



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola de Saúde Pública do Distrito Federal
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde



**DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM AMBIENTE VIRTUAL DE
APRENDIZAGEM PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM ATENÇÃO DOMICILIAR**

Autora: Cristiane Dezoti Vivanco
Orientadora: Profa. Dra. Leila Bernarda Donata Göttems

**Brasília
2024**

**DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM AMBIENTE VIRTUAL DE
APRENDIZAGEM PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM ATENÇÃO DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós- Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Desenvolvimento de tecnologias educativas voltadas aos pacientes e seus familiares atendidos pelos profissionais da Atenção Domiciliar

Linha de Pesquisa: Qualidade na Assistência à Saúde do Adulto

Autora: Cristiane Dezoti Vivanco

Orientadora: Profa. Dra. Leila Bernarda Donata Göttems

Brasília

2024

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

DC933d Dezoti Vivanco, Cristiane
: DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM AMBIENTE
VIRTUAL DE APRENDIZAGEM PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
ATENÇÃO DOMICILIAR / Cristiane Dezoti Vivanco;
orientador Leila Bernarda Donata Göttems. --
Brasília, 2024.
170 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em
Ciências para a Saúde) -- Coordenação de Pós-Graduação
e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde,
2024.

1. Atenção Domiciliar. 2. Educação Permanente. 3.
Segurança do paciente. 4. Tecnologias da Informação e
Comunicação. 5. Teleducação. I. Donata Göttems, Leila
Bernarda , orient. II. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

CRISTIANE DEZOTI VIVANCO

Desenvolvimento e implementação de um ambiente virtual de aprendizagem para educação permanente em atenção domiciliar

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

Aprovada em: 02/12/2024



Documento assinado digitalmente

LEILA BERNARDA DONATO GOTTEMS

Data: 12/02/2025 19:39:50-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª Drª Leila Bernarda Donato Gottems
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS)
Orientadora



Documento assinado digitalmente

ANA LUCIA RIBEIRO SALOMON

Data: 12/02/2025 20:12:02-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª Drª Ana Lúcia Ribeiro Salomon
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS)
Examinadora Interna



Documento assinado digitalmente

Luciara Fabiane Sebold

Data: 12/02/2025 19:31:30-0300

CPF: ***.993.739-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Profª Drª Luciara Fabiane Sebold
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Examinadora Externa

Prof. Dr. Levy Aniceto Santana
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS)
Suplente

Ao meu marido, Rodrigo Alfredo Vivanco Vergara; meu filho, Bernardo Dezoti Vivanco; meus pais, Arnaldo Dezoti (*in memoriam*) e Irany Lopes Dezoti; e a Claudiane e Cassiane Dezoti, minhas irmãs, dedico-lhes como uma forma de amor, esta conquista tão sonhada e desejada. Vocês são os responsáveis pelos meus movimentos!.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me guiado e me encorajado a tomar a decisão de enfrentar esta jornada.

Ao meu marido, Rodrigo Alfredo Vivanco Vergara, por me inspirar sempre com seu exemplo de determinação e excelência em tudo o que faz. Obrigada, meu amor, por ser meu companheiro e me dar suporte para conquistar mais este sonho.

Ao meu filho, Bernardo Dezoti Vivanco, que me impulsiona a ser uma pessoa melhor para que possa seguir meu exemplo.

Ao meu pai, Arnaldo Dezoti (*in memoriam*), que, mesmo em seus últimos dias de vida, me deu forças para ir atrás do meu sonho com seu otimismo e pediu-me para deixar de cuidar e estar com ele para fazer a inscrição para o mestrado.

A minha mãe, Irany Lopes Dezoti, que sempre acreditou em mim e em meu potencial, incentivando e acolhendo com suas palavras de amor.

Às minhas irmãs, Claudiane Dezoti e Cassiane Dezoti da Fonseca, amigas, orientadoras e incentivadoras, cuja força e palavras de encorajamento foram fundamentais para que eu não desistisse e chegasse até aqui.

À minha orientadora maravilhosa, a Profa. Dra. Leila Bernarda Donato Gottens, pela oportunidade de dividir seus conhecimentos e por acreditar em mim como uma aluna madura e cheia de vontade de aprender.

À minha querida amiga, mentora e grande inspiração, Dra. Maria Leopoldina de Castro, agradeço pela grande ajuda e força que impulsionaram minha conquista.

Ao Dr. Sergio Eduardo Soares Fernandes, Coordenador de Pesquisa e Comunicação Científica, pelo seu profissionalismo e pela grande contribuição com o treinamento sobre como utilizar o *moodle*.

A Alice e Gabriela, meninas queridas, inteligentes e com um futuro brilhante, que me ajudaram muito através de seus conhecimentos e prontidão, vocês são demais, podem contar comigo sempre que precisarem.

À minha querida amiga Joelma Neiva Silva, por seu apoio e pelas palavras de incentivo e carinho.

Às equipes de Atenção Domiciliar do DF, pela parceria, e disponibilidade em participar do curso, sendo peças fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Renda-se, como eu me rendi. Mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei. Não se preocupe em entender, viver ultrapassa qualquer entendimento.

Clarice Lispector

RESUMO

Introdução: O Serviço de Atenção Domiciliar envolve ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição no domicílio ou em instituições de longa permanência, proporcionando os cuidados a indivíduos de todas as faixas etárias, que não estejam em unidades hospitalares. Com o intuito de atender às necessidades de educação permanente e proporcionar um ambiente seguro para as práticas do tratamento e cuidados do paciente em internação domiciliar do DF, foi desenvolvido um curso em um ambiente virtual focado nos temas mais relevantes. **Objetivos:** Desenvolver, em um ambiente virtual de aprendizagem (AVA), um curso para os profissionais que atuam na Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, aos residentes dos programas da SES-DF e FEPECS e aos acadêmicos dos cursos de enfermagem e medicina. Os objetivos específicos foram: analisar as principais lacunas do conhecimento apontadas pelos participantes dos estudos prévios realizados com os profissionais da atenção domiciliar do SUS-DF; elaborar os requisitos técnicos para a criação do AVA para subsidiar a criação de estratégias de ensino aprendizagem de forma remota assíncrona e autodirigido sobre a AD do SUS-DF; desenvolver uma atividade de ensino permeada por Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde (TIC) para a educação permanente em AD; e desenvolver uma metodologia de avaliação de desempenho pós-aula para cada módulo e para avaliação do AVA. **Métodos:** Pesquisa metodológica do tipo de Design Science Research Methodology (DSRM), realizada em 5 etapas: A 1ª etapa consistiu na definição do problema; a 2ª etapa envolveu a sugestão de possíveis soluções por meio de diálogo deliberativo com os gestores da Atenção Domiciliar (AD) no SUS-DF; a 3ª etapa, de desenvolvimento, incluiu a modelagem do curso, com a elaboração de um projeto pedagógico aprovado pelo colegiado da ESCS/FEPECS, a criação do plano de curso com o detalhamento dos conteúdos dos módulos, a elaboração e gravação de roteiros de vídeos, bem como a montagem do curso em um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Na 4ª etapa, foram desenvolvidas avaliações para cada módulo e uma avaliação final do curso. Por fim, a 5ª e última etapa envolveu a implementação do curso, com ampla divulgação nas redes sociais, monitoramento dos inscritos e do desempenho dos estudantes, além da recepção das avaliações e da certificação automática dos concluintes. **Resultados:** O trabalho resultou no desenvolvimento de 2 produtos, sendo o primeiro um curso dividido em 6 módulos,

contendo 19 vídeos baseado nas evidências científicas e protocolos vigentes do Ministério da Saúde, material pedagógico e leitura complementar, conforme o tema discutido em cada um dos módulos, que foram disponibilizados na plataforma MOODLE da ESCS/FEPECS. O Módulo 1 abordou o tema AD no Brasil e no DF; o Módulo 2 tratou da segurança do paciente na Atenção Domiciliar; o Módulo 3 apresentou o conteúdo relacionado ao controle de infecção na AD; o Módulo 4 focou na utilização adequada dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) usados na AD; o Módulo 5 abordou os resíduos e seu gerenciamento; o Módulo 6 trouxe um conjunto de questões de múltipla escolha para a avaliação do curso pelos participantes. O período de aplicação foi de 6 a 8 semanas, contou com um total de 81 (100%) participantes, sendo que 31 (38,2%) finalizaram o curso e obtiveram certificado de 30 horas em 8 semanas. Ao final de cada módulo, os participantes realizaram uma avaliação sobre o conteúdo estudado e foram convidados a fazerem uma avaliação, contendo 6 questões, sobre a relevância do tema e a estrutura do módulo. Já o sexto e último módulo foi destinado à avaliação geral do curso, em que os participantes responderam um questionário contendo 24 questões, sendo uma delas com resposta aberta, sobre todo o curso e seu aproveitamento. O segundo produto foi o desenvolvimento dos 19 roteiros para a construção de cada vídeo de animação, contendo de 3 a 5 minutos em média cada para ilustração e melhor compreensão dos temas abordados. **Conclusão:** O desenvolvimento de um curso em um AVA revelou ser uma ferramenta que contribui para o conhecimento e atualização, auxiliando o programa de educação permanente dos residentes, acadêmicos e profissionais da saúde, facilitando e encurtando distâncias, de forma remota assíncrona. Dessa forma, com o comprometimento dos gestores em proporcionar a proteção de horário, respaldados pela política de educação em serviços de saúde, a adesão ao curso pode ser maior, o que contribuirá significativamente para uma assistência mais focada na prevenção e minimização de danos aos pacientes.

Palavras-chave: Cuidado Domiciliar, Segurança do paciente, Tecnologias da Informação e Comunicação, Educação Permanente, Teleducação.

ABSTRACT

Introduction: The Home Care Service involves promotion, prevention, treatment, rehabilitation, and palliation actions at home or in long-term care institutions, providing care to individuals of all age groups who are not in hospital units. In order to meet the needs for continuing education and provide a safe environment for the treatment and care practices of patients undergoing home hospitalization in the Federal District, a course was developed in a virtual environment focused on the most relevant topics.

