2 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO	85
ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	86

1 INTRODUÇÃO

Mudanças no perfil epidemiológico e demográfico na população brasileira apontam a Atenção Domiciliar (AD) como resposta às demandas de cuidados complementares à Atenção Primária à Saúde ou substitutiva à Atenção Hospitalar (BRASIL, 2020a). O envelhecimento da população é uma tendência mundial, com crescimento entre os grupos etários com idade mais avançada. No Brasil, os idosos com 75 anos ou mais representam 3,8% da população e estima-se que em 2060 esse percentual seja de 13,4%. A partir de 2000, a expectativa de vida dos brasileiros aumentou de maneira acentuada, contribuindo para um acréscimo no número da população idosa (TAVARES *et al.*, 2021). Um aumento exponencial na carga global de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) marcou o início do século XXI. Envelhecimento da população, melhores condições de vida e o rápido aumento de ambientes obesogênicos foram os potenciais contribuintes para a ocorrência de DCNT, que se caracterizam por apresentarem múltiplas causas, início gradual e curso progressivo, levando a lesões irreversíveis e suas complicações. No Brasil, 70% das mortes são causadas por DNCT e suas complicações e estima-se que, em 2025, 15 milhões de pessoas morrerão por DNCT (MONTEIRO *et al.*, 2021).

A AD é uma modalidade de atenção à saúde, integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), prestada em domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 2016a). Esse espaço de assistência à saúde propicia frentes como a otimização de recursos hospitalares e a desospitalização, com melhor manejo dos leitos hospitalares, além do aspecto da humanização do cuidado, com melhora da autonomia do paciente e da família (BRASIL, 2020b).

A contextualização histórica da AD segue a trajetória da criação dos sistemas de saúde no mundo. Com o nascimento da Medicina Urbana, no final do século XVIII e início do século XIX, iniciou-se a noção de salubridade, como base material e social para garantir a melhor saúde das pessoas. Com o objetivo de acompanhamento observacional e sistematizado, iniciou-se, na Alemanha, a Medicina de Estado (OLIVEIRA; KRUSE, 2016). A forma organizada de cuidados em Assistência Domiciliar à Saúde tem como primeira referência o Dispensário de Boston no ano de 1796, hoje denominado New England Medical Center. Em 1850, sob a liderança de Lillian Wald, com a determinação de promover ações de saúde em domicílio, foi criado o programa que mais tarde se denominou Public Health Nurse. No continente europeu, a maioria dos países possui sistemas de assistência domiciliar, com destaque para o programa francês ANTADIR, direcionado aos pacientes com doenças respiratórias e dependentes de

oxigenoterapia (AMARAL *et al.*, 2001). No início do século XIX ocorreu nos Estados Unidos da América um trabalho em que um grupo de senhoras de uma comunidade na Carolina do Sul prestava cuidados aos doentes em seus domicílios (SOUZA *et al.*, 2008).

A AD no Brasil nasce como estratégia de manutenção da assistência à saúde no domicílio (OLIVEIRA; KRUSE, 2016). O primeiro sistema de AD no Brasil foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 1967, tendo como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados; e para tanto, foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar, englobando os cuidados de baixa complexidade clínica (AMARAL *et al.*, 2001). Acompanhando a tendência mundial do envelhecimento da população e expansão das doenças crônicas não transmissíveis e incapacitantes, os serviços de AD estão em crescimento desde o início da década de 1990, principalmente na iniciativa privada e nos centros urbanos (BRASIL, 2016b).

A compreensão da assistência à Saúde no espaço do domicílio desenvolveu a AD e instrumentalizou municípios e Estados no fomento da estratégia como continuação do cuidado. O crescimento da AD na iniciativa privada nos anos de 1990 destacou a modalidade assistencial e desenvolveu a internação no domicílio, com vistas à desinstitucionalização e abordagem humanizada.

A AD ganhou força no Brasil a partir da institucionalização de processos iniciados pelos municípios; e o Programa Melhor em Casa instrumentaliza essa modalidade de cuidado através do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD), que é substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). A AD é estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial (BRASIL, 2016a).

No Brasil, a formulação de uma Política Nacional de AD teve como primeiro marco regulatório, a Portaria Ministerial nº 2416 de 1998, que estabelecia requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para reabilitação de internação domiciliar no SUS. Em 2002, a Lei nº 10.424 acrescentou à Lei nº 8.080 a disposição sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes, regulamentando a AD no SUS. Esses marcos legais, acrescidos de discussões que visavam à estruturação de regulação e financiamento para a AD, resultaram em portarias e no lançamento do Programa Melhor em Casa, que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, sendo redefinida pela Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Em 2016, a Portaria nº 825 redefiniu a

AD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), atualizou a necessidade de atuação das equipes em procedimentos complexos, além de revogar as portarias anteriores.

O programa de internação domiciliar foi iniciado no Distrito Federal em 1994, nas Coordenações Gerais de Saúde de Sobradinho e de Planaltina, com o nome de SAMED (Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio), objetivando ofertar atendimento domiciliar por equipe multiprofissional a pacientes portadores de doenças crônicas ou patologias com sua fase aguda resolvida em nível hospitalar e então adquirindo condições de assistência no domicílio. O SAMED foi criado no DF pela Lei nº 867, de 25 de maio de 1995.

Com a Portaria nº. 2416/GM, de 1998, o Ministério da Saúde habilitou alguns hospitais no Brasil, dentre os quais, 15 do DF e uma Unidade Mista como serviços de internação domiciliar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Em 2000, o serviço foi formalizado na SES-DF como Núcleo de Assistência Médica a Internados em Domicílio (NAMID). Com o aumento da demanda, foi necessária a criação de uma coordenação que gerenciasse a atividade das equipes. Sendo assim, foi criada a Coordenação de Internação Domiciliar (COIND), pelo Decreto nº 23.660, de 14 de março de 2003, da SES-DF. Em 2006, com a publicação da RDC nº 11 da ANVISA, da Portaria nº 20, de 02 de maio, que implanta o Subsistema de Assistência Domiciliar (SSAD) e da Portaria nº 2.529, do Ministério da Saúde, foram definidas as diretrizes operacionais para a implantação do Programa de Internação Domiciliar do DF. No mesmo ano, foi criado o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar, destinado a pacientes portadores de doenças que evoluíssem com hipoxemia prolongada e indicação de oxigenoterapia domiciliar. Em 2007, com a mudança da estrutura organizacional da SES-DF, a COIND passou a ser Gerência de Atenção Domiciliar (GEAD), vinculada à Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS), com a criação de 15 Núcleos Regionais e Atenção Domiciliar (NRAD), antigos NAMID (VILLAS BÔAS *et al.*, 2015).

A organização da AD divide-se em Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1), em que os pacientes possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e necessitam de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A inclusão para cuidados na modalidade Atenção Domiciliar Tipo 2 (AD2) será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tendo como base a demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos

e drenagem de abscesso, entre outros; dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade; adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses; adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso; necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; necessidade de cuidados paliativos; e necessidade de medicação endovenosa, intramuscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido.

A modalidade Atenção Domiciliar Tipo 3 (AD3) destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. Para que o usuário seja incluído para cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique a necessidade do uso de Suporte Ventilatório não invasivo ou diálise peritoneal ou paracentese (BRASIL, 2016a).

No Distrito Federal, há 11 Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD), compostos pelas Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), distribuídos nas Regiões do DF, sendo que há 14 EMAD e 9 EMAP. Cada EMAD fica responsável pela internação de até 60 pacientes concomitantemente, sendo cada equipe responsável pelo acompanhamento de 100 mil habitantes. Para os pacientes de alta complexidade em ventilação mecânica, o Governo do Distrito Federal tem um contrato com empresa privada com 100 vagas disponíveis. As EMAD têm em sua composição 40 horas de médico, 40 horas de enfermeiro, 120 horas de técnico de enfermagem e 40 horas de fisioterapeuta ou assistente social. Cada EMAP tem em sua composição mínima de 90 horas distribuídas em três categorias de profissionais diferentes como Nutricionista, Fisioterapeuta, Assistente Social, Fonoaudiólogo, Terapia Ocupacional, Psicólogo, Farmacêutico e Odontólogo.

Atualmente, as equipes de atenção domiciliar (EMAD e EMAP) estão inseridas no Núcleo de Atenção Domiciliar (NRAD) de cada região. Cada NRAD está vinculado diretamente à Gerência de Assistência Clínica de cada hospital e este à Diretoria Hospitalar. Cada EMAP poderá atender até 3 EMAD. Desta forma, a vinculação das EMAP pode ser

somente a um hospital regional, porém a sua atuação continuará sendo em toda a Região de Saúde, de modo a assegurar a assistência das EMAD como previsto.

Segundo documentos norteadores da SES-DF, os indicadores atualmente utilizados para avaliar e monitorar o desempenho da AD no DF são Percentual mensal por Região de desospitalização e atendimentos realizados monitorados por meio do FAD (Formulário de Avaliação de Desospitalização) e ESUS-AD.

Os serviços não contemplados no contrato vigente do Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade (SAD-AC) serão contemplados pelos NRAD de referência que deverão registrar, por meio do sistema ESUS-AD e Trakcare, os atendimentos realizados aos pacientes inseridos no SAD-AC (alta complexidade). Os encontros do Núcleo Interno de Regulação (NIR) acontecem regularmente como previsto, com representantes da equipe do NRAD.

Ressalta-se que pacientes AD1 são de responsabilidade das equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF), não podendo ser classificados como AD2 por implicar em responsabilização por classificação inadequada em eventuais auditorias do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS).

A assistência a pacientes mais complexos, com necessidade de utilização de dispositivos invasivos, medicação parenteral, ventilação mecânica e outros cuidados, torna o controle de infecção uma grande preocupação no ambiente domiciliar.

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são eventos adversos evitáveis através de medidas simples que podem ser adotadas pelos profissionais na sua prática. IRAS são eventos adversos comuns na assistência à saúde e um problema de saúde pública com impacto na morbimortalidade e qualidade de vida. O reconhecimento da ocorrência de IRAS em cenários extra-hospitalares implica na necessidade de ampliar o conhecimento de medidas preventivas aos profissionais de saúde que atuam nessas modalidades. Entretanto, as evidências científicas são limitadas, e o conhecimento sobre soluções de controle de infecção nos ambientes extra-hospitalares se encontra em estágio inicial (BRASIL, 2021).

Há um interesse crescente pela qualidade em todos os setores, sendo notável na área da saúde. Qualidade em saúde é um conceito amplo que engloba seis dimensões. Então, para a melhoria dos cuidados em saúde, a assistência à saúde (IOM, 2001) deve ser:

1. Segura: evitar danos associados aos cuidados prestados ao paciente;
2. Efetiva: ser baseada em evidências e conhecimento científico, evitando a subutilização e o uso excessivo de recursos e serviços;
3. Centrada no paciente: ofertar cuidados personalizados, considerar os valores e as decisões clínicas do paciente;

4. Oportuna: reduzir esperas e atrasos prejudiciais ao paciente e profissionais prestadores do cuidado;
5. Eficiente: evitar desperdícios, principalmente de equipamentos, ideias e energia;
6. Equidade: não variar o cuidado a depender do gênero, raça, localização geográfica e *status* socioeconômico.

A segurança do paciente é uma das dimensões da qualidade em saúde. A ausência de segurança na assistência à saúde afeta negativamente as demais dimensões da qualidade. Sendo assim, a segurança e a qualidade são indissociáveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou consenso sobre a taxonomia em segurança do paciente e a definiu como “redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável” (OMS, 2009), levando à ausência de lesões devido à assistência à saúde, que deve ser benéfica. Essas definições reforçam que sistemas de saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes.

A segurança é uma dimensão da qualidade, conceito este mais abrangente. Porém, a segurança é a dimensão mais crítica e decisiva para os pacientes (MENDES; MOURA, 2017). A maioria dos eventos adversos pode ser evitada, geralmente por ações que não exigem utilização de tecnologias complexas, baseadas na gestão dos riscos e adoção de práticas seguras.

A avaliação da cultura de segurança do paciente é o primeiro passo para a sua implantação no sentido da melhoria da assistência e do subsídio da gestão do serviço por meio de seu monitoramento, influenciando, assim, mudanças organizacionais. Inicialmente, tal avaliação ocorria apenas no ambiente hospitalar, mas, nos últimos anos, tem sido crescente sua utilização em instituições de longa permanência, casas de idosos, atenção primária, por se entender que os riscos estão presentes em todas as esferas de assistência à saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi avaliar as práticas de segurança do paciente e de prevenção das infecções relacionadas à assistência entre os profissionais que atuam na Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3, analisar a consistência interna dos instrumentos Pesquisa Sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar e o Instrumento Relacionado a Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar.

O estudo pode contribuir para a identificação de fragilidades e potencialidades na Atenção Domiciliar no que tange à Qualidade e Segurança na assistência prestada, com vistas ao desenvolvimento de boas práticas pautadas em ações preventivas, além de identificar o panorama da Qualidade e Segurança na Atenção Domiciliar no DF, atrelado à SES-DF. Esta dissertação contém dois estudos. O primeiro é uma pesquisa metodológica e transversal que teve como objetivo descrever o processo de avaliação da consistência interna de um

instrumento de avaliação das práticas de segurança do paciente (SP) e discutir os resultados de sua aplicação em profissionais da atenção domiciliar (AD). O segundo, descreve o manual de aplicação do Instrumento Relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar. Por fim, como produtos desta dissertação, além dos artigos referentes aos dois estudos, apresentamos vídeo. Os estudos e produtos são apresentados a seguir.

2 PRODUTO I

2.1 Segurança do paciente na atenção domiciliar: validação de instrumento para avaliar as práticas profissionais

RESUMO

Objetivo: Descrever o processo de avaliação da consistência interna de um instrumento de avaliação das práticas de segurança do paciente e discutir os resultados de sua aplicação em profissionais da atenção domiciliar.

Método: Pesquisa metodológica e transversal com aplicação e avaliação da consistência interna de um instrumento. Coleta com 109 profissionais de equipes de Atenção Domiciliar. Realização de análise fatorial exploratória e análise descritiva.

Resultados: Após análise fatorial exploratória, obtivemos como resultado $KMO = 0,809$, $IC95\% = 0,745 - 0,886$, com Teste de esfericidade de Bartlett = 600, 463; $df = 231$, $p = 0,00$, o instrumento passou de 34 para 22 itens de identificação de práticas de Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar, sendo estes divididos em dois fatores subdivididos em dimensões. Com carga fatorial menor que 0,3, 12 itens foram retirados. Os itens relativos à garantia de continuidade do cuidado, informação e comunicação efetivas, práticas seguras e qualificação do cuidador obtiveram os melhores percentuais de respostas adequadas. Gerenciamento de resíduos sólidos, oferta de insumos e transporte e educação permanente dos profissionais obtiveram resultados passíveis de aperfeiçoamento.

Conclusão: O instrumento demonstrou ser capaz de mensurar a adequação das práticas de Segurança do Paciente em domicílio, sinalizando as potencialidades e fragilidades que merecem intervenção e aperfeiçoamento.

DESCRITORES: Segurança do Paciente; Serviços de Assistência Domiciliar; Estudo de Validação.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente (SP) é o produto de um conjunto de ações baseadas em liderança, trabalho em grupo e mudança de comportamento, configurando um princípio da assistência e uma preocupação global em saúde^(1,2). Os sistemas de saúde devem garantir assistência sem perigos ou riscos, desenvolvida em uma cultura de segurança baseada em princípios não punitivos^(3,4). Proteger pacientes de erros, lesões, acidentes e infecções é o

objetivo desses sistemas, porém, nem todos obtêm resultados adequados quanto à SP⁽⁵⁾. Até 2019, países em desenvolvimento e subdesenvolvidos somavam 134 milhões de eventos adversos (EA) por ano atribuídos a cuidados não seguros⁽⁶⁾.

A compreensão acerca da redução do risco de EA como elemento norteador da assistência pode contribuir para o desenvolvimento de uma cultura de segurança ancorada na atenção centrada no paciente⁽⁷⁾. A experiência do paciente associada a estratégias preventivas e educativas com vistas à SP tornam esta um elemento transversal da assistência⁽¹⁾. A SP constrói-se como reflexo das necessidades dos pacientes e das prioridades dos sistemas, sem um objetivo único, redesenhando-se não como uma definição absoluta, mas como conhecimento em construção contínua baseado na redução e prevenção de EA⁽⁸⁾.

A atenção domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde que envolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio, com continuidade do cuidado⁽⁹⁾. A AD engloba cuidados a indivíduos de todas as faixas etárias no ambiente domiciliar, não internados em instituições hospitalares ou de longa permanência⁽¹⁰⁾. A AD é desafiadora em virtude de o domicílio necessitar de adaptações para que a assistência em saúde seja ofertada. Além disso, cuidadores e o próprio paciente, em algumas situações, não possuem habilidades para lidar com cuidados complexos ou que requeiram conhecimento avançado⁽¹¹⁾. Com o crescimento da população idosa, em virtude das transições demográficas e epidemiológicas, associado ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, em detrimento de doenças agudas, a AD se expande como modalidade de atenção à saúde^(5,12-14).

Neste cenário de expansão da AD como campo de cuidado, pode-se observar um aumento da prevalência de EA. Sendo assim, o tema da SP torna-se relevante e reforça o compromisso global do cuidado seguro^(15,16). Nesse contexto, o Ministério da Saúde brasileiro publicou a diretriz “Segurança do paciente no domicílio”, que aborda 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 EA, promoção de ambiência segura e gerenciamento de resíduos⁽¹⁷⁾.

Diante disso, a avaliação de serviços de AD com vistas a identificar as práticas profissionais de SP constitui uma medida que aponta estratégias para o aprimoramento dos processos de cuidado. A avaliação dos serviços com o uso de instrumentos contribui para aferições sistematizadas e específicas, demandando esforço teórico e metodológico para sua elaboração em um cenário de baixa disponibilidade na literatura. O preenchimento dessa lacuna

no âmbito da avaliação de serviços com a criação e validação de conteúdo aparente e de consistência interna poderá ser disponibilizado para futuras aplicações⁽¹⁸⁾.

Desse modo, o presente estudo teve como objetivos descrever as evidências de validade e avaliação da consistência interna de um instrumento de aferição das práticas de SP e discutir os resultados da aplicação deste instrumento em profissionais da AD no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal.

MÉTODOS

Tipo do estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica e transversal de abordagem quantitativa.

Local

O estudo foi realizado nos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

População

Enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos que compõem as equipes de AD. Foram incluídos todos os profissionais de saúde dessas categorias profissionais que responderam o instrumento de coleta de dados completamente.

Definição da amostra

A amostra de conveniência incluiu 109 profissionais da saúde que participaram da pesquisa. Eles representam 57% dos profissionais que atuam nos NRAD da SES-DF.

Coleta de dados

O material validado utilizado, desenvolvido por Côrtes⁽¹⁹⁾, é denominado Instrumento Relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar, para o qual, neste estudo, adotamos o acrônimo *iSPAD*. A construção do questionário foi baseada nos conceitos e diretrizes nacionais para a SP na AD⁽¹⁷⁾ e objetiva avaliar as práticas de SP na AD realizadas pelos profissionais de Saúde. Submetido à análise de especialista e semântica, obteve um índice de validade de conteúdo igual a 0,96. Em sua forma original, era composto por 13 itens de cunho sociodemográfico e 34 itens baseados no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em que o profissional de saúde atua.

Os dados foram coletados de fevereiro a março de 2022 nos 11 NRAD do DF, compostos por 17 equipes multidisciplinares de atenção domiciliar e 9 equipes multiprofissionais de apoio, por meio de duas estratégias de recrutamento: envio por meio digital em plataforma Google Forms[®], com uma taxa de resposta de 8%, e coleta de dados presencial, com entrega dos instrumentos impressos e devolução pelos respondentes, com posterior digitação das respostas. O *iSPAD*, tanto por formulário via Google Forms[®] como por formulário físico, levava 10 minutos para ser respondido.

