MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção
Hospitalar e de Urgência

# Segurança do Paciente no Domicílio

Brasília – DF
2016

2016 Ministério da Saúde.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://editora.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2016 – 1.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência
SAF Sul, Edifício Premium, quadra 2, lotes 5/6, bloco II, 2º andar
CEP: 70.070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-6173
*Site*: www.saude.gov.br/dahu
*E-mail*: dahu@saude.gov.br

*Coordenação-geral de elaboração:*
Mariana Borges Dias

*Organização e elaboração:*
Débora Spalding Verdi
Flávia Santos de Oliveira
Mariana Borges Dias
Sílvia Reis
Távila Aparecida de Assis Guimarães

*Colaboração:*
Amanda Magaly Ferreira
André Oliveira Rezende de Souza
Antônio José de Lima Junior
Bruno de C. Alves Pinto
Diani de Oliveira Machado
Diogo Penha Soares
Heiko Thereza Santana
Isabel Emília Prado da Silva
Juliana Gonçalves Aguiar
Karine Zortéa
Laerte Honorato Borges Junior
Luciana Yumi Ue
Luiza Maria Gerhardt
Luiza Watanabe Dal Ben
Mara Lucia Renostro Zachi
Marcelo Cavalcante de Oliveira
Maura Pereira Dias
Mirian Passos Brandão
Pryscila Bernardo Kiehl

*Revisão:*
Maria Inez Pordeus Gadelha

*Editora responsável:*
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
*Site:* http://editora.saude.gov.br
*E-mail:* editora.ms@saude.gov.br

*Equipe editorial:*
Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão: Khamila Silva e Tatiane Souza
Capa, projeto gráfico e diagramação:
Leonardo Gonçalves

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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.
40 p. : il.

ISBN 978853342431-9

1. Atenção domiciliar. 2. Segurança do paciente. 3. Pacientes domiciliares. I. Título.

CDU 614.253.8

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2016/0420

*Título para indexação:*
Patient safety at home

# AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que direta ou indiretamente contribuíram nas discussões que resultaram neste inédito documento, principalmente ao Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, em especial: Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (Rebraensp); Hospital Albert Einstein; Conselho Federal de Odontologia (CFO) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Também somos imensamente gratas aos Serviços de Atenção Domiciliar ligados ao Programa Melhor em Casa que comentaram, sugeriram, forneceram materiais e subsídios que imprimiram concretude ao conteúdo deste material - a presença de vocês é a certeza da utilidade real, para milhares de pessoas, deste trabalho conjunto. Muito obrigada!

# Sumário


1 SEGURANÇA DO PACIENTE E O DOMICÍLIO ..... 7

2 FATORES QUE PROMOVEM A SEGURANÇA DO PACIENTE NO DOMICÍLIO ..... 11

2.1 AVALIAÇÃO CRITERIOSA DE ELEGIBILIDADE ..... 11

2.2 INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EFETIVAS ..... 12

2.3 GARANTIA DE CONTINUIDADE DO CUIDADO ..... 13

2.4 GARANTIA DE INSUMOS NECESSÁRIOS E TRANSPORTE EM TEMPO OPORTUNO ..... 14

2.5 PRÁTICAS DE SEGURANÇA DA EQUIPE E DOS CUIDADORES ..... 15

2.5.1 Precauções Básicas Padronizadas ..... 15

2.5.2 Prevenção de Infecções ..... 18

2.5.3 Prevenção de Lesões por Pressão ..... 19

2.5.4 Cuidados na Administração de Medicamentos ..... 21

2.6 PROMOÇÃO DE AMBIENTE SEGURO ..... 23

2.6.1 Cuidado com a Ambiência Adequada ..... 23

2.6.2 Prevenção de Quedas ..... 24

2.6.3 Convivência com Animais de Estimação ..... 25

2.7 QUALIFICAÇÃO DO CUIDADOR ..... 26

2.8 CUIDADO COM OS PROFISSIONAIS E EDUCAÇÃO PERMANENTE ..... 29

2.9 GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS ..... 30

2.10 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO ..... 32

2.11 NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES OU EVENTOS ADVERSOS ..... 33

REFERÊNCIAS ..... 37

ANEXOS ..... 39

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..... 39

ANEXO B – *CHECK LIST* PARA VERIFICAÇÃO DE ASPECTOS RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE NO DOMICÍLIO ..... 40

# 1 SEGURANÇA DO PACIENTE E O DOMICÍLIO

A Segurança do Paciente é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

No Brasil, por meio da Portaria GM/MS nº 529, de 1° de abril de 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de Saúde. O PNSP tem quatro eixos, sendo eles: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre ele. A cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa todos esses eixos.

O PNSP traz como estratégias para implementação: a elaboração de protocolos, guias e manuais; a capacitação de gerentes, profissionais e equipes para lidar com esses processos; a atenção na contratualização e avaliação de serviços, metas e indicadores que estejam adequados a essa temática; a implementação de campanha de comunicação social voltada aos profissionais, aos gestores e usuários de saúde e à sociedade; a vigilância e o monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno de informação às unidades notificantes; a promoção da cultura de segurança pelos profissionais e pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros; e o estímulo à inclusão do tema nos currículos dos cursos de saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.

Essas ações reforçam o fato de que a responsabilidade sobre a segurança é de todos, não algo de caráter individual, e vai além da segurança do paciente, incluindo a segurança dos próprios profissionais, familiares e comunidade. Corrobora, assim, a cultura justa, a qual propõe a identificação de falhas no sistema que levam os indivíduos a cometerem atos inseguros, ao mesmo tempo em que não admite práticas imprudentes (BRASIL, 2014). Nesse sentido, faz-se necessário conversar sobre a ocorrência dos incidentes e transformá-los em informações transparentes, possibilitando que, a partir da ocorrência deles, promova-se o aprendizado individual e institucional.

Por sua vez, a Atenção Domiciliar (AD) constitui-se de modalidade de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, à prevenção, ao tratamento e paliação de doenças e à reabilitação de indivíduos prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados. É indicada

para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até um serviço de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a oferta mais oportuna para o seu tratamento (BRASIL, 2016a). Visa a proporcionar ao paciente cuidado mais humanizado, próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções.

A iniciativa de regulamentação da AD no Sistema Único de Saúde (SUS) deu-se no ano de 2006, a partir da articulação de serviços ou municípios que realizavam isoladamente esta modalidade de atenção. Culminou com o lançamento da Portaria GM/MS nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, que instituiu a Internação Domiciliar no SUS, porém não foi regulamentada, mesmo prevendo recursos para implantação e custeio das equipes.

Em 24 de agosto de 2011, a Portaria GM/MS nº 2.029 definiu a AD no SUS e instituiu o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) por meio do Programa Melhor em Casa. Desde então, é considerado um dos programas prioritários da Saúde, dado seu potencial de inovação e resolubilidade no cuidado à saúde. Atualmente, tem como base a Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016, que, além de definir o cuidado no domicílio, regulamenta a constituição e funcionamento do SAD.

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

Ainda considerando a Portaria GM/MS nº 825/2016, de acordo com a complexidade e as características do quadro de saúde do usuário, bem como a frequência de atendimento necessária, a AD poderá ser realizada por diferentes serviços ou equipes: a prestação do atendimento domiciliar com menor necessidade de visitas e de intensidade do cuidado multiprofissional (modalidade AD1) é de responsabilidade das equipes de Atenção Básica/Núcleos de Apoio à Saúde da Família (ESF/Nasf), enquanto que as situações que demandam maior frequência de visitas, atuação multiprofissional intensa e procedimentos mais complexos (modalidades AD2 e AD3) devem ser de responsabilidade do SAD, por meio das Emad e Emap, conforme Quadro 1.

**Quadro1 – Modalidades de atenção domiciliar, responsáveis e critérios de elegibilidade**

| **Modalidade da Atenção Domiciliar** | AD 1 | AD 2 | AD 3 |
|---|---|---|---|
| **Equipe/ Serviço responsável** | Atenção Básica | Serviço de Atenção Domiciliar | Serviço de Atenção Domiciliar |
| **Critérios de elegibilidade** | Usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. | Usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:<br><br>I – afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;<br><br>II – afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;<br><br>III – necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou<br><br>IV – prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal. | Usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de companhamento domiciliar. |

Fonte: Elaboração própria, adaptado da Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016.