Objectives: Develop in a virtual learning environment (VLE), a course for professionals working in Home Care at the State Department of Health of the Federal District, residents, and health academics. To analyze the main gaps in knowledge highlighted by study participants in preliminary studies carried out with SUS-DF home care professionals. To develop technical requirements based on an existing VLE to support the creation of asynchronous remote teaching-learning strategies aimed at SUS-DF AD professionals. To develop a teaching approach permeated by Health Information and Communication Technologies (ICT) for continuing education in AD, and to develop a post-class performance assessment methodology for each module and for evaluating the VLE. **Methods:** Methodological research of the Design Science Research Methodology (DSRM) type, carried out in five stages: The 1st stage involved defining the problem; the 2nd stage involved suggesting possible solutions through deliberative dialogue with AD managers in SUS-DF; the 3rd stage, development, involved modeling the course, which included the elaboration of a pedagogical project approved by the ESCS/FEPECS board, preparation of the course plan with details of the module contents, creation of video scripts, recording of videos, and setting up the course in a VLE; in the 4th stage, assessments were developed for each module and the final assessment of the course; and in the 5th and final stage, the course was implemented with wide dissemination through social networks, with monitoring of those enrolled and the performance of each student, including the reception of evaluations and automatic certification of those who completed it. **Results:** The work resulted in the development of 2 products, the first being a course divided into 6 modules, containing 19 videos based on scientific evidence and current protocols of the Ministry of Health, pedagogical material and complementary reading, according to the topic discussed in each of the modules, which were made available on the ESCS/FEPECS MOODLE platform. Module 1 addressed the topic of AD in Brazil and DF; Module 2

dealt with patient safety in Home Care; Module 3 presented content related to infection control in AD; Module 4 focused on the appropriate use of Personal Protective Equipment (PPE) used in AD; Module 5 addressed waste and its management; Module 6 brought a set of multiple choice questions for participants to evaluate the course. The application period was 6 to 8 weeks, with a total of 81 (100%) participants, of which 30 (38.2%) completed the course and obtained a 31-hour certificate in 8 weeks. At the end of each module, participants completed an assessment of the content studied and were invited to complete an assessment, containing 6 questions, on the relevance of the topic and the structure of the module. The sixth and final module was intended for the general evaluation of the course, in which participants answered a questionnaire containing 24 questions, one of which had an open answer about the entire course and its achievement. The second product was the development of 19 scripts for the construction of each animation video containing an average of 3 to 5 minutes each for illustration and better understanding of the topics covered. **Conclusion:** The development of a course in an AVA proved to be a tool that contributes to knowledge and updating, helping the permanent education program for residents, academics and health professionals, facilitating and shortening distances, in an asynchronous remote way. In this way, with the commitment of managers to provide time protection, supported by the education policy in health services, adherence to the course can be greater, which will contribute significantly to assistance that is more focused on preventing and minimizing harm to patients.

Keywords: Home Care Services; Patient Safety; Education, Distance; Information Technology; Education, Continuing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Etapas da pesquisa	36
Figura 2 – Convite	37
Figura 3 – <i>Post</i> para divulgação do curso.....	38
Figura 4 – Publicização na Intranet da SES-DF	39
Quadro 1 – Módulos, Conteúdo e Programação do Curso	40
Quadro 2 – Críticas e Sugestões.....	46
Tabela 1 – Resultados das avaliações positivas dos módulos do curso segundo os egressos que concluíram no período de julho a outubro Brasília-DF, 2024	43
Tabela 2 – Questões para avaliação do curso. Brasília-DF, 2024.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar Tipo 1
AD2	Atenção Domiciliar Tipo 2
AD3.....	Atenção Domiciliar Tipo 3
ADMC	Administração Central
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVA AVA.....	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
COFEN.....	Conselho Federal de Enfermagem
COIND	Coordenação de Internação Domiciliar
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EAD	Equipe de Atenção Domiciliar
EPS	Educação Permanente em Saúde
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
GDF.....	Governo do Distrito Federal
GR.....	Gestão de Risco
ICPS	Classificação Internacional para a Segurança do Paciente
IPES 2	Informação para Prevenção de Eventos Adversos em Serviços de Saúde
MPCS	Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde
MS	Ministério da Saúde
NAMID	Núcleo de Assistência Médica a Internados em Domicílio
NOB/RH/SUS	. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDS	Plano Distrital de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada

SAD Serviço de Atenção Domiciliar
SAD-AC Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade
SES-DF Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO MUNDO NO BRASIL E NO DF	20
2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE NA AD	25
2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE	26
2.4 APRENDIZAGEM MEDIADA POR TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC)	30
3 OBJETIVOS	34
3.1 OBJETIVO GERAL	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4 MÉTODO	35
4.1 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	39
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	40
5.1 DESENVOLVIMENTO DO CURSO	40
5.2 IMPLEMENTAÇÃO DO CURSO	41
5.3 AVALIAÇÃO DOS MÓDULOS PELO PARTICIPANTE	42
5.4 AVALIAÇÃO FINAL DO CURSO PELO PARTICIPANTE	44
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
7 CONCLUSÃO	53
PRODUTO I: DESENVOLVIMENTO DO CURSO DE APRENDIZAGEM MEDIADO POR TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO	54
PRODUTO II: CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE 19 VÍDEOS DE ANIMAÇÃO PARA OS MÓDULOS DO CURSO	65
8 REFERÊNCIAS	71
APÊNDICE A – PROJETO PEDAGÓGICO	77
ANEXO I - DECLARAÇÃO DOS SERVIDORES ENVOLVIDOS, EXPLICITANDO O DESVINCULAMENTO DESTAS ATIVIDADES COM RESPONSABILIDADES E/OU DEMANDAS TRABALHISTAS À FEPECS	93
ANEXO II – DECLARAÇÃO DOS SERVIDORES ENVOLVIDOS, EXPLICITANDO O DESVINCULAMENTO DESSAS ATIVIDADES COM RESPONSABILIDADES E/OU DEMANDAS TRABALHISTAS À FEPECS	94
APÊNDICE B – ROTEIROS ELABORADOS PARA A CONSTRUÇÃO DOS VÍDEOS ORIGINAIS	95

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO CURSO	141
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	146
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I.....	156
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II.....	160
ANEXO D – EMENDA PARA O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	164

APRESENTAÇÃO

Quando decidi ser uma profissional de saúde, a única certeza que tinha era que estaria, de alguma forma, contribuindo através de meu conhecimento com o processo de saúde-doença e do bem-estar do outro que se encontra em um momento de fragilidade e em busca de melhora ou cura.

Ingressei na Universidade Federal de Mato Grosso, em Cuiabá, no curso de Enfermagem, em 1997. Recém-formada, iniciei minha carreira profissional na Secretaria Municipal de Saúde de Sinop-MT, atuando como enfermeira do Programa de Saúde da Família. Após dois anos, ingressei na residência multiprofissional da SES-DF e, ao terminar, trabalhei alguns anos em hospitais particulares em Brasília, com educação continuada, UTI e em centro cirúrgico (CC). Há 15 anos, trabalho no SES-DF, sendo os primeiros 7 como enfermeira assistencial da clínica cirúrgica do Hospital de Base do DF, onde apliquei meu conhecimento em pacientes em tratamento cirúrgico de câncer de cabeça e pescoço, câncer de mama e ginecológico, além de pacientes da cirurgia vascular. Após esse período, surgiu o convite para trabalhar na gerência de atenção domiciliar da SES-DF com o Programa de Internação Domiciliar de baixa, média e alta complexidade, e o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar, onde permaneci por mais 7 anos.

Durante esse período, também fui convidada a disponibilizar 10 horas da minha carga horária para a Comissão de Ética (CEP-FEPECS), função que continuo exercendo até hoje. Em 2022, surgiu a tão sonhada oportunidade de participar do processo seletivo para o mestrado profissional da ESCS/FEPECS, CAPES/COFEN, que está sendo finalizado com esta dissertação. Há um ano, recebi mais um convite, dessa vez para substituir minha querida amiga e mentora Dra. Leopoldina na presidência da Comissão de Protocolos do DF, pois ela estaria próxima da aposentadoria e confiou a mim a continuidade de seu esplêndido trabalho. E lá estou.

1 INTRODUÇÃO

A crise do modelo de atenção hospitalar no Brasil vem persistindo ao longo dos anos, mesmo com os avanços conquistados pela reforma sanitária, caracterizando-se como fragmentado, hospitalocêntrico, hierarquizado e direcionado para atender às condições agudas da população, embora, na prática do dia a dia, fique evidente que não atende à situação de saúde atual⁽¹⁾.

Visto isso, propõe-se a formulação do modelo de atenção à saúde que integre as condições agudas e crônicas, estabeleça padrões de qualidade e incentivos à saúde e melhore a capacitação dos trabalhadores em saúde.

Surge, então, a criação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), nas quais estão inseridos os princípios da organização horizontal de serviços de saúde, que permite prestar assistência contínua e de qualidade a uma determinada população, que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários⁽²⁾.

Neste contexto, a Atenção Domiciliar (AD) se expande como modalidade de atenção à saúde, considerando o crescimento da população idosa, em virtude das transições demográficas e epidemiológicas, associado ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e em detrimento das doenças agudas⁽³⁻⁷⁾.

Os ganhos psicossociais fazem parte dos princípios da AD, uma vez que reintegra o indivíduo à sociedade, permitindo que seja assistido em seu lar de maneira humanizada. A AD é considerada hoje uma modalidade de cuidado substitutivo ou complementar à atenção hospitalar, capaz de ofertar equipamentos, procedimentos, tecnologias e cuidados, dos mais simples à mais alta complexidade, no ambiente domiciliar. Atualmente é vista como a resposta diante dos grandes desafios enfrentados pelos sistemas de saúde, pois, de certa forma, proporciona a otimização de recursos hospitalares e econômicos⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Além de a AD ser uma modalidade de atenção à saúde que envolve ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição no domicílio, com continuidade do cuidado também engloba cuidados a indivíduos de todas as faixas etárias no ambiente domiciliar ou em instituições de longa permanência, que não estejam em unidades hospitalares^(7,11).

O grande desafio da AD está quando o domicílio necessita de adaptações para que a assistência em saúde seja ofertada e quando cuidadores e o próprio

paciente, em algum momento, não possuem habilidades para lidar com situações complexas que envolvem o cuidado ou que necessitem de maior conhecimento técnico⁽¹²⁾.

