

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL INOVAÇÃO NO
ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

Márcia Cristina Bizache de Macedo Bertão

**A COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A
SEGURANÇA DO PACIENTE EM ASSISTÊNCIA
DOMICILIAR**

SÃO PAULO

2020

MÁRCIA CRISTINA BIZACHE DE MACEDO BERTÃO

**A COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A
SEGURANÇA DO PACIENTE EM ASSISTÊNCIA
DOMICILIAR**

Trabalho Final de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Superior em Saúde, da Universidade Municipal de São Caetano do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde

Área de concentração: Inovação no Ensino Superior em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lena Vânia Carneiro Peres

SÃO PAULO - SP

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

BERTÃO, Márcia Cristina Bizache de Macedo

A Compreensão dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a Segurança do Paciente em Assistência Domiciliar-Márcia Cristina Bizache de Macedo Bertão – São Paulo - USCS, 2020. 117f.

Orientador: Profa. Dra. Lena Vânia Carneiro Peres

Dissertação (mestrado) – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Mestrado Profissional em Educação, 2020.

Trabalho Final de Curso defendido e aprovado em 24/04/2020 pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

Profa. Dra. Lena Vânia Carneiro Peres (orientadora)

Prof.º Antônio Lira (Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS)

Prof.º Gustavo Porfirio (Universidade São Judas Tadeu – USJT)

Dedico este trabalho a Deus e minha família, por sempre estar ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me abençoar e permitir que ao meu lado sempre tenha pessoas abençoadas, como meus pais Antônio e Agostinha, esposo Silvio, filho Thiago, nora Andressa, irmão Marcio (que me salva com seu conhecimento em TI), cunhada Alessandra, minha grande amiga/irmã Ana Honorato e amiga Mônica (por me hospedar tão gentilmente em sua casa), são essas pessoas que me ajudam e me fazem ser melhor a cada dia!

Ao Dr. Paulo Capucci por esta oportunidade (um grande líder), aos meus colegas da UBS Jardim Orion, UBS Jordanópolis, UBS Autódromo e UBS Castro Alves pelo apoio e parceria, a todos da equipe e docência da USCS pelo apoio nesta jornada e a querida orientadora Lena Vânia Carneiro Peres, faz vinte anos que nos conhecemos e desde então me direciona ao “ponto futuro”, para essa “grande Mestre”, minhas orações e minha eterna gratidão!

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender o conhecimento que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) possuem sobre a cultura da segurança do paciente na assistência domiciliar (AD). Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem do tipo qualitativa. Foi utilizado um questionário autoaplicável, para uma amostra de 239 trabalhadores das equipes de ESF que realizam AD, distribuídos em quatro Unidades de Básicas de Saúde (UBS) pertencentes ao Distrito de Saúde Cidade Dutra, componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) da Supervisão Técnica de Saúde (STS) de Capela do Socorro, Zona Sul do Município de São Paulo. Para a variável primária foram consideradas as respostas dos entrevistados dos componentes observados no Questionário de E-Cultura de Segurança do Paciente, conforme a adaptação do questionário Hospital Sorve on Patient Safety Culture (HSOPSC-versão traduzida e adaptada para o Brasil), que foi adaptado para pesquisa de segurança do paciente no contexto da assistência domiciliar. Na análise descritiva dos resultados foi utilizado o programa SPSS versão 20. 133 questionários foram preenchidos. O percentual de respostas positivas, neutras e negativas permitiram a identificação de áreas com potencial forte ou frágil no contexto da cultura da segurança do paciente. Considerou-se áreas fortes as respostas com percentual maior ou igual a 75% de respostas positivas e como áreas frágeis as com 50% ou menos de respostas positivas. As seções com percentual negativo mais evidenciado foram “seu local de atuação” e “o seu supervisor/chefe”, com destaque nas questões “pressão do trabalho” e “pressão do supervisor para realização do trabalho quando há aumento da demanda”. A questão que obteve potencial forte foi a “classificação de prioridades para definição do cuidado domiciliar”, com 85,7% de percentual. 67,7% dos profissionais referiram que nunca realizaram educação permanente em segurança do paciente, entretanto, 55,6% dos trabalhadores referem que a segurança do paciente desenvolvida na UBS na AD é caracterizada como “boa”. Uma boa segurança do paciente é baseada no estímulo à cultura sobre o tema, visando reduzir os danos nos cuidados de saúde. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul tendo como instituição coparticipante a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Organização Social Saúde da Família.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Estratégia Saúde da Família. Segurança do paciente.

ABSTRACT

The aim of this study was to understand the knowledge that professionals of the Family Health Strategy (FHS) have about the culture of patient safety in home care (HC). This is a descriptive, cross-sectional study with a qualitative approach. A self-administered questionnaire was used, for a sample of 239 workers from the FHS teams that perform HC, distributed in four Basic Health Units (BHS) with ESF from Cidade Dutra Health District included in the Health Care Network (HCN) of the Technical Health Supervision (THS) of Capela do Socorro, South Zone of the city of São Paulo. For the primary variable, the interviewee's responses observed in the Patient Safety E-Culture Questionnaire were used, according to the adaptation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire (HSOPSC-version translated and adapted for Brazil), adjust for patient safety research for home care. For the descriptive analysis of the results, the SPSS version 20 program was used. 133 forms were filled out. The percentage of positive, neutral and negative responses allowed the identification of areas with strong or fragile potential in the context of the patient safety culture. Responses with a percentage greater than or equal to 75% of positive responses were considered strong areas, and fragile areas were those with 50% or less positive responses. The sections with the most evident negative percentage were "your place of work" and "your supervisor / boss", focussing on "work pressure" and "supervisor pressure to carry out work when there is an increase in demand". The question that obtained strong potential was the "classification of priorities for the definition of home care", with an 85.7% percentage. 67,7% of the professionals reported they never accomplished permanent education in patient safety, however, 55,6% of the workers reported that the patient safety developed in the BHS in the HC is characterized as "good". A good patient safety is based on encouraging culture on the subject, aiming to reduce the damage in healthcare. This project was submitted to the Research Ethics Committee of the Municipal University of São Caetano do Sul, having as a co-participant the Municipal Health Secretary of São Paulo and the Social Organization of Family Health.

Keywords: Home care. Family Health Strategy. Patient safety.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1 - Comparação das questões excluídas e modificadas do E - Questionário de Cultura para Segurança Hospitalar, para as questões que foram adaptadas para o questionário Cultura de Segurança do Paciente na Assistência Domiciliar para profissionais da Estratégia de Saúde da Família.....	28
TABELA 1 - Distribuição dos participantes segundo escolaridade, cargo/função, tempo de trabalho na ESF, tempo de trabalho na UBS e tempo que exercem a atual profissão.....	357
TABELA 2 – Frequência de respostas ao questionário Cultura de Segurança do Paciente em AD para profissionais da ESF - Seção A, classificado de acordo com a análise realizada pelos profissionais conforme a escolaridade (N=133)	40
TABELA 3 – Frequência de respostas ao questionário Cultura de Segurança do Paciente em AD para profissionais da ESF - Seção B- classificado de acordo com a análise realizada pelos profissionais conforme a escolaridade (N=133)	413
TABELA 4 – Frequência de respostas ao questionário Cultura de Segurança do Paciente em AD para profissionais da ESF - Seção C, classificado de acordo com a análise realizada pelos profissionais conforme a escolaridade (N=133).....	42
TABELA 5 – Frequência de respostas ao questionário Cultura de Segurança do Paciente em AD para profissionais da ESF - Seção D, classificado de acordo com a análise realizada pelos profissionais conforme a escolaridade (N=133)	44
TABELA 6 – Percentual das respostas positivas, respostas neutras e respostas Frequência de respostas ao questionário Cultura de Segurança do Paciente em AD para profissionais da ESF - Seção E, classificado de acordo com a análise realizada pelos profissionais conforme a escolaridade (N=133).....	45
TABELA 7 – Frequência de respostas ao questionário Cultura de Segurança do Paciente em AD para profissionais da ESF - Seção F classificado de acordo com a análise realizada pelos profissionais conforme a escolaridade (N=133)	47
TABELA 8 – Média dos resultados por total de profissionais, referente as seções de A a F do questionário Cultura de Segurança do Paciente em Assistência Domiciliar para profissionais da Estratégia de Saúde da Família” de acordo com o percentual	

de resposta positiva, percentual de resposta neutra e percentual resposta negativa 51

TABELA 09 - Conceito dado pelos entrevistados para segurança do paciente desenvolvida na AD na UBS por categoria profissional e escolaridade (N= 133).50

TABELA 10 - Dados complementares dos entrevistados sobre ter realizado educação permanente e a interação ou contato direto dos entrevistados com os pacientes na AD (N= 133). 50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Assistência Domiciliar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Atenção Primária
APA	Agente de Promoção Ambiental
APS	Atenção Primária à Saúde
ASF	Associação Saúde da Família
EA	Evento Adverso
EMAD	Equipe Multiprofissional de Assistência Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
USCS	Universidade de São Caetano do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Contexto	12
1.2 Hipótese	22
1.3 Objetivos	22
1.3.1 Objetivo geral	22
1.3.2 Objetivos específicos.....	23
2 PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS	24
2.1 Tipo de estudo.....	24
2.1.1 Instrumento de estudo.....	24
2.2 Local.....	24
2.3 Amostra	25
2.3.1 Critério de Inclusão.....	25
2.3.2 Critérios de Exclusão.....	25
2.3.3 Amostragem	25
2.3.4 Termo de consentimento livre e esclarecido	25
2.4 Procedimentos	26
2.5 Variáveis.....	33
2.6 Método estatístico	33
2.6.1 Cálculo do tamanho da amostra.....	33
2.6.2 Análise estatística.....	33
2.7 Aspectos éticos	34
2.7.1 Análise dos riscos e benefícios	34
2.7.2 Medidas para minimização dos riscos.....	34
2.7.3 Medidas para proteção da confidencialidade	34
3 RESULTADOS.....	35
4 DISCUSSÕES	51

5 PRODUTO ESPERADO	56
6 CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICE A	77
APÊNDICE B	91
APÊNDICE C	96
CARTA DE ANUÊNCIA.....	114

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de saúde público e de acesso universal que promove atenção integral à saúde e procura fornecer melhorias no cuidado aos usuários. Foi fruto de batalhas de movimentos sociais para assegurar garantias aos cidadãos (CONASS, 2007).

Os movimentos sociais construíram argumentos através da ampla participação em encontros regionais e nacionais para ratificar que o acesso aos serviços de saúde deveria ser universal, equilibrado e igualitário e que representasse as verdadeiras demandas da sociedade.

A Reforma Sanitária do Brasil teve início em 1970, sendo fundamental na reformulação do SUS (CONASS, 2007). No ano de 1980 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde trazendo como resultado a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, considerada uma conquista que melhorou a situação dos serviços de saúde do Brasil. Apesar das dificuldades e resistências, a Constituição do Brasil de 1988 definiu que a saúde passaria a ser responsabilidade do Estado com a criação do SUS (BATISTA e GONÇALVES, 2011). Logo após, em 1990, com o início do SUS conseguiu-se instituir um plano nacional, universal e obedecendo aos princípios e às diretrizes disponíveis para todos os cidadãos através da assinatura da Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implementado em 1994, trazendo uma nova formação de trabalho, com equipes multiprofissionais atuando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). As equipes eram divididas por áreas definidas para acompanhar uma certa população adscrita e realizavam ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (PEREIRA e BARCELLOS, 2006). O início do PSF foi o disparador para a mudança da Atenção Básica (AB) do Brasil, trazendo um modelo inovador e com a disposição de garantir os princípios do SUS de proteção e promoção à saúde. Essa política abrangente para todo o país foi a primeira experiência de atenção primária (AP) (SCOREL ET AL, 2007).

O PSF foi denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), por não possuir características programáticas, mas sim estratégicas, que visam a modificação do modelo de atenção à saúde da população, com proposta de ampliação do acesso aos serviços de saúde e elaboração do cuidado, baseado em ações na concepção do trabalho multiprofissional e intersetorial (FORTE, ET AL, 2019).

A equipe mínima da ESF é formada por médico, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS) em número definido de acordo com a necessidade local. Também faz parte da equipe O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) constituído por profissionais com multidisciplinariedade (fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo, educador físico, médico especialista (Ginecologista/psiquiatra/pediatra/homeopata, acupunturista), terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, médico veterinário) e profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal) (BRASIL, 2017).

Em 2011 a secretária municipal de saúde de São Paulo, incorporou o Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS) a ESF, tendo o agente de promoção ambiental (APA) e o ACS como responsáveis na priorização de promoção e prevenção de políticas para o meio ambiente (SÃO PAULO, 2015).

O trabalho em equipe faz parte do cotidiano da ESF que atua de forma organizada por processos de trabalho, apoiada em relações interdisciplinares e direcionada ao objetivo comum, além de ser de total importância para o desempenho das ações da ESF e potencializar a resolutividade dos profissionais de saúde diante dos problemas (GUIMARÃES, BRANCO, 2020).

Segundo PERUZZO, ET AL, (2019), a equipe é vinculada na prática de funções distribuídas entre pessoas diferentes, mas com um propósito em comum. Na ESF, o trabalho em equipe multiprofissional ganha destaque enquanto proposta de trabalho, ressaltando a necessidade de estabelecer metas bem definidas para os membros da equipe para, assim, contribuir com um cuidado direcionado para o usuário. Além disso, é necessário um clima organizacional adequado para que os trabalhadores desenvolvam competências de cooperação, envolvimento,

responsabilização pelos seus atos e respeito. O individualismo e o não compartilhamento das ações caracterizam a falta do trabalho em equipe.

De Assis (2020), refere em seu estudo que a Atenção Primária à Saúde (APS) é de extrema importância para a organização do Sistema de Saúde brasileiro e é responsável por desempenhar a promoção e prevenção à saúde dos usuários. Os trabalhadores da APS no Brasil convivem com um contexto de constante transformação no trabalho, devendo fazer uso de diversos conhecimentos e tecnologias. Também estão em contato constante com um modelo voltado para a necessidade e vulnerabilidade dos usuários e essa singularidade e complexidade desenvolvidas na ESF podem resultar numa sobrecarga de atividades. O aumento das demandas de pacientes e das atividades burocráticas que cingem o cotidiano dos trabalhadores da ESF também é considerado como fator de sobrecarga de trabalho (SORATO, et al, 2017)

Segundo Giacomazzi e Lacerda (2006), é através da visita domiciliar que a ESF antecipa a aplicação da Assistência Domiciliar (AD), pois os profissionais estão diante da real necessidade de vida da população, conduzindo o cuidado para a família, com abordagem em seu espaço real e buscando intervenções de AD com garantia de atuação profissional ao nível multidisciplinar, não somente centrada no médico. Proporciona, assim, uma assistência melhor subsidiada, tanto nas intervenções como no planejamento de ações.

A visita domiciliar é utilizada como a principal ferramenta de trabalho do ACS para acompanhamento das famílias, sendo o momento em que os ACS observam a real necessidade da família. Durante a VD o ACS reúne informações importantes sobre a necessidade de saúde do paciente. Ao levar a demanda para equipe, a mesma irá discutir a melhor estratégia de cuidado para o paciente (MAGALHÃES, 2015), (MUNIZ, et al, 2017).

O agente de promoção ambiental (APA), realiza visitas domiciliares com o ACS para identificar as necessidades do território relacionadas com questões sócio-ambientais que podem gerar algum dano para a saúde do paciente.

O Auxiliar de enfermagem compõe a equipe de ESF. Utiliza a visita domiciliar como uma ferramenta de cuidado, realizando procedimentos conforme o

regulamento do exercício de sua profissão e que podem ser desenvolvidos no contexto do domicílio (CARVALHO, ET AL, 2019).

Segundo Gomes, (2015), a atribuição do enfermeiro na AD tem grande importância, pois além de realizar a assistência, direciona a equipe para a condução de um melhor cuidado para o paciente, apoiando situações que visem o cuidado integral. Silva, et al, (2019) consideram a atuação do enfermeiro fundamental para a equipe multiprofissional.

Rodrigues (2019) destaca como grande a demanda do atendimento médico para os pacientes em domicílio, devido a necessidade de prescrição de receitas, exames, medicações, etc. Enfatiza que deve-se considerar a VD como uma chance de ampliar o vínculo e promoção à saúde.

A Atuação dos profissionais do NASF na AD, é direcionada para o apoio das equipes de ESF e para o acompanhamento dos pacientes caracterizados como modalidade AD1 e que tenham algum impedimento de locomoção ou incapacidade em suas funções que impedem de realizar suas atividades, necessitando de cuidados em reabilitação, paliativos ou alguma outra demanda com necessidade de atendimento de um profissional que compõe a equipe NASF (BRASIL, 2012).

A equipe de Saúde Bucal realiza a AD de acordo com as necessidades dos pacientes identificados como prioridade pela equipe de ESF. Os princípios das ações desenvolvidas pela saúde bucal em AD são: acesso para os pacientes com dificuldade de locomoção, prevenção e promoção à saúde e tratamento de doenças (DE MEDEIROS, 2019).

Savassi, 2016, refere que entre as atribuições dos profissionais que realizam a AD, estão o desenvolvimento do diagnóstico, prevenção e promoção à saúde. É importante que o profissional que realiza a AD tenha habilidades de enfrentamento, de abordagem familiar e de adaptação clínica e científica, visando que muitas vezes o ambiente não é adequado para o atendimento e poderá enfrentar situações de vulnerabilidade e violência.

A visita domiciliar é um método de trabalho assistencial e exploratório realizado por uma equipe multidisciplinar e é considerada uma estratégia da Atenção Básica (AB) para acolher as demandas dos usuários para promoção do

cuidado. É primordial que a equipe de saúde entenda a realidade do paciente e as necessidades dos familiares, para a condução do planejamento e decisões sobre o cuidado (HOEPERS, ET AL 2019).

A AD é oferecida para pacientes que estão em condições de saúde que limitam a capacidade de deslocamento de sua residência até um serviço de saúde ou para pacientes que estejam em circunstâncias em que a AD seja a condução mais apropriada para seu acompanhamento (BRASIL, 2016).

Foi na década de 1990 que no Brasil a AD começou a se expandir, seguindo as tendências do mundo, visando a organização de uso dos leitos hospitalares, e a redução de custos assistenciais, cuidado baseado na humanização, direcionando a superação do modelo de assistência hospitalar (BRASIL, 2012).

No Brasil desde 2013 a AD é considerada a saúde prestada no domicílio, compreendendo a visita e a internação domiciliar, cada uma determinada conforme seus objetivos e características. A regulamentação da AD no SUS, se consolidou em 2016, a partir da Portaria GM/MS nº 2529 de 19 de outubro de 2016, porém não foi regulamentada e em 24 de agosto de 2011 a portaria GM/MS nº 2029, instituiu o serviço de atenção domiciliar (SAD) pelo Programa melhor em Casa e a definição da AD no SUS. Em 2013 a portaria 963 de 27 de maio e 2013, redefiniu a AD classificando suas modalidades. Atualmente temos a portaria 825, de 25 de abril de 2016, que definiu o cuidado no domicílio e regulamentação do SAD (BRASIL, 2016).

AD é classificada em 03 modalidades dependendo do grau de dependência: Modalidade AD1 atendimento domiciliar com menor necessidade de visitas e de intensidade do cuidado multiprofissional, sendo responsáveis pelo atendimento as equipes de atenção básica e núcleos de apoio à saúde da família (NASF). Modalidade AD2 atendimento domiciliar que necessita de cuidados maior que a capacidade oferecida pela rede básica de saúde. Modalidade AD3 atendimento domiciliar semelhante a modalidade AD2, porém que fazem uso de equipamentos específicos, sendo que as modalidades AD2 e AD3 são de responsabilidades da Emad e Emap (BRASIL, 2016).

Em Brasil, (2016), são elencados como objetivos do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD): a redução da demanda por atendimento hospitalar, a redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção à saúde, a ampliação da autonomia dos usuários, a desinstitucionalização e a otimização de recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (RAS). É importante salientar que, o atendimento na AD é realizado no domicílio do paciente, pelos serviços designados conforme as modalidades de AD, muitas vezes as ações da equipe de APS serão realizadas com a EMAD ou EMAP dependendo da necessidade.