Independentemente de qual serviço ou equipe que está realizando esse tipo de cuidado, é muito relevante evidenciar que o *locus* de atuação será o domicílio do paciente; sendo assim, é preciso que haja respeito a este, às formas de se viver nele, aos hábitos e, principalmente, à rotina da família e do usuário. Deste modo, o profissional deve agir de acordo com os limites estabelecidos naquele espaço, entendendo que o profissional não é o único a conhecer e saber das necessidades do usuário e de sua família.

Partindo desses conceitos e considerando o domicílio como *locus* privilegiado de se "fazer saúde", há necessidade de se traçar estratégias diferenciadas para garantir a segurança do paciente também neste ponto da RAS. Neste espaço, no entanto, têm-se alguns desafios específicos, já que a equipe não se encontra em uma unidade de saúde e não pode contar com sua logística de funcionamento. Deve-se, ainda, levar em conta aspectos sociais e culturais – pois também são determinantes na condução da assistência prestada, além da necessidade de se estabelecer comunicação realmente efetiva com usuários e cuidadores, que são protagonistas da atenção à saúde e possuem papel ainda mais essencial na modalidade cuidado domiciliar.

Considerando a escassez de material nesta temática, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar e Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, realça, com este documento, a necessidade desta reflexão e destas práticas para aprimoramento da segurança dos pacientes atendidos nos domicílios. Ele se soma ao conteúdo já disponibilizado para hospitais e Atenção Básica no intuito de propor ajustes nas rotinas da AD de forma a incentivar que as práticas de segurança sejam adotadas tanto por profissionais quanto por aqueles que recebem cuidado no domicílio.

# 2 FATORES QUE PROMOVEM A SEGURANÇA DO PACIENTE NO DOMICÍLIO

## 2.1 AVALIAÇÃO CRITERIOSA DE ELEGIBILIDADE

A admissão do usuário na Atenção Domiciliar dá-se a partir do estabelecimento de alguns critérios de elegibilidade, de forma a buscar sua segurança antes mesmo de ser incluído nessa modalidade de cuidado. Os critérios são divididos em clínicos, que tratam sobre a situação do paciente, procedimentos indispensáveis ao cuidado e frequência de visitas necessárias; e administrativos, que consideram os aspectos operacionais e normativos primordiais para a viabilidade do cuidado em AD (BRASIL, 2012).

Em relação aos critérios clínicos, é muito importante ter a correta noção do perfil daqueles usuários que podem receber cuidados domiciliares – o quadro clínico precisa ser estável o suficiente para que o fato de estar em casa não signifique um risco adicional ao usuário. Deve-se, também, diferenciar os casos elegíveis para as equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (modalidades AD2 e AD3) daqueles que devem ser acompanhados pela Atenção Básica (modalidade AD1). Como já mencionado, nas modalidades AD2 e AD3 há maior complexidade e necessidade de maior intensidade de cuidados, com visitas multiprofissionais no mínimo semanais, além da necessidade de realização de procedimentos mais complexos, por vezes, envolvendo o uso de equipamentos médico-hospitalares.

Quanto aos critérios administrativos, é necessária a concordância do usuário ou da família para a inclusão nos SAD e morar em região coberta pelo serviço. A definição de cuidador(es) comprometido(s) com o cuidado e disposto(s) a ser(em) capacitado(s) é fundamental no caso de usuários com algum grau de dependência e uso de dispositivos como, por exemplo, cateter nasoenteral ou traqueostomia.

Para mais informações, consulte normativas e documentos sobre a Atenção Domiciliar em nosso portal: <www.saude.gov.br/cgad>.

## 2.2 INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EFETIVAS

Sabe-se que a comunicação efetiva é elemento de grande relevância para a atuação na área da Saúde e que deve receber a devida atenção, especialmente quando abrange relação entre profissionais, usuários e familiares, dado que diferentes concepções e linguagens podem estar envolvidas. Assim, o fácil acesso à informação é um dos aspectos que deve ser considerado na promoção da segurança do paciente. Entre outras normativas, seguem algumas que abordam este tema:

- Declaração de Helsinque (1964): O profissional de saúde deve obter o livre consentimento do usuário, depois de lhe ter sido dada explicação completa. Em caso de incapacidade legal, o consentimento deve ser obtido do responsável legal; em caso de incapacidade física, a autorização do responsável legal substitui a do usuário.
- Código de Ética Médica (2009): Estabelece que "é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal".
- Norma Regulamentadora nº 32 (2005), do Ministério do Trabalho: Estabelece diretrizes básicas de segurança do trabalho em serviços de saúde. Assim, auxilia na avaliação de riscos e atitudes necessárias para a segurança do trabalhador, e, por consequência, do usuário. Esta NR está disponível no *link* <http://portal.mte.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR32.pdf>.

Todos esses recursos servirão como embasamento para a tomada de decisão do usuário ou cuidador/família no consentimento ou recusa ao cuidado prestado no domicílio e à realização dos procedimentos propostos ou, ainda, para análise da possibilidade de outra terapêutica adequada à situação. Para isso, recomenda-se que, logo após a solicitação de admissão para a AD, o usuário ou a família assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), caso esteja de acordo.

Ainda no campo da comunicação, é dever do profissional da AD envolver e corresponsabilizar o usuário e o cuidador/família, na medida de suas possibilidades, na elaboração do plano de cuidados de forma compartilhada, clara, objetiva, respeitosa e de modo que atenda às necessidades de saúde do usuário. É primordial que o plano seja reavaliado regularmente pela equipe e compartilhado com a família e o usuário, repactuando objetivos terapêuticos e compromissos sempre que necessário.

Todas estas combinações entre equipe, usuário e cuidador devem ser registradas em prontuário e devem ser entregues em orientações por escrito. É importante que o registro domiciliar do paciente seja elaborado de forma legível e o seu

conteúdo esteja em linguagem clara, possibilitando que o usuário ou o cuidador/responsável, sempre que precisarem, possam recorrer a ele e que haja um histórico da assistência que promova a continuidade do cuidado prestado. Ainda, a equipe pode disponibilizar manuais ilustrativos ou vídeos para sanar possíveis dúvidas e instrumentalizar o cuidador.

Lembra-se de que a identificação correta do paciente também merece atenção no domicílio. Deve-se ter cuidado ao lidar com documentos de prontuários, visando a evitar que haja trocas entre um prontuário e outro ou até mesmo extravios. Da mesma maneira, é importante que haja a conferência dos nomes nas prescrições, garantindo que o medicamento ou material seja fornecido ou administrado ao paciente certo.

Por fim, em relação à efetividade da comunicação é fundamental garantir à familia e ao usuário acesso telefônico à equipe (quando possível por 24 horas), para esclarecimento de dúvidas e novas orientações, durante todo o tempo que o paciente estiver sob os cuidados do SAD. A equipe também deve ter o cuidado de deixar em local bem visível, como na capa do prontuário domiciliar, todos os demais telefones úteis à família, como do Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e Hospital ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de referência, entre outros pertinentes em cada localidade.

## 2.3 GARANTIA DE CONTINUIDADE DO CUIDADO

Para a continuidade responsável do cuidado, é necessário garantir alguns requisitos, antes da admissão pela equipe de AD:

- Fornecimento regular, por parte do município ou estado, de materiais, equipamentos e insumos necessários para a atuação da equipe no domicílio.
- Presença de cuidador apto, nos casos de usuários dependentes funcionalmente. Devem-se verificar com o cuidador suas condições de realização de ações necessárias, realizando treinamento prévio para o início do atendimento, mantendo capacitações permanentes e disponibilizando um canal de comunicação por via telefônica sempre que surgir alguma dúvida do cuidador em relação ao cuidado.
- Domicílio com condições adequadas para o tipo de cuidado proposto, tal como o fornecimento ininterrupto de energia elétrica quando o paciente fizer uso de aparelhos elétricos.
- Avaliação da forma de transporte adequado do usuário para o domicílio, podendo incluir a necessidade de acompanhamento de profissionais de saúde e o uso de ambulâncias.

Vale ressaltar que não há intenção de se excluir a possibilidade de atendimento no domicílio em função dessas condições, mas de adequá-lo o melhor possível às demandas de cada situação, antes mesmo do retorno do usuário à sua casa.