Diante disso, no período de internação domiciliar, podem ocorrer eventos adversos, sendo de grande relevância o monitoramento pela equipe multidisciplinar, garantindo não só a segurança do paciente, mas também de toda a equipe. Isso se deve ao fato de existirem riscos assistenciais que são completamente evitáveis com a adoção de atitudes simples realizadas por todos os envolvidos no cuidado, como os familiares, cuidadores e equipe⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Apoiando este processo de cuidado, está a gestão de risco (GR), que é um processo inter e transdisciplinar e tem se configurado como uma alternativa para identificação e mensuração de eventos adversos, orientada para a melhoria da assistência e segurança do paciente^(16, 17, 18). Segundo a RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, a GR é definida como “aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional”⁽¹⁴⁾.

Sendo assim, o cuidado no domicílio tem suas particularidades, que são oriundas do próprio processo de trabalho, sendo necessária a formação de profissionais preparados para atuar nos casos clínicos mais prevalentes na atenção domiciliar (AD) e na articulação das relações intradomiciliares. Portanto, é extremamente relevante o aperfeiçoamento profissional das equipes dos serviços de atenção domiciliar, uma vez que o trabalho se desloca das instituições de saúde para o domicílio do usuário¹⁹. Nesse contexto, a formação contínua dos profissionais se alinha com a ideia de que “a educação é um processo permanente que busca alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades”¹⁴.

No sistema de saúde do Brasil, as discussões relacionadas à educação e desenvolvimento dos recursos humanos levaram aos conceitos da diferença entre “Educação Continuada” e “Educação Permanente”. Estes conceitos, embora não opostos, conferem particularidades ao processo ensino-aprendizagem”^(14,19).

O Ministério da Saúde aprovou em 2003 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que define os processos de educação dos trabalhadores da

saúde a partir da problematização do processo de trabalho, e ressaltou que as demandas por mudanças e melhorias devem ser baseadas na análise do processo de trabalho, nos seus problemas e desafios⁽²⁰⁻²²⁾.

Nesse contexto, existem várias formas de realizar um plano de educação permanente para profissionais de saúde, como aulas presenciais ministradas por especialistas ou pelos próprios membros das equipes, seja durante o período de trabalho ou até mesmo fora dele. Entretanto, para os profissionais que realizam o atendimento voltado ao domicílio, quando comparado à educação permanente aplicada em hospitais ou ambulatórios, observam-se barreiras tanto geográficas quanto nas dinâmicas dos processos de trabalho. Essas diferenças relevantes do ponto de vista da construção e aplicação do aprendizado interferem diretamente no modo como o conhecimento é transmitido, exigindo adaptações nas estratégias de ensino para atender às necessidades específicas do cuidado domiciliar.

Um estudo conduzido nas equipes multiprofissionais da Atenção Domiciliar do Distrito Federal, de fevereiro a março de 2022, intitulado “Segurança do paciente e Prevenção de Infecções na Atenção Domiciliar: avaliação de instrumento, avaliação de práticas e produção audiovisual”, demonstrou resultados relevantes. O gerenciamento nos serviços de atenção domiciliar e as práticas dos profissionais de saúde devem apoiar seu desenvolvimento na estrutura da prevenção de erros e eventos adversos, além da prevenção e controle de infecções, tudo isso apoiado em um programa de educação permanente⁽²³⁾.

As dificuldades vivenciadas pela gestão, na prática, para a realização de educação permanente às equipes multidisciplinares na AD e nas UBS que atendem pacientes em internação domiciliar, complementadas pelos resultados da pesquisa, instigam a busca pelo desenvolvimento de estratégias de aprendizagem que direcionem e contribuam para o trabalho da equipe de AD junto ao cuidador e aos familiares^(17,24).

Diante disso, para facilitar a dinâmica e minimizar o tempo do profissional que atende o paciente no domicílio, a educação permanente oferecida em caráter virtual, que proporciona maior flexibilidade, agilidade e disponibilidade, pode ser a melhor alternativa a ser adotada.

O Ambiente Virtual de Aprendizado (AVA) é um espaço online de gerenciamento dos estudos que permite a troca de informações, o acesso a uma base de conteúdos e a interação entre alunos, professores e tutores, de forma assíncrona

e síncrona, viabilizando a formalização dos processos de ensino e aprendizagem nas instâncias institucionais. Seu uso é bastante recorrente⁽²⁵⁾.

Segundo Maia e Silva (2020), os AVAs são as tecnologias mais utilizadas para dar suporte às práticas formativas em contextos online, sendo o Moodle o mais adotado nas instituições de ensino superior. Isso se deve às possibilidades que ele oferece em termos de otimização, integração de módulos, formalização dos processos e também pela viabilidade de gerenciamento⁽²⁶⁾.

As dificuldades vivenciadas pela gestão, na prática, para a realização de educação permanente às equipes multidisciplinares na AD e nas UBS que atendem pacientes em internação domiciliar, bem como aos acadêmicos e residentes da área da saúde, complementadas pelos resultados da pesquisa, instigam a busca pelo desenvolvimento de estratégias de aprendizagem que direcionem e contribuam para o trabalho da equipe de AD junto ao cuidador e aos familiares^(17,20).

Com a escassez de um curso em um AVA voltado especificamente para a AD, que proporcione às equipes maior conhecimento para os atendimentos domiciliares e ofereça aos usuários/cuidadores um atendimento de qualidade e seguro, reconhecemos a importância dessa contribuição para minimizar o problema identificado.

Diante desses desafios, vislumbrou-se a necessidade da construção e desenvolvimento de um curso em um AVA para os profissionais que atuam na Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, estendendo-se aos acadêmicos e residentes da área da saúde, por ser um tema pouco divulgado durante o processo de formação, preenchendo assim a lacuna de conhecimento e proporcionando maior segurança para todos os envolvidos no processo de cuidado.

Existem algumas formas de realizar um plano de educação permanente para profissionais de saúde, como aulas presenciais ministradas por especialistas ou pelos próprios membros das equipes durante o período de trabalho ou até mesmo fora dele. Entretanto, para os que realizam o atendimento voltado ao domicílio, quando comparado à educação permanente aplicada em hospitais ou ambulatórios, observam-se barreiras tanto geográficas quanto de dinâmica dos processos de trabalho. As diferenças relevantes do ponto de vista da construção e aplicação do aprendizado interferem diretamente no modo como o conhecimento é transmitido.

Sendo assim, para facilitar a dinâmica e minimizar o tempo do profissional que atende ao paciente no domicílio, assim como dos acadêmicos e residentes da

saúde, a educação permanente oferecida de forma virtual, que proporciona maior flexibilidade, agilidade e disponibilidade, pode ser a melhor alternativa a ser seguida.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO MUNDO NO BRASIL E NO DF

No mundo, há relatos da existência de Serviços de Atenção Domiciliar desde o Egito Antigo. Nos países europeus, esses serviços foram criados e institucionalizados com os sistemas de bem-estar social no pós-Segunda Guerra Mundial, e, aos poucos, a atenção às pessoas dependentes e aos cuidadores familiares foi incorporada ao portfólio de ações sociais do Estado. Atualmente, considera-se relevante o cuidado familiar, não apenas porque é o mais desejado pela pessoa idosa que sofre de algum tipo ou múltiplas dependências, mas também porque reduz as despesas com hospitalizações⁽²⁷⁾.

Um estudo envolvendo cinco países da Europa, realizado no período de 2001 a 2014, demonstrou que os serviços de cuidados domiciliares aos idosos aumentaram, mesmo com a deterioração das habilidades físicas e cognitivas, concretizando assim a política de residência de longa duração em casa própria⁽²⁸⁾.

No Brasil, o primeiro relato ocorreu em 1919, com a criação do Serviço de Enfermagem Visitadoras no Rio de Janeiro¹. Entretanto, foi apenas no início dos anos 90 que a Atenção Domiciliar (AD) começou a se estruturar no SUS, por meio da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). A internação domiciliar era restrita a casos de SIDA e pacientes psiquiátricos até 1997, quando foi ampliada pelo Governo Federal e passou a atender idosos, diabéticos e hipertensos⁽²⁹⁾.

Em um ano, houve o desenvolvimento de formatos diferentes de Atenção Domiciliar (AD) em todo o território brasileiro, quando, em 1998, o Ministério da Saúde publicou a primeira Portaria GM/MS nº 2.416, de 23 de março desse mesmo ano. Essa portaria estabeleceu requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a realização de internação domiciliar no SUS, incluindo novas doenças. Tudo foi realizado pela própria equipe de profissionais do hospital.

Em 15 de abril de 2002, foi publicada a Lei nº 10.424 da SAS/MS, que acrescentou à Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o Capítulo VI - Do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar. Ao mesmo tempo, a publicação da Portaria SAS/MS nº 249, de 16 de abril de 2002, estabeleceu a

Assistência Domiciliar como uma modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

Após alguns anos, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispôs sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Em 19 de outubro de 2006, o Ministério da Saúde (Brasil) lançou a Política Nacional de Internação Domiciliar, por meio da Portaria GM/MS nº 2.529, assinada pelo Presidente da República e pelo Ministro da Saúde.

Houve um período de cinco anos para a atualização e publicação de uma nova Portaria pelo Ministério da Saúde. Em agosto de 2011, a Portaria GM/MS nº 2.029 trouxe avanços em relação às anteriores, instituindo uma nova nomenclatura e normatização para as modalidades de atenção domiciliar, que ficaram assim estabelecidas:

- Atenção Domiciliar Modalidade 1 (AD1) - destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde;

- Atenção Domiciliar Modalidade 2 (AD2) - destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção; e

- Atenção Domiciliar Modalidade 3 (AD3) - destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

Poucos meses mais tarde, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, que define a EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar), composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social e/ou fisioterapeuta, e a EMAP (Equipe Multiprofissional de Apoio), formada por outros três profissionais de nível superior, como nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo, entre outros. Também nesta mesma portaria, reconheceram os cuidados domiciliares realizados pelas equipes de atenção básica e pelos Núcleos de Apoio à

Saúde da Família (NASF) como modalidade AD1.