Segundo Brasil, (2013), os pacientes ficam internados em um hospital por um curto período. Após a alta, o cuidado à saúde será realizado em seu domicílio, em alguns casos por muitos anos, o que faz com que a incumbência do cuidado seja da APS. Esta transição do hospital para o domicílio requer uma melhor coordenação do cuidado, diminuindo riscos e produzindo resultados positivos. Apesar de grande parte dos cuidados serem prestados na APS, a avaliação da segurança do paciente ainda é focada em atendimentos hospitalares devido a estes serem considerados mais complexos, apesar de a complexidade dos atendimentos na APS virem aumentando gradativamente.

A segurança do paciente no domicílio tem pouca abordagem nos serviços de saúde, porém sabe-se da importância da atenção domiciliar para a prestação do cuidado de saúde, como por exemplo a previsão de que mais de 20% da população dos países desenvolvidos terá mais de 65 anos de idade em 2020 e, apesar desta população usufruir de uma melhor qualidade em relação às anteriores, pressupõe-se que terão doenças de longa duração como doenças cardíacas, câncer, demências e problemas respiratórios, e poderão viver durante muito tempo com essas doenças, provavelmente necessitando de cuidados domiciliares no futuro (AMALBERTI, VICENT, 2016).

Instituições acadêmicas e agências internacionais de saúde vêm considerando que é preciso a elaboração de ações e diretrizes para melhorar a segurança do paciente em equipamentos de saúde, são exemplos: os processos de

acreditação de hospitais, qualificação de prontuário, utilização de normas e protocolos clínicos (MARCHON, 2015).

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pela portaria GM/MS nº 529 de 1º de abril de 2013, e sua finalidade principal foi de favorecer a qualificação do cuidado nos serviços de saúde. São definidos como objetivos específicos do PNSP: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos núcleos de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações sobre a segurança do paciente; fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico, graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013).

Segundo Amalberti e Vicent, (2016), existem vários métodos para se verificar erros e eventos adversos (EA) e é preciso conhecer as fortalezas e fragilidades de cada método para verificar o que deve se medir. A maioria dos eventos adversos e erros em hospitais está direcionado a cirurgia e a tratamento medicamentoso, enquanto na APS está associado ao tratamento medicamentoso e ao diagnóstico.

O aperfeiçoamento das discussões sobre a segurança do paciente é fundamental na atenção primária para a identificação de situações que podem causar erros e eventos adversos que necessitam de melhoria, como a ausência de comunicação, número insuficiente de trabalhadores, a pressão do trabalho e o acompanhamento do atendimento do paciente (LAWATI, ET AL, 2018).

Em estudo realizado Raimondi, et al, (2019), destacam que os ACS apresentam uma avaliação negativa da segurança do paciente em comparação com os demais profissionais da equipe de ESF. O que pode estar correlacionado com o nível de escolaridade, uma vez que a maioria destes profissionais cursaram até o ensino médio. Além disso, há a probabilidade de se reproduzir o ponto de vista do usuário sobre as organizações de saúde, uma vez que o trabalho do ACS é realizado substancialmente na comunidade.

Penã, et al, (2015) referem que na União Europeia os países membros foram motivados a incluir a cultura de segurança como questão prioritária nas políticas públicas de saúde. Estudo realizado na Espanha refere que a causa mais frequente

para eventos adversos na AP foi associada a medicação. A comunicação, bem como falhas em gerenciamento e na organização foram evidenciados como fatores de eventos adversos, neste estudo também se evidenciou que a pressão do ritmo de trabalho teve um percentual de resposta negativa.

Estudo realizado na AP da Inglaterra relata que a sobrecarga de trabalho reflete sobre o cuidado do paciente, podendo causar danos a segurança por não dispor de tempo suficiente para concluir as tarefas com o paciente. A dificuldade de gerenciar o tempo de trabalho com segurança é considerado um dos principais desafios enfrentados na AP na Inglaterra (BELL, ET AL 2016).

De Assis, et al, (2020) referem que o profissional que atua na ESF deve ter uma concepção da atenção integral do usuário. A sobrecarga de trabalho é um dos motivos que interferem na satisfação dos profissionais da ESF. Os profissionais convivem com uma realidade do território muitas vezes fragilizado e enfrentam situações diárias que podem levar ao desgaste ocupacional.

O Estudo realizado por Curran, et al , (2018) sobre a percepção da cultura de segurança realizado na AP da Irlanda, Inglaterra e Escócia, mostra que a sobrecarga de trabalho é avaliada como um potencial negativo para a segurança do paciente, afetando diretamente a qualidade do atendimento, além de ser responsável por quase a metade dos eventos adversos que ocorrem. No mesmo estudo, houve uma percepção positiva no trabalho em equipe pelos entrevistados irlandeses.

Apesar do reconhecimento da expansão da APS pela Organização Mundial da Saúde (OMS), nota-se que ainda há desafios na adesão de normas que proporcionem uma oferta humanizada, com qualidade e segurança para o paciente. Lawati, et al, (2018), referem que a segurança do paciente é necessária para a qualificação dos cuidados e é considerada um desafio para os serviços de atenção primária em muitos países por ser mais evidenciada na atenção secundária.

Fassarella, et al, (2019), afirmam que a finalidade principal da segurança do paciente é a redução de danos dos cuidados de saúde. Quando é realizada a notificação de eventos com regularidade há contribuição para a aprendizagem,

constituindo um importante instrumento organizacional que permitirá a percepção da cooperação dos profissionais para uma cultura de segurança.

Pelzang e Hutchinson, (2020) em um estudo realizado no Butão sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre a segurança do paciente, relatam que a maioria dos entrevistados definiu segurança como redução de riscos para o paciente. Alguns definiram, ainda, como direitos e qualidade no atendimento e como segurança na infraestrutura do local de trabalho. Muitas vezes a segurança do paciente é impossibilitada pela ausência de conhecimento dos profissionais, por isso é importante o conhecimento da definição da segurança do paciente por todos os profissionais através de educação permanente, para que possam avaliar e gerenciar os riscos que podem causar danos para os pacientes.

Silva et al, (2019) em estudo realizado com enfermeiras da ESF, referiram a segurança do paciente como cuidado para evitar danos e riscos para os pacientes, destacando medidas para a prevenção de infecções como a higiene das mãos, o uso de equipamento de proteção individual, a adesão dos usuários às orientações através de grupos educativos, o acolhimento do paciente e a responsabilização do paciente em seu tratamento. Relacionaram o trabalho em equipe multidisciplinar e o apoio da rede como uma característica fundamental para o cuidado do paciente na ESF e apontaram como fatores que podem contribuir para a ineficácia da segurança do paciente a sobrecarga profissional devido ao excesso de trabalho, a falta de profissionais, a falta de insumos e a condição inadequada da estrutura das UBS.

A cultura de segurança abrange fatores como investigação de eventos adversos, educação permanente sobre segurança, organização do trabalho sobre as questões de segurança e compromisso com a qualidade. Também fortalece valores e ideias que fomentam comportamentos dentro das organizações para que seja melhorada a prática de comunicação, o trabalho em equipe, a liderança e o comprometimento com a segurança do paciente (PENÃ, ET AL, 2015).

Reis, et al (2019) referem que o fortalecimento do tema nos serviços de saúde é relevante para a melhora da qualidade nos cuidados de saúde e que quando temos uma cultura de segurança eficaz alcançamos resultados positivos. A cultura de segurança abrange a compreensão de princípios, valores e crenças das

instituições. As organizações de saúde são definidas com uma forte cultura de segurança quando há uma comunicação eficaz entre os trabalhadores, entendimento sobre a relevância da segurança e efetividade de ações de prevenção.

Mallouli, et al, (2017), corroboram que em estudos realizados para cultura de segurança do paciente na APS é comum que o trabalho de equipe seja avaliado positivamente, pois devido ao número limitado de profissionais a tendência é uma maior colaboração no trabalho. O trabalho de equipe é um processo dinâmico e favorece a qualidade da assistência e a redução dos eventos adverso.

Segundo Pedroni, et al, (2020), a comunicação nos serviços de saúde pode ser um fator que fragiliza a cultura de segurança, bem como o clima das instituições. Deve-se priorizar ações de melhoria na cultura de segurança do paciente no trabalho em equipe enfatizando uma melhor comunicação.

Marchol, (2015), refere que as ausências de comunicação causam retrabalho na unidade e os trabalhadores provavelmente não assumiram seus erros para a chefia. Há importância na comunicação adequada entre os profissionais para que possam realizar discussões sobre falhas que possam causar danos para os pacientes.

Raimondi , Bernal, Matsuda, (2019) referem que uma comunicação ineficaz entre as equipes, gestores e Rede de Atenção à Saúde, pode causar desassistência do cuidado para os pacientes. Por outro lado, a comunicação eficaz irá contribuir com o cuidado integral para o paciente. É importante a construção de uma rede de atenção à saúde fortalecida, e para isso são necessários métodos para garantir uma comunicação segura, como treinamentos, protocolos, valorização de trabalho de equipe, gestão do cuidado e uma rede de atenção estruturada.

Fassarella, et al (2019) destacou, em estudo realizado na Europa, que uma cultura de segurança frágil pode resultar em um cuidado fragilizado e considerou a notificação de eventos como instrumento de extrema importância para melhores resultados na cultura de segurança. Da Costa, (2018) refere que a cultura de segurança trata de preceitos como condutas, conhecimento e comportamento que podem ser desempenhados individualmente ou em grupo.

Nordin, et al , (2020) corroboram que para um bom êxito na cultura de segurança do paciente, uma organização deve buscar um aprendizado através dos erros cometidos, tratando o erro enquanto falhas do sistema e não do indivíduo. A equipe deve desenvolver um ambiente colaborativo, respeitoso, flexível e uma comunicação sistematizada para a transferência de informações importantes entre a equipe. Logo, uma cultura de segurança “forte” inclui uma comunicação transparente e um clima de trabalho adequado, enquanto em uma cultura “fraca” há uma sobrecarga de trabalho e insuficiência de profissionais.

Jafarpanah e Rezaei (2020), consideram que a segurança do paciente é fundamental para a qualificação da saúde e que a promoção da cultura de segurança do paciente nas organizações integra valores e convicções que contribuem para melhoras de paradigmas comportamentais, assim melhorando o comprometimento dos trabalhadores com a segurança do paciente.

O clima de segurança se refere às atitudes, condições de trabalho e fatores estressores dos trabalhadores. É considerado fator primordial para medir a cultura de segurança quando realiza-se uma pesquisa sobre o tema em uma organização, destacando os potenciais fortes e fracos que devem ser melhorados na segurança do paciente.

1.2 Hipótese

Os profissionais que prestam AD na ESF, devido à sobrecarga na atenção aos pacientes e à falta de conhecimento dos protocolos e diretrizes, não conseguem planejar adequadamente o processo de segurança do paciente na AD.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Compreender o conhecimento que os profissionais da ESF possuem sobre segurança do paciente na assistência domiciliar.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar por meio de questionário aplicado para os profissionais da ESF as lacunas do cuidado à segurança do paciente em assistência domiciliar.

2 PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul antes de ser iniciada (CAAE 23044619.0.0000.5510), tendo como instituições coparticipantes a Organização Social (OS) Associação Saúde da Família (ASF) e a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem do tipo qualitativa.

2.1.1 Instrumento de estudo

Foi aplicado um questionário autoaplicável (*on-line*) para 239 trabalhadores das equipes de Estratégia Saúde da Família que realizam assistência domiciliar: Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, Agente Comunitários de Saúde, Dentistas, Auxiliares de Saúde Bucal, Técnicos de Saúde Bucal, Agentes de Promoção Ambiental, Farmacêutico e Profissionais do Núcleo de Apoio da Estratégia Saúde da Família (NASF) - Médico Especialista, Assistente Social, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Educador Físico, Fisioterapeuta, Nutricionista e Fonoaudiólogo.

2.2 Local

Foram analisadas 04 Unidades de Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF) pertencentes ao Distrito de Saúde Cidade Dutra, componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) da Supervisão Técnica de Saúde (STS) de Capela do Socorro, Zona Sul do Município de São Paulo/SP: UBS Jardim Orion/Guanhembu, UBS Jordanópolis, UBS Autódromo, UBS Castro Alves. Essa área faz a cobertura de uma população de 72.000 habitantes, com aproximadamente 22.960 famílias cadastradas e 278 pacientes acamados ou domiciliados que requerem assistência domiciliar.

2.3 Amostra

2.3.1 Critério de Inclusão

Foram convidados para participar da pesquisa os 239 trabalhadores das quatro UBS com ESF que fazem parte do Distrito de saúde Cidade Dutra da RAS das STS de Capela do Socorro, Zona Sul do Município de São Paulo/SP, independentemente do tempo de trabalho na função: Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, Agente Comunitários de Saúde, Dentistas, Auxiliares de Saúde Bucal, Técnicos de Saúde Bucal, Agentes de Promoção Ambiental, Farmacêutico e Profissionais do Núcleo de Apoio da Estratégia Saúde da Família (NASF) - Médico Especialista, Assistente Social, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Educador Físico, Fisioterapeuta, Nutricionista e Fonoaudiólogo.

2.3.2 Critérios de Exclusão

Em acordo com o critério desta pesquisa não se constituiu critérios de exclusão.

2.3.3 Amostragem

Todos os sujeitos de pesquisa que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados. Não foi utilizado nenhum cálculo de amostragem. Foram convidados para participar da pesquisa 239 trabalhadores, de acordo com o critério de inclusão, e 133 trabalhadores responderam o questionário. A taxa de resposta mostrou que 44% dos trabalhadores não responderam o questionário. As justificativas foram: férias, licenças médicas, ausência do profissional na equipe devido ao trâmite de contratação e recusa do profissional para responder o questionário.

2.3.4 Termo de consentimento livre e esclarecido

A pesquisadora apresentou para as equipes o termo de consentimento livre e esclarecido nas unidades que participaram da pesquisa, todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

2.4 Procedimentos

Para obtenção dos dados referentes às variáveis eleitas e definidas para o presente estudo, foi utilizado uma adaptação do questionário Hospital Sorve on Patient Safety Culture (HSOPSC-versão traduzida e adaptada para o Brasil), para pesquisa de Atenção Domiciliar em Unidades Básicas de Saúde (APÊNDICE 1).

O questionário HSOPSC foi criado em 2004 pela Agency for Healthcare Research and Quality e atualmente é aplicado mundialmente para avaliar a cultura de segurança dos pacientes, para os profissionais que atuam direta ou indiretamente nos cuidados realizados em pacientes hospitalizados. (KASS-BARTELMESS, RUTHERDORD, 2002).

O HSOPSC viabiliza a avaliação do entendimento individual do profissional sobre a cultura de segurança do paciente em nível hospitalar e foi traduzido para o português e validado no Brasil através da tese de doutorado da pesquisadora Claudia Tartaglia Reis “A cultura de segurança do paciente: Validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro”, com defesa em 2013 (REIS, ET AL, 2013).

Com o questionário HSOPSC podem ser avaliados as áreas onde a cultura de segurança do paciente requer ser aperfeiçoada; a eficácia das ações realizadas para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente; o planejamento gerencial; as fragilidades e potencialidades da cultura de segurança nos equipamentos (KASS-BARTELMESS, RUTHERDORD, 2002).

As respostas das perguntas do questionário HSOPSC são avaliadas utilizando a escala do modelo Likert, propondo para o entrevistado a indicação de seu grau de concordância ou discordância com as perguntas do instrumento (DALMORO, VIEIRA, 2014).

As respostas positivas representam as respostas assinaladas como: concordo/concordo totalmente ou quase ou quase/sempre para questões formuladas positivamente e discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente para questões formuladas negativamente; as respostas negativas são as que foram assinaladas como: concordo/concordo totalmente ou quase ou quase/sempre para

questões formuladas negativamente e discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente para questões formuladas positivamente. O percentual de respostas positivas, permite a identificação de áreas consideradas fortes e frágeis no contexto da cultura da segurança do paciente. Considera-se áreas fortes da segurança do paciente quando se obtém 75% de respostas positivas e como áreas frágeis as consideradas 50% ou menos de respostas positivas. As sessões que apresentam resultados mais positivos podem ser consideradas áreas em desenvolvimento para melhoria da segurança do paciente (REIS, ET AL, 2013).

A versão brasileira do HSOPSC traduzida e adaptada por REIS, ET AL, 2013, foi renomeada como “E- Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar” é constituída por 61 questões, distribuídas em nove seções. Seção A: Sua Área/Unidade de Trabalho- dezoito questões; Seção B: O seu supervisor/chefe- quatro questões; Seção C: Comunicação- seis questões; Seção D: Frequência de eventos notificados- três questões; Seção E: O Seu Hospital- onze questões; Seção F: Informação adicional sobre seu serviço/unidade-nove questões; Seção G: Informações Gerais- nove questões; Seção H: Comentários- uma questão aberta. Atualmente o “E- Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar” está disponível em Google Play y, coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e pelo grupo de Pesquisa QualiSaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

A escolha deste questionário para esta pesquisa foi devido ser um instrumento amplamente utilizado em diversos contextos socioeconômicos e culturais para avaliar a qualidade da cultura de segurança dos pacientes das organizações (REIS, ET AL, 2019).

Visando a melhor aplicabilidade do “E- questionário de Cultura para Segurança Hospitalar” para os trabalhadores da estratégia de saúde da família, compreendendo a assistência domiciliar, optou-se em adaptar 47 questões (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9,10,12,13,14,15,17,18,19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31,32, 34,35,36,37, 38, 39, 40, 43, 44,45, 46,47, 52, 53, 54, 56, 58 e 59), excluir treze questões (7, 11, 16, 33, 41, 42, 48, 49, 50, 51, 55, 60 e 61) que se relacionavam diretamente com a atuação hospitalar, não aplicado a rotina da atuação dos profissionais da ESF e incluir quatro questões (10, 15, 42 e 46) no questionário adaptado para AD que foram direcionadas para melhor compreensão do entendimento dos profissionais sobre a cultura do paciente na assistência domiciliar

na ESF, somente a questão 57 permaneceu no contexto original do instrumento. Retirou-se o termo “hospitalar” no título do questionário e acrescentou-se o termo “Assistência Domiciliar para Profissionais da Estratégia de Saúde da Família” no título original e “assistência no domicílio” em algumas questões, também houve a substituição do termo “unidade/hospital” para “unidade básica de saúde”, “setores do hospital” substituiu-se por “microáreas e áreas da UBS”, o termo “mudança de plantão” foi substituído como “mudança de equipe”. Foram realizadas adaptações das profissões que compõe a equipe de ESF conforme descritos no Quadro 1.

Para verificar a viabilidade e a compreensão do questionário adaptado para Cultura de segurança do paciente em Assistência domiciliar, um pré-teste do instrumento foi aplicado para um grupo de seis profissionais (dois enfermeiros, dois agentes comunitário de saúde, um médico e um agente de promoção ambiental). Conforme os relatos dos profissionais o questionário “Cultura de Segurança do Paciente em Assistência Domiciliar para profissionais da Estratégia de Saúde da Família” demonstrou ser de fácil entendimento e de fácil preenchimento, cada participante levou em torno de 15 a 20 minutos para responder o questionário.

QUADRO 1 - Comparação das questões excluídas e modificadas do E - Questionário de Cultura para Segurança Hospitalar, para as questões que foram adaptadas para o questionário Cultura de Segurança do Paciente na Assistência Domiciliar para profissionais da Estratégia de Saúde da Família

E- Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar	Questionário Adaptado para Cultura de Segurança do Paciente na Assistência Domiciliar para profissionais da Estratégia de Saúde da Família
<p>Seção A - Sua área/unidade de trabalho</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras. 2. Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho. 3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente. 4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito. 5. Às vezes, não se proporciona o melhor cuidado para o paciente porque a carga de trabalho é excessiva. 6. Estamos adotando medidas para melhorar a segurança do paciente. 	<p>Seção A - Seu local de atuação</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Na UBS, os profissionais se apoiam e trabalham integrados. (Adaptada) 2. Há profissionais em suficiência para dar conta e de toda carga de trabalho.(Adaptada) 3. O trabalho desenvolvido na UBS é realizado em equipe.(Adaptada) 4. Na UBS, as relações são baseadas em respeito mútuo, minimamente profissional, considerando as normas éticas do exercício da profissão, bem como as normas éticas da Instituição.(Adaptada) 5. O desenvolvimento do cuidado domiciliar é comprometido pela carga de trabalho dedicada internamente na UBS.(Adaptada) 6. Há adoção de medidas para melhorar a segurança do paciente no domicílio. (Adaptada)

7. A quantidade de profissional temporário/terceirizado é excessiva, prejudicando o cuidado do paciente.

8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.

9. Quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo.

10. Aqui não acontecem mais erros graves porque temos sorte.

11. Quando alguém nesta unidade está sobrecarregado, recebe ajuda de seus colegas.

12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.

13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos sua efetividade.

14. Nós trabalhamos sob pressão tentando fazer muito e rápido.

15. A segurança do paciente nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho.

16. Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.

17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.

18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.

Seção B - O seu supervisor/chefe

19. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.

20. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente.

21. Sempre que a demanda aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”

Questão excluída

7. Na UBS, os erros na execução de práticas e/ou procedimentos são considerados para aprimorar a atuação dos profissionais.(

Adaptada)

8. Quando se identifica algum erro na atenção ao paciente em assistência domiciliar, há adoção de medidas de prevenção.(**Adaptada)**

09. Consideramos riscos mínimos no cuidado ao paciente no domicílio, pois contamos com o fator sorte.(**Adaptada)**

10. Há uma classificação de prioridades para definir o cuidado a ser realizado no âmbito domiciliar. (**Incluída)**

Questão excluída

11. Quando um evento adverso é notificado, o foco recai sobre o usuário e não ao problema.(**Adaptada)**

12. Há algum tipo de monitoramento para avaliar/acompanhar o cuidado desenvolvido em âmbito domiciliar.(**Adaptada)**

13. A pressão do trabalho atrapalha a realização do cuidado no domicílio. (**Adaptada)**

14. A segurança do paciente em assistência domiciliar nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho.(**Adaptada)**

15. Há equipamentos e insumos em suficiência para a prestação do cuidado domiciliar. (**Incluída)**

Questão excluída

16. Na unidade identificamos algum tipo de problema que envolve a segurança do paciente no domicílio. (**Adaptada)**

17. Utiliza-se informações de sistemas de saúde para planejar o cuidado domiciliar. (**Adaptada)**

Seção B - O seu supervisor/chefe

18. O supervisor/chefe sempre me elogia quando o trabalho é realizado de acordo com as normas estabelecidas de segurança do paciente em assistência domiciliar.(**Adaptada)**

19. O supervisor/chefe leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria dos processos de trabalho que envolvem a segurança do paciente em domicílio. (**Adaptada)**

20. Quando existe aumento da demanda há pressão do supervisor para execução das atividades e trabalho.(**Adaptada)**

22. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.

Seção C - Comunicação

23. Somos informados sobre mudanças implementadas em decorrência de notificação de eventos.

24. Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente.

25. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.

26. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores.

27. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros a fim de evitar que eles se repitam.

28. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.

Seção D - Frequência de eventos notificados

29. Os erros identificados e corrigidos antes de afetar o paciente são notificados com que frequência?

30. Os erros que não representam risco de dano ao paciente são notificados com que frequência?

31. Os erros que poderiam causar dano ao paciente, mas não causaram, são notificados com que frequência?

Seção E - O seu hospital

32. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.

33. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.

34. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital?

35. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.

21. O supervisor/chefe não considera os riscos envolvidos na segurança do paciente em domicílio que acontecem repetidamente. **(Adaptada)**

Seção C – Comunicação

22. As mudanças implementadas ou novas normas ou atividades são compartilhadas com a equipe. **(Adaptada)**

23. Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente em assistência domiciliaria. **(Adaptada)**

24. Os erros são discutidos e considerados para correção e melhoria dos processos. **(Adaptada)**

25. Os profissionais têm espaço para discutir os processos de trabalho ou as decisões com seus superiores. **(Adaptada)**

26. Os profissionais indicam mudança nos processos considerados inadequados. **(Adaptada)**

27. As informações que afetam o tratamento do paciente em domicílio, são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente. **(Adaptada)**

Seção D - Frequência de eventos notificados

28. Os erros são identificados e corrigidos antes e não afetam o paciente em domicílio, pois são notificados com frequência. **(Adaptada)**

29. Erros que representam riscos mínimos ao paciente em assistência domiciliaria são notificados com qual frequência. **(Adaptada)**

Adaptada para questão 29

Seção E – A sua Unidade Básica de Saúde

30. A direção da UBS propicia um clima de trabalho adequado para a promoção da segurança do paciente em domicílio. **(Adaptada)**

Questão excluída

31. Há comprometimento no cuidado do paciente domiciliar quando um paciente realiza mudança para outras áreas/microáreas da UBS? **(Adaptada)**

32. Há cooperação entre os profissionais da UBS. **(Adaptada)**

36. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.

37. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital

38. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital."

39. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade máxima."

40. A direção do hospital só demonstra interesse na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.

41. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.

42. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.

Seção F - Informação adicional sobre seu Serviço/Unidade

43. Ao receber prescrições verbais sobre o tratamento, ou qualquer outro cuidado e procedimento a ser realizado com o paciente, o profissional que escuta repete a ordem em voz alta para quem a emitiu, para assegurar-se de que ela tenha sido bem compreendida?

44. Ao receber prescrições verbais sobre o tratamento, cuidado ou procedimento a ser realizado com o paciente, os profissionais que recebem anotam a ordem no documento clínico correspondente?

45. Antes de realizar uma nova prescrição, revisa-se a lista de medicamentos que o paciente está tomando?

46. Todas as mudanças na medicação são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente

47. As informações que afetam o diagnóstico do paciente são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente?

48. Antes de assinar o consentimento informado, solicita-se ao paciente ou ao seu representante que repita o que ele entendeu sobre os possíveis riscos de se submeter ou recusar o exame, cirurgia ou tratamento envolvido? (Responder se for profissional médico)

49. Em pacientes provavelmente terminais, indagam-se com antecedência as suas preferências sobre as condutas de manutenção da vida? (Responder somente se

33. Perde-se informações importantes sobre o cuidado desenvolvidos ao paciente em domicílio durante as mudanças (equipe/micro área/troca de prontuário etc.).(Adaptada)

34. Profissionais da saúde não aceitam intervenções de profissionais de áreas administrativas.(Adaptada)

35. Há problemas de comunicação entre as equipes na UBS.(Adaptada)

36. As orientações da direção da sua UBS demonstram que a segurança do paciente no domicílio é uma prioridade máxima.(Adaptada)

37. Profissionais da equipe de apoio só demonstra interesse na segurança do paciente em domicílio quando ocorre algum evento adverso.(Adaptada)

Questão excluída

Questão excluída

Seção F - Informação adicional sobre seu Serviço/Unidade

38. Ao receber orientações verbais sobre o tratamento, cuidado ou procedimento a ser realizado no paciente em assistência domiciliar, os profissionais anotam a prescrição no prontuário do paciente. (Adaptada)

Adaptada questão 38

39. Antes de realizar uma nova prescrição, considera-se as anteriores descritas em prontuário?(Adaptada)

40. As mudanças de prescrição são comunicadas e discutidas com todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente domiciliar.(Adaptada)

41. A Rede de apoio (Hospitais e Serviços de Especialidades) realiza contra referência após a alta do paciente, orientando à continuidade dos cuidados no domicílio.(Adaptada)

Questão excluída

Questão excluída

a sua unidade atende pacientes provavelmente terminais).

50. Os profissionais recebem prescrições verbais relacionadas à quimioterapia? (Responder somente se a sua unidade oferece tratamento quimioterápico).

51. Durante a alta, os pacientes recebem orientações verbais e escritas quanto à continuidade dos cuidados no domicílio e acompanhamento ambulatorial?

Seção G - Informações Gerais

52. Por favor, marque a nota que você daria para a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

53. Há quanto tempo (em anos) você trabalha neste hospital?

54. Há quanto tempo (em anos) você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?

55. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

56. Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e registrou?

57. No seu cargo/função, você tem interação ou contato direto com os pacientes?

58. Há quanto tempo (em anos) você trabalha na sua especialidade ou profissão atual?*

59. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

60. Qual é a sua principal área/unidade de trabalho? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

Seção H: Seus comentários

61. Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou notificação de eventos no seu hospital.

Questão excluída

Questão excluída

Seção G- Assistência Domiciliária/Informações Gerais

42. A equipe compreende e prioriza atendimento do paciente na Assistência Domiciliária. (**Incluída**)

43. Escolha uma nota para a segurança do paciente na assistência domiciliária desenvolvida na sua UBS. (**Adaptada**)

44. Quantos anos você trabalha nesta UBS? (**Adaptada**)

45. Quantos anos você trabalha na ESF? (**Adaptada**)

Questão excluída

46. Você já realizou alguma educação permanente sobre Segurança do Paciente? (**Incluída**)

47. Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e registrou? (**Adaptada**)

48. No seu cargo/função, você tem interação ou contato direto com os pacientes?

49. Quantos anos você tem na sua profissão atual? (**Adaptada**)

50. Qual é o seu cargo/função nesta unidade? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal. (**Adaptada**)

Questão excluída

Questão excluída

A adaptação do E- Questionário de Cultura para Segurança Hospitalar para o Questionário- Cultura de Segurança do Paciente em Assistência Domiciliar para

profissionais da Estratégia de Saúde da Família é constituída por 50 questões, distribuídas por oito seções denominadas: Seção A: Seu local de atuação dezessete questões; Seção B: O seu Supervisor/Chefe - quatro questões; Seção C: Comunicação- seis questões; Seção D: Frequência de eventos notificados- duas questões; Seção E: A sua Unidade Básica de Saúde- oito questões; Seção F: Informação adicional sobre seu Serviço/Unidade- quatro questões; Seção G: Assistência Domiciliar/Informações Gerais - nove questões.

2.5 Variáveis

Foram consideradas como variável primária as respostas dos entrevistados dos componentes observados no Questionário de Cultura de Segurança do Paciente (Adaptado para pesquisa de Atenção Domiciliar em Unidades Básicas de Saúde).

Seção A- Seu local de atuação, dezessete questões

Seção B- O seu supervisor/seu chefe, quatro questões

Seção C- Comunicação, seis questões

Seção D- Frequência de eventos notificados, duas questões

Seção E- a sua Unidade Básica de Saúde, oito questões

Seção F- Informação adicional sobre seu Serviço/Unidade, quatro questões

Seção G- Assistência Domiciliária/Informações Gerais, nove questões

Foram consideradas como variáveis secundárias o tempo de formação, função exercida, tempo de atuação na função, escolaridade e gênero.

2.6 Método estatístico

2.6.1 Cálculo do tamanho da amostra

Não foi calculado o tamanho da amostra. Todos os sujeitos de pesquisa que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados, estava prevista a participação de 239 trabalhadores, 133 trabalhadores responderam o questionário.

2.6.2 Análise estatística

Os dados foram analisados com cálculo de frequência absoluta e relativa com intervalo de confiança de 95%, média e desvio padrão. Os dados foram apresentados através de Tabelas.

2.7 Aspectos éticos

2.7.1 Análise dos riscos e benefícios

Os participantes do estudo correram riscos mínimos, como constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores e, caso os efeitos adversos persistirem, será fornecido uma avaliação com especialista do curso de MEDICINA /USCS.

Referente aos benefícios com base nas informações coletadas de cada participante, espera-se a possibilidade de compreensão do entendimento dos profissionais da ESF sobre o cuidado à segurança do paciente na assistência domiciliar e, assim, contribuir com orientações para minimizar os riscos causados pelo pouco conhecimento dos profissionais sobre o tema, estimulando uma prática assistencial segura.

2.7.2 Medidas para minimização dos riscos

Esta pesquisa não associou os resultados do questionário ou seu desempenho com as atribuições profissionais. Neste sentido não existiu risco direto para cada participante. Diante do possível incômodo em ter suas colocações expostas, a presente pesquisa não realizou identificação específica de cada questionário e possibilitou a entrega do questionário em momento distinto da entrega a cada participante

2.7.3 Medidas para proteção da confidencialidade

Neste trabalho as identidades dos entrevistados foram mantidas em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da minha equipe de pesquisadores. Os nomes não foram registrados no questionário impossibilitando a identificação na análise e divulgação dos resultados.

3 RESULTADOS

Nesta pesquisa foram entrevistados 133 profissionais de saúde que atuam na ESF, o perfil dos profissionais está descrito na Tabela 2.

Destes 83,5% era do gênero Feminino e 16,5% do gênero masculino; referente à escolaridade 75,9% cursaram ensino médio (ACS, APA, auxiliar de enfermagem) enquanto 24,1% ensino superior (enfermeiros, médicos da ESF, farmacêuticos, educadores físico, fonoaudiólogos, cirurgião dentista, assistente social, fisioterapeuta, medico especialista)

Quanto ao cargo/função dos profissionais que participaram da pesquisa, 60,15% dos entrevistados foram agentes comunitário de saúde, 14,28% auxiliares de enfermagem, 7,53% enfermeiros, 6,78% médicos da ESF, 1,5% farmacêuticos, 1,5% educadores físico, 1,5% fonoaudiólogos, 1,5% APA, 0,75% cirurgião dentista, 0,75% assistente social, 0,75% fisioterapeuta, 0,75% médico especialista, não participaram da pesquisa os profissionais ASB e TSB.

Sobre o tempo de trabalho, demonstrou que 48,2% dos entrevistados trabalham de 1 a 5 anos na ESF; 38,34 % trabalham de 6 a 10 anos; 9,7% entre 1 e 10 anos; 2,26% trabalham de 11 a 15 anos e 1,5% trabalham de 16 a 20 anos.

Referente ao tempo de trabalho na UBS, 60,09% estão trabalhando de 1 a 5 anos, 24,82% de 6 a 10 anos, 12,03% menos que 1 ano, 1,5% de 16 a 20 anos e 0,75% 11 a 15 anos. Referente ao tempo que da atual profissão, 40,60% dos entrevistados têm de 1 a 5 anos, 29,33% de 6 a 10 anos, 12,78% de 11 a 15 anos, 4,51% de 16 a 20 anos e 2,25% maior ou igual à 21 anos.

TABELA 1 - Distribuição dos participantes segundo escolaridade, cargo/função, tempo de trabalho na ESF, tempo de trabalho na UBS e tempo que exercem a atual profissão

Variáveis	Categorias	n(%)	Total N(%)
Gênero	Feminino	111(83,5%)	133 (100%)
	Masculino	22(16,5%)	
Escolaridade	Ensino Médio	101(75,9%)	133 (100%)
	Ensino Superior	32(24,1%)	
Cargo Função	Agente Comunitário de Saúde	80 (60,1%)	

	Agente de PA	02 (1,5%)	
	Auxiliar de enfermagem	19 (14,2%)	
	Enfermeiro	10 (7,6%)	
	Médico Estratégia Saúde da Família	9 (6,8%)	
	Farmacêutico	2 (1,5%)	
	Auxiliar de Saúde Bucal	0	
	Cirurgião Dentista	1 (0,75%)	
	Técnico de Saúde Bucal	0	133
	Assistente Social	1 (0,75%)	(100%)
	Educador Físico	2 (1,5%)	
	Fisioterapeuta	1 (0,75%)	
	Fonoaudiólogo	2 (1,5%)	
	Medico Especialista	1 (0,75%)	
	Nutricionista	1 (0,75%)	
	Psicólogo	1 (0,75%)	
	Terapeuta Ocupacional	1 (0,75%)	
Tempo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família	< 1 ano	13(9,7%)	
	1-5 anos	64 (48,2%)	
	6-10 anos	51 (38,34%)	133
	11-15 anos	3 (2,26%)	(100 %)
	16-20 anos	2 (1,5%)	
Tempo que trabalham na UBS	< 1 ano	16 (12, 03%)	
	1-5 anos	81 (60,09%)	
	6-10 anos	33 (24,82 %)	133
	11-15 anos	1 (0,75%)	(100 %)
	16-20 anos	2 (1,5%)	
Tempo que exercem sua profissão atual	< 1 ano	14 (10,54%)	
	1-5 anos	54 (40,60%)	
	6-10 anos	39 (29,33 %)	
	11-15 anos	17 (12.78%)	133
	16-20 anos	6 (4,51%)	(100 %)
	≥ 21 anos	3 (2,25%)	

Na Tabela 2 foram avaliados a percepção geral do local de atuação dos profissionais.

Destacou-se como diferencial de análise pelos profissionais de nível superior a “integração do trabalho, trabalho de equipe e respeito mútuo”, com percentual positivo 70,8%, enquanto os profissionais de escolaridade de nível médio avaliaram com 42,7% de percentual positivo.

Já os profissionais de escolaridade de nível médio avaliaram como” potencial forte” para a cultura de segurança a “identificação dos erros no paciente em

assistência domiciliar com 76,2% de resposta positiva.

A “classificação de prioridades para definição do cuidado domiciliar”, foi analisada como “potencial forte” para cultura de segurança, com percentual médio de 85,7% de resposta positiva para o total dos profissionais.

Na Tabela 2 demonstra que “utilização dos sistemas de informação de saúde para o planejamento do cuidado”; “monitoramento para avaliação/acompanhamento do cuidado prestado”, “identificação de problemas que envolve segurança do domicílio”, “utilização do evento adverso relacionado ao problema e não ao usuário”, “consideração dos riscos no cuidado do paciente em domicílio”, “erros são utilizados para aprimoramento da atuação dos profissionais” e “adoção de medidas para melhorar a segurança dos pacientes” foram avaliados pelo total de entrevistados com percentual médio positivo de 58,7%, apresentando um percentual mais evidente na média dos profissionais de ensino superior (63,4%).

Referente a “insuficiência de profissionais” os profissionais 87,2% do total dos profissionais referem como resposta negativa sendo considerada como potencial frágil.

Na análise de respostas negativas para o total dos profissionais a “pressão do trabalho” foi avaliada como “potencial frágil” para cultura de segurança.

O “comprometimento da assistência domiciliar devido a carga de trabalho interno da UBS” obteve percentual médio total de 83,5% sendo apontado como resposta negativa pelos dois grupos analisados e considerado como potencial frágil.

A “dificuldade da Assistência domiciliar prestada pela maior carga de trabalho” é apontada com mais evidência pelos trabalhadores de escolaridade de nível superior com 81,3%, já os profissionais de escolaridade de nível médio pontuam 79,2%.

A “falta de insumos para prestação de cuidado domiciliar” foi considerada potencial negativo com a média de 74,4% no total de profissionais.

TABELA 2 – Frequência de respostas ao questionário Cultura de Segurança do Paciente em AD para profissionais da ESF - Seção A, classificado de acordo com a análise realizada pelos profissionais conforme a escolaridade (N=133)

Variáveis	Profissionais Ensino Médio (n=101)	Profissionais Ensino Superior (n=32)	Total Profissionais (n=133)
	N/%	N/%	N/%
1.Na UBS, os profissionais se apoiam e trabalham integrados.			
N e % de resposta positiva	37/37,0%	21/65,6%	58/43,5%
N e % de resposta negativa	64/63,0%	11/34,4%	75/56,5%
2.Há profissionais em suficiência para dar conta e toda carga de trabalho.			
N e % de resposta positiva	10/9,9%	7/22,0%	17/12,8%
N e % de resposta negativa	91/90,1%	25/78,0%	116/87,2%
3. O trabalho desenvolvido UBS é realizado em equipe.			
N e % de resposta positiva	52/51,5%	23/71,9%	75/56,4%
N e % de resposta negativa	49/48,5%	9/28,1%	58/43,6%
4. Na UBS, as relações são baseadas em respeito mútuo, minimamente profissional, considerando as normas éticas do exercício da profissão, bem como as normas éticas da Instituição.			
N e % de resposta positiva	40/39,6%	24/75,0%	64/48,1%
N e % de resposta negativa	61/60,4%	8/25,0%	69/51,9%
5.O desenvolvimento do cuidado domiciliar é comprometido pela carga de trabalho dedicada internamente na UBS.			
N e % de resposta positiva	15/14,9%	7/21,9%	22/16,5%
N e % de resposta negativa	86/85,1%	25/78,1%	111/83,5%

6. Há adoção de medidas para melhorar a segurança do paciente no domicílio.

N e % de resposta positiva	50/49,5%	21/65,6%	71/53,4%
N e % de resposta negativa	51/50,5%	11/34,4%	62/46,6%

7. Na UBS, os erros na execução de práticas e/ou procedimentos são considerados para aprimorar a atuação dos profissionais.