Análise e tratamento dos dados

Os dados foram organizados em uma planilha em Excel[®] com codificação dos participantes para garantir o anonimato. Os itens de SP foram submetidos à análise fatorial exploratória (AFE) no software Factor[®] para verificar a consistência interna do instrumento nessa população. O *iSPAD* aplicado continha 34 questões e, após a AFE, 22 itens foram considerados estatisticamente representativos em dois fatores, levando em consideração cargas fatoriais maiores que 0,3.

Na sequência, os itens foram classificados entre respostas adequadas, que receberam, cada uma, um ponto, e respostas inadequadas, que não receberam nenhum ponto. Com base nessa pontuação, foram calculados os percentuais de respostas adequadas para cada item e dimensão⁽²⁰⁾. Os dados demográficos foram analisados por meio de estatística descritiva no SPSS[®] versão 23.

Aspectos éticos

A presente pesquisa respeitou os pressupostos contidos na Resolução CNS-MS nº 466/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) sob o parecer nº 5.141.606, de 2 de dezembro de 2021. Após a aprovação, foram realizadas reuniões com os coordenadores das equipes de AD da SES-DF, com apresentação do projeto, agendamento da entrega dos instrumentos e engajamento dos participantes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado como primeira página no instrumento impresso e eletrônico.

RESULTADOS

Com a AFE, obtivemos como resultado $KMO = 0,809$, $IC95\% = 0,745 - 0,886$, com Teste de esfericidade de Bartlett = 600, 463; $df = 231$, $p = 0,00$.

Entre os 109 participantes, 41,28% (45) eram técnicos de enfermagem, 22,94% (25) eram enfermeiros, 13,76% (15) eram médicos, 20,18% (22) eram fisioterapeutas e outros (1,83%, 2 participantes) não informaram a profissão. A idade média dos participantes foi de 44,12 anos (DP \pm 9,35 anos). Noventa e quatro participantes eram do sexo feminino (86,24%) e 15, do sexo masculino (13,76%). Quanto ao grau de escolaridade, 61,47% tinham pós-graduação. Entre os profissionais, 98,17% dos indivíduos informaram ter experiência na AD, com tempo médio de 6,65 anos (DP \pm 4,29), e 49,54% relataram ter experiência na área de SP.

Na AFE, apontou-se a existência de dois fatores (KMO = 0,809; IC 95% = 0,745–0,886; teste de esfericidade de Bartlett = 600,463; df = 231, p = 0,00). O sinal de negativo indica que a pontuação do fator deve ser invertida tendo em vista que o instrumento original continha itens reversos. O tratamento dos dados em AFE selecionou itens que apresentavam similaridades ou que não apresentavam consistência nas respostas. O fator 1 nominou-se Processo de Trabalho dos Profissionais no SAD e o fator 2, Gerenciamento do SAD (Tabela 1).

Tabela 1. Resultado da análise fatorial exploratória demonstrando dois fatores, Brasília-DF, 2023

FATOR 1 – Processo de Trabalho dos Profissionais no SAD	Carga Fatorial
6 – Evita-se reavaliar regularmente o plano terapêutico do usuário de forma compartilhada com o paciente e o cuidador/família.	-0,43
7 – Avalio a sobrecarga que pode acometer o cuidador, por meio de instrumentos próprios, e proponho intervenções para reduzi-la.	0,46
11 – Em relação à prevenção de infecções ao se realizar procedimentos invasivos no domicílio, os POPs dificilmente estão disponíveis neste serviço.	-0,56
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.	-0,55
13 – Disponibilizo informações para o cuidador e o usuário sobre a indicação do uso do medicamento, efeitos esperados, forma correta de utilização, cuidados necessários e eventos adversos, bem como interações medicamentosas.	0,54
15 – Qualifica-se o cuidador para auxiliar na identificação e no armazenamento do medicamento, para garantia da segurança.	0,32
16 – É desnecessário identificar no prontuário do usuário/paciente a precaução de contato.	-0,31
17 – Desconheço o uso dos “nove certos” para administração de medicações na atenção domiciliar.	-0,50

18 – Oriente o cuidador no que se refere à administração de medicamentos por sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia.	0,54
23 – Aqui, realizam-se atualizações constantes dos profissionais quanto aos riscos de acidentes de trabalho, principalmente com materiais perfurocortantes e biológicos.	0,57
25 – Antes da alta do SAD, dificilmente estímulo o vínculo com o serviço de atenção primária do território do usuário.	-0,44
26 – Avalia-se adequadamente a evolução clínica do usuário, as potenciais dificuldades e as condições psicossociais do usuário/família/cuidador para a sequência dos cuidados no momento da alta do SAD.	0,44
28 – Neste serviço, raramente se estabelecem fluxos de provimento de materiais, medicamentos, equipamentos e tecnologias.	-0,35
34 – A rede de atenção à saúde dispõe de modo ineficaz a comunicação sobre a precaução de contato para todos os serviços envolvidos.	-0,49
FATOR 2 – Gerenciamento do SAD	
30 – A equipe raramente realiza a conferência com <i>checklist</i> do conteúdo da maleta e do veículo antes da realização das visitas domiciliares.	-0,45
31 – Este SAD possui um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS) para gerenciar a coleta de resíduos produzidos no domicílio.	0,86
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.	0,70
33 – Neste serviço, ressalta-se a importância de descarte, armazenamento e identificação adequados dos resíduos perfurocortantes.	0,44
19 – Informo o cuidador e o usuário quanto à importância de ambiência adequada no que se refere à ventilação, iluminação e limpeza.	0,33
20 – Neste serviço, utiliza-se a escala de Morse para avaliação do risco de queda.	0,41
21 – Raramente registro no prontuário os usuários com alto e moderado risco de queda.	-0,33
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.	0,35

Nota: SAD – Serviço de Atenção Domiciliar; POP – Procedimento Operacional Padrão; e PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Após AFE, foram calculados os percentuais de respostas adequadas para cada item (Tabela 2) e para cada dimensão (Gráfico 1). De acordo com os escores de respostas adequadas, definiram-se três eixos de práticas de SP na AD: aquelas com percentual abaixo de 60% foram classificadas como práticas críticas; com percentual entre 61% e 80%, práticas que demandam atenção; e com percentuais entre 81% e 100%, práticas seguras. A partir da análise dos 22 itens relativos às práticas profissionais na AD, 6 foram consideradas práticas seguras, consideradas adequadas, 7 são práticas que demandam atenção e 9 são práticas críticas (Gráfico 1).

Tabela 2. Respostas adequadas segundo os fatores, dimensões e itens, Brasília-DF, 2022

Dimensões	Itens	Respostas adequadas	
		(n)	(%)
FATOR 1 – Processo de Trabalho dos Profissionais no SAD			
Informação e comunicação efetivas	6 – Evita-se reavaliar regularmente o plano terapêutico do usuário de forma compartilhada com o paciente e o cuidador/família.	82	74,5
Garantia de continuidade do cuidado	26 – Avalia-se adequadamente a evolução clínica do usuário, as potenciais dificuldades e as condições psicossociais do usuário/família/cuidador para a sequência dos cuidados no momento da alta do SAD.	99	90
	25 – Antes da alta do SAD, dificilmente estímulo o vínculo com o serviço de atenção primária do território do usuário.	81	73,64
Insumos e transporte	28 – Neste serviço, raramente se estabelecem fluxos de provimento de materiais, medicamentos, equipamentos e tecnologias.	71	64,55
	30 – A equipe raramente realiza a conferência com <i>checklist</i> do conteúdo da maleta e do veículo antes da realização das visitas domiciliares.	76	69,09
Práticas seguras	18 – Oriento o cuidador no que se refere à administração de medicamentos por sonda nasointestinal, gastrostomia ou jejunostomia.	93	84,55
	13 – Disponibilizo informações para o cuidador e o usuário sobre a indicação do uso do medicamento, efeitos esperados, forma correta de utilização, cuidados necessários e eventos adversos, bem como interações medicamentosas.	83	75,45
	17 – Desconheço o uso dos “nove certos” para administração de medicações na atenção domiciliar.	59	53,64
	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.	58	53,7
	11 – Em relação à prevenção de infecções ao se realizar procedimentos invasivos no domicílio, os POPs dificilmente estão disponíveis neste serviço.	58	53,7

	34 – A rede de atenção à saúde dispõe de modo ineficaz a comunicação sobre a precaução de contato para todos os serviços envolvidos.	50	45,45
	16 – É desnecessário identificar no prontuário do usuário/paciente a precaução de contato.	97	88,17
Qualificação do cuidador	15 – Qualifica-se o cuidador para auxiliar na identificação e no armazenamento do medicamento, para garantia da segurança.	85	77,27
	7 – Avalio a sobrecarga que pode acometer o cuidador, por meio de instrumentos próprios, e proponho intervenções para reduzi-la.	77	70
Educação permanente	23 – Aqui, realizam-se atualizações constantes dos profissionais quanto aos riscos de acidentes de trabalho, principalmente com materiais perfurocortantes e biológicos.	49	44,5
FATOR 2 – Gerenciamento do SAD			
Ambiente seguro	19 – Informo o cuidador e o usuário quanto à importância de ambiência adequada no que se refere à ventilação, iluminação e limpeza.	106	96,36
	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.	101	91,82
	21 – Raramente registro no prontuário os usuários com alto e moderado risco de queda.	43	39,09
	20 – Neste serviço, utiliza-se a escala de Morse para avaliação do risco de queda.	27	24,55
Gerenciamento de resíduos	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.	51	46,36
	31 – Este SAD possui um PGRSS para gerenciar a coleta de resíduos produzidos no domicílio.	31	28,18
	33 – Neste serviço, ressalta-se a importância de descarte, armazenamento e identificação adequados dos resíduos perfurocortantes.	96	87,27

Nota: SAD – Serviço de Atenção Domiciliar; POP – Procedimento Operacional Padrão; e PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

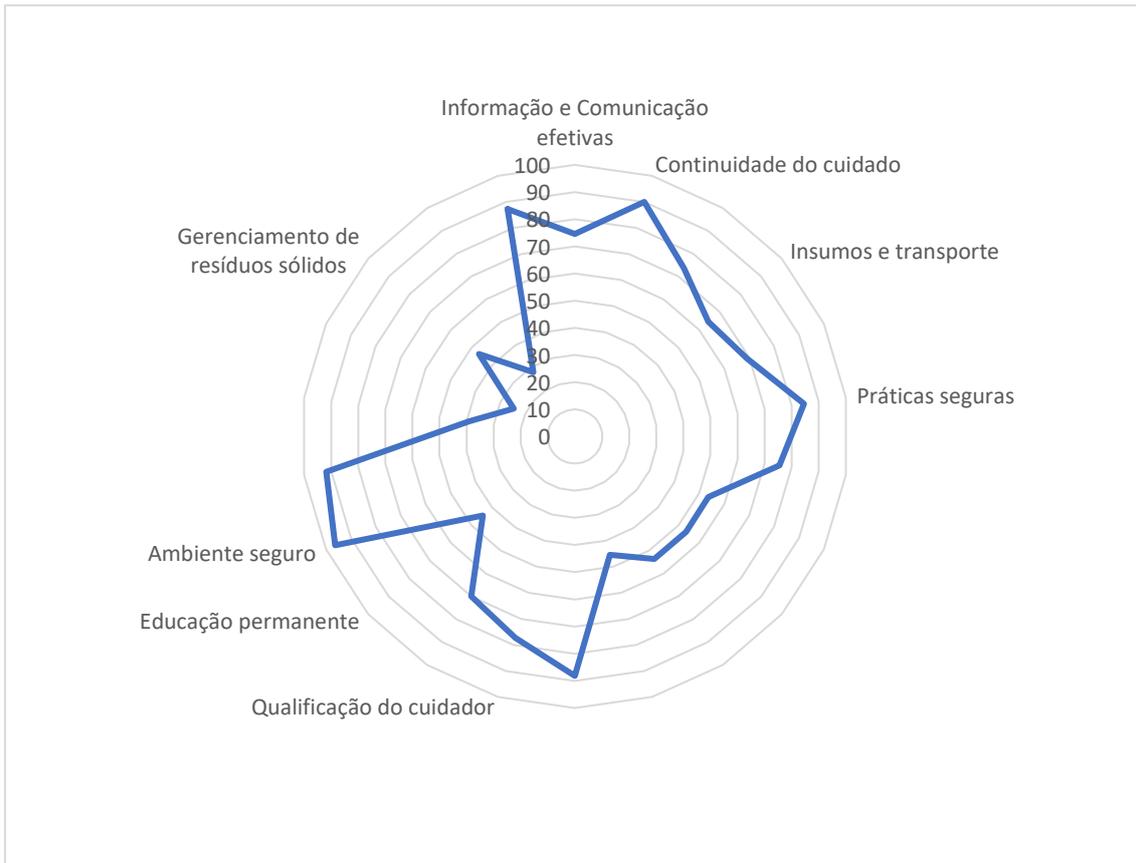


Gráfico 1 – Desempenho dos participantes em cada dimensão das práticas de segurança do paciente na atenção domiciliar

DISCUSSÃO

A concepção do *iSPAD* buscou mensurar se os objetivos propostos pela diretriz nacional, baseados em práticas que promovam a SP, e do cuidador no domicílio, estão sendo implementados pelos profissionais da AD⁽¹⁷⁾. A AFE demonstrou que, embora o instrumento inicial apresentasse três fatores e 34 itens, a redução para dois fatores e 22 itens proporcionou a consistência interna do instrumento. Logo, os comportamentos multidimensionais esperados dos participantes podem ser avaliados por esse instrumento de medida. A AFE permitiu a redução do número de dimensões necessárias para a descrição de dados derivados de um grande número de medidas⁽²¹⁾.

Avaliar serviços através de instrumentos preenche o hiato de produção científica, seja pela geração rarefeita ou pela observação no cenário da AD⁽²²⁾. A premissa de que a assistência em saúde é prestada por profissionais de saúde de diferentes formações e por unidades que compõem grandes organizações permite observar que as atividades em grupos, com seus

valores, percepções e comportamentos, podem influenciar mais como grupo do que como organização⁽²³⁾.

Este estudo identificou que 49,54% dos participantes relataram ter experiência na área de SP, refletindo a necessidade de melhorias na capacitação e atualização desses profissionais. Entre os profissionais, 98,17% dos respondentes informaram ter experiência na AD, com tempo médio de 6,65 anos ($DP \pm 4,29$). Destaca-se que 44,5% dos profissionais apontam para atualizações quanto a riscos de acidentes de trabalho. O profissional de saúde da AD possui características específicas que geram um processo de trabalho que se apoia no perfil dos assistidos e no cenário domiciliar. Além disso, treinamento, experiência, conhecimento ou preparo reduzidos na AD podem afetar o cuidado domiciliar. A redução de erros, quase-erros e EA apresenta associação com o desenvolvimento de boas práticas seguras e a comunicação efetiva entre os membros das equipes assistenciais, com a adoção de características culturais e comportamentais⁽²⁴⁾.

Na dimensão das práticas seguras, o *iSPAD* verificou que 84,55% dos respondentes consideram que a orientação ao cuidador quanto às vias de administração de medicamentos é uma prática segura; além disso, 75,45% destes informam ao cuidador e ao paciente sobre a indicação do uso do medicamento, efeitos esperados, forma correta de utilização, cuidados necessários e EA, bem como sobre interações medicamentosas. Em contrapartida, 53,64% dos respondentes desconhecem o uso dos “nove certos” para a administração de medicações na AD. Erros de medicação envolvem diferentes categorias de profissionais de saúde e podem ocorrer nas fases de prescrição, transcrição, dispensação, preparo ou administração, sendo uma das causas comuns de dano ao paciente⁽²⁵⁾.

Observamos que 53,7% dos profissionais utilizam a escala de Braden para a estratificação do risco de lesão por pressão (LPP) e orientam quanto a medidas preventivas. Em populações que recebem AD, os principais fatores de risco independentes para o desenvolvimento de LPP estágio 2 a 4 são área de pressão associada à dor, eritema não branqueável e escore de Braden baixo⁽²⁶⁾. A estratificação do risco de desenvolver LPP, com a utilização da escala de Braden, é um método de planejamento e sistematização de identificação, diagnóstico, tratamento e prevenção dessas lesões⁽²⁷⁾.

As práticas de ambiente seguro demonstram que 24,55% dos profissionais da amostra utilizam a escala de Morse para avaliação de queda e 39,09% registram a estratificação de moderado ou alto risco de queda no prontuário. Um estudo anual apontou que há 4,69 quedas por 1.000 pacientes/dia que não recebem prevenção ou intervenção. Além dos danos leves, essas quedas podem demandar internações, reabilitações e assistência por períodos mais

prolongados. Como estratégia de estratificação de risco de queda, a escala de Morse é a mais utilizada e foca na história progressiva de queda do paciente, existência de comorbidades, utilização de auxílio à marcha, terapia endovenosa, qualidade da marcha e estado mental. Sua aplicação visa ao gerenciamento de risco e intervenção com vistas à redução de danos ao paciente⁽²⁸⁾.

O gerenciamento de resíduos sólidos é uma preocupação dos ambientes de assistência à saúde, sendo um elemento de atenção na AD. Para 28,18% dos profissionais de saúde, o SAD em que atuam possui Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde (PGRSS). Em contrapartida, nota-se que 87,27% dos respondentes ressaltam a importância do descarte, armazenamento e identificação adequados dos resíduos perfurocortantes. Esse resultado pode significar que, embora não exista formalmente um plano de manejo de resíduos, as práticas de manejo estão sendo realizadas no cotidiano do cuidado. O SAD deve contar com um PGRSS e organizar uma forma de recolher os resíduos produzidos no domicílio⁽²⁹⁾.

Com a aplicação do *iSPAD*, observaram-se práticas seguras que refletem o respeito e a preocupação com o ambiente domiciliar e a inserção do paciente/familiar nas atividades desenvolvidas para a AD. Já as práticas que demandam atenção podem ser discutidas e redesenhadas, a fim de que o processo de trabalho dos profissionais no SAD seja otimizado e a SP seja garantida. Observou-se que práticas críticas podem demandar intervenções com vistas ao desenvolvimento e à implementação de PGRSS, estratificação e sinalização de queda pela escala de Morse, atualização quanto a riscos de acidentes de trabalho, sinalização da precaução de contato, disponibilização de Procedimento Operação Padrão (POP) para prevenção de infecções, estratificação e sinalização de risco de LPP pela escala de Braden e prevenção de erros de medicação.

Foram consideradas limitações da pesquisa a criação de itens com valência negativa, que podem ter contribuído para o alcance de fatoração abaixo do ideal (0,3), e o número reduzido da amostra. Sugere-se a revisão da redação dos itens do instrumento e nova aplicação para uma análise fatorial confirmatória. Outra limitação foi o perfil dos respondentes, que são profissionais que atuam apenas no serviço público de saúde de um grande centro urbano. Em uma segunda aplicação, deverá ser buscada a maior diversidade de cenários de práticas de AD, como aferir a segurança na AD junto a profissionais que trabalham na iniciativa privada, com ou sem prestação ao serviço público.

CONCLUSÃO

A consistência interna do *iSPAD* foi validada através de AFE, e o instrumento preservou as dimensões práticas que objetivava aferir.

Os resultados para esse grupo de participantes apontaram práticas que podem ser desenvolvidas e melhoradas e outras que necessitam de atenção imediata. Os domínios do *iSPAD* abarcam atividades multiprofissionais centradas na resolubilidade e nas singularidades do usuário/familiar.

Sendo assim, os resultados obtidos com o *iSPAD* podem contribuir para um avanço das práticas seguras, com a adoção de ambientes seguros e com vistas à diminuição de EA, seja com a educação permanente ou com a mudança de comportamento e compreensão de que se trata de ações coletivas. Basear a AD na SP corrobora a transversalidade do cuidado e com o reconhecimento do papel do profissional da saúde como ator desse movimento sanitário global.