Já em 2012, foram publicadas as seguintes Portarias e Resolução: Portaria GM/MS nº 1.533, de 16 de julho de 2012, que altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, redefinindo a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2013, foi publicada a Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS, considerando a AD como incorporação tecnológica, não só de caráter complementar, mas também substitutivo à intervenção hospitalar de baixa e média complexidade, aos cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência, e complementar à Atenção Básica, ampliando a adesão para municípios de pequeno porte. Essa portaria revogou a Portaria 2.527/2011 e a 1.533/2012, permanecendo vigente até 2016.

Ainda em 2013, a Portaria nº 1.208, de 18 de junho, dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Em 2016, a Portaria nº 825, de 25 de abril, redefine a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No Art. 2º, para efeitos dessa Portaria, considera-se:

I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados.

A atenção domiciliar, enquanto política de saúde, é definida pela OMS a partir de todas essas normatizações que viabilizam a implantação de políticas públicas. Atualmente, o documento que regulamenta a AD é a Portaria nº 3005, de 02 de janeiro de 2024, que altera as Portarias de Consolidação nº 5 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC).

O Distrito Federal (DF) é uma das 27 unidades federativas autônomas do Brasil. Contudo, sua divisão em Municípios é vedada constitucionalmente, no artigo 132, de forma que acumula competências legislativas de Estado e Município (Brasil, 1988).

O DF encontra-se dividido em 33 Regiões Administrativas (RA) e sete regiões administrativas de saúde: regiões norte, Sul, Centro-Sul, Leste, Sudoeste, Oeste e Central, sendo geograficamente distantes umas das outras. As equipes de Atenção Domiciliar estão inseridas em todas essas regiões. Atualmente, o DF atende à população com 17 Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e 10 Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP), somando um total de 242 profissionais, espalhados por todo o DF.

Em 1994, no DF, nas então denominadas Regionais de Saúde de Sobradinho e Planaltina (atuais Coordenações Gerais de Saúde de Sobradinho e de Planaltina, respectivamente), foi implantado informalmente o SAMED (Serviço de Assistência Multiprofissional em Domicílio), que, a princípio, oferecia atendimento domiciliar por uma equipe multiprofissional aos pacientes portadores de doenças crônicas ou patologias que tivessem tido sua fase aguda resolvida a nível hospitalar, adquirindo, então, condições de atenção no domicílio. Algum tempo depois, a Lei nº 867, de 25 de maio de 1995, oficializa o SAMED no DF⁽¹⁾.

Com a publicação da Portaria nº 2416/GM no ano de 1998, o MS habilita alguns hospitais no Brasil, dentre os quais 15 do DF e uma Unidade Mista, como serviços de internação domiciliar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); porém, apenas um estava implantado oficialmente à época. Em 2000, o serviço foi formalizado na SES-DF como Núcleo de Assistência Médica a Internados em Domicílio (NAMID), e uma nova equipe foi implantada na Regional do Gama em 2002⁽¹⁾.

Foi criada a Coordenação de Internação Domiciliar (COIND), pelo Decreto nº 23.660, de 14 de março de 2003, da SES-DF, devido ao rápido aumento do número de pacientes para atendimento domiciliar⁽¹⁾.

A partir de 2006, com a publicação da RDC nº 11 da ANVISA, da Portaria nº 20, de 02 de maio, que implanta o Subsistema de Assistência Domiciliar (SSAD) no âmbito do Distrito Federal (76), e da Portaria nº 2.529 (48), do Ministério da Saúde, foram definidas as diretrizes operacionais para a implantação do Programa de Internação Domiciliar do DF.

Ainda em 2006, foi criado o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar, cujo projeto foi desenvolvido em parceria com a Coordenação de Pneumologia da SES-DF, destinado a pacientes portadores de doenças que cursam com hipoxemia prolongada e indicação de oxigenoterapia domiciliar, de acordo com os critérios

estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

Em junho de 2007, com a mudança da estrutura organizacional da SES-DF, a COIND passou a ser Gerência de Atenção Domiciliar (GEAD), vinculada à então Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS), com a criação de 15 Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD) – antigos NAMID –, enquanto instâncias administrativas regionalizadas, pertencentes ao quadro organizacional de cada uma das 15 Coordenações Gerais de Saúde⁽³⁾.

Em 2008, houve a aprovação do Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar na SES-DF pelo Conselho de Saúde do DF e sua homologação pelo Secretário de Saúde sob a Resolução nº 56, de 14.10.2008, publicada no DODF em 12.11.2008⁽³⁾.

Com o objetivo de realizar a desospitalização dos pacientes adultos e pediátricos que se encontravam internados em UTI, sem indicação de manutenção da internação e tratamento nessas unidades, mas que nelas permaneceram devido à sua dependência de ventilação mecânica e/ou assistência intensiva de enfermagem, em 30 de outubro de 2012, a SES/DF implantou o Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade (SAD-AC), através do Contrato nº 135, para assistir até 40 pacientes de forma simultânea.

Atualmente, o Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade – SAD-AC atende a pacientes crianças e adultos, com um total de até 100 (cem) vagas simultâneas, para usuários do SUS. O DF conta atualmente com 15 NRAD - 12 localizados em hospitais regionais, 01 em Centro de Saúde (CS), 01 em Clínica da Família (CF) e 01 em Unidade Mista (UM), constituídos por 17 Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e 10 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), todas credenciadas no CNES por cumprirem a carga horária mínima definida na atual Portaria MS nº 3005, de 02 de janeiro de 2024.

Hoje, são mais de 240 profissionais ao todo, entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, odontólogos, auxiliares administrativos e motoristas.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos NRAD estão basicamente: assistência domiciliar nas modalidades AD1, AD2 e AD3 (definidas na mesma portaria); oxigenoterapia domiciliar; cuidados paliativos; coleta de exames

complementares em domicílio; educação em saúde no contexto domiciliar e comunitário; fornecimento de dieta enteral, materiais e insumos; empréstimo de equipamentos médico-hospitalares e monitoramento para o desenvolvimento de um cuidado seguro através da segurança do paciente.

2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE NA AD

O compartilhamento de normas, valores, padrões de comportamento, rituais e tradições dos profissionais caracteriza a cultura de segurança nos serviços de saúde⁽⁹⁾. Para a melhoria da assistência e influência da mudança organizacional, é necessário o desenvolvimento da avaliação da cultura de segurança realizada pela gestão do serviço por meio de seu monitoramento. Até pouco tempo atrás, a avaliação ocorria apenas no ambiente hospitalar. Dessa forma, visto que os riscos estão presentes em todas as esferas de assistência à saúde, nos últimos anos tem sido crescente sua utilização também no atendimento domiciliar⁽⁹⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a segurança como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Prevenir eventos adversos em pacientes que recebem cuidados em casa faz parte da cultura de segurança do paciente, que é um fator crítico para a qualidade dos cuidados de saúde. No entanto, o conceito de segurança do paciente no domicílio não está claramente definido, e suas dimensões e características ainda são, em grande parte, desconhecidas⁽¹²⁾. No Brasil, por meio da Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional⁽¹¹⁾.

Mesmo com os avanços, a atenção domiciliar enfrenta desafios significativos. Globalmente, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e a variabilidade na qualidade dos cuidados também são fatores que impactam⁽³⁰⁾.

A segurança do paciente na atenção domiciliar é um desafio multifacetado que requer uma abordagem integrada e coordenada. Investir na capacitação dos cuidadores, implementar protocolos de cuidados e utilizar a tecnologia são passos essenciais para garantir um atendimento seguro e de qualidade. À medida que a atenção domiciliar se expande, a promoção da segurança do paciente deve ser uma

prioridade central nas políticas de saúde⁽²²⁾.

Sendo assim, é essencial que haja um investimento contínuo na formação de profissionais de saúde, na elaboração de políticas públicas que sustentem a atenção domiciliar e na pesquisa que avalie sua efetividade. A colaboração entre diferentes setores da saúde será crucial para superar esses desafios e garantir que a atenção domiciliar cumpra seu potencial⁽³⁾.

2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE

O modelo de atenção à saúde do SUS é estruturado para garantir acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, com ênfase na integralidade do cuidado. Nesse contexto, a educação permanente se destaca como uma estratégia fundamental para a formação e atualização dos profissionais de saúde. Ao promover o desenvolvimento contínuo das equipes, a educação permanente fortalece a prática assistencial, melhora a qualidade do atendimento e favorece a implementação de políticas públicas eficazes. Assim, a combinação entre o modelo de atenção do SUS e a educação permanente potencializa a capacidade do sistema em responder às necessidades de saúde da população, garantindo um cuidado mais humano e eficaz.

A Educação Permanente (EP), acontece a partir da observação dos desejos e das afecções dos encontros e constitutiva de aprendizado no trabalho, logo os modos de existir no mundo nos convida a olhar diferente, para além do que está estabelecido, mesmo na repetição dos atos em saúde⁽³¹⁾.

As críticas à educação tradicional tiveram seu início na década de 1930, quando surgiu o discurso sobre Educação Permanente (EP) que remonta ao pensamento de Pierre Furter, e que influenciou, na década de 1960, os documentos da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (Unesco) ¹⁰ sobre o tema educação para adultos⁽³¹⁾.

São muitos os movimentos realizados no Brasil nas últimas décadas, que contribuíram com o desenvolvimento de diversos projetos, programas e política pública na área de Educação Permanente em Saúde (EPS). Destacam-se, por exemplo, o movimento efetivado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, para mudança do modelo de saúde, os aspectos discutidos na I e II Conferências Nacionais de Recursos Humanos da Saúde, realizadas em outubro de

1986 e setembro de 1993, que contribuíram para o material propositivo que compôs a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB/RH/SUS).

Dando continuidade, foi desenvolvida, na 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, a NOB/RH/SUS, um material propositivo que reúne ações e normas voltadas para estabelecer um maior comprometimento dos gestores federais, estaduais e municipais. Esse documento enfatizou a necessidade de adotar um modelo de educação permanente em saúde fundamentado nas atribuições e competências dos trabalhadores do SUS. Dessa forma, com o apoio de todos esses movimentos, o Brasil avançou, ao longo das últimas décadas, no desenvolvimento de diversos projetos, programas e políticas públicas voltados para a educação permanente em saúde⁽²⁴⁾.

Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) por meio da Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Essa política define os processos de educação dos trabalhadores da saúde a partir da problematização do processo de trabalho, ressaltando que as demandas por mudanças e melhorias devem ser baseadas na análise do processo de trabalho, nos seus problemas e desafios⁽³²⁾.

Foi realizada uma pesquisa com o objetivo de verificar o status da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). O estudo mostrou que, para a efetivação dessa política, havia necessidade de elaborar novas diretrizes e estratégias, o que levou à sua regulamentação por meio da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.

A PNEPS é considerada uma importante estratégia do SUS e visa contribuir para a organização dos serviços de saúde, com a qualificação e a transformação das práticas em saúde, por meio da formação e do desenvolvimento dos profissionais e trabalhadores da saúde, buscando articular a integração entre ensino e serviço, com vistas ao fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS⁽³³⁾.

Cunha⁽³⁴⁾ destaca que “a proposta da educação permanente em saúde ocorre no território da micropolítica como trabalho vivo em ato, nos agires cotidianos dos sujeitos, na relação entre si e nos cenários em que se encontram. Esse entendimento supera a pretensa divisão entre teoria e prática, assim como a ideia de supremacia de uma sobre a outra”⁽³⁴⁾.

O conceito de educação não deve ser resumido à simples transferência de conhecimentos, mas sim ser instrumento de conscientização para a sua construção.

Nos serviços de saúde, o aprimoramento deve ser constante, o trabalhador deve se preocupar com a qualidade da assistência prestada, trabalhando e se educando continuamente, dada a rápida mudança nos protocolos e adoção de novas práticas de atendimento. Diante desse perfil, a educação permanente apresenta-se como alternativa para os trabalhadores dos serviços de saúde, como processo de aprendizado dinâmico, baseada nas necessidades dos profissionais, possibilitando respostas aos questionamentos do seu cotidiano⁽³⁵⁾.

Em face do exposto, quando os profissionais envolvidos no atendimento são posicionados como atores e construtores do próprio conhecimento, o processo de trabalho pode ser analisado reflexivamente e espera-se alcançar a mudança institucional, uma vez que o que se pretende com a educação permanente é o desenvolvimento de uma verdade própria, pelo argumento da razão, que leve ao convencimento, primeiramente individual, e depois coletivo, capaz de atingir o entendimento e, então, amadurecer como educação⁽³⁶⁾.

Outrossim, a EPS se fundamenta como práticas políticas no sentido de práticas com intencionalidades. Propõe interrogar a naturalização da diferença histórica de poderes entre gestores e trabalhadores, trabalhadores e entre trabalhadores e usuários, para que os coletivos reflitam sobre seus problemas e modos de funcionamento, produzam conhecimentos e se reconheçam produtores de si e do mundo⁽³⁷⁾.

Para Ceccim *et al.* ⁽³⁷⁾, a formação em saúde não apenas gera profissionais para serem absorvidos pelos postos de trabalho do setor. A área da saúde requer educação permanente, que possui uma lógica descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da docência e do enfrentamento criativo das situações de saúde, além de promover o trabalho em equipes matriciais e a melhoria contínua da qualidade do cuidado à saúde. Também busca constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas. Desse modo, a formação não se restringe apenas à técnica, mas abrange também o aspecto político⁽³⁸⁾.

Carvalho⁽³⁰⁾ conclui – em sua tese de doutorado, intitulada *Educação Permanente enquanto lugar do encontro: o que vê, o que se diz do que se vê e o que se faz e se aprende com o saber da experiência* – que valorizar o encontro, as escutas e as formas com que os trabalhadores e usuários inventam os seus modos de produção pode ser um caminho, além de ir ao encontro dessas experiências⁽³¹⁾.

A gestão desempenha um papel fundamental na aplicação da educação permanente em uma instituição, principalmente por meio do acompanhamento dos treinamentos e da elaboração e controle das ações por meio de indicadores, com metas alcançáveis estabelecidas pelas lideranças e compartilhadas com todos os envolvidos no processo. Essa integração possibilita o acompanhamento do serviço, contribuindo para a consolidação e realização dos treinamentos. No entanto, utilizar os treinamentos como ferramentas de transformação, e não apenas de execução, ainda representa um desafio⁽³⁹⁾.

As novas práticas em saúde referentes à PNEPS pretendem que os processos educativos superem aspectos voltados apenas para a reconhecimento, para aquisição de habilidades intelectuais e psicomotoras e atuem como instrumento político no enfrentamento das fragmentações dos serviços e ações de saúde. Também objetivam o desenvolvimento de potencialidades individuais e coletivas capazes de aprimorar os processos de trabalho⁽⁴⁰⁾.

Por sua vez, a capacitação profissional voltada à compreensão desta nova forma de cuidar, assim como suas especificidades técnicas, despontam como uma necessidade atrelada à consolidação da AD enquanto um modelo mais fundamentado de atenção à saúde⁽⁴¹⁾.

Dessa forma, como guia para os gestores do Governo do Distrito Federal, foi elaborado, em 2019, o Plano de Educação Permanente em Saúde (PEPS/SES-DF), com o objetivo de planejar globalmente todas as ações voltadas para a educação dos profissionais de saúde. O plano foi fundamentado nos princípios da Educação Permanente, incluindo os direcionamentos pedagógicos, administrativos e financeiros⁽⁶³⁾. Esse documento direciona para uma gestão democrática que possibilita a reflexão crítica e contínua a respeito das práticas educativas adotadas na SES-DF.

O Plano de Educação Permanente em Saúde do DF envolve a participação de vários atores e organizações responsáveis pelas ações educativas planejadas, como a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), tendo a Fundação de Ensino e Pesquisa (FEPECS/SES-DF) como condutora das atividades do CIES no âmbito da SES-DF, a Gerência de Educação em Saúde (GES/SUGEP) e, por fim, a Escola de Aperfeiçoamento do SUS e o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS)⁽⁴²⁾.

2.4 APRENDIZAGEM MEDIADA POR TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC)

A educação a distância, que tem suas raízes no ensino por correspondência e em transmissões de rádio e TV, evoluiu significativamente com o advento das tecnologias digitais e da internet. Ao utilizar esses recursos, ela expandiu suas possibilidades, ultrapassando o antigo paradigma de transmissão em massa do conhecimento⁽⁴³⁾.

Nos últimos anos, a educação permanente em saúde tem se beneficiado enormemente do avanço das tecnologias virtuais. Essas inovações não apenas facilitam o acesso à informação, mas também promovem formas interativas e dinâmicas de aprendizado, essenciais para a formação contínua de profissionais de saúde. Tecnologias como cursos online através de um Ambiente Virtual de Aprendizagem AVA, simulações em realidade virtual, aplicativos móveis e plataformas de telemedicina têm transformado a maneira como os educadores e alunos se conectam, permitindo que o aprendizado ocorra de forma flexível e com maior agilidade⁽⁴⁴⁾.

Nesse cenário, entre as mídias eletrônicas, a educação a distância se destaca por oferecer modalidades de interação que pode ser síncrona, em que todos os participantes devem iniciar e concluir o curso em datas e horários pré-estabelecidos, ou assíncrona, permitindo que os participantes avancem no treinamento de acordo com sua própria disponibilidade. Essa flexibilidade contribui para a construção do conhecimento de forma mais adaptável e personalizada⁽⁴⁰⁾.

Sendo assim, ao combinar as três definições – ambiente, virtual, e aprendizagem –, um ambiente virtual de aprendizagem seria o espaço composto por um conjunto de ferramentas destinadas a aprimorar a experiência de ensino, onde os alunos podem consumir conteúdos em formatos multimídia variados, por meio de aulas digitais, exercícios, provas online e muito mais⁽⁴³⁾.

O conceito de Ambiente Virtual de Aprendizagem surgiu em 1996, refletindo o avanço tecnológico e a transição do foco dos sistemas de Educação a Distância (EaD) dos conteúdos para as práticas pedagógicas. Essa mudança possibilitou a implementação de estratégias didáticas como colaboração, cooperação, trabalho em grupo e resolução de problemas, enriquecendo o processo de aprendizagem⁽⁴⁵⁾.

Em termos conceituais, os AVAs consistem em um ciberespaço que, por

meio de ferramentas, veicula conteúdos e permite interação entre professores e alunos, compondo o processo educativo. Em termos pedagógicos, o AVA é a sala de aula online, um espaço de ensino e aprendizagem significativa e colaborativa, mediado por softwares que auxiliam na construção de cursos pela Internet, funcionando como um ambiente de gerenciamento de conteúdo e do processo educacional dos estudantes. Nos AVAs, o professor é o mediador do conhecimento, utilizando *chats online*, aulas interativas, fóruns de discussão, além de vídeos, textos e slides. Por outro lado, os alunos assumem uma posição mais ativa do que no ambiente educacional tradicional, organizando suas atividades, realizando autoestudo e interagindo de forma assíncrona e síncrona⁽⁴⁶⁾.

O AVA é o local onde os conteúdos de aprendizagem ficam disponíveis, a interação e interatividade ocorrem e a avaliação é realizada. Em suma, é o espaço no qual podem ser organizadas várias ferramentas como possibilidades de exposição de conteúdos de diversas áreas, uma série de formatos para atividades e interações, recursos tecnológicos para diversos fins (chats, fóruns, e-mails etc.) e recursos para avaliação⁽⁴⁷⁾.

Atualmente existem diversos AVAS, e os mais utilizados segundo Oliveira⁽⁴⁵⁾ são:

Moodle: Foi criado em 2001, é livre e gratuito, que possibilita atividades voltadas para a colaboração e a comunicação, além de permitir a integração com diversas mídias e ferramentas externas, bem como aos sistemas das instituições, como o de controle acadêmico ou gestão escolar. O MOODLE oferece uma variedade de recursos pedagógicos (fórum, tarefa, questionário, blog, wiki, chat, glossário, pesquisa de avaliação, além da base de dados), onde os alunos podem experimentar, testar, explorar cada recurso e suas variações, pois esta é a melhor forma de aprender a utilizar e conhecer as possibilidades formativas fornecidas pelo AVA.

Canvas: Lançado em 2011, por uma empresa americana, oferece ferramentas semelhantes aos demais ambientes como fóruns, tarefas, testes, espaço para colaboração etc. Permite uma integração nativa com ferramentas de colaboração externas e possui módulos de interação com diferentes aplicativos externos.