N e % de resposta positiva	48/47,5%	19/59,4%	67/50,4%
N e % de resposta negativa	53/52,5%	13/40,6%	66/49,6%

8. Quando se identifica algum erro na atenção ao paciente em assistência domiciliar, há adoção de medidas de prevenção.

N e % de resposta positiva	77/76,2%	22/68,8%	99/74,4%
N e % de resposta negativa	24/23,8%	10/31,2%	34/25,6%

9. Consideramos riscos mínimos no cuidado ao paciente no domicílio, pois contamos com o fator sorte.

N e % de resposta positiva	65/64,4%	22/68,7%	87/65,4%
N e % de resposta negativa	36/35,6%	10/31,3%	46/34,6%

10. Há uma classificação de prioridades para definir o cuidado a ser realizado no âmbito domiciliar.

N e % de resposta positiva	86/85,1%	28/87,6%	114/85,7%
N e % de resposta negativa	15/14,9%	4/12,4%	19/14,3%

11. Quando um evento adverso é notificado, o foco recai sobre o usuário e não ao problema.

N e % de resposta positiva	55/54,5%	15/46,9%	70/52,6%
N e % de resposta negativa	46/45,5%	17/53,1%	63/47,4%

12. Há algum tipo de monitoramento para avaliar/acompanhar o cuidado desenvolvido em âmbito domiciliar.

N e % de resposta positiva	64/63,4%	22/68,8%	86/64,7%
N e % de resposta negativa	37/36,6%	10/31,2%	47/35,3%
13.A pressão do trabalho atrapalha a realização do cuidado no domicílio.			
N e % de resposta positiva	11/10,9%	7/21,9%	18/13,5%
N e % de resposta negativa	90/89,1%	25/78,1%	115/86,5%
14.A segurança do paciente em assistência domiciliar nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho.			
N e % de resposta positiva	21/20,8%	6/18,7%	27/20,3%
Percentual resposta negativa	80/79,2%	26/81,3%	106/79,7%
15.Há equipamentos e insumos em suficiência para a prestação do cuidado domiciliar.			
N e % de resposta positiva	28/27,7%	6/18,7%	34/25,6%
N e % de resposta negativa	73/72,3%	26/81,3%	99/74,43%
16.Na unidade identificamos algum tipo de problema que envolve a segurança do paciente no domicílio.			
N e % de resposta positiva	57/56,4%	23/71,9%	80/60,2%
N e % de resposta negativa	44/43,6%	9/28,1%	53/39,8%
17.Utiliza-se informações de sistemas de saúde para planejar o cuidado domiciliar.			
N e % de resposta positiva	70/69,3%	20/62,5%	90/67,6%
N e % de resposta negativa	31/30,7%	12/37,5%	43/32,4%

Na Tabela 3 duas questões foram consideradas como “potencial forte” para cultura de segurança pelos profissionais de ensino superior, “a consideração das sugestões dos profissionais para melhoria do processo de trabalho pela chefia” 78,1%, e “a consideração da chefia dos riscos envolvidos na segurança do paciente em domicílio” com 78,1%.

A compreensão dos profissionais sobre os elogios realizados pela chefia a média de resposta positiva avaliada pelo total dos profissionais foram de 28,6%, mas os profissionais de escolaridade de ensino médio avaliaram com um 71,3% de

percentual negativo essa questão.

Ainda na Tabela 3 verifica-se que 89,5% do total dos profissionais avaliaram que quando existe aumento de demanda há pressão do supervisor para execução do trabalho, sendo considerado como um “potencial frágil” para segurança do paciente em AD.

TABELA 3 – Frequência de respostas ao questionário Cultura de Segurança do Paciente em AD para profissionais da ESF - Seção B- classificado de acordo com a análise realizada pelos profissionais conforme a escolaridade (N=133)

Variáveis	Profissionais Ensino Médio (n-101)	Profissionais Ensino Superior (n- 32)	Total Profissionais (n-133)
	N/%	N/%	N/%
18. O supervisor/chefe sempre me elogia quando o trabalho é realizado de acordo com as normas estabelecidas de segurança do paciente em assistência domiciliar.			
N e % de resposta positiva	29/28,7%	9/28,1%	38/28,6%
N e % de resposta negativa	72/71,3%	23/71,9%	95/71,4%
19. O supervisor/chefe leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria dos processos de trabalho que envolvem a segurança do paciente em domicílio.			
N e % de resposta positiva	71/70,3%	25/78,1%	96/72,1%
N e % de resposta negativa	30/29,7%	7/21,9%	37/27,9%
20.Quando existe aumento da demanda há pressão do supervisor para execução das atividades e trabalho.			
N e % de resposta positiva	12/11,9%	2/6,2%	14/10,5%
N e % de resposta negativa	89/88,1%	30/93,8%	119/89,5%
21.O supervisor/chefe não considera os riscos envolvidos na segurança do paciente em domicílio que acontecem repetidamente.			
N e % de resposta positiva	69/68,3%	25/78,1%	94/70,7%

N e % de resposta negativa	32/31,7%	7/21,9%	39/29,3%
----------------------------	----------	---------	----------

Na Tabela 4, foram avaliadas as questões sobre a comunicação direcionadas ao trabalho em equipe em segurança do paciente em domicílio, todas as questões foram avaliadas com potencial de positividade para a resposta total dos profissionais.

As questões que mais evidenciaram o percentual positivo pelos profissionais de ensino superior foram: "liberdade de expressão ao observarem pontos negativos na segurança do paciente " 75% (profissionais de ensino médio 59,4%), "consideração dos erros discutidos como melhoria dos processos" 65,7% (profissionais de ensino médio 52,5%, "espaço para discutir processos de trabalho com superiores" 71,9%(profissionais de ensino médio 47,5%).

Duas questões foram mais pontuadas pelos profissionais de ensino médio: "compartilhamento de mudanças implementadas/normas/atividades com a equipe 51,5%(profissionais de ensino superior 34,4%), "comunicação das informações sobre o tratamento dos pacientes em AD pelos profissionais envolvidos na assistência' 63,4%(profissionais de ensino superior 56,2%).

A questão sobre " a indicação pelos profissionais de mudança nos processos considerados inadequados" obteve média de positividade de 45,9% pelo total de entrevistados (Tabela 5).

TABELA 4 – Frequência de respostas ao questionário Cultura de Segurança do Paciente em AD para profissionais da ESF - Seção C, classificado de acordo com a análise realizada pelos profissionais conforme a escolaridade (N=133)

Variáveis	Profissionais Ensino Médio (n-101)	Profissionais Ensino Superior (n-32)	Total Profissionais (n-133)
	N/%	N/%	N/%

22.As mudanças implementadas ou novas normas ou atividades são compartilhadas com a equipe.

N e % de resposta positiva	52/51,5%	11/34,4%	63/47,5%
N e % de resposta negativa	49/48,5%	21/65,6%	70/52,63%

23.Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente em assistência domiciliar.

N e % de resposta positiva	60/59,4%	24/75,0%	84/63,2%
N e % de resposta negativa	41/40,6%	8/25,0%	49/36,8%

24. Os erros são discutidos e considerados para correção e melhoria dos processos.

N e % de resposta positiva	53/52,5%	21/65,7%	74/55,6%
N e % de resposta negativa	48/47,5%	11/34,3%	59/44,4%

25.Os profissionais têm espaço para discutir os processos de trabalho ou as decisões com seus superiores.

N e % de resposta positiva	48/47,5%	23/71,9%	71/53,4%
N e % de resposta negativa	53/52,5%	9/28,1%	9/28,1% 62/46,6%

26.Os profissionais indicam mudança nos processos considerados inadequados.

N e % de resposta positiva	46/45,5%	15/46,9%	61/45,9%
N e % de resposta negativa	55/54,5%	17/53,1%	72/54,1%

27.As informações que afetam o tratamento do paciente em domicílio, são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

N e % de resposta positiva	64/63,4%	18/56,2%	82/61,6%
N e % de resposta negativa	37/36,6%	14/43,8%	51/38,4%

Conforme apresentado na Tabela 5, a compreensão das notificações de eventos adversos, foi avaliada com percentual positivo por 49,6% do total de entrevistados; “ a identificação e correção dos erros, não afetarem o paciente em

domicílio, devido a notificação frequente”; 67% dos entrevistados avaliaram como percentual positivo a questão que refere que “ os erros que representam riscos mínimos ao paciente em AD são notificados com frequência”,(profissionais de ensino médio 69,3%, profissionais de ensino superior 59,4%.

TABELA 5 – Frequência de respostas ao questionário Cultura de Segurança do Paciente em AD para profissionais da ESF - Seção D, classificado de acordo com a análise realizada pelos profissionais conforme a escolaridade (N=133)

Variáveis	Profissionais Ensino Médio (n-101)	Profissionais Ensino Superior (n-32)	Total Profissionais (n-133)
	N/%	N/%	N/%
28.Os erros são identificados e corrigidos antes e não afetam o paciente em domicílio, pois são notificados com frequência.			
N e % de resposta positiva	54/53,5%	12/37,5%	66/49,6%
N e % de resposta negativa	47/46,5%	20/62,5%	67/50,4%
29.Erros que representam riscos mínimos ao paciente em assistência domiciliar são notificados com qual frequência.			
N e % de resposta positiva	70/69,3%	19/59,4%	89/67,0%
N e % de resposta negativa	31/30,7%	13/40,6%	44/33,0%

Na Tabela 6, uma questão foi avaliada pelos profissionais de ensino superior como “potencial forte” na segurança do paciente: “a direção da UBS propicia um clima de trabalho adequado para promoção do paciente em domicílio” 78,1%, os profissionais de ensino médio consideraram um percentual positivo de 50,5%.

Referente a “cooperação entre os profissionais da UBS” o percentual positivo foi maior em relação aos funcionários de ensino superior 56,2%, enquanto os profissionais de ensino médio consideraram a resposta positiva de 34,7%.

Sobre o “comprometimento no cuidado do paciente em AD quando muda para outras áreas/microáreas da UBS”, foi avaliado com maior percentual positivo por todos os profissionais 60,9%.

A questão que trata da “perda de informações importantes sobre o cuidado desenvolvidos ao paciente no domicílio durante as mudanças” e sobre “ o problema de comunicação entre as equipes”, o resultado de todos os profissionais foram de 76,7% e 75,9%, respectivamente, do percentual de resposta negativa, considerado percentual frágil para cultura de segurança do paciente.

Os profissionais de ensino superior analisaram o percentual do problema de comunicação com 46,9% de resposta positiva, contrapondo, 16,8% de resposta positiva avaliada pelos profissionais de ensino médio.

Foram considerados como resposta de percentual positivo pelo total de profissionais: “aceite pelos profissionais da saúde das intervenções de áreas administrativas” 51,1%, “orientações da direção da UBS sobre a segurança do paciente em AD ser prioridade máxima” 52,6% e “ a equipe de apoio demonstra interesse na segurança do paciente em AD quando ocorre um EA” 46,6%.

TABELA 6 – Percentual das respostas positivas, respostas neutras e respostas
Frequência de respostas ao questionário Cultura de Segurança do Paciente em
AD para profissionais da ESF - Seção E, classificado de acordo com a análise
realizada pelos profissionais conforme a escolaridade (N=133)

Variáveis	Profissionais	Profissionais	Total
	Ensino Médio (n-101)	Ensino Superior (n-32)	Profissionais (n-133)
	N/%	N/%	N/%
30.A direção da UBS propicia um clima de trabalho adequado para a promoção da segurança do paciente em domicílio.			
N e % de resposta positiva	51/50,5%	25/78,1%	76/57,1%
N e % de resposta negativa	50/49,5%	7/21,9%	57/42,9%
31.Há comprometimento no cuidado do paciente domiciliar quando um paciente realiza mudança para outras áreas/micro áreas da UBS?			
N e % de resposta positiva	62/61,4%	19/59,4%	81/60,9%

N e % de resposta negativa	39/38,6%	13/40,6%	52/39,1%
32.Há cooperação entre os profissionais da UBS.			
N e % de resposta positiva	35/34,7%	18/56,2%	53/40,0%
N e % de resposta negativa	66/65,3%	14/43,8%	80/60,0%
33.Perde-se informações importantes sobre o cuidado desenvolvidos ao paciente em domicílio durante as mudanças (equipe/micro área/troca de prontuário etc.).			
N e % de resposta positiva	28/27,7%	3/9,4%	31/23,3%
N e % de resposta negativa	73/72,3%	29/90,6%	102/76,7%
34.Profissionais da saúde não aceitam intervenções de profissionais de áreas administrativas.			
N e % de resposta positiva	50/49,5%	18/56,2%	68/51,1%
N e % de resposta negativa	51/50,5%	14/43,8%	65/48,9%
35. Há problemas de comunicação entre as equipes na UBS.			
N e % de resposta positiva	17/16,8%	15/46,9%	32/24,1%
N e % de resposta negativa	84/83,2%	17/53,1%	101/75,9%
36.As orientações da direção da sua UBS demonstram que a segurança do paciente no domicílio é uma prioridade máxima.			
N e % de resposta positiva	55/54,5%	15/46,9%	70/52,6%
N e % de resposta negativa	46/45,5%	17/53,1%	63/47,4%
37.Profissionais da equipe de apoio só demonstra interesse na segurança do paciente em domicilio			

quando ocorre algum evento adverso.

N e % de resposta positiva	45/44,6%	17/53,1%	62/46,6%
N e % de resposta negativa	56/55,4%	15/46,9%	71/53,4%

Na Tabela 7 duas questões foram avaliadas com resposta de potencial positivo considerada como “potencial forte” na segurança do paciente por todos os profissionais: “anotação no prontuário das prescrições verbais realizadas para o cuidado ao paciente em AD” 78,2% e a “consideração das prescrições anteriores em consideração a nova prescrição” 76,7%, obtendo esta última 87,5% de resposta positiva dos profissionais de ensino superior.

A questão sobre “a compreensão da equipe sobre a priorização do atendimento em AD” foi avaliada com 68,4% de resposta positiva do total de profissionais, destacando os profissionais de ensino médio com 71,3%.

Referente a comunicação e discussão das prescrições pelos profissionais envolvidos na AD, o percentual positivo do total dos profissionais foi de 45,2%, porém 46,9% dos profissionais de ensino superior mantiveram maior percentual de resposta neutra.

A percepção do total dos profissionais sobre a “rede de apoio realizar contra referência após a alta do paciente, para orientar a continuidade do cuidado” foi de 49,0% de percentual de resposta positiva, destacando que os profissionais de escolaridade superior pontuaram 34,4% de resposta positiva e 65,6% de respostas negativas, os profissionais de ensino médio pontuaram 53,4% de resposta positiva e 46,6% de resposta negativa.

TABELA 7 – Frequência de respostas ao questionário Cultura de Segurança do Paciente em AD para profissionais da ESF - Seção F classificado de acordo com a análise realizada pelos profissionais conforme a escolaridade (N=133)

Variáveis	Profissionais Ensino Médio (n-101)	Profissionais Ensino Superior (n-32)	Total Profissionais (n-133)
	N/%	N/%	N/%

38. Ao receber orientações verbais sobre o tratamento, cuidado ou procedimento a ser realizado no paciente em assistência domiciliar, os profissionais anotam a prescrição no prontuário do paciente.

N e % de resposta positiva	80/79,2%	24/75,0%	104/78,2%
N e % de resposta negativa	21/20,8%	8/25,0%	29/21,8%

39. Antes de realizar uma nova prescrição, considera-se as anteriores descritas em prontuário?

N e % de resposta positiva	74/73,2%	28/87,5%	102/76,7%
N e % de resposta negativa	27/26,7%	4/12,5%	31/23,3%

40. As mudanças de prescrição são comunicadas e discutidas com todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente domiciliar.

N e % de resposta positiva	46/45,5%	14/43,7%	60/45,2%
N e % de resposta negativa	55/54,5%	18/56,3%	73/54,8%

41. A Rede de apoio (Hospitais e Serviços de Especialidades) realiza contra referência após a alta do paciente, orientando à continuidade dos cuidados no domicílio?

N e % de resposta positiva	54/53,4%	11/34,4%	65/49,0%
N e % de resposta negativa	47/46,6%	21/65,6%	68/51,0%

42. A equipe compreende e priorizam atendimento do paciente na Assistência Domiciliar.

N e % de resposta positiva	72/71,3%	19/59,4%	91/68,4%
N e % de resposta negativa	29/28,7%	13/40,6%	42/31,6%

Conforme demonstrado na Tabela 8, a média total dos resultados por total de profissionais nas seções de A a F foi de 53,1% de respostas positivas e 46,9%

de respostas negativas : Seção A: seu local de atuação, 48,3% de respostas positivas e 51,7% de respostas negativas; Seção B: o seu supervisor/chefe 49,4% de respostas positivas e 50,6% de respostas negativas; Seção C: comunicação, 56,25% de respostas positivas e 43,8% de respostas negativas; Seção D: frequência de eventos notificados, 57,8% de respostas positivas e 42,2% de respostas negativas; Seção E: a sua unidade básica de saúde 43,7% de respostas positivas e 56,3% de respostas negativas; Seção F: informação adicional sobre seu serviço/unidade 43,7% de respostas positivas e 56,3% de respostas negativas; Seção G: assistência domiciliar/informações gerais, 53,1% de respostas positivas e 46,9% de respostas negativas.

Na Tabela 09, é demonstrado que a segurança do paciente em AD foi avaliada como boa por 55,6% do total de participante e 36,1% dos profissionais consideram a segurança como regular.

Na Tabela 10, identificou que 66,10% dos participantes nunca realizaram alguma educação permanente sobre segurança do paciente (78,12% dos profissionais de escolaridade ensino superior e 63,4% dos profissionais de escolaridade ensino médio).

TABELA 8 – Média dos resultados por total de profissionais, referente as seções de A a F do questionário Cultura de Segurança do Paciente em Assistência Domiciliar para profissionais da Estratégia de Saúde da Família” de acordo com o percentual de resposta positiva, percentual de resposta neutra e percentual resposta negativa

Variáveis	Percentual resposta positiva	Percentual resposta negativa
Seção A	48,3%	51,7%
Seção B	49,4%	50,6%
Seção C	56,2%	43,8%
Seção D	57,8%	42,2%
Seção E	43,7%	56,3%
Seção F	63,2%	36,8%
Média Total	53,1%	46,9%

TABELA 09 - Conceito dado pelos entrevistados para segurança do paciente desenvolvida na AD na UBS por categoria profissional e escolaridade (N= 133).

Variáveis	Profissionais Ensino Médio (n-101)	Profissionais Ensino Superior (n-32)	Total Profissionais (n-133)
43. Escolha uma nota para a segurança do paciente na assistência domiciliar desenvolvida na sua UBS.			
Excelente	6/5,94%		6/4,5%
Bom	56/55,4%	18/56,3%	74/55,6%
Regular	34/34,65%	14/43,7%	48/36,1%
Ruim	4/3,9%		4/3,0%
Péssimo	1/0,9%		1/0,8%

TABELA 10 - Dados complementares dos entrevistados sobre ter realizado educação permanente e a interação ou contato direto dos entrevistados com os pacientes na AD (N= 133).