REFERÊNCIAS

1. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013;158(5 Pt 2):369-74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23460092>
2. World Health Organization. Patient safety: making health care safer [internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2023 jan 30]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Baker A. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. *BMJ*. 2001;323(7322):1192. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1121665/>
4. Farokhzadian J, Dehghan Nayeri N, Borhani F. The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):654. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30134980>
5. Oliveira PC, Santos OP, Villela EFM, Barros PS. Patient safety culture in home care service. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2020 [cited 2023, jan 30];54:e03586. Available from: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/wHT6Fyrc6kCR6TQR8rwkC4n/?format=pdf&lang=en>

6. The Lancet. Patient safety: too little, but not too late. *Lancet*. 2019;394(10202):895. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32080-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32080-X)
7. Hessels AJ, Paliwal M, Weaver SH, Siddiqui D, Wurmser TA. Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *J Nurs Care Qual*. 2019;34(4):287-94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30550496>
8. Tingle J. Patient safety: a multifaceted issue. *Br J Nurs*. 2020;29(21):1294-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33242281>
9. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL, Santos MLM. Home care within the Unified Health System: challenges and potentialities. *Saúde Debate*. 2019;43(121):592-604. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yz6YQWK9z67wqgrssVY7LBk/?lang=en>
10. Gilmour H. Unmet home care needs in Canada. *Health Rep*. 2018;29(11):3-11. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/82-003-X2>
11. Haltbakk J, Graue M, Harris J, Kirkevold M, Dunning T, Sigurdardottir AK. Integrative review: Patient safety among older people with diabetes in home care services. *J Adv Nurs*. 2019;75(11):2449-60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30835874>
12. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*. 2007;04(17):135-40. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-59809>
13. Ezzati M, Pearson-Stuttard J, Bennett JE, Mathers CD. Acting on non-communicable diseases in low- and middle-income tropical countries. *Nature*. 2018;559(7715):507-16. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-59809>
14. Borges MM, Custódio LA, Cavalcante DFB, Pereira AC, Carregaro RL. Direct healthcare cost of hospital admissions for chronic non-communicable diseases sensitive to primary care in the elderly. *Cien Saude Col*. 2022;28(1):231-42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36629568/>
15. Berland A, Holm AL, Gundersen D, Bentsen SB. Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. *J Nurs Manag*. 2012;20(6), 794-801. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22967297>
16. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care [internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2023 jan 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio [internet]. Brasília; 2016

[citado 2023, jan 5]. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf

18. Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig L, et al. STARD 2015: an updated list of essential items for reporting diagnostic accuracy studies. *BMJ*. 2015;351:h5527. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26510957>
19. Côrtes CG. Desenvolvimento de Instrumento Relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar [dissertação]. Brasília: Escola Superior de Ciências da Saúde; 2019.
20. Russell D, Dowding DW, McDonald MV, Adams V, Rosati RJ, Larson EL, et al. Factors for compliance with infection control practices in home healthcare: findings from a survey of nurses' knowledge and attitudes toward infection control. *Am J Infect Control*. 2018;46(11):1211-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29866633>
21. Urbina S. Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Artmed; 2007.
22. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Qualidade no cuidado e segurança do paciente: educação, pesquisa e gestão [internet]. Brasília: CONAS; 2021 [citado 2023, feb 26]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/qualidade-no-cuidado-e-seguranca-do-paciente-educacao-pesquisa-e-gestao/>
23. Lee SE, Scott LD, Dahinten VS, Vincent C, Lopez KD, Park CG. Safety Culture, Patient Safety, and Quality of Care Outcomes: A Literature Review. *West J Nurs Res*. 2019;41(2):279-304. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29243563>
24. Bressan V, Mio M, Palese A. Nursing handovers and patient safety: Findings from an umbrella review. *J Adv Nurs*. 2020;76(4):927-38. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31815307>
25. Kavanagh C. Medication governance: preventing errors and promoting patient safety. *Br J Nurs*. 2017;26(3):159-65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28185490>
26. Anrys C, Van Tiggelen H, Verhaeghe S, Van Hecke A, Beeckman D. Independent risk factors for pressure ulcer development in a high-risk nursing home population receiving evidence-based pressure ulcer prevention: Results from a study in 26 nursing homes in Belgium. *Int Wound J*. 2019;16(2):325-33. Available from: <https://europepmc.org/article/MED/30412652>
27. Jansen RCS, Silva KBA, Moura MES. Braden Scale in pressure ulcer risk assessment. *Rev Bras Enferm* [cited 2023 feb 12]. 2020;73(6):e20190413. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Cn4CDBzVQMbXf64ZZLB6xJC/?lang=en>

28. Jewell VD, Capistran K, Flecky K, Qi Y, Fellman S. Prediction of Falls in Acute Care Using The Morse Fall Risk Scale. *Occup Ther Health Care*. 2020;34(4):307-19. Available from: <https://creighton.elsevierpure.com/en/publications/predictio>
29. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n° 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências [internet]. Brasília; 2018 [citado 2023, feb 22]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf

3 PRODUTO II

3.1 Instrumento Relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar – Manual de utilização

A cultura de segurança possui aspectos coletivos e individuais e deve estar apoiada no aprendizado a partir dos erros, com informações que devem ser compartilhadas com vistas à prevenção. Sendo assim, faz-se necessária comunicação efetiva sobre riscos e incidentes. Partindo-se desse escopo, a identificação de eventos e circunstâncias é ferramenta para a aferição de danos, compreensão de causas, identificação de soluções e avaliação de impactos. Logo, gestores, equipes e o próprio profissional se instrumentalizam para um amadurecimento dos processos e sistematização do cuidado prestado, o que configura a segurança como uma situação dinâmica.

O Instrumento Relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar (*i*SPAD) visa aferir a segurança do paciente nas práticas dos profissionais da Saúde na Atenção Domiciliar com identificação de atitudes e práticas baseadas na comunicação efetiva, continuidade do cuidado, garantia de insumos e de transporte, cuidados para prevenir efeitos adversos, promoção de ambiência segura e gerenciamento de resíduos.

Para tal, o *i*SPAD busca identificar as práticas dos profissionais em 22 itens distribuídos em 2 fatores distintos: o primeiro está relacionado ao processo de trabalho dos profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), já o segundo busca compreender o gerenciamento do SAD.

O *i*SPAD deve ser aplicado em profissionais de Saúde de nível médio e superior, que atuem na assistência direta a pacientes em cuidados domiciliares. O questionário pode ser respondido por meio físico, como formulários impressos, ou por meio digital. Para a análise dos dados, todos os itens devem ser respondidos.

Sugere-se avaliar qual método para coleta de dados é o mais adequado para a amostra, seja por meio físico, digital ou híbrido, quando o respondente pode escolher entre um dos métodos. Além disso, é necessário planejamento para distribuição do questionário, que deve ser aplicado de maneira individual e nos casos de coleta digital, sugere-se o uso de plataformas em que não haja necessidade de identificação do participante.

É importante propor um calendário para distribuição e início, além da coleta dos formulários e fim da coleta e, caso necessário, estabelecer a divulgação do questionário e enviar lembretes aos possíveis respondentes quanto aos prazos para envio das respostas. Essa sinalização pode ocorrer a cada 5 dias, por meio de panfletos ou notificações digitais.

Ao retorno dos questionários, sugere-se análise para identificar possíveis problemas antes da inserção dos dados em planilhas. Recomenda-se excluir questionários em branco, com repostas apenas dos itens sociodemográficos ou que contenham a mesma resposta nos 22 itens do *i*SPAD.

O cálculo da taxa de respostas pode ser obtido através da razão entre a quantidade de questionários incompletos e o número de respondentes elegíveis e que receberam o questionário. Vale observar que participantes não elegíveis são os que não estão em atividade no momento da aplicação do questionário ou que não fazem parte do quadro funcional.

A primeira etapa do instrumento levanta dados sociodemográficos com informações acerca da idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, categoria profissional, pós-graduação *lato* ou *stricto sensu*, área de atuação, cargo atual, instituição em que trabalha, tempo de experiência em atenção domiciliar e segurança do paciente (SP), além de participação em eventos científicos e/ou capacitações em SP e/ou AD, devem ser respondidas para a compreensão do perfil do profissional da amostra.

A segunda etapa baseia-se no SAD de atuação do respondente e é composta por 22 questões, com possibilidade de resposta única para cada item. As respostas variam entre 5 escolhas, distribuídas de 1 a 5, com as seguintes legendas:

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Não sei/Não se aplica
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

A partir da coleta de dados, os mesmos podem ser organizados em planilha Microsoft Excel[®] com identificação codificada dos participantes, para garantir o anonimato. A seguir, os itens são classificados em pontuações entre respostas adequadas (1) e respostas inadequadas (0), conforme Tabela 1. Com essas pontuações, calcula-se o percentual de respostas adequadas para cada item e dimensão. Os dados demográficos podem ser analisados por meio de estatística descritiva no SPSS[®].

Tabela 1. Respostas adequadas para cada item do iSPAD

	Itens	Respostas adequadas (1)
1	Evita-se reavaliar regularmente o plano terapêutico do usuário de forma compartilhada com o paciente e o cuidador/família.	Discordo totalmente e discordo parcialmente
2	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.	Concordo parcialmente e concordo totalmente
3	Antes da alta do SAD, dificilmente estímulo o vínculo com o serviço de atenção primária do território do usuário.	Discordo totalmente e discordo parcialmente
4	Neste serviço, raramente se estabelecem fluxos de provimento de materiais, medicamentos, equipamentos e tecnologias.	Discordo totalmente e discordo parcialmente
5	A equipe raramente realiza a conferência com <i>checklist</i> do conteúdo da maleta e do veículo antes da realização das visitas domiciliares.	Discordo totalmente e discordo parcialmente
6	Oriento o cuidador no que se refere à administração de medicamentos por sonda nasoesférica, gastrostomia ou jejunostomia.	Concordo parcialmente e concordo totalmente
7	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.	Concordo parcialmente e concordo totalmente
8	Desconheço o uso dos “nove certos” para administração de medicações na atenção domiciliar.	Discordo totalmente e discordo parcialmente
9	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.	Discordo totalmente e discordo parcialmente
10	Em relação à prevenção de infecções ao se realizar procedimentos invasivos no domicílio, os POP dificilmente estão disponíveis neste serviço.	Discordo totalmente e discordo parcialmente
11	A rede de atenção à saúde dispõe de modo ineficaz a comunicação sobre a precaução de contato para todos os serviços envolvidos.	Discordo totalmente e discordo parcialmente
12	É desnecessário identificar no prontuário do usuário/paciente, a precaução de contato.	Discordo totalmente e discordo parcialmente
13	Qualifica-se o cuidador para auxiliar na identificação e no armazenamento do medicamento, para garantia da segurança.	Concordo parcialmente e concordo totalmente
14	Avalio a sobrecarga que pode acometer o cuidador, por meio de instrumentos próprios, e proponho intervenções para reduzi-la.	Concordo parcialmente e concordo totalmente
15	Aqui, realizam-se atualizações constantes dos profissionais quanto aos riscos de acidentes do trabalho, principalmente com materiais perfurocortantes e biológicos.	Concordo parcialmente e concordo totalmente
16	Informo o cuidador e o usuário quanto a importância de ambiência adequada no que se refere à ventilação, iluminação e limpeza.	Concordo parcialmente e concordo totalmente
17	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.	Concordo parcialmente e concordo totalmente
18	Raramente registro no prontuário os usuários com risco alto e moderado de queda.	Discordo totalmente e discordo parcialmente
19	Neste serviço, utiliza-se a escala de Morse para avaliação do risco de quedas.	Concordo parcialmente e concordo totalmente
20	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.	Concordo parcialmente e concordo totalmente
21	Este SAD possui um PGRSS para gerenciar a coleta de resíduos produzidos no domicílio.	Concordo parcialmente e concordo totalmente
22	Neste serviço, ressalta-se a importância de descarte, armazenamento e identificação adequados dos resíduos perfurocortantes.	Concordo parcialmente e concordo totalmente

Nota: SAD – Serviço de Atenção Domiciliar; POP – Procedimento Operacional Padrão; e PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

**INSTRUMENTO RELACIONADO À SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO
DOMICILIAR (iSPAD)**

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1. Data de nascimento: ___/___/___
2. Sexo: Masculino Feminino
3. Estado civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo
4. Escolaridade: Ensino Médio Graduação Especialização
 Mestrado Doutorado Pós-doutorado
5. Função: Enfermeiro Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem
 Médico Fisioterapeuta
6. Caso possua especialização e/ou residência, cite-as:

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
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.

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
1	Evita-se reavaliar regularmente o plano terapêutico do usuário de forma compartilhada com o paciente e o cuidador/família.					
2	Avalia-se adequadamente a evolução clínica do usuário, as potenciais dificuldades e as condições psicossociais do usuário/família/cuidador para a sequência dos cuidados no momento da alta do SAD.					
3	Antes da alta do SAD, dificilmente estímulo o vínculo com o serviço de atenção primária do território do usuário.					
4	Neste serviço, raramente se estabelecem fluxos de provimento de materiais, medicamentos, equipamentos e tecnologias.					
5	A equipe raramente realiza a conferência com <i>checklist</i> do conteúdo da maleta e do veículo antes da realização das visitas domiciliares.					
6	Oriento o cuidador no que se refere à administração de medicamentos por sonda nasoesférica, gastrostomia ou jejunostomia.					
7	Disponibilizo informações para o cuidador e o usuário sobre a indicação do uso do medicamento, efeitos esperados, forma correta de utilização, cuidados necessários e eventos adversos, bem como interações medicamentosas.					
8	Desconheço o uso dos “nove certos” para administração de medicações na atenção domiciliar.					
9	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.					
10	Em relação à prevenção de infecções ao se realizar procedimentos invasivos no domicílio, os POP dificilmente estão disponíveis neste serviço.					
11	A rede de atenção à saúde dispõe de modo ineficaz a comunicação sobre a precaução de contato para todos os serviços envolvidos.					
12	É desnecessário identificar no prontuário do usuário/paciente a precaução de contato.					
13	Qualifica-se o cuidador para auxiliar na identificação e no armazenamento do medicamento, para garantia da segurança.					

14	Avalio a sobrecarga que pode acometer o cuidador, por meio de instrumentos próprios, e proponho intervenções para reduzi-la.					
15	Aqui, realizam-se atualizações constantes dos profissionais quanto aos riscos de acidentes de trabalho, principalmente com materiais perfurocortantes e biológicos.					
16	Informo o cuidador e o usuário quanto à importância de ambiência adequada no que se refere à ventilação, iluminação e limpeza.					
17	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.					
18	Raramente registro no prontuário os usuários com alto e moderado risco de queda.					
19	Neste serviço, utiliza-se a escala de Morse para avaliação do risco de queda.					
20	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.					
21	Este SAD possui um PGRSS para gerenciar a coleta de resíduos produzidos no domicílio.					
22	Neste serviço, ressalta-se a importância de descarte, armazenamento e identificação adequados dos resíduos perfurocortantes.					

Nota: SAD – Serviço de Atenção Domiciliar; POP – Procedimento Operacional Padrão; e PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

4 PRODUTO III

4.1 Roteiro para animação “Segurança do Paciente nos ambientes de cuidado”

O desenvolvimento de conteúdo informativo para mídias audiovisuais é uma estratégia de disseminação da produção científica e do conhecimento em saúde, como facilitador de apreensão de conteúdo de maneira lúdica ou informativa.

Adequar esse conteúdo informativo às vias de consumo, formaliza uma democratização da ciência e atinge públicos técnicos e usuários de sistemas, como o de saúde. Sendo assim, o uso da tecnologia audiovisual configura-se como estratégia de comunicação, esclarecimento, aprendizado e informação, apoiada em conteúdo técnico-científico com o objetivo de aproximar o conhecimento a estudantes, pesquisadores, profissionais e a população em geral.

O entendimento de que a SP é um interesse global corrobora a necessidade de publicizar algumas informações acerca do assunto e tornar a informação acessível e de fácil compreensão. Os ambientes de cuidado são permeados pela SP e reflexo das práxis dos profissionais de Saúde. Sendo assim, este roteiro objetiva apresentar situações cotidianas em que pacientes, familiares e os próprios profissionais estão expostos a riscos e eventos adversos relacionados à assistência em saúde.

O vídeo produzido propõe cenas em que pacientes e profissionais se encontram face a circunstâncias envoltas em questões problemáticas no cuidado em saúde e traz informações, reflexões e provocações acerca da SP no ambiente ambulatorial, hospitalar e domiciliar. Com proposta de duração de aproximadamente 6 (seis) minutos de duração, esta vídeo-pílula será disponibilizada em domínio público para divulgação e como proposta de fomentar discussão sobre SP nos ambientes acadêmicos, profissionais e espaços de assistência à saúde.

Roteiro para animação “Segurança do Paciente nos ambientes de cuidado”

<p>Cena 1 – Imagem de uma personagem mulher em um ambiente hospitalar básico</p>	<p>TRILHA OFF (CONTANDO HISTÓRIA) ESSA É DOROTEIA. ELA PROCUROU UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE POR CAUSA DE UMA DOR LOMBAR.</p>
<p>Cena 2 A mesma personagem da cena anterior agora conversa com uma personagem com roupas de enfermeira. Nos balões de conversa, imagens de frascos de remédio e um “X” vermelho aparece por cima deles.</p>	<p>ELA FOI RECEBIDA NO ACOLHIMENTO, QUE A ENCAMINHOU IMEDIATAMENTE A UM ATENDIMENTO MÉDICO. DURANTE</p>

<p>Cena 3 Som de digitação. Na imagem, a tela de um computador registra os dizeres: * Relaxante muscular * Analgésico Abaixo já escrito aparece: “Alergias? Sim() Não()” A CÂMERA FECHA NESTE PONTO MOSTRANDO EM BRANCO.</p> <p>Cena 4 DOROTEIA EM UMA MACA OU CADEIRA RECEBENDO MEDICAÇÃO VENOSA.</p> <p>Cena 5 – Imagem externa de um hospital Som de muitas pessoas no local, passos apressados. A imagem mostra uma placa escrito “Pronto Socorro” A personagem está sentada. Para ilustrar dor, seu rosto está vermelho e aparece uma ilustração lúdica de uma gota em sua testa para reforçar que ela está com dor.</p> <p>Cena 6 DETALHE DE PRONTUÁRIO COM A PALAVRA “ALERGIAS” E UMA CAIXINHA DE CHECK BOX SIM E NÃO DESMARCADAS.</p> <p>Cena 7 Imagem de um personagem com roupas de enfermeiro com uma seringa na mão.</p> <p>Cena 8 Imagem em <i>close</i> da mão do personagem, a imagem pisca em vermelho e a palavra “Perigo” pisca na tela sobre a ilustração junto com o tom vermelho de alerta e som suave de sirene.</p> <p>Cena 9 BACKGROUND DESFOCADO: IMAGEM CONGELADA NO TOM VERMELHO DE ALERTA COM A MÃO E</p>	<p>ESSA CONSULTA, ELA RELATOU ALERGIA A UM MEDICAMENTO.</p> <p>A MÉDICA, DRA. HIDELGARDA, PRESCREVEU UM RELAXANTE, MUSCULAR E UM ANALGÉSICO, MAS ESQUECEU DE REGISTRAR A INFORMAÇÃO DA ALERGIA NO PRONTUÁRIO DE DOROTEIA.</p> <p>A MEDICAÇÃO FOI ADMINISTRADA, MAS COMO A DOR DE DOROTEIA NÃO MELHORAVA, ELA FOI ENCAMINHADA AO HOSPITAL.</p> <p>COM O RELATÓRIO MÉDICO, DOROTEIA DEU ENTRADA NO PRONTO-SOCORRO.</p> <p>MAS VEJA SÓ... NOS DADOS, FALTAVA A INFORMAÇÃO SOBRE A ALERGIA MEDICAMENTOSA. E DEVIDO À DOR, DOROTEIA NÃO DEU MAIORES INFORMAÇÕES SOBRE SUAS RESTRIÇÕES.</p> <p>AH, QUE BOM! O TÉCNICO DE ENFERMAGEM É ANFRÍSIO. CONHECIDO POR SUA COMPETÊNCIA. ELE EVITARÁ O PIOR.</p> <p>MAS... ELE ESTÁ APLICANDO EXATAMENTE A MEDICAÇÃO QUE CAUSA ALERGIA.</p> <p>OFF (INFORMATIVO)</p> <p>ESSA SITUAÇÃO É UM INCIDENTE DE SEGURANÇA DO PACIENTE</p>
--	--

SERINGA, DESFOCADA. POR CIMA ENTRA O SEGUINTE *LETTERING*:

LETTERING ANIMADO

A Segurança do paciente é o conjunto de ações voltadas à prevenção de incidentes que podem acometer o paciente durante a assistência prestada em um ambiente de cuidados em saúde.