E-Proinfo: é um ambiente virtual voltado para aprendizagem

colaborativa desenvolvido entre o Ministério da Educação e outros Institutos de Ensino Superior (IES) que possibilita vários perfis diferentes de acordo com as prioridades de acesso de cada sujeito.

TelEduc: É um ambiente brasileiro, desenvolvido pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), e trata-se de um ambiente simples e flexível, com estrutura e suporte tecnológico para implementação de diferentes cenários de aprendizagem.

2.3.1 Vantagens e desafios de um AVA para AD

Os ambientes virtuais de aprendizagem (AVAs) estão inseridos no contexto educacional e se relacionam com a cultura digital, proporcionando acesso à informação, o intercâmbio de conteúdos e a disponibilização de materiais em diversos formatos. Além disso, os AVAs podem potencializar o processo de ensino e aprendizagem, ao sustentar práticas pedagógicas diversificadas e fundamentadas em conceitos que incentivam a promoção da comunicação, colaboração e interação entre tutores/professores e alunos⁽⁴⁸⁾.

O uso das novas tecnologias na educação permite a flexibilização do ensino, tornando-o mais atual e dinâmico, além de ser permeável às solicitações e necessidades do contexto no qual o usuário está inserido. A adoção dessas tecnologias possibilita a ressignificação de teorias educacionais, promovendo mudanças nas estruturas de ensino, nas instituições e nas ações educativas, com o objetivo de garantir maior autonomia, humanismo, cooperação, interatividade, capacitação e atualização permanente⁽³⁶⁾.

Na interação entre o aluno e o ambiente virtual, é possível desenvolver uma série de atribuições que contribuirão diretamente para a vivência do aluno, visto que o processo de ensino-aprendizagem se torna mais dinâmico e flexível. Além disso, a inserção de autonomia permite que o discente utilize o ambiente e escolha o método de pesquisa que considere mais adequado para o desenvolvimento de suas atividades⁽⁴⁹⁾.

A interação é um elemento crucial para a aprendizagem. Os estudantes interagem entre si e com os professores, utilizando diversas ferramentas, como mídias impressas e digitais. Contudo, para que essa interação seja eficaz, cabe aos desenvolvedores propor atividades que estimulem o trabalho colaborativo, a

construção coletiva e a participação nos fóruns virtuais, permitindo que os alunos compartilhem suas experiências e ideias na construção do conhecimento⁽⁴⁹⁾.

Entre os desafios encontrados na utilização dos AVAs, destaca-se o avanço tecnológico e as suas transformações, que exigem atualização constante de seus usuários. Muitos dos desafios estão relacionados às habilidades necessárias para resolver dificuldades técnicas, entender que as tecnologias já carregam consigo tipos específicos de conteúdo, e saber como se adequar ao uso dessas tecnologias⁽⁴⁵⁾.

Assim, a implementação de ambientes virtuais exige profissionais qualificados, além de políticas de acesso, monitoramento e avaliação que estejam alinhadas às necessidades atuais. A obrigatoriedade ou não da avaliação presencial e a atualização constante do conteúdo também são desafios importantes a serem enfrentados^(46,50).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver, em um ambiente virtual de aprendizagem (AVA), um curso para os profissionais que atuam na Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, aos residentes dos programas da SES-DF e FEPECS e aos acadêmicos dos cursos de enfermagem e medicina.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

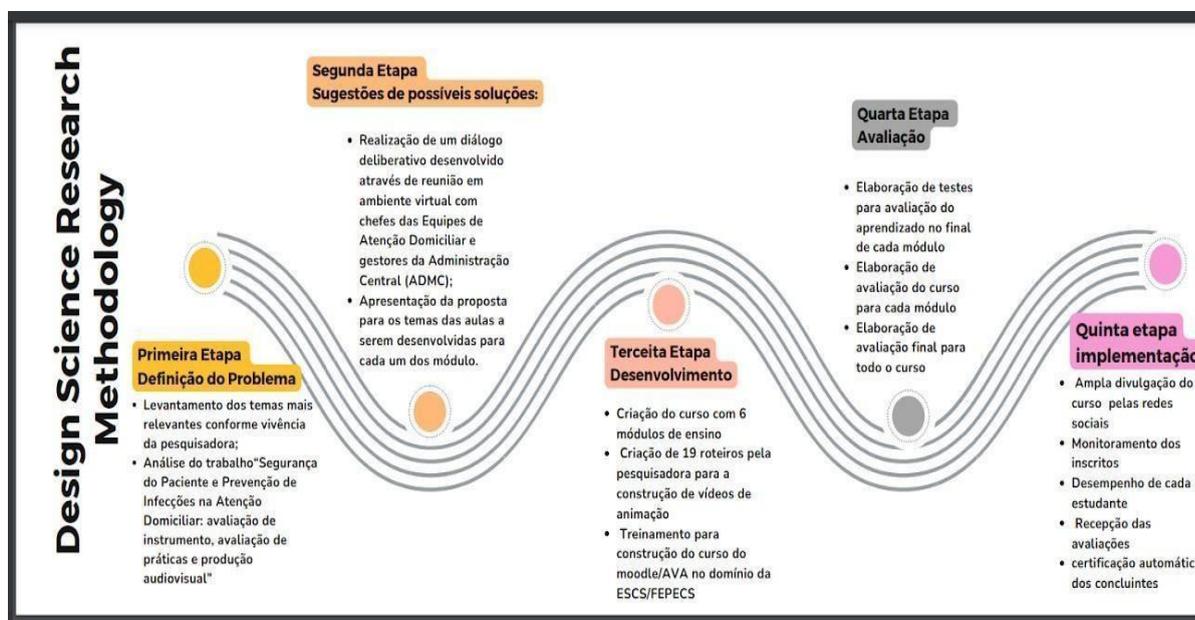
- Analisar as principais lacunas do conhecimento apontadas pelos participantes dos estudos prévios realizados com os profissionais da atenção domiciliar do SUS-DF;
- Elaborar os requisitos técnicos para a criação do AVA para subsidiar a criação de estratégias de ensino aprendizagem de forma remota assíncrona e autodirigido sobre a AD do SUS-DF;
- Desenvolver uma atividade de ensino permeada por Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde (TIC) para a educação permanente em AD;
- Desenvolver uma metodologia de avaliação de desempenho pós-aula para cada módulo e para avaliação do AVA.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo baseado na Design Science Research Methodology (DSRM), conforme proposto por Dresch, Lacerda e Antunes Junior⁽⁵¹⁾. A escolha do método de estudo baseado na DSRM é justificada principalmente pelas características dessa abordagem que se alinham diretamente aos objetivos da pesquisa, especialmente no contexto da criação de soluções práticas e inovadoras para problemas identificados na realidade dos serviços de saúde. Assim, o desenvolvimento de um curso em um AVA para a educação permanente se ancora em um estudo do tipo desenvolvimento de tecnologia. A DSRM se mostra adequada para a gestão, em geral, e para a inovação em particular, pois contribui diretamente para a diminuição da lacuna existente entre a teoria e a prática, permite a criação de soluções a partir dos problemas de interesse tanto dos profissionais presentes nas organizações quanto dos acadêmicos⁽⁵¹⁾.

Um processo sistemático é estabelecido pela DSRM, que tem como objetivo projetar e desenvolver artefatos que tenham condições de resolver problemas, mostrando-se, dessa forma, com alta relevância também para o campo prático. Ainda, é fundamental, na DSRM, avaliar o que foi desenvolvido, com o intuito de verificar se o artefato está, de fato, atingindo os objetivos a que se propõe⁽⁵³⁾. O método final utilizado foi adaptado às necessidades desta pesquisa e é composto por cinco fases, conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Etapas da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora

A pesquisa foi desenvolvida em 5 etapas, sendo que:

Na primeira etapa – definição do problema, foi feito o levantamento dos temas mais relevantes conforme vivência na gerência de Atenção Domiciliar e a análise das principais lacunas do conhecimento apontadas pelos participantes do estudo prévio realizado com os profissionais da atenção domiciliar do SUS-DF, onde foi levantado como principal problema a falta de educação permanente. Também foram analisados os manuais do Ministério da Saúde, as Portarias Distritais e Federais e as referências científicas atuais sobre os mesmos temas.

Na segunda etapa – sugestões de possíveis soluções, foi realizado um Diálogo Deliberativo, desenvolvido por meio da reunião em ambiente virtual síncrono com chefes das Equipes de Atenção Domiciliar e gestores da Administração Central (ADMC). Foi feito um *post* em forma de convite enviado para todos os envolvidos, conforme ilustrado na Figura 2. O Diálogo Deliberativo teve início com a explicação e obtenção da assinatura do TCLE no início da sessão, sendo então apresentada a proposta para os temas das aulas a serem desenvolvidas para cada um dos módulos de curso a ser ofertado para os profissionais da AD. Apresentou-se uma síntese do plano de curso com 6 módulos, a criação de roteiros para a elaboração de vídeos, a gravação dos vídeos e montagem do curso em um AVA, e a carga horária de cada módulo e total do curso. Buscava-se, além da auscultação aos gestores da AD, receber sugestões e recomendações para maior adesão dos profissionais da AD ao curso.

Figura 2 – Convite



Fonte: Elaborado pela autora

Na terceira etapa – desenvolvimento do curso, resultou a criação do curso contendo 6 módulos de ensino, a criação de 19 roteiros (Apêndice B) para a construção de vídeos de animação e a busca por materiais pedagógicos como aulas, webinars, vídeos de animação, documentários, artigos científicos publicados e Leis. Também foi realizado o desenvolvimento do projeto pedagógico (Apêndice A) para aprovação da instituição e o treinamento para a construção do curso no Moodle/AVA no domínio da ESCS/FEPECS.

Na quarta etapa – Avaliação, deu-se a elaboração de testes para avaliação do processo de ensino e aprendizagem do participante no final de cada módulo, assim como a elaboração de avaliação para cada módulo do curso e também a elaboração de avaliação final de todo o curso.

Na quinta e última etapa – implementação, envolveu a ampla divulgação pelas redes sociais, com monitoramento dos inscritos e do desempenho de cada estudante, foi incluída a recepção das avaliações e a certificação automática dos concluintes. A divulgação foi feita por um *post* encaminhado pelas redes sociais como e-mail, whatsapp e instagram, conforme ilustrado na Figura 3.