Depois de verificadas estas condições, cabe às equipes (demandante e Emad) a elaboração da alta programada e responsável para que a transferência do usuário do hospital ou das unidades de urgência para o domicílio seja realizada na forma e no tempo oportunos.

Para a garantia da continuidade do cuidado, tão importante quanto uma cuidadosa avaliação para a admissão do usuário é a avaliação do momento oportuno de alta do SAD. Esse processo deve ser pensado desde o início do atendimento, considerando que é um serviço transitório, devendo-se permanentemente promover o vínculo com o serviço da Atenção Básica existente no território do usuário. Alguns aspectos a serem considerados no processo de alta do SAD:

- A evolução clínica do usuário, permitindo cuidado menos intensivo.
- As condições (potências e dificuldades) do usuário/família/cuidador para o seguimento das ações de sua responsabilidade.
- As condições psicossociais do usuário e família/cuidador para o seguimento dos cuidados, avaliando-se a necessidade de encaminhamento para obtenção de benefício assistencial, no que for de direito do usuário.
- Avaliação das possibilidades de atuação dos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (potências e possíveis dificuldades), especialmente no âmbito da equipe de Atenção Básica, diante das necessidades do usuário.
- Organização de acesso a insumos e equipamentos necessários, conforme os fluxos locais.
- Realização da transição do cuidado, com atenção especial ao fortalecimento do vínculo entre usuário/família/cuidador com a nova equipe/serviço.

Por fim, destaca-se que se a alta do SAD é devida à necessidade de intensificação dos cuidados por agravamento do caso, faz-se necessária pactuação prévia com a rede de urgência e hospitalar, para que nenhum atraso por dificuldade de fluxos entre serviços prejudique ou coloque em risco a vida do usuário.

Estes e outros elementos apresentados no decorrer deste documento estão apresentados de maneira sintética no Anexo B, *check list* para auxiliar na verificação de aspectos relacionados à segurança do paciente em Atenção Domiciliar.

## 2.4 GARANTIA DE INSUMOS NECESSÁRIOS E TRANSPORTE EM TEMPO OPORTUNO

Entende-se que uma organização logística adequada é necessária para a garantia de insumos e transporte, a fim de que a assistência no domicílio possa transcorrer sem problemas, possibilitando que o cuidado prestado seja no tempo e nas condições oportunas a cada situação.

No que se refere ao(s) veículo(s), compete à gerência dos SAD garantir a disponibilização deste(s) em condições adequadas para o uso das equipes, conforme protocolos de manutenção e higienização. Além disso, devem-se fixar itens a serem observados para o transporte de alguns materiais e equipamentos, tais como caixas térmicas e de coleta de resíduos.

É importante o estabelecimento de fluxos para prover materiais, medicamentos, equipamentos e outras tecnologias indispensáveis a cada caso, de acordo com sua complexidade, bem como o acesso a métodos complementares de diagnóstico e consultas com especialistas, tanto em caráter eletivo quanto de urgência. O SAD deve conter, em sua organização, as diretrizes que vão abranger padronização, especificação, classificação e dispensação dos itens inerentes às atividades desenvolvidas pelos profissionais. Ainda, para garantir a qualidade na assistência, os insumos e medicamentos devem ser transportados adequadamente e chegar ao usuário na quantidade e tipo corretos e no momento oportuno. Sugere-se, nesse sentido, que as equipes elaborem uma listagem do que se deve contar nas maletas e no veículo e que façam a conferência destes antes de realizar as visitas.

Ainda, considerando-se à questão de logística, a Portaria GM/MS nº 825/2016, estabelece que o Samu ou equivalente (municípios com mais de 40 mil habitantes) é pré-requisito para habilitação de um SAD. Busca-se, assim, assegurar que, em situações de maior complexidade ou agravamento do quadro clínico, o usuário possa receber atendimento móvel ou ser transferido a unidades de urgência ou ao hospital, quando necessário. Nesse contexto, é importante conhecer o tempo de deslocamento para o hospital de referência, uma vez que isso pode comprometer a segurança do usuário cuidado em domicílio, bem como pactuar com o serviço um fluxo específico para o SAD.

## 2.5 PRÁTICAS DE SEGURANÇA DA EQUIPE E DOS CUIDADORES

Entre os diversos cuidados imprescindíveis para a segurança do paciente estão alguns procedimentos básicos que precisam ser adaptados para o contexto domiciliar e que devem ser adotados rigorosamente, tanto pela equipe assistente, quanto pelos cuidadores – que, na sua maioria, são informais, em geral os próprios familiares.

Os mais importantes e frequentes são:

### 2.5.1 Precauções Básicas Padronizadas

De acordo com os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (2007 apud MENDES; SOUSA, 2014), a circulação de usuários por diferentes níveis de cuidados motivou a criação do conceito de Precauções Básicas Padronizadas, que são medidas padronizadas para o cuidado em saúde, independentemente do local em

que sejam realizados. As medidas padronizadas citadas e que concernem a este contexto são: colocação (acomodar o usuário de acordo com sua complexidade ou risco), higienização das mãos, higiene respiratória, utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), manuseamento seguro da roupa e coleta segura de resíduos. Essas medidas devem ser adotadas por cuidadores e profissionais, de modo a evitar o surgimento de infecções no tratamento em domicílio e outras complicações.

Cabe destaque 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 – Lavagem das mãos**

Fonte: SAD – Hospital Cidade Tiradentes, São Paulo, 2016.

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adaptou a abordagem "Meus 5 momentos para a higiene das mãos" para a atenção fora do ambiente hospitalar. De acordo com o documento, as indicações para higiene das mãos correspondem a cinco momentos essenciais em que esta prática é necessária para o cuidado ao paciente, de modo a prevenir a transmissão de micro-organismos ao paciente, ao profissional/cuidador ou ao ambiente (OMS, 2014): 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).

**Figura 2 – Meus cinco momentos para higiene das mãos na atenção extra-hospitalar**

Fonte: OMS, 2014.

Quanto ao uso de EPI, a Norma Regulamentadora 6 (NR 6) considera que seja "todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho".

A seguir, estão alguns equipamentos de proteção individual e suas respectivas indicações de uso.

**Quadro 2 – EPI e indicações de uso**

| EPI | Indicação de uso |
|---|---|
| Luvas | Sempre que houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, com mucosas ou com áreas de pele não íntegra (ferimentos, feridas cirúrgicas e outros). |
| Máscaras, gorros e óculos de proteção. | Durante a realização de procedimentos em que haja possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos, nas mucosas da boca, nariz e olhos do profissional. |
| Capotes (aventais) | Devem ser utilizados durante os procedimentos com possibilidade de contato com material biológico, inclusive em superfícies contaminadas. |
| Botas | Proteção dos pés em locais úmidos ou com quantidade significativa de material infectante (centros cirúrgicos, áreas de necropsia e outros). |

Fonte: Siridakys, M.; 2009.

Mais informações podem ser encontradas em:

<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/assistencia-a-saude-extra-hospitalar-e-domiciliar-e-nas-instituicoes-de-longa-permanencia>

<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-do-paciente-higienizacao-das-maos>

<http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr6.htm>

### 2.5.2 Prevenção de Infecções

As infecções relacionadas à assistência à saúde (Iras) não são restritas ao âmbito hospitalar. A prática da higienização das mãos mencionada anteriormente, antes de qualquer procedimento, e o uso de roupas limpas são meios para reduzir a probabilidade de infecções, inclusive no domicílio, e garantir ambiente seguro ao usuário. É preciso ter ciência que os micro-organismos ditos "hospitalares" muitas vezes permanecem no indivíduo desospitalizado alguns meses após a alta, o que não necessariamente significa infecção ou necessidade de tratamento específico.

O aumento da prevalência de usuários portadores de germes multirresistentes exige atenção especial dos serviços de saúde, inclusive na AD. Nesses casos, é importante a precaução de contato, evitando que o profissional de saúde seja carregador destes germes a outros usuários. A paramentação da equipe do SAD com avental descartável de manga longa e luvas de procedimento é recomendada, assim como a desinfecção com solução alcoólica dos materiais utilizados durante o atendimento, tanto aqueles que entraram em contato direto quanto os que tiveram contato com superfícies que são de uso comum do usuário.