PODEM OCORRER independentemente DO TEMPO DE EXPERIÊNCIA DOS profissionais de saúde.

Cena 10

Imagem do personagem vestido de enfermeiro, com um grande sinal de exclamação sobre sua cabeça. A imagem escurece e entra o *lettering*:

LETTERING COM MAIS DESTAQUE
AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE PODEM INCORRER EM RISCOS AOS PACIENTES, MESMO QUE PROFISSIONAIS E PACIENTES OBJETIVEM CUIDADOS SEGUROS E EFICAZES. QUANDO RECONHECIDOS, ESSES RISCOS DEVEM SER EVITADOS.

Cena 11

– Imagem de personagens com roupa de médico em volta de uma maca, se movimentando.
– Imagem e som de um aparelho de sinais vitais bipando.

Cena 12

– Imagem da personagem deitada em uma maca, em volta aparelhos hospitalares e um personagem vestida de profissional de saúde.

Cena 13

- Imagem de calendário passando os dias.

RELACIONADO À FALTA DE COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS.

(TRILHA DE SUSPENSE)

A SEGURANÇA DO PACIENTE É O CONJUNTO DE AÇÕES VOLTADAS À PREVENÇÃO DE INCIDENTES QUE PODEM ACOMETER O PACIENTE DURANTE A ASSISTÊNCIA PRESTADA EM UM AMBIENTE DE CUIDADOS EM SAÚDE.

PODEM OCORRER

INDEPENDENTEMENTE DO TEMPO DE EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

SOBE SOM TRILHA

OFF (CONTANDO HISTÓRIA)

DOROTEIA TEVE UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM VIRTUDE DA ALERGIA.

MESMO ATENDIDA PRONTAMENTE, A SITUAÇÃO SE AGRAVOU E ELA FOI ENCAMINHADA À UTI.

A INTERNAÇÃO AGORA NÃO É APENAS PARA MANEJO DA LOMBALGIA, MAS PARA REVERTER SÉRIOS SINTOMAS DECORRENTES DA SUA ALERGIA.

<p>Cena 14</p> <p>– Imagem de personagem sentada em ambiente doméstico. Ela tem um cateter no braço.</p> <p>– Imagem de <i>close</i> do cateter no braço</p> <p>– Imagem aberta da personagem em ambiente doméstico e dois personagens vestidos de profissionais da saúde. Balões de diálogo.</p> <p>Cena 15</p> <p>Imagem de mão. Close lúdico na mão mostra ilustrações ou referências visuais sugerindo micro-organismos nelas. O mesmo com a ilustração dos conectores do PICC. A imagem pisca em vermelho, mostrando alerta. Em seguida aparece um recipiente de álcool ilustrando a fala do <i>off</i>.</p>	<p>DEPOIS DE ALGUMAS SEMANAS INTERNADA, DOROTEIA RETORNOU A SUA CASA, MAS PRECISOU DE UM CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA, O PICC, PARA TRATAMENTO DE UMA PNEUMONIA, SOB OS CUIDADOS DA</p> <p>EQUIPE DE SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD), QUE ORIENTOU A FAMÍLIA SOBRE OS CUIDADOS EM CASA.</p> <p>DURANTE O PREPARO E ADMINISTRAÇÃO, DISTRAÍDA PELO AMBIENTE, A TÉCNICA DE ENFERMAGEM DO SAD NÃO HIGIENIZOU AS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA E NÃO LIMPOU OS CONECTORES DO PICC.</p>
<p>Cena 16</p> <p>Imagem da personagem deitada, vermelha e suando.</p>	<p>NA MESMA NOITE, DOROTEIA APRESENTOU FEBRE ASSOCIADA A TREMORES GENERALIZADOS.</p>
<p>Cena 17</p> <p>Imagem mostra um recipiente de álcool e o ambiente desfocado. Entra o <i>lettering</i>:</p> <p>LETTERING</p> <p>DURANTE A MANIPULAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE DROGAS, É NECESSÁRIA A ATENÇÃO ÀS ETAPAS DE PREPARO E MANUTENÇÃO DA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE.</p> <p>OS ERROS DE MEDICAÇÃO GERALMENTE OCORREM DURANTE A PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO.</p>	<p>SOBE TRILHA</p>
<p>Cena 18</p> <p>– Imagem de mãos sendo lavadas.</p>	
<p>Cena 19</p> <p>Imagem de mão levando um comprimido à boca.</p> <p>Mesma imagem da personagem sentada mas agora sem o PICC.</p> <p>Imagem dos personagens com balões de conversa.</p>	

Cena 20

Imagem lúdica de personagens vestidos de profissionais de saúde com elementos que remetam à reunião, um grande quadro e balões de conversa

Cena 21

IMAGEM DE UM PRONTUÁRIO REFORMULADO. COM VÁRIOS BOXES, ALÉM DE SIM OU NÃO.

Cena 22

Imagem da placa do “Pronto Socorro”. Dessa vez, o áudio do ambiente não sugere muitas pessoas. Um quadro, no ambiente hospitalar, mostra um esquema de escala de equipes.

Cena 23

A personagem em pé e no ambiente doméstico acena para a câmera.

Cena 24

LETTERING FINAL
AO SE DEPARAR COM ALGUM EVENTO SEMELHANTE, PROCURE O NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E NOTIFIQUE.
ESTA ATITUDE PODE CONTRIBUIR PARA A DIMINUIÇÃO DOS DANOS AO PACIENTE E DEMAIS ENVOLVIDOS.
INCENTIVE ESSA IDEIA!

OFF INFORMATIVO

A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS É UMA ESTRATÉGIA BÁSICA DE PREVENÇÃO DAS IRAS.

A MANUTENÇÃO E HIGIENIZAÇÃO DE CONECTORES SÃO AÇÕES DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS).

OFF (CONTANDO HISTÓRIA)

DOROTEIA PRECISOU TRATAR INFECÇÃO E PARA ISSO O MÉDICO PRESCREVEU ANTIBIÓTICO POR VIA ORAL E A RETIRADA DO PICC.

O ENFERMEIRO REALIZOU A NOTIFICAÇÃO DO EVENTO E ORIENTOU DOROTEIA E SUA FAMÍLIA.

O CASO DE DOROTEIA GEROU MUDANÇAS NA UBS, NO HOSPITAL E NO SAD. TODOS ANALISARAM AS ETAPAS DO EVENTOS ADVERSOS QUE OCORRERAM COM DOROTEIA E IMPLEMENTARAM AÇÕES PARA QUE EVENTOS SIMILARES NÃO SE REPITAM.

OS PRONTUÁRIOS FORAM AJUSTADOS PARA EVITAR SUPRESSÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ALERGIAS, O PRONTO-SOCORRO AJUSTOU AS EQUIPES PROFISSIONAIS PARA EVITAR SOBRECARGAS, E TODOS RECEBERAM ATUALIZAÇÃO.

OFF (CONTANDO HISTÓRIA)

E DOROTEIA?

ESTÁ ÓTIMA, SEM LOMBALGIA E HOJE LEMBRA A TODOS SOBRE SUA ALERGIA!

5 PRODUTO IV

5.1 Controle de infecção na atenção domiciliar: análise de instrumento para avaliar as práticas profissionais – relatório descritivo

INTRODUÇÃO

Transições demográficas e epidemiológicas levaram ao aumento da expectativa de vida e a um conseqüente crescimento da população idosa. Entretanto, observa-se um aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Neste cenário, a Atenção domiciliar (AD) se expande como modalidade de atenção à saúde⁽¹⁻³⁾. A AD configura-se como um ambiente de prática assistencial onde se desenvolve cuidado centrado no paciente/família, com respeito a seus objetivos, apoiado nas dinâmicas do espaço domiciliar⁽⁴⁾.

Pacientes em AD ou em cuidados paliativos tendem a apresentar duas ou mais doenças crônicas, doenças avançadas ou estarem próximos à finitude⁽⁵⁾. A associação de mobilidade limitada e deficiências imunológicas tornam-nos mais suscetíveis a infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e efeitos adversos pelo uso de antibióticos⁽⁶⁾. Infecção de trato urinário, pneumonia e celulites são as infecções que mais acometem essas populações e são alvo de preocupação, já que contribuem para o aumento de sua morbimortalidade, além dos custos⁽⁷⁾.

Uma análise comparativa retrospectiva apontou que a melhoria para a prevenção e controle de infecção (PCI) na AD está associada ao treinamento prático das equipes⁽⁸⁾. Entretanto, uma revisão integrativa indicou pouco investimento em capacitações e treinamentos e que o sucesso de programas de controle de infecção está relacionado à capacidade de fornecer informações para que gestores promovam mudanças nas ações contínuas de controle de infecção⁽⁹⁾.

Esforços para o treinamento de higienização das mãos, controle e desinfecção adequada de ambientes, precauções padrão e de contato, além da epidemiologia do *Clostridium difficile* são alguns dos esforços e consensos mundiais para a PCI⁽¹⁰⁾. Uma revisão integrativa evidenciou que treinamentos e intervenções específicas aumentaram a adesão a práticas de prevenção de IRAS⁽¹¹⁾. A associação dos desafios enfrentados pelas equipes de saúde para a PCI, como o ambiente domiciliar e o conhecimento deficitário das práticas de controle de infecção ou dificuldades em reconhecer infecções nos pacientes, demonstra a necessidade de instrumentalizá-las para prevenir e controlar infecções⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Sendo assim, a avaliação de serviços de AD com vistas a identificar as práticas profissionais de controle e prevenção de infecções configura-se como uma estratégia para o desenvolvimento dos processos assistenciais. A avaliação dos serviços com o uso de instrumentos contribui para aferições sistematizadas e específicas, com esforço teórico e metodológico para sua elaboração⁽¹⁵⁾.

Desta maneira, o presente estudo teve como objetivo avaliar as práticas de prevenção das infecções relacionadas à assistência entre os profissionais de Enfermagem que atuam na Atenção Domiciliar e discutir os resultados da aplicação deste instrumento em profissionais da AD no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal.

MÉTODOS

Tipo do estudo

Trata-se de uma pesquisa observacional e analítica, com delineamento transversal.

Local

O estudo foi realizado nos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

População

Enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que compõem as equipes de AD e totalizam 128 profissionais. Foram incluídos todos os profissionais de saúde dessas categorias profissionais que responderam o instrumento de coleta de dados completamente.

Definição da amostra

A amostra de conveniência incluiu 70 profissionais de Enfermagem que participaram da pesquisa. Sendo assim, obtivemos 54,6% da população proposta.

Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado, “Pesquisa sobre controle de infecção na Atenção Domiciliar”, desenvolvido por Russel⁽¹⁶⁾ e com adaptação transcultural por Silveira⁽¹⁷⁾, objetiva avaliar conhecimento, atitudes e práticas para a PCI.

Os dados foram coletados de fevereiro a março de 2022 nos 11 NRAD do DF, compostos por 17 equipes multidisciplinares de atenção domiciliar e 9 equipes multiprofissionais de apoio, por meio de duas estratégias de recrutamento: envio por meio digital em plataforma Google Forms[®] e coleta de dados presencial, com entrega dos instrumentos impressos e devolução pelos respondentes, com posterior digitação das respostas.

O instrumento “Pesquisa sobre controle de infecção na Atenção Domiciliar”, tanto por formulário via Google Forms[®] como por formulário físico, levava 10 minutos para ser respondido.

Análise e tratamento dos dados

Os dados foram organizados em uma planilha em Excel[®] com codificação dos participantes para garantir o anonimato. O estudo foi dividido na análise descritiva, de associação /correlação e de regressão linear. Os dados foram compilados em planilha de dados do software Microsoft Excel (2016) e analisados por meio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23 (IBM Corp., 2015), com testes bilaterais e nível de significância de 5%. As variáveis qualitativas foram apresentadas por meio da frequência (n) e porcentagem (%). As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio das medidas descritivas *média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo e amplitude interquartil*.

Aspectos éticos

A presente pesquisa respeitou os pressupostos contidos na Resolução CNS-MS nº 466/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) sob o parecer nº 5.141.606, de 2 de dezembro de 2021. Após a aprovação, foram realizadas reuniões com os coordenadores das equipes de AD da SES-DF, com apresentação do projeto, agendamento da entrega dos instrumentos e engajamento dos participantes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado como primeira página no instrumento impresso e eletrônico.

RESULTADOS

Análise descritiva

As variáveis qualitativas foram apresentadas por meio da frequência (n) e porcentagem (%) nas Tabelas 1 a 5. As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio das medidas

descritivas *média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo e amplitude interquartil*, na Tabela 6.

Tabela 1. Análise descritiva dos dados sociodemográficos de profissionais de enfermagem que participaram do estudo “Segurança dos pacientes e controle de infecções nas práticas dos profissionais da atenção domiciliar”.

		n	%
1- Qual é a sua profissão?	Enfermeiro (a)	48	68,57
	Técnico (a) de Enfermagem	20	28,57
	Auxiliar de Enfermagem	2	2,86
2-Você trabalha em um Serviço de AD?	Sim	67	100,00
	Sem informação	3	0
3-Você visita pacientes no seu domicílio pelo menos uma vez por semana?	Não	4	6,15
	Sim	61	93,85
	Sem informação	5	
4-Você é chefe/gestor de equipe de enfermagem?	Não	63	94,03
	Sim	4	5,97
	Sem informação	3	
44-Informe o seu sexo	Masculino	13	18,84
	Feminino	56	81,16
	Sem informação	1	
45-Qual é a sua escolaridade?	Ensino médio	6	8,82
	Curso técnico	7	10,29
	Graduação	17	25,00
	Pós-graduação	38	55,88
	Sem informação	2	
46-Qual a sua maior titulação em Enfermagem?	Curso de formação em Auxiliar de Enfermagem ou Curso Técnico em Enfermagem	20	30,77
	Graduação em Enfermagem	10	15,38
	Especialização em Enfermagem	33	50,77
	Mestrado em Enfermagem	2	3,08
	Sem informação	5	
49-Qual é seu vínculo empregatício com o Serviço de Atenção Domiciliar que você trabalha?	Estatutário ou servidor público	69	100,00
	Sem informação	1	0
Total		70	100,00

Tabela 2. Análise descritiva dos dados de atitudes de profissionais de enfermagem para práticas de controle de infecção dos profissionais da atenção domiciliar.

		n	%
5-Como você percebe o risco de adquirir uma infecção relacionada à assistência à saúde?	Inadequado	32	51,61
	Adequado	30	48,39
	Sem informação	8	
6-Infecções são um problema sério na Atenção Domiciliar.	Inadequado	13	19,12
	Adequado	55	80,88
	Sem informação	2	
7-Pacientes com infecções podem transmiti-las aos profissionais de saúde.	Inadequado	8	11,76
	Adequado	60	88,24
	Sem informação	2	
8-Eu sempre sei quando devo usar máscara.	Inadequado	4	5,80
	Adequado	65	94,20
	Sem informação	1	
9-Ao higienizar as minhas mãos, eu protejo meus pacientes de infecções.	Adequado	67	100,00
	Sem informação	3	
10-Estou suficientemente capacitado para reconhecer infecções nos pacientes.	Inadequado	13	19,40
	Adequado	54	80,60
	Sem informação	3	
11-Os pacientes podem adquirir infecções através do contato com pessoas que os visitam ou que moram com eles.	Inadequado	2	2,86
	Adequado	68	97,14
12-A vacinação dos pacientes contra Influenza os protege da gripe.	Inadequado	11	15,71
	Adequado	59	84,29
13-A vacinação dos profissionais de saúde contra Influenza protege os pacientes da gripe	Inadequado	21	30,88
	Adequado	47	69,12
	Sem informação	2	

14-A vacina contra a gripe é segura.	Inadequado	4	5,88
	Adequado	64	94,12
	Sem informação	2	
15-O Serviço de AD no qual trabalho permite que eu fique em casa quando estou doente.	Inadequado	8	11,76
	Adequado	60	88,24
	Sem informação	2	
16-No Serviço de AD no qual trabalho, os produtos para higiene das mãos estão facilmente acessíveis.	Inadequado	10	14,49
	Adequado	59	85,51
	Sem informação	1	
17-No Serviço de AD no qual trabalho, as máscaras estão facilmente acessíveis.	Inadequado	6	8,57
	Adequado	64	91,43
18-Usar máscara dificulta a comunicação com meus pacientes.	Inadequado	29	42,65
	Adequado	39	57,35
	Sem informação	2	
19-Práticas de prevenção e controle de infecção ajudam a me proteger contra infecções.	Inadequado	1	1,43
	Adequado	69	98,57
20-O Serviço de Atenção Domiciliar no qual trabalho enfatiza a importância da prevenção de infecção.	Inadequado	10	14,29
	Adequado	60	85,71
21-Se estou muito atarefado, é difícil priorizar as práticas de prevenção de infecção quando estou cuidando dos pacientes.	Inadequado	14	20,00
	Adequado	56	80,00
22-Frequentemente tenho dificuldade para inserir e manter dispositivos conforme as técnicas de assepsia quando estou muito atarefado.	Inadequado	5	7,35
	Adequado	63	92,65
	Sem informação	2	
Total		70	100,00

Tabela 3. Análise descritiva dos dados de adesão autorrelatada com práticas de profissionais de enfermagem para controle de infecção dos profissionais da atenção domiciliar.

		n	%
23-Faço higiene das mãos antes e após o contato com os pacientes.	Inadequado	4	5,71
	Adequado	66	94,29
24-Calço luvas quando há previsão de exposição a sangue ou outros fluidos corporais.	Inadequado	1	1,43
	Adequado	69	98,57
25-Lavo as mãos ou as fricciono com preparação alcoólica imediatamente após retirar as luvas.	Inadequado	1	1,43
	Adequado	69	98,57
			100,0
26-Use máscara cirúrgica sempre que existe a possibilidade de respingos ou espirros.	Adequado	68	0
	Sem informação	2	
27-Use capote/avental se há possibilidade de contaminação por sangue ou fluidos corporais.	Inadequado	3	4,29
	Adequado	67	95,71
28-Use óculos de proteção quando existe a possibilidade de exposição a respingos de sangue ou fluidos corporais.	Inadequado	29	41,43
	Adequado	41	58,57
29-Descarto agulhas em coletores para materiais perfurocortantes.	Adequado	70	100,00
	Inadequado	13	18,84
30-Descarto todos os materiais potencialmente contaminados em sacos impermeáveis.	Adequado	56	81,16
	Sem informação	1	
31A-Com que frequência as seguintes condições encontradas na residência do paciente interferem na minha habilidade de implementar boas práticas de controle de infecção? [Pouca luminosidade]	Inadequado	64	91,43
	Adequado	6	8,57
31B-Com que frequência as seguintes condições encontradas na residência do paciente interferem na minha habilidade de implementar boas práticas de controle de infecção? [Desordem]	Inadequado	62	88,57
	Adequado	8	11,43