Variáveis	Profissionais Ensino Médio (n-101)	Profissionais Ensino Superior (n-32)	Total Profissionais (n-133)
Você já realizou alguma educação permanente sobre Segurança do Paciente?			
Sim	36/ 36,6%	7/21,9%	43/32,3,%
Não	65/63,4%	25/78,1%	90/67,7%
No seu cargo/função, você tem interação ou contato direto com os pacientes?			
Sim	100%	100%	100%
Não			

4 DISCUSSÕES

Os resultados alcançados com aplicação do questionário “Cultura de Segurança do Paciente em Assistência Domiciliar para profissionais da Estratégia de Saúde da Família” possibilitaram observar a compreensão dos profissionais que atuam na ESF sobre a cultura de segurança dos pacientes em atenção domiciliar.

Para avaliar os resultados desta pesquisa optou-se por realizar a análise utilizando as categorias: percentual positivo e percentual negativo de cada questão, comparando a compreensão dos profissionais considerando a escolaridade (ensino médio e ensino superior) e com o total de resposta dos profissionais.

Constatou-se que 75,9% (n=111) possuem ensino médio, enquanto 24,1% (n=32) possuem ensino superior. Forte, et al (2019) e Guimarães, Branco (2020) corroboram que a equipe da ESF tem uma concepção de trabalho multiprofissional e de interdisciplinaridade. Magalhães, et al (2019) referem que o profissional de nível superior tem um melhor enfrentamento dos problemas em relação aos profissionais de ensino médio, por deter um conhecimento mais qualificado, possibilitando uma análise mais complexa do cuidado prestado.

Entre os profissionais entrevistados, 60,1% (n=80) eram ACS, resultado alcançado devido a equipe mínima da ESF ser formada por um número maior de ACS (seis ACS por equipe), quantidade também definida conforme a vulnerabilidade e necessidade do território (BRASIL, 2017). Diferentemente do resultado aqui apresentado, o estudo realizado por Raimondi, et al (2019), revelou que os ACS apresentaram pouca adesão ao instrumento de pesquisa de cultura de segurança na coleta de dados. Esse resultado foi relacionado ao nível de escolaridade destes profissionais e ao trabalho desenvolvido diretamente na comunidade, originando uma percepção diferente dos demais profissionais referente ao tema.

Magalhães (2015) reconhece que a principal ferramenta de trabalho do ACS é a visita domiciliar, o que facilita o acompanhamento voltado para as necessidades da família. O fato de a pesquisa ter sido direcionada para a segurança do paciente em domicílio pode ter facilitado a participação dos ACS.

Ao avaliar a média do total das respostas dos profissionais nas seções de A a F do questionário “Cultura de Segurança do Paciente em Assistência Domiciliar

para profissionais da Estratégia de Saúde da Família”, percebeu-se que o percentual de resposta negativa do resultado foi inferior a 50%, o que é considerado como potencial frágil para cultura de segurança. Segundo Marchon (2015), há necessidade de melhora da abordagem de segurança do paciente em serviços de saúde. Lawati, et al (2019), referem que a segurança do paciente é necessária para qualificar cuidados e encara a segurança do paciente como um desafio para os serviços de atenção primária. Fassarella, et al (2019), referem que uma cultura de paciente frágil resulta em um cuidado fragilizado.

Observou-se que cinco questões foram avaliadas com percentual maior de resposta negativa para sobrecarga de trabalho na segurança do paciente e foram consideradas como potencial frágil para cultura de segurança: o “comprometimento da assistência domiciliar devido a carga de trabalho interno da UBS”, “insuficiência de profissionais” e “dificuldade da Assistência domiciliar prestada pela maior carga de trabalho” foram mais enfatizadas pelos profissionais de nível superior; as questões a “pressão do trabalho” (mais evidenciada nos profissionais de nível médio) e a “pressão do supervisor para realização do trabalho quando há aumento da demanda” analisada pelo total de profissionais.

De Assis (2019) refere que a APS no Brasil é responsável por desempenhar a promoção e prevenção à saúde dos usuários, os trabalhadores estão em contato constante com um modelo complexo que requer uma melhor atenção ao usuário e um melhor conhecimento dos protocolos e intervenções de saúde. A excessiva carga de trabalho na APS podem causar sobrecarga de trabalho. Fatores como: equipes incompletas; cobranças de metas de produtividade em curto prazo, não considerando a alta complexidade no cuidado dos pacientes que demandam mais tempo no atendimento; alta rotatividade de profissionais; insegurança; vivências de questões de violência; barreiras de comunicação com a gestão e com a equipe, o despreparo dos gestores; ausência de organização do processo de trabalho podem causar sobrecarga dos profissionais na ESF.

Silva, et al (2019) corroboram com De Assis (2019), ao apontar em seu estudo a sobrecarga profissional devido ao excesso de trabalho/ falta de profissionais, falta de insumos e condição inadequada da estrutura das UBS como fatores que contribuem para a ineficácia da segurança do paciente.

Lawati, et al (2018), Bell, et al (2016) e Penã, et al (2015), apresentam a pressão do trabalho como uma situação que pode causar erros e eventos

adversos na segurança do paciente. Nordin, et al (2020), dizem que uma cultura de segurança frágil causa uma sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, a insuficiência de profissionais.

Estudos realizados na AP da Irlanda, Inglaterra e Escócia referem que as sobrecargas de trabalho interferem diretamente na qualidade do atendimento e são consideradas um dos principais desafios da AP da Inglaterra. (CURRAN, ET AL, 2018), (BELL, ET AL, 2016).

Sobre a avaliação dos entrevistados nas questões que tratavam da comunicação, duas questões obtiveram percentual de resposta negativa (analisadas por todos os profissionais): “perda de informações importantes sobre o cuidado desenvolvido ao paciente no domicílio durante as mudanças de áreas/microáreas” e “o problema de comunicação entre as equipes”.

Foram considerados como potencial forte por todos os profissionais as questões “anotação no prontuário das prescrições verbais realizadas para o cuidado ao paciente em AD” e “consideração das prescrições anteriores em consideração a nova prescrição”, contrapondo-se à questão analisada como percentual negativo referente à perda de informações. Frequentemente, na ESF, as informações são registradas em prontuário, porém não são relatadas para a equipe, o que pode justificar a divergência do resultado e, ao mesmo tempo, afirmar a percepção dos entrevistados de que há problemas de comunicação entre as equipes.

Entre os profissionais de ensino superior, “a consideração das sugestões dos profissionais para melhoria do processo de trabalho pela chefia” e “a consideração da chefia dos riscos envolvidos na segurança do paciente em domicílio” destacam-se como fatores analisados com potencial forte.

Marchol (2015) refere que as ausências de comunicação causam retrabalho para a unidade e ressalta a importância das discussões sobre falhas que possam causar danos aos pacientes.

Reis, et al (2019) e Raimondi, Bernal, Matsuda (2019) corroboram que para uma cultura de segurança forte deve-se incluir uma comunicação eficaz.

Nordin, et al (2020) consideram que a equipe deve desenvolver um ambiente colaborativo, respeitoso, flexível e uma comunicação sistematizada para a transferência de informações importantes. Assim, uma cultura de segurança “forte” inclui uma comunicação transparente.

A “classificação de prioridades para definição do cuidado domiciliar” foi a questão com a melhor avaliação positiva pelo total de profissionais, sendo considerada com um potencial forte. Também cabe salientar que os entrevistados consideraram como percentual positivo “a compreensão da equipe sobre a priorização do atendimento em AD”.

Giacomazzi e Lacerda (2016) referem que através da visita domiciliar os profissionais da ESF estão diante da real necessidade de vida da população, conduzindo o cuidado para a família e com abordagem em seu espaço real. A prioridade das visitas domiciliares na ESF são decididas nas reuniões de equipes, de acordo com a vulnerabilidade do paciente e avaliação de risco Pinheiro, et al, (2019). Já Hoepers, et al (2019), consideram a visita domiciliar como um método de trabalho assistencial e exploratório realizado pela equipe multidisciplinar para condução do cuidado.

As questões relacionadas com o trabalho em equipe e trabalho integrado tiveram uma avaliação de percentual positivo por todos os profissionais, sendo esse mais evidenciado nas respostas dos profissionais de ensino superior. Mallouli, et al (2017), corroboram que é comum que o trabalho de equipe seja avaliado positivamente em estudos de segurança do paciente na APS, pois os profissionais tendem a ter uma maior colaboração no trabalho.

Guimarães, Branco (2020), Peruzzo, et al (2019), Nordin, et al (2019) e Silva, et al (2019), reconhecem que o trabalho em equipe faz parte da ESF. A equipe é vinculada com pessoas de funções diferentes, mas com propósito comum, incluindo o trabalho multidisciplinar.

Os profissionais entrevistados também apontaram como percentual positivo as questões relacionadas com a “compreensão das notificações de eventos adversos”, “identificação e correção dos erros, não afetarem o paciente em domicílio, devido a notificação frequente” e “os erros que representam riscos mínimos ao paciente em AD são notificados com frequência”. A questão “identificação dos erros no paciente em assistência domiciliar” foi avaliada como potencial forte para a cultura segurança pelos profissionais de ensino médio.

Nos últimos 12 meses, 100% dos entrevistados não realizaram notificação de Evento Adverso através de um instrumento oficial, é possível que as notificações foram realizadas nas reuniões de equipe ou em outras situações não especificadas. Segundo Amalberti e Vicent (2016), há vários métodos para verificação de eventos

adversos e os erros mais frequentes na APS estão associados ao tratamento medicamentoso e ao diagnóstico.

Lawati, et al (2018), referem que é necessário o aperfeiçoamento das discussões sobre a segurança do paciente na APS, sendo esta mais evidenciada na atenção secundária. Em Brasil (2013), reforçam que a avaliação de segurança do paciente ainda tem maior foco nos atendimentos hospitalares, ainda que os eventos adversos na APS estejam aumentando gradativamente. Fassarella, et al (2019), afirmam que as notificações de eventos adversos realizados com regularidade contribuem para aprendizagem dos profissionais.

A segurança do paciente na AD das UBS pesquisadas foi considerada “boa” por 55,6% dos participantes. 67,7% dos profissionais referem nunca ter realizado uma educação permanente em segurança do paciente e 100% dos participantes referiram ter interação ou contato direto com o paciente.

Pelzang e Hutchinson (2020) referem que a segurança do paciente muitas vezes é impossibilitada devido à ausência de conhecimento dos profissionais. É através da educação permanente que os profissionais poderão avaliar e gerenciar os riscos e ações que possam causar danos aos pacientes.

Fassarella, et al (2019), afirmam que a finalidade principal da segurança do paciente é a redução de danos nos cuidados de saúde. Penã, et al (2015), Reis et al (2019).

Já Silva et al, (2019), referiram a segurança do paciente como cuidado para evitar danos e riscos para os pacientes, destacando medidas para a prevenção de infecções como a higiene das mãos, o uso de equipamento de proteção individual, a adesão dos usuários às orientações através de grupos educativos, o acolhimento do paciente e a responsabilização do paciente em seu tratamento.

Jafarpanah e Rezaei (2020) consideram a segurança do paciente fundamental para qualificar a saúde nas organizações, promover uma cultura de segurança, melhorar paradigmas comportamentais e incrementar a comunicação entre os trabalhadores, o trabalho em equipe, a liderança e o comprometimento com a segurança da equipe.

5 PRODUTO ESPERADO

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL INOVAÇÃO NO ENSINO
SUPERIOR EM SAÚDE**

**GUIA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
PARA PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Márcia Cristina Bizache de Macedo Bertão

**SÃO PAULO
2020**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	2
2 PREVENÇÃO NA SEGURANÇA DO PACIENTE EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	5
2.1 Planejamento do cuidado	5
2.2 Comunicação	6
2.3 Práticas de segurança do paciente no domicílio	6
2.3.1 Lavagem das Mãos	6
2.3.2 Uso de EPI Indicações:	8
2.3.3 Prevenção de Infecções	9
2.3.4 Cuidados e orientações na administração de medicamentos	9
2.3.5 Promovendo ambiente seguro	9
2.3.6 Cuidador/Familiar	10
2.3.7 Gerenciamentos de resíduos	11
2.3.8 Registros das informações	11
2.3.9 Notificações de Eventos adversos	11
REFERÊNCIAS	13

1 INTRODUÇÃO

Em 1994 o “Programa de Saúde da Família” foi implementado, trazendo uma maneira reorientada com formação de trabalho em equipe multiprofissional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). As equipes foram divididas por áreas definidas para acompanhar uma certa população adstrita e iniciaram ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (PEREIRA e BARCELLOS, 2006).

O profissional médico deixou de ser especialista para ser generalista, ou seja, ele passa a cuidar dos usuários longitudinalmente e no PSF surgiu o Agente comunitário da saúde (ACS) com a proposta de fazer o elo entre a comunidade e a equipe técnica através de vínculos com a comunidade (ESCOREL ET AL,2007). Hoje o PSF é conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), por não possuir características programáticas, mas estratégicas, que visam a modificação do modelo de atenção à saúde da população (GIACOMAZZI, LACERDA, 2006).

Foi na década de 1990 que no Brasil a Assistência Domiciliar (AD) começou a se expandir, seguindo as tendências do mundo, visando a organização de uso dos leitos hospitalares, e a redução de custos assistenciais, cuidado baseado na humanização, direcionando a superação do modelo de assistência hospitalar (BRASIL, 2012).

No Brasil desde 2013 a AD é considerada a saúde prestada no domicílio, compreendendo a visita e a internação domiciliar, cada uma determinada conforme seus objetivos e características.

A regulamentação da AD no SUS, se consolidou em 2006, a partir da Portaria GM/MS nº 2529 de 19 de outubro de 2006, porém não foi regulamentada e em 24 de agosto de 2011 a portaria GM/MS nº 2029, instituiu o serviço de atenção domiciliar (SAD) pelo Programa melhor em Casa e a definição da AD no SUS. Em 2013 a portaria 963 de 27 de maio e 2013, redefiniu a AD classificando suas modalidades. Atualmente temos a portaria 825, de 25 de abril de 2016, que definiu o cuidado no domicílio e regulamentação do SAD (BRASIL,2006).

O SAD tem como objetivos: a redução da demanda por atendimento hospitalar ou do período de permanência de usuários internados; a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários;

desinstitucionalização; e a otimização de recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (RAS). É organizado por meio de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emap), devendo atuar de forma complementar aos cuidados realizados na atenção básica (AB) e em serviços de urgência e substitutiva ou complementar à internação hospitalar (BRASIL,2016).

AD é classificada em 03 modalidades dependendo do grau de dependência: Modalidade AD1 atendimento domiciliar com menor necessidade de visitas e de intensidade do cuidado multiprofissional, sendo responsáveis pelo atendimento as equipes de atenção básica e núcleos de apoio à saúde da família (NASF). Modalidade AD2: atendimento domiciliar que necessita de cuidados maior que a capacidade oferecida pela rede básica de saúde. Modalidade AD3: atendimento domiciliar semelhante a modalidade AD2, porém que fazem uso de equipamentos específicos, sendo que as modalidades AD2 e AD3 são de responsabilidades da Emad e Emap (BRASIL, 2016).

Cabe salientar para os profissionais que o modelo de cuidado hospitalar, não será apropriado para o cuidado domiciliar, pois os pacientes em domicílios têm mais autonomia, o que dificulta para os profissionais de saúde coordenar os cuidados. Neste contexto os cuidadores e pacientes mantêm a função de mais atividade e responsabilidade, pois ficam responsáveis por desenvolver o cuidado no domicílio e também têm importância em realizar a avaliação da modificação que poderá ocorrer no quadro de doença do paciente, notificando assim outros serviços.

No Brasil, o Programa Nacional de segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pela portaria GM/MS nº 529 de 1º de abril de 2013, e sua finalidade principal foi de favorecer a qualificação do cuidado nos serviços de saúde. São definidos como objetivos específicos do PNSP: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos núcleos de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações sobre a segurança do paciente; fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico, graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013).

O PNSP tem quatro eixos

- 1- O estímulo a uma prática assistencial segura;
- 2- O envolvimento do cidadão na sua segurança;
- 3- A inclusão do tema no ensino;

4- O incremento que pesquisa sobre ele, sendo que a cultura de segurança do paciente, é o componente que percorre os eixos (MARCHON, 2015).

Segundo Runciman, et al, 2009, a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente estabelece como:

- **Erro**, quando se reduz ao menor risco permissível de um dano indevido relacionado ao cuidado de saúde, através de uma ação que foi desempenhada em inconformidade do planejamento, importante ressaltar que os erros não são propositais.
- **Incidente**, quando se esperava um resultado de um evento, porém se resulta em um prejuízo indevido ao paciente, podendo ser resultado de ações intencionais ou não intencionais;
- **Near Miss**, quando um evento não atinge o paciente devido a detecção do mesmo antes de ser realizado; Incidente sem danos, quando o paciente é atingido por um evento, mas não resulta em um prejuízo perceptível para o mesmo (ex: realiza-se uma prescrição de medicação incorreta para o paciente, mas não causou danos para o paciente) ;
- **Incidente com dano**, é o evento que resulta danos a paciente (ex: realiza-se uma prescrição de medicação incorreta para o paciente e ocorre danos para o paciente).

Os riscos aos pacientes no contexto hospitalar também são diferentes nos observados na APS e na AD, pois estão direcionados à omissão de cuidado, ausência de monitoramento durante períodos prolongados e as dificuldades de acesso ao cuidado de saúde. Segundo Amalbert e Vicent, 2006, vários estudos revelam que o paciente tem mais riscos no ambiente hospitalar, do que em seu domicílio, por este motivo podemos presumir que os pacientes são mais seguros em casa, mas em pacientes com maior vulnerabilidade e fragilidade, podemos gerar mais eventos adversos no cuidado em domicílio. (BRASIL, 2016).

Os pacientes que cuidamos nas residências são mais idosos ou têm um número maior de doenças, fazendo uso de muitas medicações, o que pode ocasionar mais eventos adversos. Podemos deduzir que a residência é um local

bem mais perigoso do que pensamos. As principais causas de óbito por lesões domésticas estão relacionadas em quedas, incêndios, intoxicações, afogamentos, obstrução de vias aéreas. A prevalência é que pessoas idosas e doentes, são mais vulneráveis às lesões acidentais (AMALBERT, VICENT, 2016).

2 PREVENÇÃO NA SEGURANÇA DO PACIENTE EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

2.1 Planejamento do cuidado

É na visita domiciliar que a ESF antecipa a aplicação da AD, pois os profissionais estão diante da real necessidade de vida da população, conduzindo o cuidado para a família, com abordagem em seu espaço real, buscando intervenções de AD com garantia de atuação profissional à nível multidisciplinar, não somente centrado no médico, proporcionando assim que a assistência seja melhor subsidiada, tanto nas intervenções como no planejamento de ações. A AD é vista como um fator de continuidade aos cuidados de saúde, pois o atendimento aos pacientes é realizado em suas residências com objetivo de promover, manter ou restabelecer a saúde, reorganizando as práticas de saúde para fora dos equipamentos de saúde. (GIACOMAZZI; LACERDA, 2006).

O cuidado de saúde domiciliar deve ser melhor planejado e bem esclarecido, pois o paciente em sua residência tem a tendência de estabelecer seus valores e preferências, o que pode sobrepor as orientações dos cuidados planejados (BRASIL, 2016).

Para planejar o cuidado podemos utilizar das ferramentas de abordagem familiar, como Ecomapa e Genograma. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) será um importante dispositivo de planejamento para o cuidado do paciente, pois será construído junto com a equipe e o paciente propostas para necessidade de saúde do paciente (BRASIL, 2012).

2.2 Comunicação

A comunicação é de grande importância para o desempenho dos serviços de saúde, é através dela que é formado o vínculo entre os profissionais, usuários e familiares, quando nos comunicamos com uma melhor qualidade, contribuimos para um aumento na adesão ao tratamento, melhor prognóstico, ao empregar uma linguagem de fácil compreensão iremos promover a segurança do paciente. (BRASIL, 2016).

Ao realizar AD, o profissional deve se comunicar com o usuário/cuidador/família para que entendam de maneira direta mas respeitosa que no alcance de suas possibilidades, são corresponsáveis pelo cuidado planejado. É necessário que o plano de cuidado atenda às necessidades de saúde do usuário e que seja reavaliado periodicamente por todos os envolvidos para reprogramar o que foi programado. (BRASIL, 2016)

Cabe ressaltar que tudo que for combinado entre a equipe, usuário/cuidador/família, deve ser registrado em prontuário de forma legível e objetiva, também devem ser apresentadas por escrito para o usuário/cuidador/família. O histórico da assistência promove a continuação do cuidado proporcionado.