Lembra-se de que apenas os profissionais devem utilizar a paramentação. No entanto, é importante orientar adequadamente o usuário e a família quanto às precauções a serem adotadas no domicílio. Ao usuário cabe evitar o contato direto com recém-nascidos e pessoas muito debilitadas. A higienização das mãos é indicada a qualquer pessoa antes e após contato com o usuário.

A sinalização da necessidade de precaução para atendimento ao usuário deve estar visível para todos os profissionais no prontuário do SAD. Também é fundamental que haja comunicação efetiva entre os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde a fim de sinalizar sobre estes casos. O município pode implementar alguma sinalização, como, por exemplo, uma observação na nota de alta hospitalar e nos prontuários da Atenção Básica. O próprio usuário e o cuidador podem ser instruídos a comunicar a necessidade de precaução de contato em atendimentos em outros serviços da rede.

Outro aspecto relevante na prevenção de infecções é a padronização de procedimentos invasivos no domicílio, como paracentese, punção venosa e coleta de sangue para exames laboratoriais, por meio de protocolos assistenciais ou Procedimentos Operacionais Padrão (POPs). Essa medida visa a garantir que o usuário seja atendido de forma segura, de acordo com técnica asséptica adequada.

Além disso, a presença de dispositivos como sondas de traqueostomia e de gastrostomia e cateteres vesicais favorecem infecções e por isso requerem atenção e monitoramento específicos. Destaca-se que o posicionamento inadequado do usuário interfere na aspiração de conteúdo da orofaringe, logo, atentar-se para este fator é uma das medidas de prevenção de infecção do trato respiratório (UFTM, 2014). É importante, também, a realização da higiene oral e o tratamento odontológico, quando necessário, a fim de se reduzirem focos infecciosos. A observação do cuidado pela equipe de saúde durante o manuseio de dispositivos ou realização de cateterismo vesical intermitente pelo cuidador ou usuário também promove a qualificação do executor na técnica e reduz risco de contaminações. Também se deve dar atenção às lesões por pressão e feridas, que são grande foco de infecções no âmbito domiciliar.

Sugere-se, por fim, que os serviços estabeleçam e monitorem indicadores de incidência e prevalência de infecção no domicílio.

Mais informações podem ser encontradas em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f7893080443f4a03b441b64e461d9186/Modulo+4+Medidas+de+Prevencao+de+IRA+a+Saude.pdf?MOD=AJPERESHttp://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f7893080443f4a03b441b64e461d9186/Modulo+4+Medidas+de+Prevencao+de+IRA+a+Saude.pdf?MOD=AJPERES>.

### 2.5.3 Prevenção de Lesões por Pressão

As lesões por pressão ocorrem na pele ou tecido subjacente, são resultantes da pressão ou da combinação entre pressão e fricção e causam danos aos usuários, como dores, infecções graves, internações prolongadas e sepse.

Algumas medidas preventivas:

- Realizar avaliação inicial para identificação de riscos de lesões (novas ou já existentes). Recomenda-se o uso de escalas preditivas, como a Escala de Braden[1], para avaliação do risco e orientação das medidas de prevenção ao desenvolvimento de lesões por pressão.
- Realizar reavaliação periódica de risco de desenvolvimento de lesões por pressão de todos os pacientes acompanhados pelo SAD.

[1] Para maiores informações sobre a Escala de Braden, acesse o link: <http://www.bradenscale.com/translations.htm>.

- Sinalizar em prontuário os usuários com risco alto e moderado de desenvolvimento de lesões por pressão. Isso facilita a abordagem preventiva multiprofissional.
- Adotar de medidas de higiene e hidratação da pele.
- Atentar à nutrição e à hidratação corporal.
- Em casos de risco nutricional, orientar e providenciar os recursos disponíveis na rede de saúde ou por meio de articulações intersetoriais.
- Orientar a mudança de decúbito no máximo a cada duas horas, para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo.
- Utilizar de superfícies de redistribuição de pressão.
- Evitar movimentos que levem à fricção da pele.
- A realização de massagens em proeminências ósseas e áreas com hiperemia é desaconselhada.
- Evitar posicionar o paciente sobre cateteres, drenos e com proeminências ósseas em contato direto entre si.
- Manter lençóis e roupas de cama bem esticados, sem dobras.
- Criar estratégias que estimulem o paciente a movimentar-se na cama, sempre que possível.
- Estimular e orientar a realização de higiene íntima logo após diurese e evacuação.

A Figura 3 demonstra alguns cuidados para a prevenção de lesões por pressão.

**Figura 3 – Orientações para a prevenção de lesões por pressão**

Fonte: SAD – Grupo Hospitalar Conceição, 2016.

O acompanhamento terapêutico de lesões em geral pode ser facilitado quando a equipe utiliza algum instrumento de registro com esta finalidade, conforme o exemplo dado na Figura 4:

**Figura 4 – Quadro para acompanhamento de lesões de pele**

**Nome de usuário**:_____
CNS:_____ Data de Nascimento:_____

| | CLASSIFICAÇÃO | LOCAL | TAMANHO | BRADEN | OBSERVAÇÕES | ORIENTAÇÕES/CONDUTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **LESÃO 1** | | | | | | |
| **LESÃO 2** | | | | | | |
| **LESÃO 3** | | | | | | |
| **LESÃO 4** | | | | | | |
| **LESÃO 5** | | | | | | |

Nome de profissional:_____ Data da avaliação:_____
Fatores de risco: ( ) Acamado ( ) Diabete Melito ( ) Obesidade ( ) Desnutrição

**Nome de usuário**:_____
CNS:_____ Data de Nascimento:_____

| | CLASSIFICAÇÃO | LOCAL | TAMANHO | BRADEN | OBSERVAÇÕES | ORIENTAÇÕES/CONDUTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **LESÃO 1** | | | | | | |
| **LESÃO 2** | | | | | | |
| **LESÃO 3** | | | | | | |
| **LESÃO 4** | | | | | | |
| **LESÃO 5** | | | | | | |

Nome de profissional:_____ Data da avaliação:_____
Fatores de risco: ( ) Acamado ( ) Diabete Melito ( ) Obesidade ( ) Desnutrição

Fonte: SAD – Hospital Cidade Tiradentes, São Paulo, 2016.

Mais informações podem ser encontradas em:

<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002429jFPtGg.pdf>

## 2.5.4 Cuidados na Administração de Medicamentos

Outra questão importante para a segurança do paciente é em relação aos medicamentos. O uso, os procedimentos envolvidos na sua administração e as respostas orgânicas decorrentes do tratamento envolvem riscos potenciais capazes de provocar danos ao usuário. Portanto, é fundamental que tanto os profissionais quanto os usuários e cuidadores compartilhem responsabilidades relacionadas a essa questão.

Nesse sentido, alguns cuidados precisam ser tomados. Estes podem ser traduzidos por meio dos "nove certos" para a administração de medicamentos, descritos a seguir (BRASIL, 2013a):

1. Usuário certo: certificar-se de que o medicamento será administrado ao usuário para quem é prescrito.

2. Medicamento certo: certificar-se de que o medicamento a ser administrado é o correto. Se houver dúvida em relação ao nome ou achar que é um medicamento errado, não se deverá administrá-lo antes de verificar com o médico prescritor.
3. Via certa: certificar-se de que a via de administração atende às especificidades do usuário e do medicamento em questão.
4. Hora certa: garantir que a medicação será administrada no tempo correto para garantir os níveis séricos terapêuticos desejados.
5. Dose certa: certificar-se de que a dose a ser administrada confere com a dose prescrita.
6. Registro certo: registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como horários de administração, adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.
7. Orientação certa: orientar sobre motivos do uso, efeitos esperados, forma de uso adequado, os cuidados e os possíveis problemas relacionados ao medicamento, como, por exemplo, interação com outro(s) medicamento(s).
8. Compatibilidade medicamentosa: assegurar que os medicamentos a serem administrados podem ser misturados, sem que precipitem ou formem pequenos cristais ou partículas na solução.
9. Direito a recusar o medicamento: o usuário tem o direito de recusar-se a receber o tratamento.

Os profissionais das equipes do SAD podem auxiliar na identificação e no armazenamento do medicamento pelo cuidador, para assegurar que o usuário receba o medicamento e dose corretas em cada momento. Além disso, há estratégias que podem ser facilitadoras nessa identificação e diminuição de erros por parte dos cuidadores, tais como:

- A contagem da quantidade dos medicamentos a cada visita domiciliar para avaliação da administração correta.
- Evitar o excesso de informação gráfica ou visual que possa gerar confusão no entendimento.
- Separação de medicamentos que devem ser utilizados em cada período do dia com figuras, cores, tabelas ou outro método.