31C-Com que frequência as seguintes condições encontradas na residência do paciente interferem na minha habilidade de implementar boas práticas de controle de infecção? [Infestações]	Inadequado	33	47,83
	Adequado	36	52,17
	Sem informação	1	
31D-Com que frequência as seguintes condições encontradas na residência do paciente interferem na minha habilidade de implementar boas práticas de controle de infecção? [Animais domésticos]	Inadequado	59	84,29
	Adequado	11	15,71
31E-Com que frequência as seguintes condições encontradas na residência do paciente interferem na minha habilidade de implementar boas práticas de controle de infecção? [Ausência de água encanada]	Inadequado	12	17,14
	Adequado	58	82,86
31F-Com que frequência as seguintes condições encontradas na residência do paciente interferem na minha habilidade de implementar boas práticas de controle de infecção? [Crianças indisciplinadas]	Inadequado	14	20,29
	Adequado	55	79,71
	Sem informação	1	
31G-Com que frequência as seguintes condições encontradas na residência do paciente interferem na minha habilidade de implementar boas práticas de controle de infecção? [Ambiente sujo]	Inadequado	59	84,29
	Adequado	11	15,71
31H-Com que frequência as seguintes condições encontradas na residência do paciente interferem na minha habilidade de implementar boas práticas de controle de infecção? [Má higiene do paciente]	Inadequado	64	91,43
	Adequado	6	8,57
32A-Ao visitar pacientes, geralmente tenho os seguintes produtos disponíveis: [Água e sabão]	Inadequado	33	47,14
	Adequado	37	52,86
32B-Ao visitar pacientes, geralmente tenho os seguintes produtos disponíveis: [Preparação alcoólica para higiene das mãos]	Inadequado	14	20,00
	Adequado	56	80,00
32C-Ao visitar pacientes, geralmente tenho os seguintes produtos disponíveis: [Caixa/coletor para materiais perfurocortantes]	Inadequado	17	24,29
	Adequado	53	75,71
32D-Ao visitar pacientes, geralmente tenho os seguintes produtos disponíveis: [Álcool]	Inadequado	2	2,86
	Adequado	68	97,14

32E-Ao visitar pacientes, geralmente tenho os seguintes produtos disponíveis: [Peça semifacial filtrante- PFF2 ou Máscara N95]	Inadequado	18	25,71
	Adequado	52	74,29
32F-Ao visitar pacientes, geralmente tenho os seguintes produtos disponíveis: [Máscaras cirúrgicas]	Inadequado	4	5,71
	Adequado	66	94,29
32G-Ao visitar pacientes, geralmente tenho os seguintes produtos disponíveis: [Luvas]	Inadequado	2	2,86
	Adequado	68	97,14
32H-Ao visitar pacientes, geralmente tenho os seguintes produtos disponíveis: [Luvas estéreis]	Inadequado	10	14,29
	Adequado	60	85,71
32I-Ao visitar pacientes, geralmente tenho os seguintes produtos disponíveis: [Soluções à base de clorexidine]	Inadequado	22	31,43
	Adequado	48	68,57
Total		70	100,00

Tabela 4. Análise descritiva dos dados de formação/treinamento de profissionais de enfermagem para práticas de controle de infecção dos profissionais da atenção domiciliar.

	n	%
	1	1,47
	8	11,76
	1	1,47
	1	1,47
33-De quais dos seguintes treinamentos/cursos específicos sobre controle de infecção você já participou?	1	1,47
	1	1,47
	1	1,47
	25	36,76
	1	1,47
	1	1,47
	1	1,47
	8	11,76

	Treinamento interno do Serviço de Atenção Domiciliar, Curso de formação em controle de infecção de alguma associação de profissionais de controle de infecção	9	13,24
	Treinamento interno do Serviço de Atenção Domiciliar, Curso em segurança do paciente	1	1,47
	Treinamento interno do Serviço de Atenção Domiciliar, Especialização em controle de infecção	2	2,94
	Treinamento interno do Serviço de Atenção Domiciliar, Especialização em controle de infecção, Curso de formação em controle de infecção de alguma associação de profissionais de controle de infecção	2	2,94
	Treinamento interno do Serviço de Atenção Domiciliar, Nenhum curso específico em controle de infecção	3	4,41
	Treinamento interno do Serviço de Atenção Domiciliar, setor privado (vínculo empregatício)	1	1,47
	Sem informação	2	
	Artigos científicos	1	1,52
	Ferramenta eletrônica para tomada de decisões clínicas, Sites de organizações	1	1,52
	Guias de prática clínica	3	4,55
34-Indique quais dos seguintes instrumentos você já utilizou para tomada de decisões no controle de infecção e no cuidado de pacientes com infecção.	Guias de prática clínica, Ferramenta eletrônica para tomada de decisões clínicas	2	3,03
	Guias de prática clínica, Ferramenta eletrônica para tomada de decisões clínicas, Sites de organizações	1	1,52
	Guias de prática clínica, Livros	3	4,55
	Guias de prática clínica, Livros, Revistas científicas	2	3,03
	Guias de prática clínica, Livros, Revistas científicas, Ferramenta eletrônica para tomada de decisões clínicas, Sites de organizações	1	1,52
	Guias de prática clínica, Sites de organizações	2	3,03
	Livros	1	1,52
	Livros, Ferramenta eletrônica para tomada de decisões clínicas	1	1,52
	Livros, Revistas científicas	1	1,52

Livros, Sites de organizações	3	4,55
Nenhum dos itens citados	6	9,09
Prática clínica (sinais e sintomas)	1	1,52
Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP’s do Serviço de Atenção Domiciliar	15	22,73
Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP’s do Serviço de Atenção Domiciliar, Ferramenta eletrônica para tomada de decisões clínicas	1	1,52
Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP’s do Serviço de Atenção Domiciliar, Ferramenta eletrônica para tomada de decisões clínicas, Sites de organizações	4	6,06
Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP’s do Serviço de Atenção Domiciliar, Guias de prática clínica	1	1,52
Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP’s do Serviço de Atenção Domiciliar, Guias de prática clínica, Livros	3	4,55
Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP’s do Serviço de Atenção Domiciliar, Guias de prática clínica, Livros, Revistas científicas	1	1,52
Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP’s do Serviço de Atenção Domiciliar, Guias de prática clínica, Livros, Revistas científicas, Sites de organizações	1	1,52
Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP’s do Serviço de Atenção Domiciliar, Guias de prática clínica, Sites de organizações	1	1,52
Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP’s do Serviço de Atenção Domiciliar, Livros	1	1,52
Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP’s do Serviço de Atenção Domiciliar, Livros, Revistas científicas, Ferramenta eletrônica para tomada de decisões clínicas	1	1,52
Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP’s do Serviço de Atenção Domiciliar, Livros, Revistas científicas, Sites de organizações	1	1,52
Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP’s do Serviço de Atenção Domiciliar, Livros, Sites de	1	1,52

	organizações		
	Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP's do Serviço de Atenção Domiciliar, Sites de organizações	3	4,55
	Sites de organizações	3	4,55
	Sem informação	4	
35-Quando foi a última vez que você recebeu treinamento sobre controle de infecção?	Nunca fiz treinamento em controle de infecção	17	24,29
	Entre 1 e 6 meses	2	2,86
	Entre 6 meses e 1 ano	3	4,29
	Há mais de 1 ano	48	68,57
Total		70	100,00

Tabela 5. Análise descritiva dos dados de conhecimentos de profissionais de enfermagem para práticas de controle de infecção dos profissionais da atenção domiciliar.

		n	%
36-Máscaras e óculos de proteção são necessários mesmo em procedimentos e atividades relacionadas ao cuidado de pacientes com pouca probabilidade de gerar respingos de sangue ou fluidos corporais.	Inadequado	13	18,84
	Adequado	56	81,16
	Sem informação	1	
37-Precauções padrões não precisam ser utilizadas em pacientes sem infecção.	Inadequado	5	7,14
	Adequado	65	92,86
38A-Quais das seguintes condições podem abrigar germes nocivos nas mãos? [Adornos nas mãos]	Adequado	70	100,00
38B-Quais das seguintes condições podem abrigar germes nocivos nas mãos? Selecione todas as opções que se aplicam. [Lesões nas mãos]	Inadequado	11	15,71
	Adequado	59	84,29
38C-Quais das seguintes condições podem abrigar germes nocivos nas mãos? [Unhas postiças]	Inadequado	7	10,00
	Adequado	63	90,00
38D-Quais das seguintes condições podem abrigar germes nocivos nas mãos? [Marcas de nascença]	Inadequado	70	100,00
39A-Quais das seguintes afirmações em relação a	Inadequado	4	5,71

microrganismos multirresistentes são verdadeiras? [Usar antibiótico em excesso pode levar ao desenvolvimento de microrganismos multirresistentes]	Adequado	66	94,29
39B-Quais das seguintes afirmações em relação a microrganismos multirresistentes são verdadeiras? [Os microrganismos podem ser transmitidos por contato direto ou indireto]	Inadequado	11	15,71
	Adequado	59	84,29
39C-Quais das seguintes afirmações em relação a microrganismos multirresistentes são verdadeiras? [Microrganismos podem ser transmitidos por meio do estetoscópio]	Inadequado	10	14,29
	Adequado	60	85,71
39D-Quais das seguintes afirmações em relação a microrganismos multirresistentes são verdadeiras? [0 é necessário o uso de capote/avental no caso de pacientes com microrganismos multirresistentes]	Inadequado	4	5,71
	Adequado	66	94,29
39E-Quais das seguintes afirmações em relação a microrganismos multirresistentes são verdadeiras? [Precauções de contato 0 são necessárias no caso de pacientes com microrganismos multirresistentes]	Inadequado	2	2,86
	Adequado	68	97,14
40A-Quais das seguintes afirmações são corretas sobre a maleta/bolsa de enfermagem – recipiente ou objeto no qual os insumos necessários à assistência ao paciente são transportados? [Há uma parte para materiais limpos e outra para materiais sujos na maleta/bolsa de enfermagem]	Inadequado	48	68,57
	Adequado	22	31,43
40B-Quais das seguintes afirmações são corretas sobre a maleta/bolsa de enfermagem – recipiente ou objeto no qual os insumos necessários à assistência ao paciente são transportados? [A maleta/bolsa de enfermagem deve ser limpa quando visivelmente suja/contaminada]	Inadequado	34	48,57
	Adequado	36	51,43
40C-Quais das seguintes afirmações são corretas sobre a maleta/bolsa de enfermagem – recipiente ou objeto no qual os insumos necessários à assistência ao paciente são transportados? [A higiene das mãos deve ser realizada após manuseio da maleta/bolsa]	Inadequado	9	12,86
	Adequado	61	87,14
40D-Quais das seguintes afirmações são corretas sobre a maleta/bolsa de enfermagem – recipiente ou objeto no qual os insumos necessários à assistência ao paciente são transportados? [A maleta/bolsa de enfermagem deve ter, pelo menos, dois compartimentos]	Inadequado	42	60,00
	Adequado	28	40,00

41A-Em quais situações é apropriada a fricção das mãos com preparação alcoólica em vez de lavar com água e sabão. [Após uso do banheiro]	Inadequado	12	17,14
	Adequado	58	82,86
41B-Em quais situações é apropriada a fricção das mãos com preparação alcoólica em vez de lavar com água e sabão. [Antes de comer ou beber]	Inadequado	23	32,86
	Adequado	47	67,14
41C-Em quais situações é apropriada a fricção das mãos com preparação alcoólica em vez de lavar com água e sabão. [Quando as mãos estiverem visivelmente sujas]	Inadequado	22	31,43
	Adequado	48	68,57
41D-Em quais situações é apropriada a fricção das mãos com preparação alcoólica em vez de lavar com água e sabão. [Quando o paciente apresentar infecção por <i>Clostridium difficile</i>]	Inadequado	19	27,14
	Adequado	51	72,86
42A-Sobre as precauções padrões, assinale as afirmações verdadeiras. [Incluem recomendações de proteção apenas para pacientes]	Inadequado	1	1,43
	Adequado	69	98,57
42B-Sobre as precauções padrões, assinale as afirmações verdadeiras. [Incluem recomendações de proteção para pacientes e profissionais de saúde]	Inadequado	11	15,71
	Adequado	59	84,29
42C-Sobre as precauções padrões, assinale as afirmações verdadeiras. [Aplicam-se a todos os pacientes]	Inadequado	32	45,71
	Adequado	38	54,29
42D-Sobre as precauções padrões, assinale as afirmações verdadeiras. [Aplicam-se apenas profissionais de saúde que tenham contato com sangue e fluidos corporais]	Inadequado	8	11,43
	Adequado	62	88,57
Total		70	100,00

Tabela 6. Análise descritiva das variáveis quantitativas de profissionais de enfermagem que participaram do estudo “Segurança dos pacientes e controle de infecções nas práticas dos profissionais da atenção domiciliar”.

	n	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Amplitude interquartil
5-Como você percebe o risco de adquirir uma infecção relacionada à assistência à saúde em uma escala de 1 a 10?	62	6,97	7,00	2,11	2,00	10,00	4,00
43-Informe a sua idade	5	43,6	42,00	8,39	30,00	73,00	10,00

	3	2					
47-Quantos anos de experiência em enfermagem você possui?	6	15,0	13,50	7,43	0,00	37,00	10,00
	6	2					
48-Há quantos anos você trabalha como profissional de Enfermagem em SAD?	6	5,48	4,00	4,95	0,00	30,00	6,50
	6						
Atitudes	7	84,5	88,24	11,32	52,94	100,00	16,67
	0	2					
Práticas	7	69,0	68,00	11,42	36,00	96,00	14,92
	0	5					
Conhecimento	7	75,2	73,91	9,35	43,48	91,30	13,04
	0	6					

Análise de associação/correlação

O questionário sobre controle de infecções nas práticas dos profissionais da atenção domiciliar foi avaliado em relação ao percentual de respostas adequadas para os domínios: atitudes, práticas e conhecimento. Os resultados para cada domínio (percentual médio de respostas adequadas) foram associados às variáveis sociodemográficas por meio de testes não paramétricos tendo em vista a rejeição da hipótese nula de normalidade da distribuição da maioria das variáveis, verificada pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Assim, foi utilizado o teste U de Mann-Whitney para comparar 2 grupos e o teste Kruskal-Wallis para comparar 3 ou mais grupos.

Observa-se na Tabela 7 que nenhum escore de domínio foi significativamente associado às características sociodemográficas. Houve tendência de associação ($P = 0,058$) do escore do domínio conhecimento em relação ao sexo (homens apresentaram valores maiores do escore) e à escolaridade (profissionais com curso técnico e pós-graduação apresentaram valores maiores que os dos profissionais com graduação). Um estudo com tamanho amostral maior poderia evidenciar essas tendências de associação de forma significativa, pois haveria aumento do poder do teste.

Tabela 7. Análise de associação dos escores de adequação dos domínios referentes às práticas de controle de infecções na atenção domiciliar por profissionais de enfermagem em relação aos dados sociodemográficos.

		Atitudes		<i>P</i> *	Práticas		<i>P</i> *	Conhecimento		<i>P</i> *
		Mediana	AI		Mediana	AI		Mediana	AI	
1-Qual é a sua profissão?	Enfermeiro (a)	88,24	16,67		68,00	16,00		73,91	13,04	
	Técnico (a) de Enfermagem	85,78	15,10	0,977	74,00	15,00	0,157	73,91	16,30	0,248
	Auxiliar de Enfermagem	85,29	8,82		64,00	12,00		67,39	6,52	
3-Você visita pacientes no seu domicílio pelo menos uma vez por semana?	Não	79,90	15,20	0,589	62,00	21,00	0,269	78,26	13,04	0,803
	Sim	88,24	16,67		68,00	14,75		73,91	13,04	
4-Você é chefe/gestor de equipe de enfermagem?	Não	87,50	16,67	0,674	68,00	13,50	0,769	73,91	13,04	0,348
	Sim	88,89	18,61		72,00	22,50		78,26	9,78	
44-Informe o seu sexo	Masculino	82,35	13,89	0,734	64,00	22,00	0,277	82,61	17,39	0,058
	Feminino	88,24	17,65		72,00	15,50		73,91	11,96	
45-Qual é a sua escolaridade?	Ensino médio	88,56	13,	0,6	79,58	11,0	0,2	71,74	15,22	0,0

			97	75		0	24		58	
	Curso técnico	83,33	10,46		72,00	12,00		78,26	8,70	
	Graduação	88,89	14,22		68,00	18,75		69,57	10,87	
	Pós-graduação	88,24	22,22		68,00	16,00		76,09	11,76	
	Curso de formação em Auxiliar de Enfermagem ou Curso Técnico em Enfermagem	85,78	15,20		72,00	17,13		73,91	16,30	
46-Qual a sua maior titulação em Enfermagem?	Graduação em Enfermagem	87,87	17,81	0,384	68,00	21,00	0,305	71,74	18,48	0,438
	Especialização em Enfermagem	88,89	19,54		68,00	16,83		73,91	13,04	
	Mestrado em Enfermagem	66,67	11,11		58,00	6,00		79,84	7,11	

* Teste U de Mann-Whitney para comparação entre 2 grupos e teste de Kruskal-Wallis para comparação entre 3 ou mais grupos. AI = amplitude interquartil.

As variáveis quantitativas também foram correlacionadas entre si (Tabela 8) por meio da correlação não paramétrica de Spearman. As figuras referentes às associações estatisticamente significativas estão apresentadas abaixo da Tabela 8.

O coeficiente de correlação varia entre -1 e 1. Quando mais próximo de 1 ou -1, mais forte é a correlação entre as variáveis. Um coeficiente de correlação positivo indica correlação diretamente proporcional e um negativo, relação inversamente proporcional.

Observa-se na Tabela 8 que o item 5 do questionário (Como você percebe o risco de adquirir uma infecção relacionada à assistência à saúde em uma escala de 1 a 10?) foi significativamente correlacionado ao escore do domínio Atitudes de forma positiva. Ou seja, notas maiores da percepção do risco de adquirir uma infecção relacionada à assistência à saúde foram correlacionadas a maiores valores de adequação ao domínio Atitudes dos profissionais de enfermagem.

A idade foi significativamente correlacionada à experiência em Enfermagem (anos), ao tempo de atuação como profissional de Enfermagem em SAD (anos) e ao escore do domínio Conhecimento.

Profissionais mais velhos apresentaram tendência de ter mais experiência em Enfermagem e mais tempo de atuação como profissional de Enfermagem em SAD, como esperado. Profissionais com maior idade apresentaram tendência de ter menores valores do escore de Conhecimento.

Tabela 8. Análise de correlação das variáveis quantitativas e dos escores de adequação dos domínios referentes às práticas controle de infecções na atenção domiciliar por profissionais de enfermagem.

		43 - Informe a sua idade	47- Experiência em enfermagem (anos)?	48- Profissional de Enfermagem em SAD (anos)?	Atitudes	Práticas	Conhecimento	
rô de Spearman	5 - Como você percebe o risco de adquirir uma infecção relacionada à assistência à saúde em uma escala de 1 a 10?	Coeficiente	-0,189	0,002	0,040	0,385	-0,105	-0,049
		<i>P</i>	0,193	0,986	0,764	0,002	0,416	0,703
		n	49	58	58	62	62	62
		Coeficiente		0,544	0,454	0,040	0,099	-0,347
	43 - Informe a sua idade	<i>P</i>		<0,001	0,001	0,777	0,483	0,011
		n		50	50	53	53	53
		Coeficiente			0,229	0,115	-0,053	-0,045
	47 - Experiência em enfermagem (anos)?	<i>P</i>			0,064	0,360	0,675	0,722
		n			66	66	66	66
		Coeficiente				-0,067	0,108	-0,131
	48 - Há quantos anos você trabalha como profissional de Enfermagem em SAD?	<i>P</i>				0,594	0,388	0,293
		n				66	66	66
	Coeficiente					0,138	0,162	
Atitudes	<i>P</i>					0,255	0,180	
	n					70	70	
	Coeficiente						-0,061	
Práticas	<i>P</i>						0,616	
	n						70	

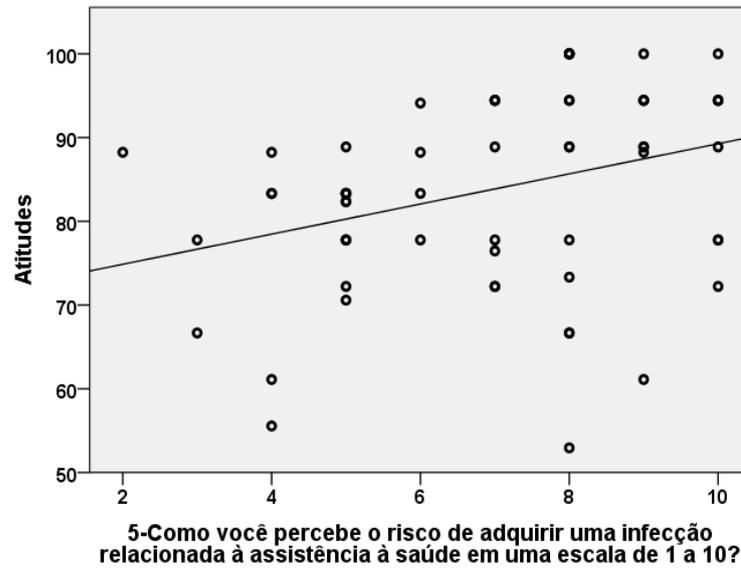


Figura 1. Gráfico de dispersão do item 5 (como você percebe o risco de adquirir uma infecção relacionada à assistência à saúde em uma escala de 1 a 10?) em relação ao escore Atitudes do questionário “Segurança dos pacientes e controle de infecções nas práticas dos profissionais da atenção domiciliar”.