Segundo Ministério da Saúde, 2016 é importante a equipe disponibilizar em local visível, telefones úteis à família, como do Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e da Unidade Básica de Saúde.

2.3 Práticas de segurança do paciente no domicílio

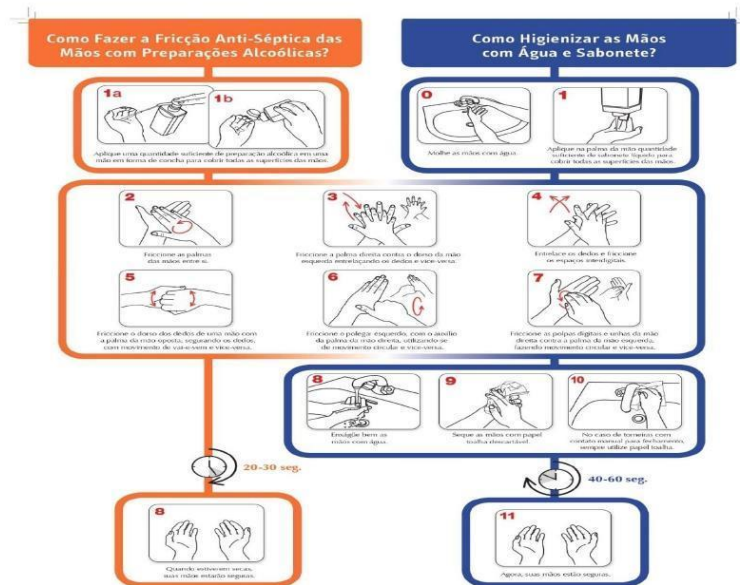
São os procedimentos necessários serem adaptados no ambiente domiciliar, pelo paciente/cuidadores/familiares, para promover a segurança do paciente.

2.3.1 Lavagem das Mãos

O processo de higienização das mãos (Figura 1), por ser medida individual e pouco dispendiosa para a prevenção e o controle de infecções. No domicílio, essa prática deve ser reforçada, também, entre os familiares e cuidadores, podendo ser realizada com água e sabonete líquido ou com

preparação alcoólica para a higiene das mãos.

Figura 1



Fonte: Anvisa- Cartaz lavagem de mãos e higienização com preparação alcoólica, 2020

É recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), aplicar abordagem de higiene das mãos em serviços extra-hospitalar, correspondendo há 05 momentos essenciais para higiene das mãos (figura 2), prevenindo a transmissão de micro-organismos ao paciente : 1) antes de tocar o paciente; 2) antes de realizar procedimento limpo/asséptico; 3) após risco de exposição a fluidos corporais; 4) após tocar o paciente e 5) após tocar superfícies próximas ao paciente .

Figura 2



Fonte: OMS- Higiene das mãos na assistência à Saúde extra-hospitalar e Domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência, 2014.

2.3.2 Uso de EPI Indicações:

A indicação de uso de EPI na Assistência domiciliar (BRASIL 2016):

- **Luvas:** Na possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, mucosas ou com áreas de pele não íntegra.
- **Máscara:** em contato com gotículas e aerossóis e na realização de procedimentos com a possibilidade de contato com sangue, fluidos corporais, mucosas da boca, nariz e olhos do profissional.
- **Gorros e óculos de proteção:** na realização de procedimentos com a possibilidade de contato com sangue, fluidos corporais, mucosas da boca, nariz e olhos do profissional.
- **Capotes (aventais):** em procedimentos que possa haver contatos com material biológico, superfícies contaminadas.
- **Botas:** quando em contato com locais úmidos, ou com quantidade de material infectante.

2.3.3 Prevenção de Infecções

Alguns microrganismos podem permanecer nos pacientes após a desospitalização alguns meses após a alta, é importante a paramentação necessária para evitar que, o profissional de saúde possa proliferar os microrganismos para outros usuários. Somente os profissionais de saúde devem se paramentar, mas o cuidador/família deve manter as precauções de cuidados no domicílio (BRASIL, 2016).

A padronização de procedimentos invasivos no domicílio, devem garantir medidas de técnicas assépticas adequadas. Também é relevante orientar o paciente quanto ao uso de dispositivos de sonda para traqueostomia, gastrostomia e cateteres vesicais, para evitar possíveis infecções, deve se observar risco de infecções de lesões por pressão e feridas (BRASIL, 2016).

O tratamento odontológico para o paciente em assistência domiciliar também é indicado para prevenção de infecções (BRASIL, 2016).

2.3.4 Cuidados e orientações na administração de medicamentos

É importante que os profissionais da ESF, orientem o usuário quanto ao uso correto dos medicamentos, observando os “nove certos” para o cuidado na administração de medicamentos, segundo o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, que são: **1-** o usuário certo, **2-** medicamento certo, **3-** via certa, **4-** hora certa, **5-** dose certa, **6-** registro certo(no paciente em domicílio pode ser realizado em diário), **7-** orientação certa (sobre uso adequado do medicamento, interações medicamentosas, **8-** forma certa(se a via de administração prescritas está adequada à condição clínica do paciente) **9-** resposta certa(se a medicação está fazendo o efeito adequado) (BRASIL, 2013).

O uso correto dos medicamentos é um ponto essencial para promover a segurança do paciente em AD (BRASIL, 2016).

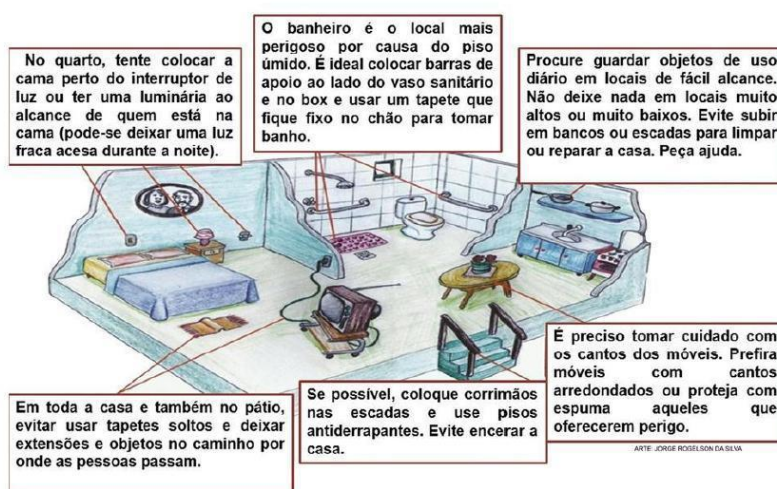
2.3.5 Promovendo ambiente seguro

O profissional de saúde deve observar e orientar a promoção de

adequações necessárias no domicílio, para o cuidado e segurança do usuário, é importante considerar as características culturais e princípios familiares, para realizar as possíveis adequações (BRASIL,2016).

Conforme a figura 3, a adequação do ambiente contribui para prevenção de quedas. As quedas podem ocorrer devido a vários fatores, dentro deles evidencia-se alteração fisiológica com relação à idade, doenças, uso de medicações, piso escorregadio e pouca iluminação.

Figura 3



Fonte: BRASIL, 2016

2.3.6 Cuidador/Familiar

O cuidador/familiar será responsável pela maior parte do cuidado do usuário, é importante que eles possam estar preparados para realização do plano de cuidado e também para desenvolver alguns procedimentos necessários para continuidade do cuidado do domicílio. Compete à equipe promover as orientações necessárias para o aprimoramento prático do cuidado (BRASIL, 2016).

2.3.7 Gerenciamentos de resíduos

Importante orientar a família/ cuidador quanto ao descarte adequado dos resíduos produzidos, para proteção da família e também do meio ambiente, orientar utilização de caixas de perfuro cortante, dispensação adequada de resíduos líquidos e com manuseio adequado. As lixeiras também devem se manter tampadas. O recolhimento das caixas perfuro cortante é de responsabilidade do serviço de saúde de acordo com a RDC Anvisa nº 306, de 7 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2016).

2.3.8 Registros das informações

O Registro das informações é fundamental para supervisionar as ações realizadas pelas equipes. Segundo documento referência para o programa nacional de segurança do paciente, BRASIL, (2014), a aplicação das tecnologias de informação, contribuem para aprimorar os resultados da segurança do paciente, pois os dados captados geram informações para avaliação do cuidado realizado.

2.3.9 Notificações de Eventos adversos

Segundo a RDC Anvisa nº 36/2013, devem ser criados Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) em todos os serviços de saúde, com intuito de promoção e apoio a implantação de intervenções direcionadas a Segurança do Paciente.

É de competência da gestão municipal/distrital/estadual/nacional definir o que será notificado. Na esfera nacional considera-se como prioridade a notificação de eventos considerados graves e os que resultam em óbito do paciente.

Conforme a Anvisa, 2015 os incidentes relacionados a atenção domiciliar estão excluídos da obrigatoriedade da notificação de incidentes relacionados a assistência a saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Segundo Ministério da Saúde 2016, devemos instituir nos serviços que realizam cuidado de saúde no domicílio, uma prática de notificação de

12

incidentes/eventos adversos, preservando a identidade do usuário e dos profissionais envolvidos, tendo em vista o aprender com o erro e a solução do problema que foi apontado.

REFERÊNCIAS

AMALBERTI, René; VINCENT, Charles. **Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado**. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos. Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG. 2013. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>. Acesso em 17 abr 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA N o 01/2015. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+N%C2%BA+01+de+2015+-GVIMS-GGTES-ANVISA/b98ec033-1676-4443-9603-24a4edae1505>. Acesso em 17 abr 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar volume 2 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/publicacoes>. Acesso em 17 abr 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf. Acesso em 10 ago. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

SCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, p. 164-176, 2007.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006.
MARCHON, Simone Grativol. **Segurança do paciente na atenção primária à saúde**. 2015. Disponível em:

14

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12823/1/ve_Simone_GrativoI_ENSP_2015. Acesso em 11 ago 2019

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BACELLOS, Christovam. **O território no programa de saúde da família**. 2006. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/651/2/BARCELLOS_Programa%20de%20Saude%20da%20Familia_2006.pdf. Acesso em 11 ago. 2019

6 CONCLUSÃO

O presente levanta subsídios importantes para compreender o conhecimento que os profissionais da ESF possuem sobre a cultura da segurança do paciente na assistência domiciliar.

O questionário aplicado aos profissionais da ESF foi uma adaptação realizada do “Questionário de cultura para Segurança Hospitalar” para aplicabilidade para segurança do paciente em Assistência Domiciliar.

Por meio dos resultados analisados, foi possível avaliar a percepção dos profissionais da ESF sobre a segurança do paciente em AD e identificar as áreas fortes e frágeis da cultura de segurança que ocorrem nas UBS.

O instrumento aperfeiçoado pode auxiliar a compreensão e identificação de fatores que contribuem para a cultura de segurança em AD de um serviço de saúde de ESF.

A sobrecarga no trabalho foi evidenciada como percentual negativo para a cultura de segurança pelos entrevistados, sendo que duas questões foram consideradas como potencial frágil para cultura de segurança: a “pressão do trabalho”, mais evidenciada pelos profissionais de nível médio e a “pressão do supervisor para realização do trabalho quando há aumento da demanda”, evidenciada pelo total de profissionais (ensino médio e superior).

Os profissionais apontaram como percentual positivo as questões relacionadas com a “compreensão das notificações de eventos adversos”, mas nos últimos 12 meses 100% dos entrevistados não realizaram notificação escrita de evento adverso. Considera-se a utilização de outras formas de notificar eventos adverso como explicação para este achado.

Não dispomos de um instrumento adequado para realizar a notificação de eventos adversos, por isso a importância da comunicação sobre o tema entre a equipe, para que possamos desenvolver um cuidado mais fidedigno para prevenção das principais causas de danos causados na segurança ao paciente na Assistência Domiciliar.

Considerando que 67,7% do total de entrevistados nunca realizaram educação permanente em segurança do paciente, há possibilidade da ausência deste conhecimento ter interferido nas respostas dos entrevistados, por este motivo,

deve-se implementar a educação permanente sobre segurança do paciente, visando uma cultura de segurança com comportamentos e valores compartilhados, na ESF com ênfase na AD.

REFERÊNCIAS

AMALBERTI, René; VINCENT, Charles. **Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado**. 2016.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. mar. 20, p. 884-899, 2011.

BRASIL, Casa Civil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 1, 1990.

BRASIL, CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária–Seminário do CONASS para construção de Consensos, CONASS Documenta**, v. 2, 2007.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 17 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf. Acesso em 10 ago. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

BELL, Brian G, et al. "Safety climate in English general practices: workload pressures may compromise safety." **Journal of evaluation in clinical practice** vol. 22,1 (2016): 71-76. doi:10.1111/jep.12437

Carvalho, N. R., Andrade, ET AL, (2019). Percepções e práticas do técnico de Enfermagem sobre a Visita Domiciliar na Atenção Primária. **Revista de Enfermagem da UFJF**, 5(1), 1-17.

CURRAN, Ciara et al. "Perceived safety climate in Irish primary care settings-a comparison with Scotland and England." **The European journal of general practice** vol. 24,1 (2018): 252-257. doi:10.1080/13814788.2018.1524002

DA COSTA, Daniele Bernardi et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto**, 2018.

DALMORO, M.; VIEIRA, K. M. Dilemas na construção de escalas Tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados?. **Revista Gestão Organizacional, Chapecó**, v. 6, n. 3, p. 161-174, 2014.

DE ASSIS, Bianca Cristina Silva et al. Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde?. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 6, p. e3134-e3134, 2020.

DE MEDEIROS, Joseane Beatriz Gurgel, et al. Atenção domiciliar em saúde bucal- **estudo piloto**. 2019. Disponível em: https://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV125_MD4_SA3_ID3138_11062019000418.pdf. acesso em 26/05.

SCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, p. 164-176, 2007.

FASSARELLA, Cintia Silva et al. Cultura de segurança dos enfermeiros entre os serviços de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 767-773, 2019

FORTE, Franklin Delano Soares et al. Olhar discente e a formação em Odontologia: interseções possíveis com a Estratégia Saúde da Família. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170407, 2019.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006.

GUIMARÃES, Bárbara Emanuely de Brito; BRANCO, Andréa Batista de Andrade Castelo. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 143-155, 2020.

GOMES, Maria Fernanda Pereira, et al. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Mundo Saúde** [Internet], 2015, 470-5. Disponível em http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155572/A08.pdf, acesso em 26/5.

HOEPERS, Neiva Junkes. Atuação da equipe de Estratégia Saúde da Família no domicílio de pacientes com acidente vascular encefálico. **Enfermagem Brasil**, v. 12, n. 5, p. 271-279, 2019.

JAFARPANAH, M, REZAEI, B . Association between organizational citizenship behavior and patient safety culture from nurses' perspectives: a descriptive correlational study. **BMC Nurs** 19, 24 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00416-y>

KASS-BARTELMES BL, RUTHERFORD. AHRQ Tools and resources for better health care. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2002. **Research in Action Issue 10**. AHRQ Pub No. 03-0008. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/resources/index.html>. Acesso em 15 nov 2019.

LAWATI, ET AL. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. **BMC Fam Pract** 19, 104 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0793->. Acesso 01/05/20

MAGALHÃES, Kelly Alves et al. A visita domiciliária do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3787-3796, 2015.

MALLOULI, ET AL. « Culture de sécurité des soins dans les centres de soins primaires tunisiens : une étude multicentrique », **Santé Publique**, vol. vol. 29, no. 5, 2017, pp. 685-691.

MARCHON, Simone Grativol; MENDES JUNIOR, Walter Vieira. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1815-1835, 2014.

MARCHON, Simone Grativol. Segurança do paciente na atenção primária à saúde. 2015. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12823/1/ve_Simone_Grativol_ENSP_2015. Acesso em 11 ago 2019

MUNIZ, Emanuel Avelar et al. Home care for the elderly in the family health strategy: perspectives on the care organization. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 11, n. 1, p. 296-302, 2017.

NORDIN, Anna et al. Mudança na cultura de segurança do paciente ao longo das percepções das equipes de saúde no tempo. **Revista Aberta de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 320-339, 2020.

PENÃ, María Pilar Astier, et al. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety?, **European Journal of Public Health**, Volume 25, Issue 5, October 2015, Pages 781–787, Disponível em <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv066> acesso em 24/04/2020.

PEDRONI, Vitoria Sandri et al. Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020.

PELZANG, Rinchen, HUTCHINSON Alison M. "How Is Patient Safety Understood by Healthcare Professionals? The Case of Bhutan." **Journal of patient safety** vol. 16,1 (2020): 106-109. doi:10.1097/PTS.0000000000000450

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BACELLOS, Christovam. O território no programa de saúde da família. 2006. **Disponível em:** https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/651/2/BARCELLOS_Programa%20de%20Saude%20da%20Familia_2006.pdf. Acesso em 11 ago 2019

PERUZZO, Hellen Emília et al. Clima organizacional e trabalho em equipe na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 721-727, 2019.

RAIMONDI, Daiane Cortêz et al. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. SPE, 2019.

REIS, Claudia Tartaglia et al. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. Tese de Doutorado.

REIS, Cláudia Tartaglia et al. Confiabilidade e validade da versão brasileira do HSOPSC: um estudo de reavaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8, 2019.

RODRIGUES, Liégia Karissa Morais. Desafios e perspectivas das visitas domiciliares na estratégia de saúde da família a partir da compreensão dos profissionais. 2019. **Dissertação de Mestrado**. Brasil. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/27835/1/Desafiosperspectivasvisitas_Rodrigues_2019.pdf. Acesso em 26/05.

SÃO PAULO. Manual Orientador das Ações do Agente de Promoção Ambiental – APA, 2015. Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Manual%20APA%20-%20Final_web.pdf – Acesso em 26/05

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2016, 11.381-12.

SILVA, Amarílis Pagel Floriano da, et al. Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2019, 40.SPE.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO

Questionário de Cultura de Segurança do Paciente (Adaptado para pesquisa de Atenção Domiciliar em Unidades Básicas de Saúde)

Caso não responda alguma questão, ou se alguma pergunta não se aplicar a sua prática, pode deixá-la em branco.

- A “Assistência Domiciliária” é compreendida como atendimento ou cuidado domiciliar, consiste na realização de procedimentos/intervenções de saúde com especificidades ambulatoriais, planejadas, continuadas e executadas em domicílio, fundamentadas no contato do profissional com o paciente, sua família ou com responsáveis que assumirão o papel de cuidador.
- “Incidente” é definido como evento ou circunstância que pode resultar em algum dano desnecessário ao paciente.
- “Segurança do paciente” é definida como proteção ou redução de riscos de exposição à algum dano desnecessário associado ao cuidado em saúde.

Seção A - Seu local de atuação

Indique a sua concordância ou discordância com relação às afirmações sobre atuação dos profissionais na unidade de saúde.