É fundamental, ainda, para o envolvimento do cuidador e do usuário com a segurança, que eles entendam o motivo daquele medicamento ser administrado, assim como reconheçam os sinais de alerta clínicos, os eventos adversos e saibam quais são as providências a serem tomadas.

Antes da prescrição e administração de qualquer medicamento, deve-se perguntar ao usuário e familiares se o usuário apresenta alergia.

A administração de medicamentos por via parenteral (intravenosa, intramuscular ou subcutânea), realizada pelos profissionais de enfermagem, deve seguir um protocolo institucional tanto para a diluição do medicamento, se necessária, quanto para a técnica correta de administração. O SAD pode utilizar a descrição da técnica por meio de POP, que prevê a descrição e o conceito da tarefa, o responsável por ela, o material necessário e a descrição da atividade.

Em usuários com cateter nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia, preferencialmente opta-se por medicamentos em solução; se não for possível, orienta-se a diluição dos comprimidos respeitando as instruções do fabricante. Deve-se ter atenção, pois alguns comprimidos não devem ser macerados devido à possibilidade de se perderem as características de liberação controlada, levando ao risco de toxicidade e manutenção inadequada do nível sérico do fármaco, além do risco de obstrução do cateter e da perda do princípio ativo. É importante que o cuidador receba orientação sobre como fazer a maceração e diluição dos comprimidos, a higienização do cateter antes e, após administração, a diluição/administração de um medicamento de cada vez, cuidados para que não haja obstrução do cateter etc.

As interações medicamentosas ou interação alimento-medicamento devem ser avaliadas, assim como a reconciliação medicamentosa[2] entre os medicamentos utilizados antes e durante a internação domiciliar.

A equipe de saúde deve verificar se há medicamentos vencidos no domícilio e auxiliar no descarte adequado. Orientar ao cuidador que sempre verifique a validade e o estado de conservação dos medicamentos antes de administrá-los.

Mais informações podem ser encontradas em:

<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002490lQmwD8.pdf>.

## 2.6 PROMOÇÃO DE AMBIENTE SEGURO

### 2.6.1 Cuidado com a Ambiência Adequada

Observar e promover as adequações que forem necessárias, mas sempre lembrando que se está em um ambiente privado, onde devem-se respeitar particularidades culturais e valores familiares individuais. Orientar para que seja um ambiente arejado, iluminado e limpo periodicamente.

[2] Reconciliação medicamentosa é a avaliação global do esquema de medicação do paciente, sempre que ocorre alteração no tratamento, em um esforço para evitar erros de medicação, tais como omissões, duplicações, erros de dose ou interações medicamentosas, assim como para observar padrões de adesão ao tratamento (CHEN; BURNS, 2007 apud MARQUES, 2013).

### 2.6.2 Prevenção de Quedas

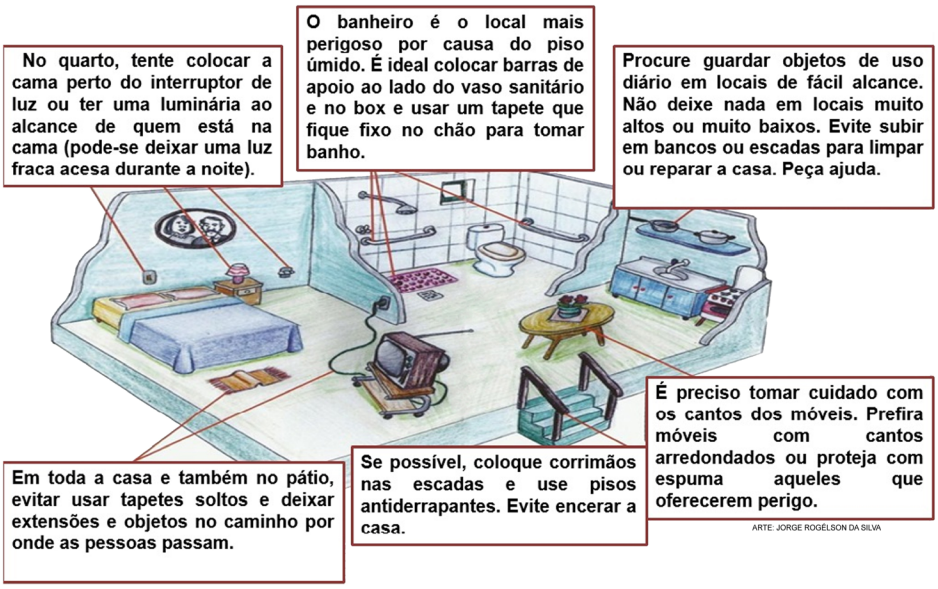
As quedas apresentam causas multifatoriais, destacando-se alterações fisiológicas relacionadas à idade, às doenças, ao uso de medicamentos ou outras substâncias e às condições ambientais, como piso escorregadio e pouca iluminação.

No intuito de prevenir as quedas, elencam-se alguns pontos a serem observados:

- Avaliar o risco de quedas. Para tanto, sugere-se a utilização da escala de Morse[3].
- Envolver os cuidadores no processo de prevenção de quedas, pela identificação de possíveis facilitadores de quedas no domicílio (Figura 5).
- Sinalizar em prontuário os usuários com risco alto e moderado de queda, facilitando a abordagem preventiva multiprofissional.
- Evitar superfícies escorregadias e molhadas.
- Estimular o uso de corrimão ou dispositivos auxiliares de marcha, sempre que necessários.
- Utilizar protetores nas camas e barras de apoio no banheiro e locais de circulação frequente.
- Manter os ambientes bem iluminados e livres para circulação.
- Atentar-se para o uso de múltiplos fármacos e dos efeitos colaterais que eles possam produzir, resultando em perda do equilíbrio.
- Evitar pisos desnivelados e tapetes na casa.
- Orientar o uso de calçados fixos aos pés e com solados antiderrapantes.

[3] Para mais informações sobre a Escala de Morse, acesse o link: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300569>.

**Figura 5 – Facilitadores de quedas no domicílio e medidas preventivas**




Fonte: SAD – Grupo Hospitalar Conceição, 2016.

Mais informações podem ser encontradas em:

<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20-%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Quedas.pdf>.

### 2.6.3 Convivência com Animais de Estimação

O convívio de animais com usuários tem sido descrito na literatura em variadas formas. A utilização de animais de trabalho (por ex.: cães-guia) e terapias envolvendo animais têm mostrado resultados interessantes com benefícios na recuperação e na reabilitação de usuários em diferentes faixas etárias e condições de saúde, com expressivo impacto na qualidade de vida de usuários e familiares.

Entretanto, alguns cuidados são necessários para que essa convivência não gere intercorrências. Seguem orientações que merecem atenção na interação do animal com os usuários:

- Evitar contato direto e indireto do animal com lesões ou feridas, ou ainda com dispositivos como ostomias (gastrostomia, traqueostomia e outras), cateteres, medicamentos e materiais de curativos e de outras soluções de continuidade.
- Manter as condições de higiene do ambiente.
- Atentar para riscos de queda (idosos, pacientes com dispositivos de marcha).
- Atentar para risco de acidentes, ataques e mordidas à equipe de saúde.

Assim, algumas medidas são necessárias:

- A equipe de atenção domiciliar deve se disponibilizar a discutir e avaliar com a família os riscos e os benefícios envolvidos na adoção de um animal de estimação.
- O animal com sinais de adoecimento ou alteração comportamental deverá ser afastado do convívio com o usuário.
- Realizar sempre a higiene das mãos antes e após entrar em contato com o animal.