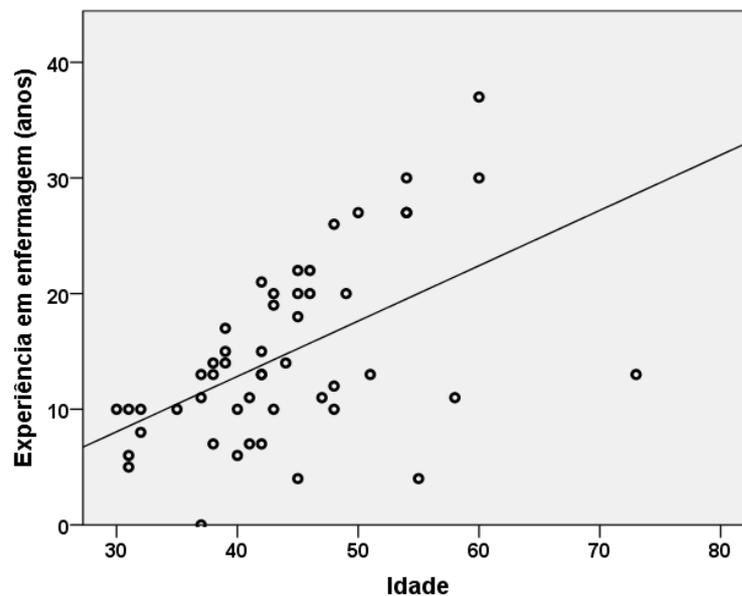


Figura 2. Gráfico de dispersão da idade em relação à Experiência em enfermagem (anos) de profissionais de enfermagem que participaram do estudo “Segurança dos pacientes e controle de infecções nas práticas dos profissionais da atenção domiciliar”.

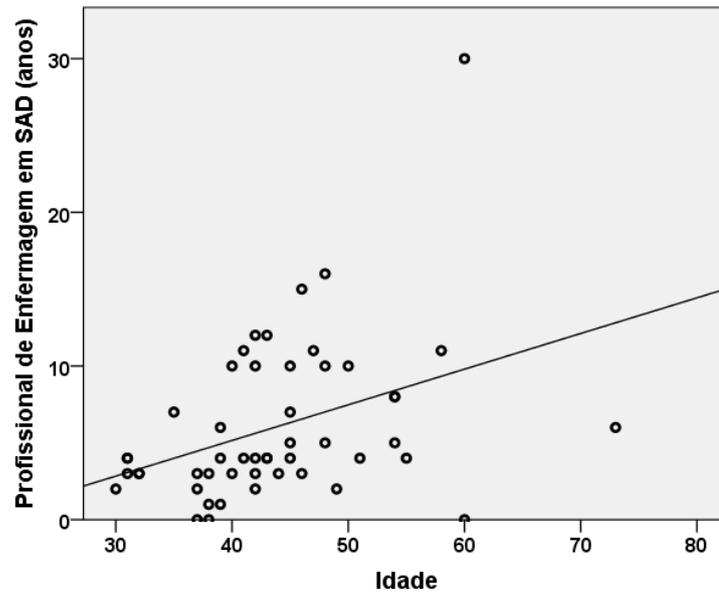


Figura 3. Gráfico de dispersão da idade em relação à atuação como Profissional de enfermagem em SAD (anos) de profissionais de enfermagem que participaram do estudo “Segurança dos pacientes e controle de infecções nas práticas dos profissionais da atenção domiciliar”.

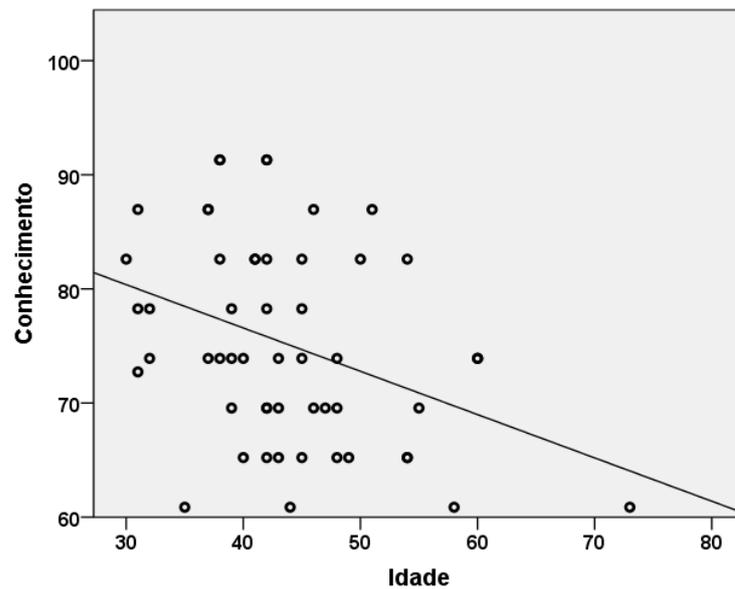


Figura 4. Gráfico de dispersão da idade em relação ao escore Conhecimento do questionário “Segurança dos pacientes e controle de infecções nas práticas dos profissionais da atenção domiciliar”.

Análise de regressão linear

Foram realizadas três regressões lineares para os profissionais de enfermagem participantes do estudo sobre “Segurança dos pacientes e controle de infecções nas práticas dos profissionais da atenção domiciliar”. O modelo matemático da regressão linear múltipla é apresentado abaixo:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 x_{i1} + \beta_2 x_{i2} + \dots + \beta_p x_{ip} + \varepsilon_i, i = 1, 2, 3, \dots, n.$$

em que

$x_{i1}, x_{i2}, \dots, x_{ip}$ são valores das variáveis explicativas, constantes conhecidas;

$\beta_0, \beta_1, \beta_2, \dots, \beta_p$ são parâmetros ou coeficientes da regressão;

ε_i são erros aleatórios independentes.

O teste estatístico F (Análise de Variância) é utilizado para determinar se há uma relação linear entre a variável resposta e as variáveis explicativas. Depois é realizada a análise dos resíduos além do diagnóstico de multicolinearidade para verificar se eles atendem aos pressupostos do modelo de regressão linear. O R^2 é a porcentagem da variação da variável de resposta explicada pela relação com uma ou mais variáveis explicativas, ajustada para o número de variáveis no modelo. O beta padronizado representa o beta menos a média, dividido pelo desvio padrão.

Não houve problemas de multicolinearidade no diagnóstico realizado (FIV – Fator de Inflação da Variância < 10 em todos os casos). Para nenhuma distribuição de resíduos padronizados dos modelos propostos houve rejeição da hipótese nula de normalidade ($P = 0,200$ para os 3 modelos, teste de Kolmogorov-Smirnov), o que evidencia a adequação do método proposto.

Para a variável resposta “Atitudes”, a regressão inicial ($P = 0,738$, teste F com todas as variáveis explicativas) não apresentou significância do teste de hipóteses, mostrando que o modelo linear não representa os dados em questão. Ao fazer a seleção de variáveis (para trás - *backward*), a regressão ($P = 0,102$, teste F) continuou sem apresentar significância estatística do modelo de regressão com a variável explicativa selecionada. O resultado desses modelos é apresentado na Tabela 9, abaixo.

Tabela 9. Análise de regressão linear com a variável resposta “Atitudes” para profissionais de enfermagem que participaram do estudo “Segurança dos pacientes e controle de infecções nas práticas dos profissionais da atenção domiciliar”.

Atitudes	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	P	95% Intervalo de Confiança para β	
	β	Erro Padrão				Limite inferior	Limite superior
(Constante)	109,480	28,309		3,867	<0,001	52,010	166,950
1-Qual é a sua profissão?	-7,100	6,998	-0,360	1,015	0,317	21,306	7,106
3-Você visita pacientes no seu domicílio pelo menos uma vez por semana?	6,516	9,690	0,119	0,673	0,506	13,155	26,187
4-Você é chefe/gestor de equipe de enfermagem?	4,519	8,940	0,083	0,505	0,616	13,630	22,668
43-Informe a sua idade	0,096	0,297	0,075	0,323	0,749	-0,506	0,698
44-Informe o seu sexo	-3,778	4,936	-0,122	0,765	0,449	13,799	6,243
45-Qual é a sua escolaridade?	-3,986	3,242	-0,346	1,229	0,227	10,568	2,596
46-Qual a sua maior titulação em Enfermagem?	-3,096	3,916	-0,252	0,791	0,435	11,047	4,854
47-Quantos anos de experiência em enfermagem você possui?	0,043	0,305	0,030	0,141	0,888	-0,575	0,662
48-Há quantos anos você trabalha como profissional de Enfermagem em SAD?	-0,138	0,402	-0,063	0,343	0,734	-0,954	0,679

Seleção de variáveis para trás (*backward*)

(Constante)	92,534	5,805		15,9 39	<0,001	80,826	104,24 2
45-Qual é a sua escolaridade?	-2,847	1,703	-0,247	- 1,67 2	0,102	-6,281	0,587

Para os escores relacionados às “Práticas”, a regressão inicial ($P = 0,902$, teste F com todas as variáveis explicativas) não apresentou significância do teste de hipóteses, mostrando que o modelo linear não representa os dados. Ao fazer a seleção de variáveis (para trás – *backward*), a regressão ($P = 0,200$, teste F) manteve-se, sem apresentar significância estatística do modelo de regressão com a variável explicativa selecionada. O resultado desses modelos é apresentado na Tabela 10, abaixo.

Tabela 10. Análise de regressão linear com a variável resposta “Práticas” para profissionais de enfermagem que participaram do estudo “Segurança dos pacientes e controle de infecções nas práticas dos profissionais da atenção domiciliar”.

Práticas	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	P	95% Intervalo de Confiança para β	
	β	Erro Padrão				Limite inferior	Limite superior
(Constante)	79,688	25,909		3,07 6	0,00 4	27,090	132,28 7
1-Qual é a sua profissão?	-0,300	6,404	-0,017	- 0,04 7	0,96 3	- 13,301	12,702
3-Você visita pacientes no seu domicílio pelo menos uma vez por semana?	4,399	8,868	0,090	0,49 6	0,62 3	- 13,605	22,402
4-Você é chefe/gestor de equipe de enfermagem?	11,720	8,182	0,241	1,43 2	0,16 1	-4,890	28,331
43-Informe a sua idade	-0,121	0,272	-0,105	- 0,44 5	0,65 9	-0,672	0,430
44-Informe o seu sexo	-4,013	4,518	-0,145	- 0,88 8	0,38 0	- 13,185	5,158

45-Qual é a sua escolaridade?	-0,849	2,967	-0,082	0,286	0,777	-6,873	5,175
46-Qual a sua maior titulação em Enfermagem?	-0,693	3,584	-0,063	0,193	0,848	-7,969	6,584
47-Quantos anos de experiência em enfermagem você possui?	0,233	0,279	0,180	0,837	0,408	-0,333	0,799
48-Há quantos anos você trabalha como profissional de Enfermagem em SAD?	0,022	0,368	0,011	0,059	0,953	-0,725	0,769
Seleção de variáveis para trás (<i>backward</i>)							
(Constante)	70,194	1,536		45,704	<0,001	67,096	73,291
4-Você é chefe/gestor de equipe de enfermagem?	9,473	7,285	0,195	1,300	0,200	-5,219	24,165

Por fim, para a variável resposta “Conhecimento”, a regressão ($P = 0,430$, teste F) não apresentou significância do teste de hipóteses. Entretanto, após seleção de variáveis pelo método para trás – *backward*, a regressão ($P = 0,012$, teste F) apresentou resultado estatisticamente significativo para o modelo linear. O R^2 ajustado para o modelo foi de 0,117. Isso indica que 11,7% da variável resposta “Conhecimento” foi explicado pelo modelo com a variável explicativa “Idade”.

A Tabela 11 apresenta o resultado dos modelos matemáticos propostos na análise de regressão linear. Após seleção de variáveis, o coeficiente de regressão para a idade foi negativo e significativo, explicando melhores resultados para o domínio conhecimento do questionário entre profissionais mais jovens. O valor do coeficiente de regressão foi de -0,382, ou seja, a cada aumento de 1 ano de idade o profissional tende a diminuir o escore do conhecimento em 0,382 por cento.

Tabela 11. Análise de regressão linear com a variável resposta “Conhecimento” para profissionais de enfermagem que participaram do estudo “Segurança dos pacientes e controle de infecções nas práticas dos profissionais da atenção domiciliar”.

Conhecimento	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados β	t	P	95% Intervalo de Confiança para β	
	β	Erro Padrão				Limite inferior	Limite superior
(Constante)	99,460	21,907		4,540	<0,001	54,986	143,934
1-Qual é a sua profissão?	1,320	5,415	0,083	0,244	0,809	-9,673	12,314
3-Você visita pacientes no seu domicílio pelo menos uma vez por semana?	0,565	7,498	0,013	0,075	0,940	-14,657	15,788
4-Você é chefe/gestor de equipe de enfermagem?	3,803	6,918	0,087	0,550	0,586	-10,242	17,848
43-Informe a sua idade	-0,542	0,230	-0,524	2,360	0,024	-1,008	-0,076
44-Informe o seu sexo	-3,647	3,820	-0,146	0,955	0,346	-11,402	4,108
45-Qual é a sua escolaridade?	-1,423	2,509	-0,153	0,567	0,574	-6,516	3,671
46-Qual a sua maior titulação em Enfermagem?	1,753	3,031	0,177	0,579	0,567	-4,399	7,906
47-Quantos anos de experiência em enfermagem você possui?	0,302	0,236	0,257	1,279	0,209	-0,177	0,780
48-Há quantos anos você trabalha como profissional de Enfermagem em SAD?	-0,049	0,311	-0,028	0,157	0,876	-0,681	0,583
Seleção de variáveis para trás (<i>backward</i>)							
(Constante)	91,736	6,521		14,067	<0,001	78,584	104,887
43-Informe a sua idade	-0,382	0,146	-0,370	2,610	0,012	-0,678	-0,087

REFERÊNCIAS

1. Oliveira PC, Santos OP, Villela EFM, Barros PS. Patient safety culture in home care service. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03586. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018040703586>
2. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*. 2007;04(17):135-40. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201703>
3. Borges MM, Custódio LA, Cavalcante DFB, Pereira AC, Carregaro RL. Direct healthcare cost of hospital admissions for chronic non-communicable diseases sensitive to primary care in the elderly. *Cien Saude Col*. 2022;28(1):231-42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36629568>
4. Adawee M, Cole S. Establishing an evidence-based infection surveillance program for home care and hospice: A large Midwest health system's experience. *Am J Infect Control*. 2021 Dec;49(12):1551-3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34400245>
5. Tark A, Estrada LV, Tresgallo ME, Quigley DD, Stone PW, Agarwal M. Palliative care and infection management at end of life in nursing homes: A descriptive survey. *Palliative Medicine*. 2020;34(5):580-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32153248>
6. Katz MJ, Roghmann MC. Healthcare-associated infections in the elderly: what's new. *Curr Opin Infect Dis*. 2016 Aug;29(4):388-93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5648009/>. Erratum in: *Curr Opin Infect Dis*. 2017 Aug;30(4):448. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28661411/>
7. Dwyer, L.L., Harris-Kojetin, L.D., Valverde, R.H., Frazier, J.M., Simon, A.E., Stone, N.D. and Thompson, N.D. (2013), Infections in Long-Term Care Populations in the United States. *J Am Geriatr Soc*, 61: 341-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/jgs.12153>
8. Agarwal M, Dick AW, Sorbero M, Mody L, Stone PW. Changes in US Nursing Home Infection Prevention and Control Programs From 2014 to 2018. *J Am Med Dir Assoc*. 2020 Jan;21(1):97-103. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31888867>
9. Alvim ALS, Couto BRGM, Gazzinelli A. Quality of the hospital infection control programs: an integrative review. *Rev Gaucha Enferm*. 2020;41:e20190360. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32813809>
10. Dietl B, Calbo E. Top-ten papers in Infection Control (2015-2017). *Rev Esp Quimioter*. 2018 Sep;31 Suppl 1(Suppl 1):62-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30209927/>

11. Graveto JM, GDN, Rebola RIF, Fernandes EA, Costa PJDS. Hand hygiene: nurses' adherence after training. *Rev Bras Enferm.* 2018 May;71(3):1189-93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29924172>
12. Pogorzelska-Maziarz M, Chastain AM, Mangal S, Stone PW, Shang J. Home Health Staff Perspectives on Infection Prevention and Control: Implications for Coronavirus Disease 2019. *J Am Med Dir Assoc.* 2020 Dec;21(12):1782-90.e4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33256957>
13. Morioka N, Kashiwagi M. Infection prevention and control practice among home-care nursing agencies in Japan: Secondary analysis of a nationwide cross-sectional survey. *Geriatr Gerontol Int.* 2021 Oct;21(10):913-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34470081>
14. Sharma H, Xu L. Nursing Home Profit Margins and Citations for Infection Prevention and Control. *J Am Med Dir Assoc.* 2021 Nov;22(11):2378-83.e2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33930318>
15. Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig L, et al. STARD 2015: an updated list of essential items for reporting diagnostic accuracy studies. *BMJ.* 2015; 351:h5527. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26511519>
16. Russell D, Dowding DW, McDonald MV, Adams V, Rosati RJ, Larson EL, et al. Factors for compliance with infection control practices in home healthcare: findings from a survey of nurses' knowledge and attitudes toward infection control. *Am J Infect Control.* 2018;46(11): 1211-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29866633>
17. Silveira TB. Controle de Infecção na Atenção Domiciliar: Adaptação Transcultural do Instrumento Survey of Infection Control in Home Health Care [dissertação]. Brasília: Escola Superior de Ciências da Saúde; 2019.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Domiciliar ganha espaço em uma realidade de envelhecimento populacional atrelada ao crescimento na morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis. Como espaço de assistência à saúde, essa modalidade de cuidado engloba a Segurança do Paciente como eixo transversal e abarca os desdobramentos de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde, sendo cenário para o desenvolvimento de práticas que visem a mitigação de infecções. O gerenciamento nos serviços de atenção domiciliar e as práticas dos profissionais da saúde devem apoiar seu desenvolvimento no arcabouço da prevenção de erros e eventos adversos, além da prevenção e do controle de infecções.