Figura 3 – Post para divulgação do curso







CURSO - QUALIDADE E SEGURANÇA DOS PACIENTES NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Público Alvo

Equipes da SES-DF que atendem pacientes em internação domiciliar, acadêmicos e residentes da área da saúde.

Totalmente Online

<https://cpeccvirtual.escs.edu.br/>

Qrcode para acesso



Certificação

Certificado de 30 horas na modalidade de projeto de extensão.

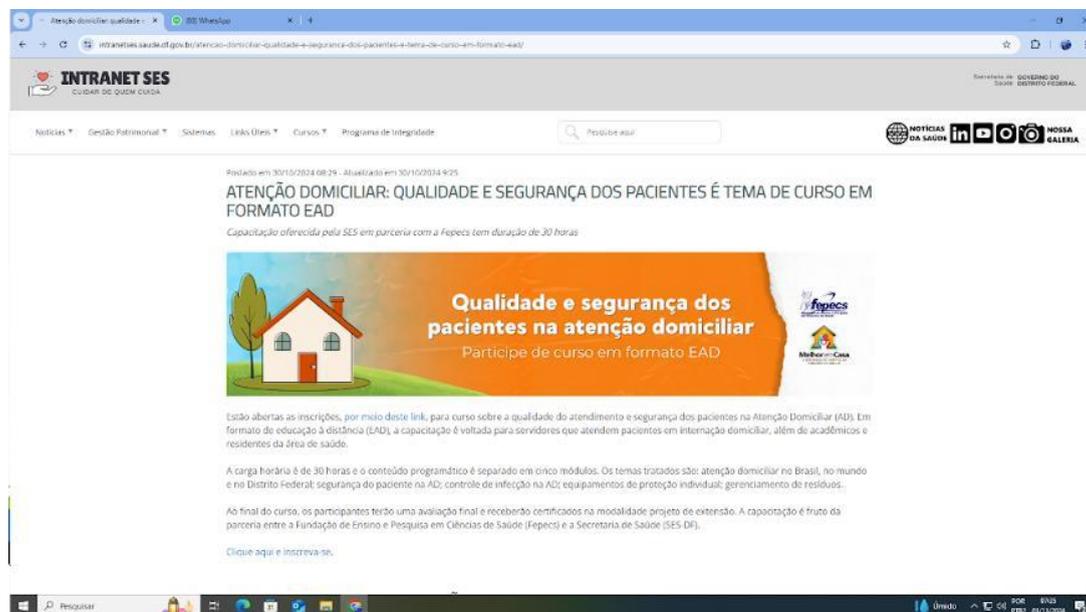


Projeto Cuidado Seguro na Atenção Domiciliar .
MPCS-FEPECS e PIC -ESCS/ FEPECS
Parceria entre: CPECC e CPGS da ESP/FEPECS

Fonte: Elaborado pela autora

Como forma de expandir a divulgação do curso oferecido, não havia limite de inscrições. A publicização foi realizada inicialmente pelo Instragram da FEPECS E ESCS, divulgação pelos grupos de whatsapp e na INTRANET da SES-DF, em parceria com a Assessoria de Comunicação (ASCOM), conforme a Figura 4.

Figura 4 – Publicização na Intranet da SES-DF



Fonte: Assessoria de Comunicação SES-DF

4.1 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas dependências da SES-DF, nos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar -- NRAD e no Ambiente Virtual de Aprendizagem – AVA da ESCS/FEPECS. O curso foi desenvolvido no mesmo AVA após a aprovação do CEP – Parecer nº 6.585.676 aprovado em 16 de dezembro de 2023 (Anexo A) – do projeto pedagógico durante o período de novembro de 2023 a julho de 2024, quando foi divulgado e disponibilizado para o início.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 DESENVOLVIMENTO DO CURSO

O curso foi desenvolvido por meio de 6 módulos contendo 19 vídeos de 3 a 5 minutos em média cada, que foram disponibilizados na plataforma MOODLE. O roteiro de cada vídeo foi elaborado, baseado nas evidências científicas e protocolos vigentes do Ministério da Saúde como também a elaboração de cada um dos módulos conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Módulos, Conteúdo e Programação do Curso

Módulo	Conteúdo e atividades realizadas
<p>Módulo 1</p> <p>Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Atenção Domiciliar no Brasil, no Mundo e no Distrito Federal</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Atenção Domiciliar no Brasil ● Crítérios de Elegibilidade ● Atenção Domiciliar do Distrito Federal ● Atenção Domiciliar de Alta Complexidade ● Programa de Oxigenoterapia Domiciliar <ul style="list-style-type: none"> - Vídeo de animação - Leitura de material disponibilizado - Vídeos (Youtube) - Leitura do material complementar <ul style="list-style-type: none"> · Avaliação sobre o conteúdo · Avaliação do módulo
<p>Módulo 2</p> <p>Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Segurança do Paciente na AD</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Segurança do paciente na AD ● Prevenção de quedas ● A qualificação do cuidador ● Monitoramento e avaliação <ul style="list-style-type: none"> - Vídeo de animação - Leitura de material disponibilizado - Vídeos (Youtube) - Leitura do material complementar <ul style="list-style-type: none"> · Avaliação sobre o conteúdo · Avaliação do módulo

<p>Módulo 3</p> <p>Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Controle de Infecção na AD</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conceito Básicos de Controle de Infecção na AD ● Medidas de controle de infecção para o domicílio ● Higiene do domicílio ● Controle de pragas no domicílio ● Cuidados com a maleta de transporte de materiais <ul style="list-style-type: none"> - Vídeo de animação - Leitura de material disponibilizado - Vídeos (Youtube) - Leitura do material complementar <ul style="list-style-type: none"> · Avaliação sobre o conteúdo · Avaliação do módulo
<p>Módulo 4</p> <p>Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Equipamentos de proteção individual na AD</p> <ul style="list-style-type: none"> ● EPIS utilizados no domicílio ● Os riscos ocupacionais ● Vacinação do profissional da saúde na AD <ul style="list-style-type: none"> - Vídeo de animação - Leitura de material disponibilizado - Vídeos (Youtube) - Leitura do material complementar <ul style="list-style-type: none"> · Avaliação sobre o conteúdo <p>· Avaliação do módulo</p>
<p>Módulo 5</p> <p>Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Gerenciamento de Resíduos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Resíduo ● Resíduo e seu gerenciamento <ul style="list-style-type: none"> - Vídeo de animação - Leitura de material disponibilizado - Leitura do material complementar <ul style="list-style-type: none"> · Avaliação sobre o conteúdo <p>· Avaliação do módulo</p>
<p>Módulo 6</p> <p>Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Avaliação Final</p> <ul style="list-style-type: none"> · Avaliação final sobre o material e conteúdo do curso Comentários sobre o curso

Fonte: Elaborada pela autora.

5.2 IMPLEMENTAÇÃO DO CURSO

O curso teve início em julho de 2024, após uma ampla divulgação pelas redes sociais, pelos gestores da Atenção Domiciliar (AD) e da Atenção Primária à

Saúde (APS) da SES e da ESCS, por meio de um *post* com as informações sobre o endereço eletrônico e QR Code para acesso à plataforma, a data de início e certificado de 30 horas. Durante o período de implementação, tivemos um total de 80 (100%) participantes inscritos, sendo que 31 (38,2%) finalizaram o curso até o início do mês de outubro.

O curso continuará aberto e disponível, por tempo indeterminado, para todos que tenham interesse. As alterações e atualizações dos materiais serão feitas pela pesquisadora quando necessário, e caso outros pesquisadores ou os próprios gestores da SES-DF tenham interesse em dar continuidade à construção de outros módulos.

5.3 AVALIAÇÃO DOS MÓDULOS PELO PARTICIPANTE

Ao final de cada módulo, o participante realizou uma avaliação composta por 4 a 5 questões relacionadas ao conteúdo estudado. A avaliação podia ser realizada quantas vezes fosse necessário até que o participante alcançasse 100% de acerto. Só era possível iniciar o próximo módulo após a realização da avaliação com 100% de acerto. Após a avaliação do conteúdo, os participantes preencheram voluntariamente uma avaliação contendo 6 questões sobre o conteúdo e material apresentados no módulo estudado. As respostas foram dadas em uma escala Likert, sendo que as alternativas “concordo totalmente” estavam associadas aos melhores resultados.

O resultado das avaliações, conforme Tabela 1, mostrou que dos 31 participantes que finalizaram o curso, apenas 29 responderam as questões do Módulo 1 e 4; 24 responderam as questões do Módulo 2; 26 responderam as questões do módulo 3; e 23 responderam as questões do Módulo 5. Sendo assim, 68,7% dos alunos concordam que o conteúdo do Módulo 1, abordando o tema “Atenção Domiciliar no Brasil, no Mundo e no DF”, está coerente com o público-alvo, sendo este o módulo melhor avaliado na questão número 1. Já o Módulo 5, que tratou do tema “Gerenciamento de Resíduos”, obteve a pior pontuação nessa mesma questão.

Na questão número 2, que trata da pergunta sobre se o material utilizado estimula a aprendizagem, 55,17% dos alunos responderam "concordo totalmente" no Módulo 1, sendo o melhor avaliado em relação a essa questão. Porém, a pior

avaliação foi novamente identificada no Módulo 5, com apenas 21,7% dos participantes concordando totalmente.

Já a questão número 3, que questiona se o material suplementar indicado (vídeos e artigos) proporcionou um conhecimento inicial adequado para continuar a busca em outras fontes, também teve uma avaliação positiva de 68,97% dos participantes para o Módulo 1. A pior avaliação ocorreu para o Módulo 3, que aborda o tema “Controle de Infecção na AD”.