1. Na UBS, os profissionais se apoiam e trabalham integrados.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

2. Há profissionais em suficiência para dar conta e de toda carga de trabalho.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

3. O trabalho desenvolvido na UBS é realizado em equipe.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

4. Na UBS, as relações são baseadas em respeito mútuo, minimamente profissional, considerando as normas éticas do exercício da profissão, bem como as normas éticas da Instituição.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

5. O desenvolvimento do cuidado domiciliar é comprometido pela carga de trabalho dedicada internamente na UBS.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

6. Há adoção de medidas para melhorar a segurança do paciente no domicílio.

Discordo totalmente

Discordo totalmente

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

7. Na UBS, os erros na execução de práticas e/ou procedimentos são considerados para aprimorar a atuação dos profissionais.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

8. Quando se identifica algum erro na atenção ao paciente em assistência domiciliária, há adoção de medidas de prevenção.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

09. Consideramos riscos mínimos no cuidado ao paciente no domicílio, pois contamos com o fator sorte.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

10. Há uma classificação de prioridades para definir o cuidado a ser realizado no âmbito domiciliar.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

11. Quando um evento adverso é notificado, o foco recai sobre o usuário e não ao problema:

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

12. Há algum tipo de monitoramento para avaliar/acompanhar o cuidado desenvolvido em âmbito domiciliar:

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

13. A pressão do trabalho atrapalha a realização do cuidado no domicílio:

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

14. A segurança do paciente em assistência domiciliária nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

15. Há equipamentos e insumos em suficiência para a prestação do cuidado domiciliar:

Discordo totalmente

Não concordo nem discordo

Discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

16. Na unidade identificamos algum tipo de problemas que envolve a segurança do paciente no domicílio.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

17. Utiliza-se informações de sistemas de saúde para planejar o cuidado domiciliar.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

Seção B - O seu supervisor/chefe

Indique a sua concordância ou discordância com relação às afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

18. O supervisor/chefe sempre me elogia quando o trabalho é realizado de acordo com as normas estabelecidas de segurança do paciente em assistência domiciliar.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

19. O supervisor/chefe leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria dos processos de trabalho que envolvem a segurança do paciente em domicílio.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

20. Quando existe aumento da demanda há pressão do supervisor para execução das atividades e trabalho:

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

21. O supervisor/chefe não considera os riscos envolvidos na segurança do paciente em domicílio que acontecem repetidamente.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

Seção C – Comunicação

Qual frequência às situações abaixo ocorrem na sua unidade de trabalho?

22. As mudanças implementadas ou novas normas ou atividades são compartilhadas com a equipe.

Nunca

Quase nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

23. Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente em assistência domiciliar.

Nunca

Quase nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

24. Os erros são discutidos e considerados para correção e melhoria dos processos.

Nunca

Quase nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

25. Os profissionais têm espaço para discutir os processos de trabalho ou as decisões com seus superiores.

Nunca

Quase nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

26. Os profissionais indicam mudança nos processos considerados inadequados.

Nunca

Quase nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

27. As informações que afetam o tratamento do paciente em domicílio, são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

Nunca

Quase nunca

Quase sempre

Às vezes

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

Seção D - Frequência de eventos notificados

Na sua área/unidade, quando ocorrem as falhas a seguir, com que frequência elas são notificadas?

28. Os erros são identificados e corrigidos antes e não afetam o paciente em domicílio, pois são notificados com que frequência.

Nunca

Quase nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

29. Erros que representam riscos mínimos ao paciente em assistência domiciliar são notificados com qual frequência.

Nunca

Quase nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

Seção E – A sua Unidade Básica de Saúde

Indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a Unidade Básica de Saúde.

30. A direção da UBS propicia um clima de trabalho adequado para a promoção da segurança do paciente em domicílio.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

31. Há comprometimento no cuidado do paciente domiciliar quando um paciente realiza mudança para outras áreas/microáreas da UBS?

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

32. Há cooperação entre os profissionais da UBS.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

33. Perde-se informações importantes sobre o cuidado desenvolvidos ao paciente em domicílio durante as mudanças (equipe/micro área/troca de prontuário etc.).

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

34. Profissionais da saúde não aceitam intervenções de profissionais de áreas administrativas.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

35. Há problemas de comunicação entre as equipes na UBS:

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

36. As orientações da direção da sua UBS demonstram que a segurança do paciente no domicílio é uma prioridade máxima.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

37. Profissionais da equipe de apoio só demonstra interesse na segurança do paciente em domicilio quando ocorre algum evento adverso.

Discordo totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Não se aplica / Resposta em branco

Seção F - Informação adicional sobre seu Serviço/Unidade

38. Ao receber orientações verbais sobre o tratamento, cuidado ou procedimento a ser realizado no paciente em assistência domiciliar, os profissionais anotam a prescrição no prontuário do paciente.

Nunca

Quase nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

39. Antes de realizar uma nova prescrição, considera-se as anteriores descritas em prontuário?

Nunca

Quase nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

40. As mudanças de prescrição são comunicadas e discutidas com todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente domiciliar.

Nunca

Quase nunca

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não se aplica / Resposta em branco

41. A Rede de apoio à saúde dos serviços secundários e terciários (Hospitais e Serviços de Especialidades) realizam contra referência após a alta do paciente, orientando à continuidade dos cuidados no domicílio

Nunca
Quase nunca
Às vezes
Quase sempre
Sempre
Não se aplica / Resposta em branco

Seção G- Assistência Domiciliária/Informações Gerais

42. A equipe compreende e priorizam atendimento do paciente na Assistência Domiciliária.

Discordo totalmente
Discordo
Não concordo nem discordo
Concordo
Concordo totalmente
Não se aplica / Resposta em branco

43. Escolha uma nota para a segurança do paciente na assistência domiciliária desenvolvida na sua UBS.

Péssimo
Ruim
Regular
Bom
Excelente

44. Quantos anos você trabalha nesta UBS?

45. Quantos anos você trabalha na ESF?

46. Você já realizou alguma educação permanente sobre Segurança do Paciente?

SIM
NÃO

47. Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e registrou?

48. No seu cargo/função, você tem interação ou contato direto com os pacientes?

SIM, eu costumo ter contato ou interação direta com os pacientes

NÃO, eu NÃO costumo ter contato ou interação direta com os pacientes

49. Quantos anos você tem na sua profissão atual?

50. Qual é o seu cargo/função nesta unidade? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

ACS (Agente Comunitário de Saúde)

APA (Agente de Promoção Ambiental)

Auxiliar de Enfermagem

Enfermeiro

Médico Estratégia saúde da Família

Farmacêutico

ASB (Auxiliar de Saúde Bucal)

Cirurgião Dentista

TSB (Técnico de Saúde Bucal)

Assistente Social

Educador Físico

Fisioterapeuta

Fonoaudiólogo

Médico Especialista

Nutricionista

Psicólogo

Terapeuta Ocupacional

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



A compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a segurança do paciente em assistência domiciliar

Márcia Cristina Bizache de Macedo Bertão

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa e este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegura seus direitos como participante de pesquisa e foram elaboradas em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e por você, sendo que uma via será sua e outra ficará com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma e, aproveite para esclarecer suas dúvidas. Se você tiver perguntas, poderá fazê-las ao pesquisador. Você **NÃO** sofrerá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se não aceitar em participar desta pesquisa ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e Objetivos

A segurança do paciente no domicílio tem pouca abordagem nos serviços de saúde, porém sabe-se da importância da atenção domiciliar para a prestação do cuidado de saúde. A Assistência Domiciliar faz parte do cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam na ESF, que se inserem no domicílio do paciente, com objetivo de atender as diversas necessidades da paciente, muitas vezes a assistência é prestada de forma empírica podendo prejudicar a assistência prestada, o que pode causar danos desnecessários para o paciente. Este estudo tem como objetivo compreender o conhecimento que os profissionais da ESF possuem sobre a cultura da segurança do paciente na assistência domiciliar.

Procedimentos

Participando do estudo você está sendo convidado a preencher um de questionário online na sua Unidade Básica de Saúde durante a reunião de equipe com duração aproximada de 01 (uma) hora.

Desconfortos e Riscos

Esta pesquisa não associará os resultados do questionário ou seu desempenho com as atribuições profissionais. Neste sentido não existirá risco direto para cada participante. Diante do possível incômodo em ter suas colocações expostas, a presente pesquisa não realizará identificação específica de cada questionário e possibilitará a entrega do questionário em momento distinto da entrega a cada participante.

Benefícios

Espera-se que com base nas informações coletadas de cada participante seja possível compreender o entendimento dos profissionais de saúde que trabalham na Estratégia de Saúde da Família tem sobre a Segurança do Paciente na Assistência Domiciliar. Nesse sentido esperamos fornecer orientações para melhorar as práticas de planejamento da assistência domiciliar visando a segurança dos pacientes, proporcionando melhor qualidade no acompanhamento do paciente em assistência domiciliar.

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

Sigilo e Privacidade

Neste trabalho as identidades dos entrevistados serão mantidas em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da minha equipe de pesquisadores. Os nomes não serão registrados no questionário e nem será possível identifica-los durante a análise e divulgação dos resultados.

Ressarcimento e Indenização

Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com o (a) pesquisador (a): Márcia Cristina Bizache de Macedo Bertão, fone (11) 99688-2335, e-mail marciabertao@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da USCS, das 8h às 12h e das 14h às 18h, através do telefone (11) 42393282.

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Profa. Dra. Celi de Paula Silva
Vice Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa Prof. Dr. Arquimedes Pessoni
Telefone do Comitê: (11) 42393282
Endereço do Comitê: Rua Santo Antônio, 50, Centro – São Caetano do Sul
E-mail do Comitê de Ética em pesquisa: cep.uscs@uscs.edu.br

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

O CEP tem como função avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos

envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das Instituições, além de ser um órgão consultor na área de ética em pesquisas. Consentimento Livre e Esclarecido: Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que está possa acarretar, aceito participar:

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

Nome do (a) participante da pesquisa:

Data: __ / __ / __

—
(Assinatura do participante de pesquisa ou nome e assinatura do seu responsável legal)

Responsabilidade do Pesquisador

Asseguro ter cumprido as exigências da Resolução 466 de 2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante de pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP. Comprometo-me utilizar os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento.

Data: ____/____/____

(Assinatura do pesquisador)

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

APÊNDICE C

Questões	N	%	
Na UBS, os profissionais se apoiam e trabalham integrados.	discordo totalmente	14	10,4
	discordo	25	18,7
	não concordo nem		
	discordo	35	26,1
	concordo	53	39,6
	concordo totalmente	5	3,7
	Não se aplica - resposta em branco	1	0,7
Há profissionais em suficiência para dar conta e toda carga de trabalho.	discordo totalmente	27	20,1
	discordo	64	47,8
	não concordo nem		
	discordo	23	17,2
	concordo	14	10,4
	concordo totalmente	2	1,5
	Não se aplica - resposta em branco	3	2,2
O trabalho desenvolvido UBS é realizado em equipe.	discordo totalmente	4	3
	discordo	16	11,9
	não concordo nem		
	discordo	38	28,4
	concordo	70	52,2
	concordo totalmente	5	3,7
	Não se aplica - resposta em branco	0	0
Na UBS, as relações são baseadas em respeito mútuo, minimamente, profissional.	discordo totalmente	10	7,5
	discordo	25	18,7
	não concordo nem		
	discordo	31	23,1
	concordo	58	43,3
	concordo totalmente	6	4,5
	Não se aplica - resposta em branco	3	2,2
O desenvolvimento do cuidado domiciliar é comprometido pela carga de trabalho dedicada internamente na UBS.	discordo totalmente	5	3,7
	discordo	17	12,7
	não concordo nem		
	discordo	14	10,4
	concordo	76	56,7
concordo totalmente	18	13,4	

	Não se aplica - resposta em branco	3	2,2
Há adoção de medidas para melhorar a segurança do paciente no domicílio.	discordo totalmente	17	12,7
	discordo	0	0
	não concordo nem discordo	40	29,9
	concordo	66	49,3
	concordo totalmente	5	3,7
	Não se aplica - resposta em branco	5	3,7
Na UBS, os erros na execução de práticas e/ou procedimentos são considerados para aprimorar a atuação dos profissionais.	discordo totalmente	3	2,2
	discordo	25	18,7
	não concordo nem discordo	33	24,6
	concordo	65	48,5
	concordo totalmente	2	1,5
	Não se aplica - resposta em branco	5	3,7
Quando se identifica algum erro na atenção ao paciente em assistência domiciliar, há adoção de medidas de prevenção.	discordo totalmente	2	1,5
	discordo	9	6,7
	não concordo nem discordo	22	16,4
	concordo	88	65,7
	concordo totalmente	11	8,2
	Não se aplica - resposta em branco	1	0,7
Consideramos riscos mínimos no cuidado ao paciente no domicílio, pois contamos com o fator sorte.	discordo totalmente	26	19,4
	discordo	61	45,5
	não concordo nem discordo	23	17,2
	concordo	20	14,9
	concordo totalmente	0	0
	Não se aplica - resposta em branco	3	2,2
Há uma classificação de prioridades para definir o cuidado a ser realizado no âmbito domiciliar.	discordo totalmente	3	2,2
	discordo	8	6
	não concordo nem discordo	6	4,5
	concordo	88	65,7
	concordo totalmente	26	19,4
	Não se aplica - resposta em branco	2	1,5
	discordo totalmente	9	6,7

	discordo	61	45,5
	não concordo nem		
Quando um evento adverso é notificado, o foco recai sobre o usuário e não ao problema.	discordo	25	18,7
	concordo	34	25,4
	concordo totalmente	3	2,2
	Não se aplica - resposta em branco	1	0,7
Há algum tipo de monitoramento para avaliar/acompanhar o cuidado desenvolvido em âmbito domiciliar.	discordo totalmente	5	3,7
	discordo	24	17,9
	não concordo nem		
	discordo	16	11,9
	concordo	75	56
	concordo totalmente	11	8,2
	Não se aplica - resposta em branco	2	1,5
A pressão do trabalho atrapalha a realização do cuidado no domicílio.	discordo totalmente	5	3,7
	discordo	13	9,7
	não concordo nem		
	discordo	15	11,2
	concordo	66	49,3
	concordo totalmente	32	23,9
	Não se aplica - resposta em branco	2	1,5
A segurança do paciente em assistência domiciliar nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho.	discordo totalmente	27	20,1
	discordo	59	44
	não concordo nem		
	discordo	17	12,7
	concordo	21	15,7
	concordo totalmente	6	20,9
	Não se aplica - resposta em branco	3	2,2
Há equipamentos e insumos em suficiência para a prestação do cuidado domiciliar.	discordo totalmente	16	11,9
	discordo	58	43,3
	não concordo nem		
	discordo	21	15,7
	concordo	28	20,9
	concordo totalmente	6	4,5
	Não se aplica - resposta em branco	4	3
Na unidade identificamos algum tipo de problemas que envolve a segurança do paciente no domicílio.	discordo totalmente	6	4,5
	discordo	23	17,2
	não concordo nem discordo	20	14,9

	concordo	76	56,7
	concordo totalmente	4	3
	Não se aplica - resposta em branco	4	3
Utiliza-se informações de sistemas de saúde para planejar o cuidado domiciliar.	discordo totalmente	4	3
	discordo	18	13,4
	não concordo nem discordo	15	11,2
	concordo	82	61,2
	concordo totalmente	8	6
	Não se aplica - resposta em branco	6	4,5
	O supervisor/chefe sempre elogia quando o trabalho é realizado de acordo com as normas estabelecidas de segurança do paciente em assistência domiciliar.	discordo totalmente	13
discordo		25	18,7
não concordo nem discordo		25	18,7
concordo		41	30,6
concordo totalmente		20	14,9
Não se aplica - resposta em branco		9	6,7
O supervisor/chefe leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria dos processos de trabalho que envolvem a segurança do paciente em domicilio.	discordo totalmente	7	5,2
	discordo	7	5,2
	não concordo nem discordo	20	14,9
	concordo	82	61,2
	concordo totalmente	14	10,4
	Não se aplica - resposta em branco	3	2,2
	Quando existe aumento da demanda há pressão do supervisor para execução das atividades e trabalho.	discordo totalmente	3
discordo		11	8,2
não concordo nem discordo		13	9,7
concordo		66	49,3
concordo totalmente		35	26,1
Não se aplica - resposta em branco		5	3,7
O supervisor/chefe não considera os riscos envolvidos na segurança do paciente em domicilio que acontecem repetidamente.	discordo totalmente	16	11,9
	discordo	78	58,2
	não concordo nem discordo	18	13,4
	concordo	11	8,2
	concordo totalmente	3	2,2

	Não se aplica - resposta em branco	7	5,2
As mudanças implementadas ou novas normas ou atividades são compartilhadas com a equipe.	Nunca	2	1,5
	Quase nunca	10	7,5
	às vezes	48	35,8
	Quase sempre	30	22,4
	Sempre	43	32,1
	Não se aplica - resposta em branco	0	0
Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente em assistência domiciliaria.	Nunca	7	5,2
	Quase nunca	9	6,7
	às vezes	30	22,4
	Quase sempre	26	19,4
	Sempre	58	43,3
	Não se aplica - resposta em branco	3	2,2
Os erros são discutidos e considerados para correção e melhoria dos processos.	Nunca	3	2,2
	Quase nunca	6	4,5
	às vezes	46	34,3
	Quase sempre	29	21,6
	Sempre	45	33,6
	Não se aplica - resposta em branco	4	3
Os profissionais têm espaço para discutir os processos de trabalho ou as decisões com seus superiores.	Nunca	5	3,7
	Quase nunca	14	10,4
	às vezes	42	31,3
	Quase sempre	26	19,4
	Sempre	45	33,6
	Não se aplica - resposta em branco	1	0,7
Os profissionais indicam mudança nos processos considerados inadequados.	Nunca	5	3,7
	Quase nunca	10	7,5
	às vezes	46	34,3
	Quase sempre	32	23,9
	Sempre	36	26,9
	Não se aplica - resposta em branco	4	3
As informações que afetam o tratamento do paciente em domicilio, são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais	Nunca	1	0,7
	Quase nunca	12	9
	às vezes	37	27,6
	Quase sempre	35	26,1
	Sempre	47	35,1

envolvidos na assistência ao paciente.	Não se aplica - resposta em branco	1	0,7
Os erros são identificados e corrigidos antes e não afetam o paciente em domicílio, pois são notificados com que frequência.	Nunca	1	0,7
	Quase nunca	8	6
	às vezes	49	36,6
	Quase sempre	26	19,4
	Sempre	40	29,9
	Não se aplica - resposta em branco	9	6,7
Erros que representam riscos mínimos ao paciente em assistência domiciliar são notificados com qual frequência.	Nunca	4	3
	Quase nunca	10	7,5
	às vezes	24	17,9
	Quase sempre	41	30,6
	Sempre	48	35,8
	Não se aplica - resposta em branco	6	4,5
A direção da UBS propicia um clima de trabalho adequado para a promoção da segurança do paciente em domicílio.	discordo totalmente	8	6
	discordo	13	9,7
	não concordo nem		
	discordo	31	23,1
	concordo	71	53
	concordo totalmente	5	3,7
	Não se aplica - resposta em branco	5	3,7
Há comprometimento no cuidado do paciente domiciliar quando um paciente realiza mudança para outras áreas/micro áreas da UBS?	discordo totalmente	5	3,7
	discordo	20	14,9
	não concordo nem		
	discordo	24	17,9
	concordo	66	49,3
	concordo totalmente	15	11,2
	Não se aplica - resposta em branco	3	2,2
Há cooperação entre os profissionais da UBS.	discordo totalmente	17	12,7
	discordo	22	16,4
	não concordo nem		
	discordo	37	27,6
	concordo	47	35,1
	concordo totalmente	6	4,5
	Não se aplica - resposta em branco	4	3
Perde-se informações importantes sobre o cuidado	discordo totalmente	8	6
	discordo	23	17,2

desenvolvidos ao paciente em domicílio durante as mudanças (equipe/micro área/troca de prontuário etc.).	não concordo nem		
	discordo	28	20,9
	concordo	58	43,3
	concordo totalmente	12	9
	Não se aplica - resposta em branco	4	3
Profissionais da saúde não aceitam intervenções de profissionais de áreas administrativas.	discordo totalmente	10	7,5
	discordo	58	43,3
	não concordo nem		
	discordo	38	28,4
	concordo	17	12,7
administrativas.	concordo totalmente	0	0
	Não se aplica - resposta em branco	10	7,5
Há problemas de comunicação entre as equipes na UBS.	discordo totalmente	4	3
	discordo	21	15,7
	não concordo nem		
	discordo	25	18,7
	concordo	49	36,6
	concordo totalmente	30	22,4
	Não se aplica - resposta em branco	4	3
As orientações da direção da sua UBS demonstram que a segurança do paciente no domicilio é uma prioridade máxima.	discordo totalmente	4	3
	discordo	18	13,4
	não concordo nem		
	discordo	40	29,9
	concordo	61	45,5
	concordo totalmente	9	6,7
	Não se aplica - resposta em branco	1	0,7
Profissionais da equipe de apoio só demonstra interesse na segurança do paciente em domicilio quando ocorre algum evento adverso.	discordo totalmente	3	2,2
	discordo	59	44
	não concordo nem		
	discordo	28	20,9
	concordo	35	26,1
	concordo totalmente	6	4,5
	Não se aplica - resposta em branco	2	1,5
Ao receber orientações verbais sobre o tratamento, cuidado ou procedimento a ser realizado no paciente em assistência domiciliar, os	Nunca	0	0
	Quase nunca	5	3,7
	às vezes	16	11,9
	Quase sempre	29	21,6
	Sempre	75	56

profissionais anotam a prescrição no prontuário do paciente.	Não se aplica - resposta em branco	8	6
Antes de realizar uma nova prescrição, considera-se as anteriores descritas em prontuário?	Nunca	0	0
	Quase nunca	3	2,2
	às vezes	18	13,4
	Quase sempre	22	16,4
	Sempre	80	59,7
	Não se aplica - resposta em branco	10	7,5
As mudanças de prescrição são comunicadas e discutidas com todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente domiciliar.	Nunca	11	8,2
	Quase nunca	12	9
	às vezes	38	28,4
	Quase sempre	23	17,2
	Sempre	37	27,6
	Não se aplica - resposta em branco	12	9
A Rede de apoio (Hospitais e Serviços de Especialidades) realiza contra referência após a alta do paciente, orientando à continuidade dos cuidados no domicílio?	Nunca	7	5,2
	Quase nunca	19	14,2
	às vezes	29	21,6
	Quase sempre	33	25,6
	Sempre	32	23,9
	Não se aplica - resposta em branco	13	9,7
A equipe compreende e priorizam atendimento do paciente na Assistência Domiciliária.	discordo totalmente	1	0,7
	discordo	10	7,5
	não concordo nem		
	discordo	27	20,1
	concordo	76	56,7
	concordo totalmente	15	11,2
	Não se aplica - resposta em branco	4	3
Escolha uma nota para a segurança do paciente na assistência domiciliar desenvolvida na sua UBS.	Péssimo	1	0,7
	Ruim	4	3
	Regular	49	36,6
	Bom	73	54,5
	Excelente	6	4,5
Quantos anos você trabalha nesta UBS?	0 a 3 anos	85	63,4
	4 a 7 anos	26	19,4
	8 a 11 anos	19	14,2
	12 a 15 anos	1	0,7
	16 a 19 anos	2	1,5
	0 a 3 anos	66	49,3