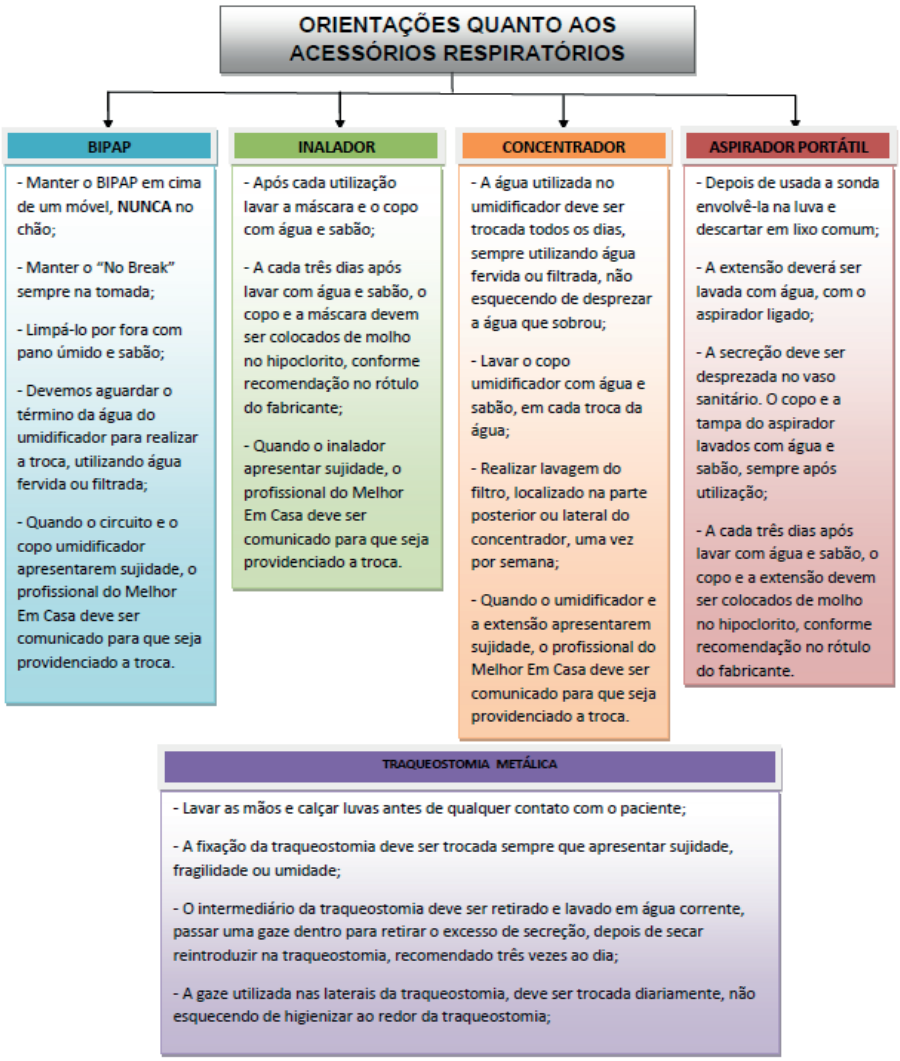
## 2.7 QUALIFICAÇÃO DO CUIDADOR

No domicílio a maior parte das atividades é desenvolvida sem a presença de profissionais. Portanto, os familiares e cuidadores precisam estar afinados com a proposta terapêutica e aptos a realizar alguns procedimentos rotineiros (por exemplo, mudança de decúbito e ações de higiene) ou manusear equipamentos necessários ao cuidado, permitindo a continuidade e a boa qualidade da atenção. Para isso, é fundamental a capacitação do cuidador[4], seja durante as visitas ou em cursos e oficinas promovidos pelas equipes envolvidas no cuidado ao usuário.

A Figura 6 traz como exemplo as orientações para o cuidado com acessórios respiratórios.

[4] "O cuidador é a pessoa que presta os cuidados diretamente, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família." (BRASIL, 2012, p. 24).

**Figura 6 – Exemplo de material orientador direcionado aos cuidadores sobre manuseio de equipamentos**



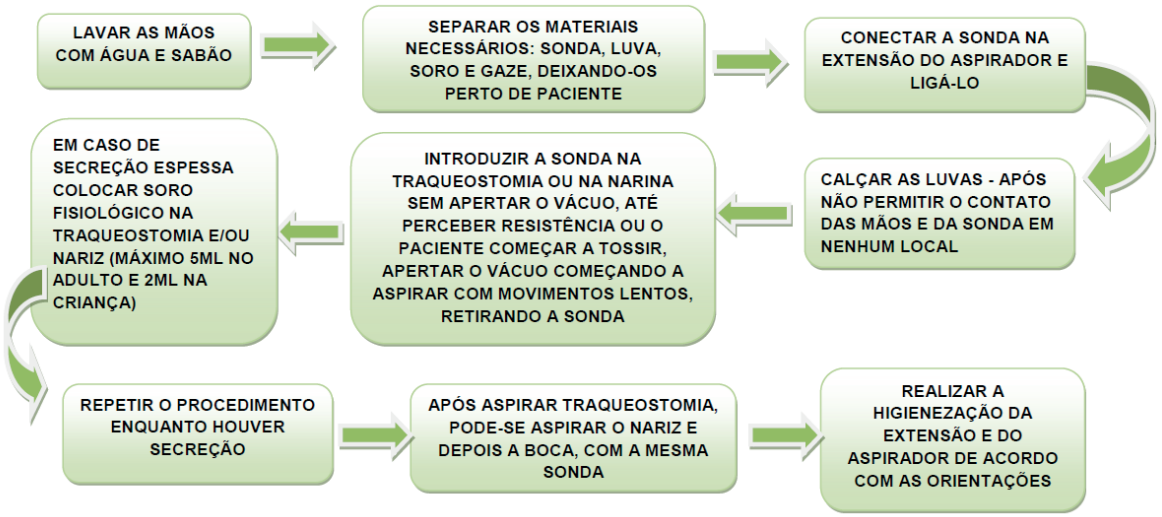

Fonte: SAD – Hospital Cidade Tiradentes, São Paulo, 2016.

As ações de qualificação do cuidador, preconizadas na Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016, são estabelecidas para ampliar as ações de atenção à saúde, visando à humanização, ao acolhimento e à socialização das demandas inerentes ao processo de cuidado, contribuindo para a saúde do usuário e do próprio cuidador.

Nesse sentido, orienta-se, antes da inclusão do usuário no SAD, capacitar o cuidador na prática de procedimentos, como cateterismo vesical intermitente, cuidados com traqueostomia e colostomias, cateter urinário de longa permanência, administração de dieta enteral e realização de curativos. Isso pode ocorrer no próprio SAD, por meio da utilização de bonecos, por exemplo, ou durante a internação hospitalar, quando for o caso. Recursos adicionais para facilitar a

compreensão do cuidador também podem ser utilizados, como vídeos, manuais e orientações ilustrativas ou por escrito, conforme o fluxograma apresentado na Figura 7, que pode ser adaptado pelos serviços a depender da temática a ser abordada.

**Figura 7 – Exemplo de fluxograma que pode facilitar a comunicação e orientação aos cuidadores**




Fonte: SAD – Hospital Cidade Tiradentes, São Paulo, 2016.

Além do aprimoramento prático, é importante que os familiares e cuidadores estejam aptos a reconher sinais de alerta e eventos adversos relacionados a intercorrências clínicas ou ao uso de medicamentos, bem como as providências a serem tomadas nestas situações. A Figura 8 traz o exemplo de material orientador direcionado aos cuidadores sobre sinais de alerta e condutas a tomar.