A verificação da consistência interna dos instrumentos “Pesquisa sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar” e “Instrumento Relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar” auxilia-os como estratégias de aferição dos conhecimentos e práticas dos profissionais que atuam na Atenção Domiciliar. Também contribui para o desenvolvimento do cuidado centrado no paciente/familiar, nas práticas seguras e que garantam o controle de infecções, com vistas ao fomento da cultura de segurança do paciente e aperfeiçoamento das equipes de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Com a produção do artigo científico, espera-se contribuir no debate mundial sobre a Segurança do Paciente e Prevenção e Controle de Infecções, principalmente na Atenção Domiciliar, nicho em que a produção científica ainda apresenta lacunas. O Manual de Utilização do Instrumento Relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar pode auxiliar futuros estudos científicos nos âmbitos nacional e internacional. Além disso, espera-se que o Roteiro para animação “Segurança do Paciente nos ambientes de cuidado” possa apoiar a formação de saberes e abrir discussões quanto à necessidade de tornar a Segurança do Paciente um dos cerne da assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, B. T.; PEREIRA, D. C. R. Políticas para controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) no Brasil, 2017. *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 28, n. 3-4, p. 333-342, 2017. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/275>. Acesso em: 25 mai. 2021.

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO. *Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: teoria e prática*. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2020. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-ePratica.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2021.

BRAGA, P. P. *et al.* Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300903&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. *Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções relacionadas à Assistência (PNPCIRAS) – 2021 a 2025*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf. Acesso em: 25 mai. 2021.

BRASIL. *Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País*. Brasília: Presidência da República, 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9431.htm. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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* Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_monitoramento_avaliacao2014AD.pdf. Acesso em 05 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. *Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf. Acesso em 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. *Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf. Acesso em 15 mai. 2021.

CUNHA, M. A. O.; MORAIS, H. M. M. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 6, p. 1651-1660, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZVBcW8vnKNwwYcgKxKbNQrp/?lang=pt>. Acesso em 15 mar. 2021.

GAMA, Z.A.S. *et al.* Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. e00026215, 2016. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2016.v32n9/e00026215/pt>. Acesso em 15 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *População. Rio de Janeiro, 2019*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 30 mar. 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE – IOM. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Committee on Health Profession Education Submit. Washington, 2001. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/crossing-thequality-chasm-a-newhealth-system-for-the-21st-century/>. Acesso em: 14 jun. 2021.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL – JCI. *International Patient Safety Goals*. Oak Brook: Joint Commission International, 2017. Disponível em: http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_2017_IPSG_Infographic_062017.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Eds.). *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press, 1999. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.

MENDES, W.; MOURA, M. L.O. Estratégias para segurança do paciente em serviços de saúde. *In: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/Caderno_1_-_Assist%C3%Aancia_Segura__Uma_Reflex

%C3%A3o_Te%C3%B3rica_Aplicada_%C3%A0_Pr%C3%A1tica.pdf. Acesso em: 14 jun. 2021.

NERY, B. L. S. *et al.* Características dos serviços de atenção domiciliar. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, Recife, v. 12, n. 5, p. 1422-1429, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230604>. Acesso em: 05 abr. 2021.

OLIVEIRA, S. G.; KRUSE, M. H. L. Gênese da atenção domiciliária no Brasil no início do século XX. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. 2, e58553, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PQfZfVrydtbqqLktB5NxvYH/abstract/?lang=pt#:~:text=A%20tuberculose%2C%20a%20nova%20profiss%C3%A3o,conduzir%20as%20condut as%20dos%20indiv%C3%ADduos>. Acesso em 15 abr. 2021.

OLIVEIRA, S. G.; KRUSE, M. H. L. Melhor em casa: dispositivo de segurança. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 26, n. 1, p. e2660015, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/znFvYxJY6GLQXxxFxK8hF7r/abstract/?lang=pt#:~:text=Conclus%C3%A3o%3A,que%20propiciar%C3%A1%20a%20tecnologia%20necess%C3%A1ria>. Acesso em 15 abr. 2021.

PADOVEZE, M. C. *et al.* The concept of vulnerability applied to Healthcare-associated Infections. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 72, n. 1, p. 299-303, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100299&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 abr. 2021.

RUNCIMAN, W. *et al.* Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/21/1/18/1888152>. Acesso em: 05 abr. 2021.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100018&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 05 abr. 2021.

SILVA, K. L. *et al.* Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 22, n. 4, p. e49660, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49660>. Acesso em: 05 abr. 2021.

THUMÉ, E. *et al.* Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1102-1111, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000600016&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 05 abr. 2021.

UNITED NATIONS. *Ageing*. New York: United Nations Publications, 2019. Disponível em: <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/ageing/index.html>. Acesso em: 22 jun. 2019.

VALLE, A. R.; ANDRADE, D.; SOUSA, A. F.; CERVALHO, P. R. Prevenção e controle das infecções no domicílio: desafios e implicações para enfermagem. *Acta Paulista de*

Enfermagem, v. 29, n. 2, p. 239-244, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Bvw7FZJDx7MvdTBJnG3RkPM/?lang=pt>. Acesso em: 15 mai. 2021.

VILLAS BÔAS, M. L. de C.; SHIMIZU, H. E.; SANCHEZ, M. N. Clinical and epidemiological profile of patients from the home care program of Federal District Brazil. *International Journal of Medicine and Medical Sciences*, v. 7, p. 189-197, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/282476158_Clinical_and_epidemiological_profile_of_patients_from_the_home_care_program_of_Federal_District_Brazil. Acesso em 25 ago. 2021.

APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto **Segurança do paciente e Controle de infecções nas práticas dos profissionais da Atenção domiciliar**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Thiago Pereira da Silva e Leila Bernarda Donato Göttems.

O nosso objetivo é avaliar as práticas de segurança do paciente e de prevenção das infecções relacionadas a assistência entre os profissionais que atuam na Atenção Domiciliar.

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 se dará em duas etapas: na primeira etapa aplicaremos um questionário com perguntas sobre “Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar, o qual será respondido por enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, fisioterapeutas e médicos; na segunda etapa, aplicaremos o instrumento “Controle de Infecção na Atenção Domiciliar”, que será respondido por enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem. O tempo de resposta ao questionário está estimado em 20 a 30 minutos e deverá ser respondido em um único acesso porque o sistema não salva as respostas parcialmente.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são das dimensões moral, intelectual e social, se ocorrer exposição de informações pessoais. Estes riscos serão minimizados com a proteção dos seus dados. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a identificação de fragilidades e potencialidades na Atenção Domiciliar no que tange à Qualidade e Segurança na assistência prestada, com vistas ao desenvolvimento de boas práticas pautadas em ações preventivas.

Conforme o Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de fevereiro de 2021, os dados respondidos por você são totalmente confidenciais e sigilosos. Serão adotadas as seguintes medidas de controle dos dados fornecidos pela plataforma Google Forms®, e realizadas pelos pesquisadores: uso de pastas zipadas, códigos de identificação, controle no gerenciamento, armazenamento e transferência dos dados. Gostaríamos de destacar que para ter acesso aos dados, só os pesquisadores treinados estarão autorizados para isso. Também utilizaremos computadores próprios para essa finalidade, com proteção de senhas e códigos para que não haja nenhum extravio ou perda ou quebra de sigilo. Nenhuma vinculação

comercial será realizada, assim como não solicitaremos nenhum dado bancário. Não será feita nenhuma propaganda de marca e/ou empresa. É importante que você saiba que não será necessário divulgar nenhum dos seus dados pessoais (como nome pessoal, número do RG ou CPF ou Carteira de Habilitação, ou profissional, nem dados bancários e nem o seu número de telefone).

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).

O(a) Senhor(a) pode pensar o tempo que for necessário se deseja ou não participar desta pesquisa, inclusive pode levar este documento para sua casa, para poder decidir.

As despesas relacionadas com a participação (ressarcimento) serão absorvidas integralmente pelo orçamento da pesquisa.

O(A) Senhor(a) tem o direito garantido à indenização diante de eventuais riscos ou em caso de danos decorrentes da pesquisa, ainda que sejam danos não previstos na mesma, porém a ela relacionados, conforme Resolução CNS-MS nº466 de 2012, Cap IV.3.h

Os resultados da pesquisa serão divulgados *Escola Superior em Ciências da Saúde, Brasília- DF* podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: **Thiago Pereira da Silva e Leila Bernanrda Donato Göttems, na Escola Superior em Ciências da Saúde, thiago.silva@escs.edu.br e no telefone (61) 99216-2247 e (61) 99988-2414, respectivamente**, no horário comercial, disponível inclusive para ligação a cobrar. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS). 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 aos direitos do participante da pesquisa podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS por e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com ou por contato telefônico: (61) 2017 1145 ramal 6878.



Leila Bernarda Donato Göttems
Pesquisadora Responsável



Thiago Pereira da Silva
Pesquisador Responsável

ANEXO 1- 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 Precaução 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 realizarem 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 protocolos 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.					

ANEXO 2 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

13/03/2023, 09:15
ScholarOne Manuscripts


Revista da Escola de Enfermagem da USP

🏠 Home

✍️ Author

Submission Confirmation

🖨️ Print

Thank you for your submission

Submitted to
Revista da Escola de Enfermagem da USP

Manuscript ID
REEUSP-2023-0085

Title
Segurança do paciente na atenção domiciliar: validação de instrumento para avaliar as práticas profissionais

Authors
Silva, Thiago
CORTES, CINTHIA
Dias de Melo, Gabriella
Bołognani, Mariah
Santana, Alfredo
GOTTEMS, LEILA

Date Submitted
13-Mar-2023

Author Dashboard



<https://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>
1/2

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE E CONTROLE DE INFECÇÕES NAS PRÁTICAS DOS
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO

DOMICILIAR **Pesquisador:** THIAGO PEREIRA DA SILVA **Área**

Temática:

Versão: 2

CAAE: 52654821.4.0000.5553

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.141.606

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos * Apresentação do Projeto, * Objetivo da Pesquisa e * Avaliação dos Riscos e Benefícios foram extraídas dos arquivos intitulados

ProjetoSegIRAS.docx 16/11/2021 12:37:30 Principal THIAGO PEREIRA DA SILVA (pesquisador) LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS (Orientadora).

RESUMO

Este projeto tem como objetivos: avaliar as práticas de segurança do paciente e de prevenção das infecções relacionadas à assistência entre os profissionais que atuam na Atenção Domiciliar nas modalidades AD2, AD3 e AD4; Identificar a adesão autorreferida às práticas de controle de infecção a fatores relacionados ao próprio profissional, ao paciente e seu domicílio; analisar as práticas de Segurança do Paciente na Atenção

Domiciliar; analisar a consistência interna dos instrumentos Pesquisa Sobre Controle De Infecção na Atenção Domiciliar e o Instrumento Relacionado a Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar; produzir relatório técnico que descreva a atual situação do

Controle de Infecção e a Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar no DF à SES-DF. Método: será realizada uma pesquisa exploratória e transversal de abordagem mista, realizada em etapas sequenciais. O cenário para o estudo serão os 11 Núcleos Regionais de Atendimento Domiciliar, compostos por 17 Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar e 09 Equipes Multiprofissionais de Apoio. A coleta de dados será direcionada aos profissionais da Saúde dos NRAD e EMAD. Na primeira etapa será aplicado o “Instrumento relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar”, por

Endereço:	SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP		
Bairro:	ASA NORTE	CEP:	70.710-907
UF:	DF	Município:	BRASILIA
Telefone:	(61)2017-1145	E-mail:	cep@fepecs.edu.br

meio virtual, o qual se aplica a médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem. Na segunda etapa, será aplicado o instrumento “Pesquisa sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar”, por meio virtual, com enfermeiros, técnicos de Enfermagem e auxiliares de Enfermagem, pois o instrumento é direcionado à equipe de Enfermagem. Em ambas as etapas, caso o quantitativo necessário de participantes não seja alcançado, os dados serão coletados in locu. A análise dos dados será por meio de estatística descritiva para as variáveis descritivas dos perfis dos entrevistados e nos itens dos questionários além das frequências também serão aplicados testes não paramétricos para identificação de correções. Será realizada análise fatorial exploratória para o questionário relacionados à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar para redução de itens. Para a análise da consistência interna será feito o Alfa Crombach. Os resultados esperados são: conhecer o panorama da Qualidade e Segurança na Atenção Domiciliar no DF no âmbito do SUS-DF; recomendar estratégias para os profissionais da saúde para ampliar a segurança das práticas e prevenir infecções relacionadas a assistência. Espera-se também produzir material de divulgação destas práticas de fácil acesso para profissionais, familiares, cuidadores e pacientes.

1. INTRODUÇÃO

Mudanças no perfil epidemiológico e demográfico na população brasileira apontam a Atenção Domiciliar (AD) como resposta às demandas de cuidados complementares à Atenção Primária à Saúde ou substitutiva à Atenção Hospitalar (BRASIL, 2020a). O envelhecimento populacional é uma tendência mundial, com crescimento entre os grupos etários com idade mais avançada. No Brasil, os idosos com 75 anos ou mais representam 3,8% da população e estima-se que em 2060 esse percentual seja de 13,4%. A partir de 2000, a expectativa de vida dos brasileiros aumentou de maneira acentuada, contribuindo para um acréscimo no número da população idosa (TAVARES, D.M.S., OLIVEIRA, N.G.N., SANTOS L.L.S., MARCHIORI G.F., SOUSA L.A., RODRIGUES F.R., 2021). Um aumento exponencial na carga global de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) marcou o início do século 21. Envelhecimento da população, melhores condições de vida e o rápido aumento de ambientes obesogênicos foram os potenciais contribuintes. DCNT são caracterizadas por ter múltiplas causas, início gradual e curso progressivo, levando a lesões irreversíveis e suas complicações. No Brasil, 70% das mortes são causadas por DNCT e suas complicações e estima-se que, em 2025, 15 milhões de pessoas morrerão por DNCT (MONTEIRO, L.Z. et al., 2021).

A AD é uma modalidade de atenção à saúde, integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), prestada em domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 2016a). Esse espaço de assistência à saúde propicia frentes como a otimização de recursos hospitalares e a desospitalização, com melhor manejo dos leitos hospitalares, além do aspecto da humanização do cuidado, com melhora da autonomia do paciente (BRASIL, 2020b).

A contextualização histórica da Atenção Domiciliar segue a trajetória da criação dos sistemas de saúde no mundo. Com o nascimento da Medicina Urbana, no final do século XVIII e início do século XIX, iniciou-se a noção de salubridade, como base material e social para garantir a melhor saúde das pessoas. Com o objetivo de acompanhamento observacional e sistematizado, inicia-se, na Alemanha, a Medicina de Estado (OLIVEIRA, S.G., KRUSE M.H.L., 2016). A forma organizada de cuidados em Assistência Domiciliar à Saúde tem como primeira referência o Dispensário de Boston no ano de 1796,

Endereço:	SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP		
Bairro:	ASA NORTE	CEP:	70.710-907
UF:	DF	Município:	BRASILIA
Telefone:	(61)2017-1145	E-mail:	cep@fepecs.edu.br

hoje: New England Medical Center. Em 1850, sob a liderança de Lilian Wald, com a determinação de promover ações de saúde em domicílio, foi criado o programa que mais tarde denominou-se Public Health Nurse; no continente europeu, a maioria dos países possui sistemas de assistência domiciliar, com destaque para o programa francês ANTADIR, direcionado aos pacientes com doenças respiratórias e dependentes de oxigenoterapia (AMARAL, N.N., CUNHA M.C.B, LABRONICI R.H.D.D., OLIVEIRA A.S.B., GABBAI A.A., 2001). No início do século XIX ocorreu nos Estados Unidos da América um trabalho onde um grupo de senhoras de uma comunidade na Carolina do Sul prestava cuidados aos doentes em seus domicílios (SOUZA I.R. et al., 2008).

A AD no Brasil nasce como estratégia e tática de biopoder, para controlar, analisar e vigiar as pessoas em seus domicílios (OLIVEIRA, S.G, KRUSE, M.H.L., 2016). O primeiro sistema de AD no Brasil foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 1967, tendo como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados, e para tanto, foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar, englobando os cuidados de baixa complexidade clínica (AMARAL, N.N., CUNHA M.C.B, LABRONICI R.H.D.D., OLIVEIRA A.S.B., GABBAI A.A., 2001). Acompanhando a tendência mundial do envelhecimento da população e expansão das doenças crônicas não transmissíveis e incapacitantes, os serviços de AD estão em crescimento desde o início da década de 1990, principalmente na iniciativa privada e nos centros urbanos (BRASIL, 2016b).

A AD ganhou força no Brasil à partir da institucionalização de processos iniciados pelos municípios e o Programa Melhor em Casa instrumentaliza essa modalidade de cuidado através do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) que é substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). A AD é estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial (BRASIL, 2016a).

No Brasil, a formulação de uma Política Nacional de AD teve como primeiro marco regulatório, a Portaria Ministerial nº 2416 de 1998, que estabelecia requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para reabilitação de internação domiciliar no SUS. Em 2002, a Lei nº10.424 acrescentou à Lei nº 8.080 a disposição sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes, regulamentando a AD no SUS. Esses marcos legais, acrescidos de discussões que visavam a estruturação de regulação e financiamento para a AD resultou em portarias e no lançamento do Programa Melhor em Casa, que institui a Atenção

Domiciliar no âmbito do SUS, sendo redefinida pela Portaria nº 963, de 27 de maio de

2013. Em 2016, a Portaria nº 825 redefiniu a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), atualizou a necessidade de atuação das equipes em procedimentos complexos, além de revogar as portarias anteriores.

O programa de internação domiciliar foi iniciado no Distrito Federal em 1994, nas

Coordenações Gerais de Saúde de Sobradinho e de Planaltina, com o nome de SAMED

Endereço:	SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP		
Bairro:	ASA NORTE	CEP:	70.710-907
UF:	DF	Município:	BRASILIA
Telefone:	(61)2017-1145	E-mail:	cep@fepecs.edu.br

(Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio) que objetivava ofertar atendimento domiciliar por equipe multiprofissional a pacientes portadores de doenças crônicas ou patologias com sua fase aguda resolvida a nível hospitalar e então adquirido condições de assistência no domicílio. O SAMED foi criado no DF pela Lei nº 867 de

25.05.1995.

Com a Portaria nº. 2416/GM, de 1998, o Ministério da Saúde habilitou alguns hospitais no Brasil, dentre os quais, 15 do DF e uma Unidade Mista como serviços de

internação domiciliar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Em 2000, o serviço foi formalizado na SES-DF como Núcleo de Assistência Médica a Internados em Domicílio (NAMID). Com o aumento da demanda, foi necessária a criação de uma coordenação que gerenciasse a atividade das equipes, sendo assim, foi criada a Coordenação de Internação Domiciliar (COIND), pelo Decreto nº 23.660, de 14 de março de 2003, da SES-DF. Em de 2006, com a publicação da RDC nº 11 da ANVISA, da

Portaria nº. 20, de 02 de maio, que implanta o Subsistema de Assistência Domiciliar (SSAD) e da Portaria nº 2.529 (48), do Ministério da Saúde, foram definidas as diretrizes operacionais para a implantação do Programa de Internação Domiciliar do DF. No mesmo ano, foi criado o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar, destinado a pacientes portadores de doenças que evoluíssem com hipoxemia prolongada e indicação de

oxigenoterapia domiciliar. Em 2007, com a mudança da estrutura organizacional da SESDF, a COIND passou a ser Gerência de Atenção Domiciliar (GEAD) vinculada à

Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS), com a criação de 15 Núcleos Regionais e Atenção Domiciliar (NRAD), antigos NAMID (VILLAS BÔAS, M.L.C., 2015).