Quantos anos você trabalha na ESF?	4 a 7 anos	26	19,4
	8 a 11 anos	37	27,6
	12 a 15 anos	2	1,5
	16 a 19 anos	2	1,5
Você já realizou alguma educação permanente sobre Segurança do Paciente?	Sim	89	66,4
	Não	44	32,8
No seu cargo/função, você tem interação ou contato direto com os pacientes?	Sim, eu costumo ter contato ou interação direta com os pacientes	133	100
	Não, eu não costumo ter contato ou interação direta com os pacientes	0	0
Quantos anos você tem na sua profissão atual?	0 a 5 anos		
	6 a 11 anos		
	12 a 17 anos		
	18 a 23 anos		
	24 a 29 anos		
	30 a 35 anos		
	36 a 41 anos		
Qual é o seu cargo/função nesta unidade? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.	ACS	80	59,7
	APA	2	1,5
	Auxiliar de enfermagem	19	14,2
	Enfermeiro	10	7,5
	Médico Estratégia Saúde da Família	9	6,7
	Farmacêutico	2	1,5
	ASB	0	0
	Cirurgião Dentista	1	0,7
	TSB	0	0
	Assistente Social	1	0,7
	Educador Físico	2	1,5
	Fisioterapeuta	1	0,7
	Fonoaudiólogo	2	1,5
	Médico Especialista	1	0,7
	Nutricionista	1	0,7
	Psicólogo	1	0,7
	Terapeuta Ocupacional	1	0,7

Questões	N	%	
Na UBS, os profissionais se apoiam e trabalham integrados.	discordo totalmente	14	10,4
	discordo	25	18,7
	não concordo nem		
	discordo	35	26,1
	concordo	53	39,6
	concordo totalmente	5	3,7
	Não se aplica - resposta em branco	1	0,7
Há profissionais em suficiência para dar conta e toda carga de trabalho.	discordo totalmente	27	20,1
	discordo	64	47,8
	não concordo nem		
	discordo	23	17,2
	concordo	14	10,4
	concordo totalmente	2	1,5
	Não se aplica - resposta em branco	3	2,2
O trabalho desenvolvido UBS é realizado em equipe.	discordo totalmente	4	3
	discordo	16	11,9
	não concordo nem		
	discordo	38	28,4
	concordo	70	52,2
	concordo totalmente	5	3,7
	Não se aplica - resposta em branco	0	0
Na UBS, as relações são baseadas em respeito mútuo, minimamente, profissional.	discordo totalmente	10	7,5
	discordo	25	18,7
	não concordo nem		
	discordo	31	23,1
	concordo	58	43,3
	concordo totalmente	6	4,5
	Não se aplica - resposta em branco	3	2,2
O desenvolvimento do cuidado domiciliar é comprometido pela carga de trabalho dedicada internamente na UBS.	discordo totalmente	5	3,7
	discordo	17	12,7
	não concordo nem		
	discordo	14	10,4
	concordo	76	56,7
	concordo totalmente	18	13,4
	Não se aplica - resposta em branco	3	2,2
	discordo totalmente	17	12,7
	discordo	0	0

Há adoção de medidas para melhorar a segurança do paciente no domicílio.	não concordo nem		
	discordo	40	29,9
	concordo	66	49,3
	concordo totalmente	5	3,7
	Não se aplica - resposta em branco	5	3,7
Na UBS, os erros na execução de práticas e/ou procedimentos são considerados para aprimorar a atuação dos profissionais.	discordo totalmente	3	2,2
	discordo	25	18,7
	não concordo nem		
	discordo	33	24,6
	concordo	65	48,5
	concordo totalmente	2	1,5
	Não se aplica - resposta em branco	5	3,7
Quando se identifica algum erro na atenção ao paciente em assistência domiciliar, há adoção de medidas de prevenção.	discordo totalmente	2	1,5
	discordo	9	6,7
	não concordo nem		
	discordo	22	16,4
	concordo	88	65,7
	concordo totalmente	11	8,2
	Não se aplica - resposta em branco	1	0,7
Consideramos riscos mínimos no cuidado ao paciente no domicílio, pois contamos com o fator sorte.	discordo totalmente	26	19,4
	discordo	61	45,5
	não concordo nem		
	discordo	23	17,2
	concordo	20	14,9
	concordo totalmente	0	0
	Não se aplica - resposta em branco	3	2,2
Há uma classificação de prioridades para definir o cuidado a ser realizado no âmbito domiciliar.	discordo totalmente	3	2,2
	discordo	8	6
	não concordo nem		
	discordo	6	4,5
	concordo	88	65,7
	concordo totalmente	26	19,4
	Não se aplica - resposta em branco	2	1,5
Quando um evento adverso é notificado, o foco recai sobre o usuário e não ao problema.	discordo totalmente	9	6,7
	discordo	61	45,5
	não concordo nem		
	discordo	25	18,7
	concordo	34	25,4

	concordo totalmente	3	2,2
	Não se aplica - resposta em branco	1	0,7
Há algum tipo de monitoramento para avaliar/acompanhar o cuidado desenvolvido em âmbito domiciliar.	discordo totalmente	5	3,7
	discordo	24	17,9
	não concordo nem discordo	16	11,9
	concordo	75	56
	concordo totalmente	11	8,2
	Não se aplica - resposta em branco	2	1,5
	A pressão do trabalho atrapalha a realização do cuidado no domicílio.	discordo totalmente	5
discordo		13	9,7
não concordo nem discordo		15	11,2
concordo		66	49,3
concordo totalmente		32	23,9
Não se aplica - resposta em branco		2	1,5
A segurança do paciente em assistência domiciliária nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho.		discordo totalmente	27
	discordo	59	44
	não concordo nem discordo	17	12,7
	concordo	21	15,7
	concordo totalmente	6	20,9
	Não se aplica - resposta em branco	3	2,2
	Há equipamentos e insumos em suficiência para a prestação do cuidado domiciliar.	discordo totalmente	16
discordo		58	43,3
não concordo nem discordo		21	15,7
concordo		28	20,9
concordo totalmente		6	4,5
Não se aplica - resposta em branco		4	3
Na unidade identificamos algum tipo de problemas que envolve a segurança do paciente no domicílio.		discordo totalmente	6
	discordo	23	17,2
	não concordo nem discordo	20	14,9
	concordo	76	56,7
	concordo totalmente	4	3
	Não se aplica - resposta em branco	4	3

Utiliza-se informações de sistemas de saúde para planejar o cuidado domiciliar.	discordo totalmente	4	3
	discordo	18	13,4
	não concordo nem		
	discordo	15	11,2
	concordo	82	61,2
	concordo totalmente	8	6
	Não se aplica - resposta em branco	6	4,5
O supervisor/chefe sempre me elogia quando o trabalho é realizado de acordo com as normas estabelecidas de segurança do paciente em assistência domiciliar.	discordo totalmente	13	9,7
	discordo	25	18,7
	não concordo nem		
	discordo	25	18,7
	concordo	41	30,6
	concordo totalmente	20	14,9
	Não se aplica - resposta em branco	9	6,7
O supervisor/chefe leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria dos processos de trabalho que envolvem a segurança do paciente em domicílio.	discordo totalmente	7	5,2
	discordo	7	5,2
	não concordo nem		
	discordo	20	14,9
	concordo	82	61,2
	concordo totalmente	14	10,4
	Não se aplica - resposta em branco	3	2,2
Quando existe aumento da demanda há pressão do supervisor para execução das atividades e trabalho.	discordo totalmente	3	2,2
	discordo	11	8,2
	não concordo nem		
	discordo	13	9,7
	concordo	66	49,3
	concordo totalmente	35	26,1
	Não se aplica - resposta em branco	5	3,7
O supervisor/chefe não considera os riscos envolvidos na segurança do paciente em domicílio que acontecem repetidamente.	discordo totalmente	16	11,9
	discordo	78	58,2
	não concordo nem		
	discordo	18	13,4
	concordo	11	8,2
	concordo totalmente	3	2,2
	Não se aplica - resposta em branco	7	5,2
As mudanças implementadas ou novas normas ou atividades são compartilhadas com a equipe.	Nunca	2	1,5
	Quase nunca	10	7,5
	às vezes	48	35,8

	Quase sempre	30	22,4
	Sempre	43	32,1
	Não se aplica - resposta em branco	0	0
Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente em assistência domiciliar.	Nunca	7	5,2
	Quase nunca	9	6,7
	às vezes	30	22,4
	Quase sempre	26	19,4
	Sempre	58	43,3
	Não se aplica - resposta em branco	3	2,2
Os erros são discutidos e considerados para correção e melhoria dos processos.	Nunca	3	2,2
	Quase nunca	6	4,5
	às vezes	46	34,3
	Quase sempre	29	21,6
	Sempre	45	33,6
	Não se aplica - resposta em branco	4	3
Os profissionais têm espaço para discutir os processos de trabalho ou as decisões com seus superiores.	Nunca	5	3,7
	Quase nunca	14	10,4
	às vezes	42	31,3
	Quase sempre	26	19,4
	Sempre	45	33,6
	Não se aplica - resposta em branco	1	0,7
Os profissionais indicam mudança nos processos considerados inadequados.	Nunca	5	3,7
	Quase nunca	10	7,5
	às vezes	46	34,3
	Quase sempre	32	23,9
	Sempre	36	26,9
	Não se aplica - resposta em branco	4	3
As informações que afetam o tratamento do paciente em domicílio, são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente.	Nunca	1	0,7
	Quase nunca	12	9
	às vezes	37	27,6
	Quase sempre	35	26,1
	Sempre	47	35,1
	Não se aplica - resposta em branco	1	0,7
Os erros são identificados e corrigidos antes e não afetam o paciente em domicílio, pois são notificados com que frequência.	Nunca	1	0,7
	Quase nunca	8	6
	às vezes	49	36,6
	Quase sempre	26	19,4

	Sempre	40	29,9
	Não se aplica - resposta em branco	9	6,7
Erros que representam riscos mínimos ao paciente em assistência domiciliar são notificados com qual frequência.	Nunca	4	3
	Quase nunca	10	7,5
	às vezes	24	17,9
	Quase sempre	41	30,6
	Sempre	48	35,8
	Não se aplica - resposta em branco	6	4,5
A direção da UBS propicia um clima de trabalho adequado para a promoção da segurança do paciente em domicílio.	discordo totalmente	8	6
	discordo	13	9,7
	não concordo nem discordo	31	23,1
	concordo	71	53
	concordo totalmente	5	3,7
	Não se aplica - resposta em branco	5	3,7
Há comprometimento no cuidado do paciente domiciliar quando um paciente realiza mudança para outras áreas/micro áreas da UBS?	discordo totalmente	5	3,7
	discordo	20	14,9
	não concordo nem discordo	24	17,9
	concordo	66	49,3
	concordo totalmente	15	11,2
	Não se aplica - resposta em branco	3	2,2
Há cooperação entre os profissionais da UBS.	discordo totalmente	17	12,7
	discordo	22	16,4
	não concordo nem discordo	37	27,6
	concordo	47	35,1
	concordo totalmente	6	4,5
	Não se aplica - resposta em branco	4	3
Perde-se informações importantes sobre o cuidado desenvolvidos ao paciente em domicílio durante as mudanças (equipe/micro área/troca de prontuário etc.).	discordo totalmente	8	6
	discordo	23	17,2
	não concordo nem discordo	28	20,9
	concordo	58	43,3
	concordo totalmente	12	9
	Não se aplica - resposta em branco	4	3
	discordo totalmente	10	7,5

Profissionais da saúde não aceitam intervenções de profissionais de áreas administrativas.	discordo	58	43,3
	não concordo nem		
	discordo	38	28,4
	concordo	17	12,7
	concordo totalmente	0	0
	Não se aplica - resposta em branco	10	7,5
Há problemas de comunicação entre as equipes na UBS.	discordo totalmente	4	3
	discordo	21	15,7
	não concordo nem		
	discordo	25	18,7
	concordo	49	36,6
	concordo totalmente	30	22,4
	Não se aplica - resposta em branco	4	3
As orientações da direção da sua UBS demonstram que a segurança do paciente no domicílio é uma prioridade máxima.	discordo totalmente	4	3
	discordo	18	13,4
	não concordo nem		
	discordo	40	29,9
	concordo	61	45,5
	concordo totalmente	9	6,7
	Não se aplica - resposta em branco	1	0,7
Profissionais da equipe de apoio só demonstra interesse na segurança do paciente em domicílio quando ocorre algum evento adverso.	discordo totalmente	3	2,2
	discordo	59	44
	não concordo nem		
	discordo	28	20,9
	concordo	35	26,1
	concordo totalmente	6	4,5
	Não se aplica - resposta em branco	2	1,5
Ao receber orientações verbais sobre o tratamento, cuidado ou procedimento a ser realizado no paciente em assistência domiciliária, os profissionais anotam a prescrição no prontuário do paciente.	Nunca	0	0
	Quase nunca	5	3,7
	às vezes	16	11,9
	Quase sempre	29	21,6
	Sempre	75	56
	Não se aplica - resposta em branco	8	6
Antes de realizar uma nova prescrição, considera-se as anteriores descritas em prontuário?	Nunca	0	0
	Quase nunca	3	2,2
	às vezes	18	13,4
	Quase sempre	22	16,4
	Sempre	80	59,7

	Não se aplica - resposta em branco	10	7,5
As mudanças de prescrição são comunicadas e discutidas com todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente domiciliar.	Nunca	11	8,2
	Quase nunca	12	9
	às vezes	38	28,4
	Quase sempre	23	17,2
	Sempre	37	27,6
	Não se aplica - resposta em branco	12	9
A Rede de apoio (Hospitais e Serviços de Especialidades) realiza contra referência após a alta do paciente, orientando à continuidade dos cuidados no domicílio?	Nunca	7	5,2
	Quase nunca	19	14,2
	às vezes	29	21,6
	Quase sempre	33	25,6
	Sempre	32	23,9
	Não se aplica - resposta em branco	13	9,7
A equipe compreende e priorizam atendimento do paciente na Assistência Domiciliária.	discordo totalmente	1	0,7
	discordo	10	7,5
	não concordo nem		
	discordo	27	20,1
	concordo	76	56,7
	concordo totalmente	15	11,2
	Não se aplica - resposta em branco	4	3
Escolha uma nota para a segurança do paciente na assistência domiciliária desenvolvida na sua UBS.	Péssimo	1	0,7
	Ruim	4	3
	Regular	49	36,6
	Bom	73	54,5
	Excelente	6	4,5
Quantos anos você trabalha nesta UBS?	0 a 3 anos	85	63,4
	4 a 7 anos	26	19,4
	8 a 11 anos	19	14,2
	12 a 15 anos	1	0,7
	16 a 19 anos	2	1,5
Quantos anos você trabalha na ESF?	0 a 3 anos	66	49,3
	4 a 7 anos	26	19,4
	8 a 11 anos	37	27,6
	12 a 15 anos	2	1,5
	16 a 19 anos	2	1,5
Você já realizou alguma educação permanente sobre Segurança do Paciente?	Sim	89	66,4
	Não	44	32,8

No seu cargo/função, você tem interação ou contato direto com os pacientes?	Sim, eu costumo ter contato ou interação direta com os pacientes	133	100
	Não, eu não costumo ter contato ou interação direta com os pacientes	0	0
Quantos anos você tem na sua profissão atual?	0 a 5 anos		
	6 a 11 anos		
	12 a 17 anos		
	18 a 23 anos		
	24 a 29 anos		
	30 a 35 anos		
	36 a 41 anos		
Qual é o seu cargo/função nesta unidade? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.	ACS	80	59,7
	APA	2	1,5
	Auxiliar de enfermagem	19	14,2
	Enfermeiro	10	7,5
	Médico Estratégia Saúde da Família	9	6,7
	Farmacêutico	2	1,5
	ASB	0	0
	Cirurgião Dentista	1	0,7
	TSB	0	0
	Assistente Social	1	0,7
	Educador Físico	2	1,5
	Fisioterapeuta	1	0,7
	Fonoaudiólogo	2	1,5
	Médico Especialista	1	0,7
	Nutricionista	1	0,7
	Psicólogo	1	0,7
Terapeuta Ocupacional	1	0,7	

CARTA DE ANUÊNCIA



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a realização do projeto “**A compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a segurança do paciente em assistência domiciliar**”, sob responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Márcia Cristina Bizache de Macedo Bertão**, mestrando profissional em inovação no Ensino Superior em Saúde, da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS).

A pesquisa será realizada com os trabalhadores das equipes de Estratégia Saúde da Família que realizam assistência domiciliar, Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, Agente Comunitários de Saúde, Dentistas, Auxiliares de Saúde Bucal, Técnicos de Saúde Bucal, Agentes de Promoção Ambiental e Profissionais do Núcleo de Apoio da Estratégia Saúde da Família (NASF) - Médico Especialista, Assistente Social, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Educador Físico, Fisioterapeuta, Nutricionista e Fonoaudiólogo, pertencentes ao Distrito de Saúde Cidade Dutra, Rede de Atenção à Saúde (RAS) da Supervisão Técnica de Saúde (STS) da Capela do Socorro, Zona Sul do Município de São Paulo/SP, administradas pela Associação Saúde da Família (ASF): UBS Jardim Orion/Guanhembu, UBS Jordanópolis, UBS Autódromo e UBS Castro Alves.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos requisitos estabelecidos pela resolução 510/16 e suas complementares.

Antes do início da coleta dos dados, o (a) pesquisador (a) responsável deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

São Paulo, 24 de setembro 2019

Paulo Fernando Capucci
Coordenador Regional
ASF - SUL

Paulo Fernando Capucci
Coordenador Regional ASF Sul

Avenida Pascoal da Rocha Falcão, 313 – Jardim Santa Helena – São Paulo (SP)
(11) 5683-8900