**Figura 8 – Exemplo de material orientador direcionado aos cuidadores sobre sinais de alerta e condutas**

| QUAIS SÃO OS SINAIS DE ALERTA QUE DEVO ME ATENTAR? | O QUE É? | QUAL A GRAVIDADE? | O QUE FAZER? |
|---|---|---|---|
| COMA: Rebaixamento do nível de consciência ou inconsciência. | Não responde, não se mexe aos ser estimulado, não abre os olhos... | Grave | Ligar para o SAMU 192 imediatamente e avisar o MELHOR EM CASA em seguida. |
| DERRAME: Perda dos movimentos da metade do corpo e do rosto. | Não consegue se mexer de um lado do corpo e a boca fica torta. | Grave | Ligar para o SAMU 192 imediatamente e avisar o MELHOR EM CASA em seguida. |
| MENINGITE: Rigidez de nuca ou dor intensa na nuca. | O pescoço fica duro e dói quando mexe. | Grave | Ligar para o SAMU 192 imediatamente e avisar o MELHOR EM CASA em seguida. |
| Falta de Ar e Cansaço | Quando a respiração fica difícil e rápida, esforço grande para respirar, dedos e lábios arroxeados. | Moderado | Ligar para o MELHOR EM CASA e em caso de dedos ou lábios arroxeados ligar para o SAMU 192 imediatamente. |
| Tosse Produtiva | Tosse com saída de catarro verde-amarelado. | Leve | Ligar para o MELHOR EM CASA. |
| Suspeita de aspiração de dieta ou saliva* | Falta de ar, cansaço e ronco após administração de dieta. | Grave | Ligar para o MELHOR EM CASA. |
| Interrupção ou falha em equipamento | Quando algum equipamento deixa de funcionar ou não funciona corretamente. | Grave | Ligar para o MELHOR EM CASA e em caso de dedos ou lábios arroxeados ligar para o SAMU 192 imediatamente. |
| Ausência de Oxigênio no domicílio | Quando a fornecedora de oxigênio não consegue entregar em tempo comprometendo o paciente. | Grave | Ligar para o MELHOR EM CASA e em caso de dedos ou lábios arroxeados ligar para o SAMU 192 imediatamente. |
| Consulta com especialista | Necessidade marcação de consulta com médico especialista. | Leve | Ligar para o MELHOR EM CASA. |
| Falta de medicamento fornecido pela UBS | Ausência de Medicamento Prescrito UBS ou medicamento prescrito não é fornecido pela UBS. | Grave | Ligar para o MELHOR EM CASA. |
| Reinternação Hospitalar | Quando o paciente vai para algum hospital e fica internado. | Leve | Ligar para o MELHOR EM CASA. |
| Óbito em domicílio | Quando o paciente vem a falecer dentro do domicílio. | Grave | Ligar para o SAMU 192 imediatamente e avisar o MELHOR EM CASA em seguida. |
| FEBRE: | Temperatura medida com termômetro debaixo do braço maior que 37,8 Graus. | Moderado | Ligar para o MELHOR EM CASA. |
| Não administração do medicamento prescrito pelo MELHOR EM CASA | Falta de medicamento prescrito pelo profissional do MELHOR EM CASA | Moderado | Ligar para o MELHOR EM CASA. |
| VÔMITOS: | Mais que 3 episódios de vômitos/suspeita de aspiração* | Moderado | Ligar para o MELHOR EM CASA. |
| CONSTIPAÇÃO: | Mais que 2 dias sem eliminar FEZES. | Moderado | Ligar para o MELHOR EM CASA. |

Fonte: SAD – Hospital Cidade Tiradentes, São Paulo, 2016.

Por fim, deve-se estar atento à questão da sobrecarga do cuidador e traçar, com a família, alternativas de apoio ao cuidado com o usuário. A presença de cuidador único é bastante comum, e a realização de reuniões de família pode resgatar combinações entre cuidadores e fortalecer parcerias para o processo de cuidado. A criação de um grupo de cuidadores no SAD para troca de experiências e atividades recreativas também visa a contribuir na qualidade de vida do cuidador.

## 2.8 CUIDADO COM OS PROFISSIONAIS E EDUCAÇÃO PERMANENTE

A segurança não é restrita apenas ao usuário. Sendo assim, as ações e os serviços devem ser organizados para atender o usuário e sua família, mas também o profissional que oferece o cuidado em saúde.

Como se pode ver no *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente* (BRASIL, 2014, p.16), "transtornos que atingem a saúde mental do profissional da Saúde são considerados importantes fatores contribuintes do erro e dos eventos adversos". Especialmente em um ambiente não institucional, muitas ocasiões são geradoras de sentimentos de revolta, conflito, indignação

e impotência nos profissionais. Diante disso, é de suma importância preservar a qualidade da saúde mental dos profissionais, propiciando espaços coletivos de discussão e análise destas situações.

Acidentes com materiais perfurocortantes e com material biológico apresentam alta incidência entre profissionais da saúde como consequências de inúmeros riscos ocupacionais e até mesmo de condições de trabalho a que se expõem. A prevenção pode ser trabalhada com o auxílio de capacitações quanto aos POPs e Educação Permanente.

Eventualmente, pode ocorrer a exposição da equipe a áreas com maiores índices de violência. Portanto, algumas medidas podem ser adotadas a fim de diminuir os riscos aos profissionais, tais como:

- Utilização de carro com identificação do serviço visível a distância.
- Identificação dos profissionais por meio do uso de crachá ou jaleco.
- Comunicação e pactuação com a família quanto ao dia e melhor horário para realização da visita domiciliar.
- Busca de informações na unidade básica de saúde sobre a situação do território em que se situam as residências cobertas pelo SAD.
- Evitar áreas que estejam em conflitos entre facções, oferecendo alternativas que assegurem a continuidade do cuidado a estes usuários e sem riscos adicionais para as equipes de Atenção Domiciliar.

Na Atenção Domiciliar é primordial que haja a oferta de Educação Permanente para os profissionais, com espaços institucionalizados de discussão de casos e reunião com outras equipes da Rede de Atenção à Saúde envolvidas, além de cursos de aprimoramento e seminários para integração e fortalecimento da rede.

A já citada Portaria GM/MS nº 825/2016 afirma que é uma das atribuições do profissional se engajar nos processos de Educação Permanente (EP) envolvendo Emad e Emap. A EP contribui para a qualificação e saúde do trabalhador, bem como para a organização dos processos de trabalho e, consequentemente, repercute na segurança tanto dos próprios trabalhadores quanto dos usuários.

## 2.9 GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

Para a garantia da segurança do usuário, de sua família e até mesmo da comunidade local, os profissionais do SAD têm a atribuição de realizar e orientar quanto à destinação dos resíduos sólidos utilizados no cuidado em saúde. Observando o que estabelece a RDC Anvisa nº 306, de 7 de dezembro de 2004, o SAD deve contar com um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS) e organizar uma forma de recolher os resíduos produzidos no domicílio.

O PGRSS é adaptado conforme o serviço prestado por cada âmbito de saúde e a realidade local. Sendo assim, o SAD deve ter um que contemple suas atividades, objetivando minimizar resíduos, substituir materiais perigosos, proteger o profissional, usuário, cuidador e preservar o meio ambiente.

Ainda de acordo com a RDC Anvisa nº 306, a destinação final e o gerenciamento dos resíduos são de responsabilidade do gestor da instituição que o origina. Nesse caso, os profissionais do SAD devem orientar o usuário, seus cuidadores e família para a importância da destinação correta dos resíduos que serão produzidos no domicílio, de acordo com a classificação dos resíduos descrita no Quadro 3.

**Quadro 3 – Classificação dos resíduos**

| Simbologia | Descrição | Exemplos | Orientações sobre o descarte |
|---|---|---|---|
| | Grupo A – Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção. | Gazes de curativos, bolsas transfusionais vazias, fluido decorrente de paracentese, traqueóstomos etc. | Identificado pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos. |
| | Grupo B – Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. | Sobras de medicamentos. | Identificado por meio do símbolo de risco associado e com discriminação de substância química e frases de risco. |
| | Grupo C – Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do Cnen e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista. | Rejeitos radioativos ou contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratórios de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia. | Representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contorno pretos, acrescido da expressão REJEITO RADIOATIVO. |
| | Grupo D – Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. | Fraldas, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, resto alimentar de paciente, material utilizado em antissepsia e hemostasia de venóclises, equipo de soro e outros similares não classificados como A. | Identificado pelo símbolo de material reciclável. Caso haja reciclagem, a identificação adotada deve usar códigos, cores e nomeações baseadas na Resolução Conama nº 275/2001. |
| | Grupo E – Materiais perfurocortantes ou escarificantes. | Agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares, espátulas. | Identificado pelo símbolo de substância infectante constante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo. |

Fonte: Elaboração própria.

Além disso, é importante que a equipe do SAD faça orientações gerais quanto ao descarte, conforme material do curso de capacitação Princípios para o Cuidado Domiciliar (UnaSUS/UFSC):

- As lixeiras devem ter tampas e o lixo deve ser acondicionado em sacos plásticos colocados nas lixeiras.
- O lixo deve ser manuseado, preferencialmente com luvas de borracha.
- As lixeiras devem ser de material de fácil limpeza.
- Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante (garrafa PET, por exemplo).

Atenção especial deve ser dada aos resíduos perfurocortantes, cujo descarte deve ser realizado em recipientes adequados (rígidos e resistentes a furos, ruptura e vazamentos). Caixas especiais podem ser fornecidas pelo SAD. Caso não seja possível, utilizar latas ou garrafas PET e identificar como material perfurocortante.