A organização da AD divide-se em Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1), em que os pacientes possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A inclusão para cuidados na modalidade Atenção Domiciliar Tipo 2 (AD2) será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tendo como base a demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros; dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade; adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de

Endereço:	SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP		
Bairro:	ASA NORTE	CEP:	70.710-907
UF:	DF	Município:	BRASILIA
Telefone:	(61)2017-1145	E-mail:	cep@fepecs.edu.br

traqueostomia; adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses; adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento

contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; acompanhamento de ganho

ponderal de recém-nascidos de baixo peso; necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; necessidade de cuidados paliativos; e necessidade de medicação endovenosa, intramuscular ou subcutânea, por tempo pré estabelecido. A modalidade Atenção Domiciliar Tipo 3 (AD3) destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. Para que o usuário seja incluído para cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique a necessidade do uso de

Suporte Ventilatório não invasivo ou diálise peritoneal ou paracentese (BRASIL, 2016a). No Distrito Federal, há 11 Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD), compostos pelas Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe

Multiprofissional de Apoio (EMAP), distribuídos nas Regiões do DF, sendo que há 14 EMAD e 9 EMAP. Cada EMAD fica responsável pela internação de até 60 pacientes concomitantemente, sendo cada equipe responsável pelo acompanhamento de 100 mil habitantes. Para os pacientes de alta complexidade em ventilação mecânica, o Governo do Distrito Federal tem um contrato com empresa privada com 100 vagas disponíveis. As EMAD tem em sua composição 40 horas de médico, 40 horas de enfermeiro, 120 horas de técnico de enfermagem e 40 horas de fisioterapeuta ou assistente social. Cada EMAP tem em sua composição mínima de 90 horas distribuídas em três categorias de profissionais diferentes como Nutricionista, Fisioterapeuta, Assistente Social,

Fonoaudiólogo, Terapia Ocupacional, Psicólogo, Farmacêutico e Odontólogo. Atualmente, as equipes de atenção domiciliar (EMAD e EMAP) estão inseridas no Núcleo de Atenção Domiciliar (NRAD) de cada região. Cada NRAD está vinculado diretamente à Gerência de Assistência Clínica de cada hospital e este a Diretoria

Hospitalar. Cada EMAP poderá atender até 3 EMAD. Desta forma, a vinculação das EMAP pode ser somente a um hospital regional, porém a sua atuação continuará sendo em toda a Região de Saúde de modo a assegurar a assistência das EMAD como previsto.

Segundo documentos norteadores da SES-DF, os indicadores atualmente utilizados para avaliar e monitorar o desempenho da AD no DF são Percentual mensal por Região de desospitalização e atendimentos realizados monitorados por meio do FAD

(Formulário de Avaliação de Desospitalização) e ESUS-AD. Os serviços não contemplados no contrato vigente do Serviço de Atenção

Endereço:	SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP		
Bairro:	ASA NORTE	CEP:	70.710-907
UF:	DF	Município:	BRASILIA
Telefone:	(61)2017-1145	E-mail:	cep@fepecs.edu.br

Domiciliar de Alta Complexidade (SAD-AC) serão contemplados pelos NRAD de referência que deverão registrar por meio do sistema ESUS-AD e Trakcare os atendimentos realizados aos pacientes inseridos no SAD-AC (alta complexidade). Os encontros do Núcleo Interno de Regulação (NIR) acontecem regularmente como previsto, com representantes da equipe do NRAD.

Ressalta-se que pacientes AD1 são de responsabilidade das equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) não podendo ser classificados como AD2 por implicar em responsabilização por classificação inadequada em eventuais auditorias do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS).

A assistência a pacientes mais complexos, com necessidade de utilização de dispositivos invasivos, medicação parenteral, ventilação mecânica e outros cuidados, torna o controle de infecção uma grande preocupação no ambiente domiciliar. As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são eventos adversos evitáveis através de medidas simples que podem ser adotadas pelos profissionais na sua prática. IRAS são eventos adversos comuns na assistência à saúde e um problema de saúde pública com impacto na morbi-mortalidade e qualidade de vida. O reconhecimento da ocorrência de IRAS em cenários extra hospitalares implica na necessidade de ampliar o conhecimento de medidas preventivas aos profissionais de saúde que atuam nessas modalidades. Entretanto, as evidências científicas são limitadas e o conhecimento sobre soluções de controle de infecção nos ambientes extra hospitalares se encontra em estágio inicial (BRASIL, 2021).

Há um interesse crescente pela qualidade em todos os setores, sendo notável na área da saúde. Qualidade em saúde é um conceito amplo que engloba seis dimensões. Então, para a melhoria da assistência à saúde (IOM, 2001), os cuidados em saúde devem ser:

1. Segura: evitar danos associados aos cuidados prestados ao paciente; 2. Efetiva: ser baseada em evidências e conhecimento científico. Evitar a subutilização e o uso excessivo de recursos e serviços;

Centrada no paciente: ofertar cuidados personalizados, considerar os valores e as decisões clínicas do paciente;

Oportuna: reduzir esperas e atrasos prejudiciais ao paciente e profissionais prestadores do cuidado 5.

Eficiente: evitar desperdícios, principalmente de equipamentos, ideias e energia; 6. Equidade: não variar o cuidado a depender do gênero, raça, localização geográfica e status socioeconômico.

A segurança do paciente é uma das dimensões da qualidade em saúde. A ausência de segurança na assistência à saúde afeta negativamente as demais dimensões da qualidade. Sendo assim, a segurança e a qualidade são indissociáveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou consenso sobre a taxonomia em segurança do paciente e a definiu como “redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável” (OMS, 2009), levando à ausência de lesões devido à assistência à saúde que deve ser benéfica. Essas definições reforçam que sistemas de saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes.

Endereço:	SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP		
Bairro:	ASA NORTE	CEP:	70.710-907
UF:	DF	Município:	BRASILIA
Telefone:	(61)2017-1145	E-mail:	cep@fepecs.edu.br

A segurança é uma dimensão da qualidade, conceito este mais abrangente. Porém, a segurança é a dimensão mais crítica e decisiva para os pacientes (MENDES, W.; MOURA, M.L.O., 2017). A maioria dos eventos adversos podem ser evitados, geralmente por ações que não exigem utilização de tecnologias complexas, baseadas na gestão dos riscos e adoção de práticas seguras.

A avaliação da cultura de segurança do paciente é o primeiro passo para a sua implantação no sentido da melhoria da assistência e do subsídio da gestão do serviço por meio de seu monitoramento, influenciando, assim, mudanças organizacionais.

Inicialmente, tal avaliação ocorria apenas no ambiente hospitalar, mas, nos últimos anos, tem sido crescente sua utilização em instituições de longa permanência, casas de idosos, atenção primária, por se entender que os riscos estão presentes em todas as esferas de assistência à saúde (OLIVEIRA P.C., SANTOS O.P., VILLELA E.F.M., BARROS P.S., 2021)

HIPÓTESE:

A hipótese da pesquisa é que as práticas de controle de infecção e de segurança do paciente nos cuidados realizados no domicílio estão influenciadas pelas condições das residências, pela capacitação dos cuidadores e dos profissionais de saúde, com diferenças significativas entre os profissionais de saúde, por tipo de formação e tempo de atuação.

3. MATERIAIS E MÉTODO

3.1. Desenho do Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória e transversal de abordagem mista, realizada em etapas sequenciais conforme proposto por Creswel (2019). A pesquisa é transversal

quando descreve dados coletados em um determinado período, descrevendo a prevalência de determinada doença. Os estudos descritivos têm por características determinada condição clínica, doença ou estado de saúde, avaliando sua distribuição no tempo, espaço e peculiaridade individual.

3.2 Coleta de Dados

O cenário para o estudo serão os 11 Núcleos Regionais de Atendimento Domiciliar, compostos por 17 Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar e 09 Equipes Multiprofissionais de Apoio.

3.3. Participantes

A coleta de dados será direcionada aos profissionais da Saúde dos NRAD e EMAD. 3.3.1. Critérios de inclusão: Serão incluídos todos os médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem que estiverem em atividade no momento da coleta 3.3.2. Critérios de exclusão: serão excluídos os profissionais das categorias de Assistência Social, Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição e Farmácia que compõem as equipes; serão excluídos também os instrumentos não completamente preenchidos.

Endereço:	SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP		
Bairro:	ASA NORTE	CEP:	70.710-907
UF:	DF	Município:	BRASILIA
Telefone:	(61)2017-1145	E-mail:	cep@fepecs.edu.br

3.4. Estratégia da coleta de dados: Os dados serão coletados por meio da aplicação dos instrumentos de coleta de dados em duas etapas.

Na primeira etapa, será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE), de forma virtual. Após o aceite do TCLE, serão disponibilizadas as questões do “Instrumento relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar”, por meio

virtual, o qual se aplica a médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem. Caso o quantitativo necessário de respondentes não seja alcançado, os dados serão coletados nos NRAD e na empresa que possui contrato com a SES-DF, dos indivíduos que não responderam o instrumento virtualmente. Os sujeitos da Pesquisa serão orientados quanto os objetivos do estudo e serão convidados a participar da investigação. Aos que aceitarem o convite, será solicitada assinatura do TCLE, que será assinado pelo participante e entregue ao pesquisador e assim, iniciará a coleta com o Instrumento “Instrumento relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar”.

Nesta etapa, serão incluídos médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos de Enfermagem e auxiliares de Enfermagem, já que o instrumento é indicado a profissionais de Saúde de diferentes categorias.

Na segunda etapa, será apresentado o TCLE e as questões do instrumento “Pesquisa sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar”, por meio virtual. Caso o quantitativo

necessário de participantes não seja alcançado, os dados serão coletados nos NRAD e na empresa que possui contrato com a SES-DF. Será realizada uma explanação acerca da Qualidade e Segurança Do Paciente na AD, será entregue o TCLE, que será assinado pelo participante e entregue ao pesquisador e assim, iniciará a coleta com enfermeiros, técnicos de Enfermagem e auxiliares de Enfermagem, pois o instrumento é direcionado à equipe de Enfermagem.

3.5. Instrumento

Utilizaremos dois instrumentos validados para a coleta de dados. O primeiro, chama-se “Pesquisa sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar” e possui questões sobre a adesão autorreferida às práticas de controle de infecção a fatores relacionados ao próprio profissional, ao paciente e seu domicílio. O instrumento “Pesquisa sobre Controle de Infecção na Atenção Domiciliar” é composto originalmente por 52 itens, divididos em cinco seções: critérios de elegibilidade, conhecimentos, atitudes, práticas e questionário sócio-demográfico. A população-alvo do instrumento é a equipe de enfermagem dos serviços de Atenção Domiciliar. Após o processo de adaptação transcultural, a versão brasileira do instrumento, totalizou 49 itens, já que três foram excluídos por não se adaptarem à cultura brasileira.

O segundo instrumento, denominado “Instrumento relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar”, aborda aspectos relacionados à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar.

Endereço:	SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP		
Bairro:	ASA NORTE	CEP:	70.710-907
UF:	DF	Município:	BRASILIA
Telefone:	(61)2017-1145	E-mail:	cep@fepecs.edu.br

3.6. Análise de Dados A análise dos dados será por meio de estatística descritiva para as variáveis descritivas dos perfis dos entrevistados e nos itens dos questionários, além das frequências também serão aplicados testes não paramétricos para identificação de correções.

Será realizada análise fatorial exploratória para o questionário relacionados à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar para redução de itens. Para a análise da consistência interna será feito o Alfa Crombach.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo da Pesquisa:

2.1. Objetivo geral

Avaliar as práticas de segurança do paciente e de prevenção das infecções relacionadas à assistência entre os profissionais que atuam na Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3.

2.2. Objetivos específicos

Identificar a adesão autorreferida às práticas de controle de infecção a fatores relacionados ao próprio profissional, ao paciente e seu domicílio.

Analisar as práticas de Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar.

Analisar a consistência interna dos instrumentos Pesquisa Sobre Controle De Infecção na Atenção Domiciliar e o Instrumento Relacionado a Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar.

Produzir relatório técnico que descreva a atual situação do Controle de Infecção e a Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar no DF à SES-DF

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

De acordo com a Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde: toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, devendo haver ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos.

Nesta pesquisa, podem ser identificados preliminarmente os seguintes riscos aos participantes:

Responder a questões sensíveis, tais como atos que geraram danos a si e a familiar;

Possível desconforto com as perguntas a serem respondidas; e

Tomar o tempo do participante ao responder ao questionário/ entrevista.

Na busca da redução destes riscos, esta pesquisa ocupar-se-á de garantir aos participantes: local reservado, liberdade para não responder questões constrangedoras, estar atento aos sinais verbais e

Endereço:	SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP		
Bairro:	ASA NORTE	CEP:	70.710-907
UF:	DF	Município:	BRASILIA
Telefone:	(61)2017-1145	E-mail:	cep@fepecs.edu.br

não verbais de desconforto e assegurar a confidencialidade e a privacidade e a proteção da imagem de pessoas citadas nas respostas. A coleta de dados iniciar-se-á após a provação do CEP

BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Os benefícios previstos para este estudo estão ancorados à identificação de fragilidades e potencialidades na Atenção Domiciliar no que tange à Qualidade e Segurança na assistência prestada, com vistas ao desenvolvimento de boas práticas pautadas em ações preventivas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se do Trabalho de mestrado profissional em ciências para saúde pelo programa de pós graduação em ciência da saúde da Escola Superior de Ciência da Saúde.

Trabalho relevante para o serviço, visando o conhecer o panorama da Qualidade e Segurança na Atenção Domiciliar no DF no âmbito do SUS-DF; recomendar estratégias para os profissionais da saúde para ampliar a segurança das práticas e prevenir infecções relacionadas a assistência. Espera-se também produzir material de divulgação destas práticas de fácil acesso para profissionais, familiares, cuidadores e pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: (gerada pela plataforma Brasil) - Apresentada, datada e assinada.

Termo de Concordância/Anuência: Apresentada, datada e assinada.

Currículos dos pesquisadores: Apresentados.

Termo de Compromisso: Apresentada, datado e assinado.

Cronograma da Pesquisa: Apresentada e adequado.

Planilha de Orçamento: Apresentada e adequado.

TCLE: Apresentado e adequado

Termo de Assentimento: Apresentado e adequado Critérios de Inclusão e Exclusão: Apresentado e adequado

Recomendações:

—

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

Pendências solucionadas na atual versão do projeto

PENDÊNCIA 1 - ATENDIDA:

A equipe de pesquisa também deverá abordar os riscos relacionados ao sigilo e confidencialidade de dados pessoais e a forma como tais riscos serão minimizados (ex: acesso aos dados através de um computador com senha pessoal, não repassada a terceiros; utilização de codificações ao invés da

Endereço:	SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP		
Bairro:	ASA NORTE	CEP:	70.710-907
UF:	DF	Município:	BRASILIA
Telefone:	(61)2017-1145	E-mail:	cep@fepecs.edu.br

identificação por nome, endereço, telefone, documentos pessoais, entre outros)*Base legal: Resolução CNS nº466/2012 item V.e, Norma Operacional CNS nº001/2013 Capítulo 3, item 3.4.1, alínea 12.

RESPOSTA: Foi inserido o seguinte texto no TCLE e na página 15, 3º parágrafo do Projeto de Pesquisa: “Conforme o Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de fevereiro de 2021, os dados respondidos por você são totalmente confidenciais e sigilosos. Serão adotadas medidas de controle dos dados fornecidos pela plataforma Google Forms®, e realizada pelos pesquisadores: uso de pastas zipadas, códigos de identificação, controle no gerenciamento, armazenamento e transferência dos dados. Gostaríamos de destacar que para ter acesso aos dados só os pesquisadores treinados estarão autorizados para isso. Também utilizaremos de computadores próprios para essa finalidade, com proteção de senhas e códigos para que não haja nenhum extravio, ou perda ou quebra de sigilo. Nenhuma vinculação comercial será realizada, assim como não solicitaremos nenhum dado bancário. Não será feita nenhuma propaganda de marca e/ou empresa. É importante que você saiba que não será necessário divulgar nenhum dos seus dados pessoais (como nome pessoal, número do RG ou CPF ou Carteira de Habilitação, ou profissional, nem dados bancários e nem o seu número de telefone). Seus dados serão individuais, e nenhum convite será feito de maneira exposta” PENDÊNCIA 2 - ATENDIDA:

a) Inserir telefone pessoais para ligações a cobrar (esse gasto não deve ser repassado para a Instituição. b) Atualizar o telefone de contato do CEP-FEPECS para 2017-1145 ramal 6878; c) Solicitamos que seja discriminado no TCLE quais os profissionais que estarão respondendo a primeira etapa da pesquisa em que será aplicado o “Instrumento relacionado à Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar” (o qual se aplica a médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem) e, da mesma forma, que também seja informado no TCLE quais os profissionais que estarão respondendo a segunda etapa

"Controle de infecção na AD"(o qual se

aplica aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem). d) O TCLE deverá garantir ao participante o direito à indenização diante de eventuais riscos decorrentes da pesquisa, conforme Resolução CNS-MS nº 466 de 2012, Cap IV.3.h

RESPOSTA: Foram inseridos no TCLE os textos abaixo. Ademais, foi elaborado um modelo de TCLE para o formato on line e outro para o formato impresso: no on line ele aceita participar e o questionário será automaticamente disponibilizado; no impresso deixaremos uma cópia com ele.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: ThiagoPereira da Silva e Leila Bernarda Donato Göttems , na Escola Superior em Ciências da Saúde, thiago.silva@escs.edu.br e no telefone (61) 99216-2247 e (61) 99988-2414, respectivamente, no horário comercial, disponível inclusive para ligação a cobrar.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS). OCEP 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 aos direitos do participante da pesquisa

Endereço:	SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP		
Bairro:	ASA NORTE	CEP:	70.710-907
UF:	DF	Município:	BRASILIA
Telefone:	(61)2017-1145	E-mail:	cep@fepecs.edu.br

podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS por e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com ou por contato telefônico: (61) 2017 1145 ramal 6878.

A sua participação se dará em duas etapas: na primeira etapa aplicaremos um questionário com perguntas sobre “Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar”, o qual será respondido por enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, fisioterapeutas e médicos; na segunda etapa, aplicaremos o instrumento “Controle de Infecção na Atenção Domiciliar”, que será respondido por enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem. O tempo de resposta ao questionário está estimado em 20 a 30 minutos e deverá ser respondido em um único acesso porque o sistema não salva as respostas parcialmente.

O(A) Senhor(a) tem direito o direito garantido à indenização diante de eventuais riscos ou em caso de danos decorrentes da pesquisa, ainda que sejam danos não previstos na mesma, porém a ela relacionados, conforme Resolução CNS- MS nº466 de 2012, Cap IV.3.h

****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.

***Considerando a pandemia (COVID-19), reiteramos que sejam obedecidas as orientações vigentes do Governo do Distrito Federal (quanto à limitação de acessos, isolamentos sociais e circulações desnecessárias em ambientes que possam gerar riscos ao pesquisador e aos participantes da pesquisa).

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1816406.pdf	16/11/2021 12:45:28		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CartadeRespostaasPendencias.docx	16/11/2021 12:39:37	THIAGO PEREIRA DA SILVA	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoSegIRAS.docx	16/11/2021 12:37:30	THIAGO PEREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2Digital.doc	16/11/2021 12:35:52	THIAGO PEREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE2Impresso.doc	16/11/2021 12:35:29	THIAGO PEREIRA DA SILVA	Aceito

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br

Ausência				
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/10/2021 09:39:50	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO.pdf	06/10/2021 09:34:33	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO.pdf	06/10/2021 09:34:00	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoSegIRASAD05_10.pdf	05/10/2021 16:24:09	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_2.pdf	05/10/2021 15:32:57	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_1.pdf	05/10/2021 15:32:33	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Folha de Rosto	FRThiagoSilva.pdf	05/10/2021 15:31:12	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Declaração de concordância	TERMO_ANUENCIA_INSTITUCIONAL.pdf	23/09/2021 13:00:45	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Outros	leilagottemsresumido.pdf	23/09/2021 13:00:19	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Outros	CurriculoGabriellaDiasdeMelo.PDF	23/09/2021 12:52:31	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Outros	Curriculo_thiago_pereira_silva.pdf	23/09/2021 12:51:27	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Outros	Curriculo_Mariah_vicari_bolognani.pdf	23/09/2021 12:50:59	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 02 de dezembro de 2021

Assinado por: Marcondes Siqueira Carneiro (Coordenador(a))

Endereço:	SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro:	ASA NORTE CEP: 70.710-907
UF: DF	Município: BRASILIA
Telefone:	(61)2017-1145 E-mail: cep@fepecs.edu.br