Além disso, deve-se seguir os seguintes cuidados:

- Não reencapar, entortar, quebrar ou retirar manualmente as agulhas das seringas.
- Colocar os recipientes coletores, para o descarte de material perfurocortante, próximo ao local onde é realizado o procedimento.
- Descartar todo resíduo perfurocortante, inclusive os que não foram usados, em recipiente exclusivo, resistente à perfuração e com tampa, sem ultrapassar o limite de 2/3 da capacidade total do recipiente.

Por fim, nos locais onde não exista um serviço exclusivo de coleta de resíduos nos domicílios, sugere-se que a equipe realize o transporte dos resíduos até a sede do SAD para que eles sejam descartados conforme o PGRSS. Para tanto, orienta-se a utilização de caixas plásticas com tampa que permitam o acondicionamento dos resíduos separado dos materiais limpos. Atentar para a higienização das mãos após manusear os resíduos ou equipamentos que foram utilizados e antes de manipular os equipamentos e insumos limpos.

## 2.10 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação das ações são importantes para a análise e o acompanhamento das práticas desenvolvidas no cotidiano das equipes e gestores dos SAD, de modo a contemplar a segurança do paciente. Devem-se considerar aspectos da realidade local para um processo de avaliação mais preciso e com sentido para todos os atores envolvidos.

Wachter (2004 apud MENDES; SOUSA, 2014) menciona que a maximização da utilização das tecnologias de informação é umas das soluções para melhorar a

segurança do paciente. Sendo assim, os profissionais do SAD e aqueles que repassam as informações para o sistema de informações devem estar aptos para o registro, considerando que esses dados poderão ser transformados em informação para a avaliação da qualidade do cuidado prestado e, consequentemente, na segurança do usuário.

Por fim, destaca-se que o

> Registro, sistematização e análise das informações produzidas são processos centrais para a gestão do processo de trabalho do SAD, na medida em que possibilitam a apropriação e discussão coletiva de aspectos que refletem diretamente na prática das equipes, apontam fragilidades e potencialidades da rede de cuidado em AD e revelam questões indispensáveis para o planejamento de ações à luz das necessidades do usuário. (BRASIL, 2016b, p. 15).

Mais informações podem ser encontradas em: Manual de Monitoramento e Avaliação: Programa Melhor em Casa, disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/03/Manual-Monitoramento-e-Avalicao-Melhor-em-Casa-Edi----o-Revisada2016.pdf>.

## 2.11 NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES OU EVENTOS ADVERSOS

Para garantir a efetivação de práticas de segurança no cuidado à saúde no domicílio, é necessário estabelecer um fluxo de notificação de incidentes ou eventos adversos que contemple os princípios da cultura justa[5], garantindo a preservação da identidade do usuário e dos profissionais envolvidos e que vise à aprendizagem com as falhas e a solução dos problemas identificados.

Conforme a Anvisa (2013b), a notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo-se os eventos adversos, pode ser realizada no Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa). O módulo "Assistência à Saúde" apresenta a possibilidade de notificação pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) dos serviços de saúde (Anvisa) e, ainda, por cidadãos.

Ainda conforme a Anvisa (2013b), a atenção domiciliar está excluída da obrigatoriedade da notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Sugere-se, no entanto, que o SAD crie um instrumento para registro dos eventos adversos, pois isso permitirá o fortalecimento de medidas preventivas adequadas à realidade do serviço.

[5] A cultura justa é um conceito que procura diferenciar os trabalhadores cuidadosos e competentes que cometem erros dos que têm um comportamento de risco consciente e injustificadamente arriscado (WATCHER, 2010, apud BRASIL, 2014).

Ressalta-se, ainda, que a participação do cuidador e do usuário no processo de notificação de incidentes contribui para o estabelecimento de cultura de notificação, imprescindível para a promoção da segurança do paciente na atenção domiciliar, pois permite compreender que as falhas ocorridas podem propiciar a implementação de medidas preventivas, minimizando danos ao usuário. Assim, a notificação dos incidentes, por meio do Formulário de Notificação de Eventos Adversos para o Cidadão (http://www16.anvisa.gov.br/notivisaServicos/cidadao/notificacao/evento-adverso) pode ser feita pela própria pessoa afetada, pelo cuidador, por familiar, amigo ou outra pessoa. Além disso, é voluntária e os dados sobre os notificadores são confidenciais.

Mais informações podem ser encontradas em:

<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/cidadao>.

# Referências e Anexos

# REFERÊNCIAS


AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, 2013a. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).

_____. **Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 25 jul. 2016.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, 2012. v. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa**. Brasília, 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014.

_____. Ministério do Trabalho. **Norma regulamentadora nº 32, de 11 de novembro de 2005**. Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR32.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2016.

CÓDIGO de Nuremberg, 1947. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/nuremberg/codigo_nuremberg.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.931, de 24 de setembro de 2009**. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <http://www.cremego.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21000>. Acesso em: 8 ago. 2016.

DECLARAÇÃO de Helsinque, 1964. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/declaracao_de_helsinque.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Cuidando de quem cuida**: manual para quem cuida de uma pessoa que precisa de cuidados permanentes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Populacao2.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2016.

MARQUES, L. F. G. **Uso de medicamentos e a segurança do paciente na interface entre hospital, atenção básica e domicílio**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MENDES, W.; SOUSA, P. (Org.). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. v. 1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Salve vidas: higienize suas mãos. In: _____. **Higiene das mãos na assistência à saúde extra-hospitalar e domiciliar e nas instituições de longa permanência**: um guia para a implementação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higiene das mãos e da abordagem "Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos". tradução de OPAS. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. p. 73.

SIRIDAKYS, M. Precauções universais e equipamentos de proteção individual (EPI). **Enfermagem online**, 2009. Disponível em: <http://enfermagemonline.webnode.com.pt/epi/>. Acesso em: 31 mar. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Curso de Capacitação Princípios para o Cuidado Domiciliar**. Florianópolis, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. **Protocolos de Controle de Infecção [online]**, 2014. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/148046/MEDIDAS_PREVENTIVAS_DO_TRATO_RESPIRATORIO_2014.pdf/5d9675fc-ca16-4701-9958-2cccc48c0ddd>. Acesso em: 29 fev. 2016.

# ANEXOS

## ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, estou ciente do estado de saúde no qual me encontro e aceito a inclusão no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD – Melhor em Casa), autorizando meu acompanhamento pela equipe multiprofissional de saúde. Declaro estar ciente de que a minha cooperação e a de meus cuidadores e família são imprescindíveis na obtenção do sucesso do tratamento. Declaro, ainda, ter conhecimento de que esta assistência no domicílio pode ser suspensa de acordo com a minha evolução clínica, desde que não tenha prejuízo a minha saúde.

Eu,_____, RG:_____, responsável pelo(a) usuário(a) _____ RG:_____, ciente do quadro no qual se encontra o(a) paciente, autorizo a inclusão deste(a) no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), de acordo com o já exposto acima.

Município, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do(a) usuário(a) ou responsável

_____

Assinatura do(a) cuidador(a)

_____

Assinatura do(a) representante da equipe

# ANEXO B – *CHECK LIST* PARA VERIFICAÇÃO DE ASPECTOS RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE NO DOMICÍLIO

| AÇÃO | REALIZADA | | OBSERVAÇÕES |
|---|---|---|---|
| | SIM | NÃO | |
| Avaliação de elegibilidade. | | | |
| Assinatura do termo de consentimento. | | | |
| Presença de cuidador apto para os usuários dependentes. | | | |
| Disponibilização de telefones úteis para atendimento e orientação. | | | |
| Disponibilização dos materiais, equipamentos e insumos necessários. | | | |
| Elaboração de plano de cuidados. | | | |
| Orientações sobre higienização das mãos. | | | |
| Avaliação inicial para identificação de riscos e de UPP ou lesões de pele. | | | |
| Orientação sobre medidas preventivas ao desenvolvimento de lesões por pressão. | | | |
| Orientações quanto ao uso correto de medicamentos. | | | |
| Orientações de prevenção de quedas. | | | |
| Orientações sobre os cuidados com animais de estimação. | | | |
| Orientação quanto ao destino dos resíduos. | | | |
| Orientação quanto à notificação de incidentes ou eventos adversos. | | | |