A questão 4, que questionou se a avaliação estava dentro do que era indicado no material disponibilizado, obteve 72,41%. A questão 5, que pergunta se o participante gostou bastante do referido módulo, obteve 65,52%. E a questão 6, que questionou se o participante é capaz de discutir sobre o tema do módulo, obteve 51,72%. Essas questões tiveram as maiores pontuações no Módulo 1, que trata do tema “Atenção Domiciliar no Brasil, no Mundo e no DF”. Por outro lado, as menores avaliações foram registradas para o Módulo 4, que aborda o tema “Equipamentos de Proteção Individual na AD”, com as seguintes pontuações: questão 4 com 24,1%, questão 5 com 24,1% e questão 6 com 20,7%, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Resultados das avaliações positivas dos módulos do curso segundo os egressos que concluíram no período de julho a outubro Brasília-DF, 2024

Questões	Módulo 1 (N=29)		Módulo 2 (N=24)		Módulo 3 (N=26)		Módulo 4 (N=29)		Módulo 5 (N=23)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1- O conteúdo é coerente com o público-alvo	20	68,97	12	50,0	7	26,9	6	20,7	5	21,7
2- O material estimula a aprendizagem	16	55,17	11	45,8	8	30,8	7	24,1	5	21,7
3- O material suplementar indicado (vídeos e artigos) me proporcionaram conhecimento inicial adequado para continuar minha busca em outras fontes.	20	68,97	10	41,7	7	26,9	8	27,6	7	30,4

4- A avaliação estava dentro do que indicava no material disponibilizado.	21	72,41	12	50,0	9	34,6	7	24,1	7	30,4
5- Gostei bastante desse módulo	19	65,52	13	54,2	9	34,6	7	24,1	6	26,1
6- Acredito que já posso participar de uma discussão sobre o tema do módulo.	15	51,72	9	37,5	8	30,8	6	20,7	7	30,4

Fonte: Elaborada pela autora.

5.4 AVALIAÇÃO FINAL DO CURSO PELO PARTICIPANTE

O instrumento de avaliação geral do curso contém 24 questões, com opções de respostas fornecidas em uma escala Likert, sendo que as alternativas “concordo totalmente” estavam associadas a melhores resultados, agrupadas conforme a Tabela 2.

Tabela 1 – Questões para avaliação do curso. Brasília-DF, 2024

QUESTÕES (N 29)	MÓDULO 6 Concordam totalmente
1- O conteúdo está atualizado;	29 (100%)
2- A informação é apresentada de maneira clara e concisa;	28 (96,55%)
3- O conteúdo é coerente com o público-alvo;	22 (75,86%)
4- O material estimula a aprendizagem;	22 (75,86%)
5- Os objetivos de aprendizagem estão claramente definidos;	23 (79,31%)
6- O material representa bem a realidade;	23 (79,31%)
7- O conteúdo está apresentado de modo claro e conciso;	23 (79,31%)
8- A navegação é amigável;	23 (79,31%)
9- O aluno sempre sabe em qual parte do ambiente se encontra;	21 (72,41%)
10- É fornecido um <i>feedback</i> imediato após a resposta;	22 (75,86%)
11- O ambiente virtual de aprendizagem permite aos alunos verificar seu desempenho;	23 (79,31%)
12- A interface é adequada;	23 (79,31%)
13- As telas foram desenvolvidas de um modo claro e compreensível;	23 (79,31%)
14- A apresentação da informação pode estimular a lembrança;	23 (79,31%)

15- A forma de apresentação não sobrecarrega a memória do aluno;	23 (79,31%)
16- Os textos são de fácil leitura;	20 (68,96%)
17- A qualidade dos vídeos, textos e imagens é boa;	23 (79,31%)
18- Os vídeos melhoraram a apresentação da informação;	23 (79,31%)
19- O ambiente de aprendizagem é de fácil utilização;	23 (79,31%)
20- Os sons são de boa qualidade e melhoram a apresentação da informação;	23 (79,31%)
21- O ambiente de aprendizagem é eficiente para o ensino;	23 (79,31%)
22- O uso do ambiente virtual de aprendizagem é facilmente retido na memória do aluno;	22 (75,86%)
24- Os conteúdos abordados ao longo do curso têm relevância na prática da Atenção Domiciliar.	23 (79,31%)

Fonte: Elaborada pela autora.

Quando questionados sobre se o conteúdo está atualizado, 100% dos participantes responderam que sim, e se a informação é apresentada de maneira clara e concisa, 96,55% dos participantes concordaram.

Ao responderem os questionamentos se os objetivos de aprendizagem estão claramente definidos, se o conteúdo está apresentado de modo claro e conciso, se a navegação é amigável, se o AVA permite aos alunos verificar o seu desempenho, se a interface é adequada, se as telas foram desenvolvidas de um modo claro e compreensível, se a apresentação da informação pode estimular a lembrança, se a forma de apresentação não sobrecarrega a memória do aluno, se a qualidade dos vídeos, textos e imagens é boa, se os vídeos melhoraram a apresentação da informação, se o AVA é de fácil utilização, se os sons são de boa qualidade e melhoram a apresentação da informação, se o AVA é eficiente para o ensino e se os conteúdos abordados ao longo do curso têm relevância na prática da AD, 79,31% responderam que concordam totalmente.

Quando questionados se o aluno sempre sabe em qual parte do ambiente se encontra, 72,41% responderam que concordam totalmente. E quando questionados sobre se os textos são de fácil leitura, 68,96% concordaram totalmente.

Por fim, quando questionados se o conteúdo é coerente com o público-alvo, se o material estimula a aprendizagem, se foi fornecido um *feedback* imediato após a resposta e se o uso do AVA é facilmente retido na memória do aluno, 75,86% dos respondentes afirmaram concordar totalmente.

Na questão 23 foi disponibilizado um espaço para a manifestação livre das dúvidas, sugestões ou elogios sobre o curso. No Quadro 2, seguem os comentários,

as críticas e sugestões descritas pelos alunos.

Quadro 2 – Críticas e Sugestões

P	CRÍTICA	SUGESTÃO
P1	- <i>Curso muito proveitoso!</i>	
P2	- <i>O conteúdo é muito bom e objetivo, alguns textos são um pouco grande, porém abrange o conteúdo. O curso atinge seu objetivo, de prestar boas informações para os profissionais.</i>	
P3	- <i>O ambiente de aprendizagem é intuitivo e o conteúdo de fácil compreensão.</i>	
P4	<i>Confesso que ao ver as respostas dos questionários e avaliações fiquei indecisa e confusa. Amei os vídeos e textos complementares. E quero, sempre que possível fazer todos os curso. Amo! Para enriquecer o conhecimento é perfeito.</i>	- <i>Preferiria respostas discursivas, pois as respostas a mim direcionadas para marcar entre discordo, concordo e sem opinião foram muito vagas.</i>
P5	- <i>Depois de cada módulo tem uma avaliação do curso que não considera a nossa resposta e abaixa a nota.</i>	
P6	- <i>Gostei muito do curso, todos os assuntos abordados são de excelência para ser usado na vivência nos nossos atendimentos diários. Muito obrigada.</i>	
P7	- NÃO ENTENDI ESSAS RESPOSTAS QUE VCS ACEITAM NA AVALIAÇÃO.	
P8	- <i>Achei bem confuso esses testes de avaliação do módulo, as respostas.</i>	
P9	- <i>Excelente conteúdo!!!</i>	- <i>Sugiro que os materiais complementares fiquem agrupados e tenham indicação de tempo de leitura. Eles ficaram muito “soltos” nos módulos, gerando dificuldade de identificar o que seria o conteúdo principal e o que seria secundário. Houve muitos deles em que fiquei perdida sobre o que priorizar, o que seria melhor aplicável à minha prática ou aqueles que precisaria me aprofundar por haver maior quantidade de dúvidas.</i>

P10	<i>Excelente curso. Não gostei e não entendi o método das avaliações de cada módulo, onde a minha opinião tem resposta certa a ser marcada e vale nota.</i>	
P11	<i>- O material é excelente, bem atualizado e de fontes seguras, tanto os vídeos quanto os artigos.</i>	
P12	<i>- Não entendi a avaliação que não concorda com minha opinião, foi o que eu achei do curso, isso foi sobre as avaliações.</i>	
P13	<i>- Excelente curso!</i>	
P14	<i>- Só tenho a agradecer pela oportunidade, material excelente, nos ajuda a mantermos atualizados com normas e protocolos atuais para melhor atendimento ao público.</i>	
P15	<i>- Bom curso, interface/ambiente virtual confuso</i>	
P16	<i>- Proveitoso para atenção domiciliar.</i>	
P17	<i>- O curso foi muito bem elaborado. O conteúdo é rico, profundo, amplo, atualizado e direcionado à Atenção Domiciliar. Os vídeos são de excelente qualidade e muito bem elaborados. O material de apoio é totalmente pertinente ao assunto favorecendo o aprofundamento do aprendizado. Parabéns!!!!</i>	
P18	<i>- Curso Maravilhoso!!!</i>	
P19	<i>- Muito bom a atividade, porém nas questões de avaliação sempre fica pendente a pontuação se marcar apenas uma alternativa.</i>	
P20		<i>- Poderia ser mais objetivo</i>
P21	<i>- A plataforma é bem intuitiva e clara, alguns vídeos de dentro da plataforma têm dificuldade para abrir, mas os vídeos por link do Youtube funcionam bem.</i>	

Legenda: P= participante

Fonte: Elaborada pela autora.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta dissertação teve como objetivo desenvolver um curso em um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) para preencher a lacuna de conhecimento identificada em estudos anteriores realizados na Atenção Domiciliar do Distrito Federal. Além disso, buscou-se proporcionar aos cursistas acesso aos fundamentos teóricos e práticos necessários para oferecer um cuidado seguro ao paciente em internação domiciliar, discutir os aspectos que podem interferir na segurança do cuidado no ambiente domiciliar, disponibilizar conteúdos atualizados por meio do AVA e, por fim, criar um programa de educação permanente específico para os profissionais da Atenção Domiciliar.

O desenvolvimento de um curso dentro de um programa de educação permanente em uma instituição de saúde envolve diversos desafios, muitos dos quais são pouco explorados fora do ambiente acadêmico. Um dos principais obstáculos é encontrar a melhor maneira de criar um curso que atenda às necessidades dos trabalhadores da saúde. A educação a distância foi escolhida como a estratégia mais adequada para a dinâmica da rotina de assistência da Atenção Domiciliar. Silva *et al.* concluem que essa modalidade de ensino permite a troca de experiências, mesmo que os participantes não compartilhem o mesmo espaço ou tempo, contribuindo para a construção do conhecimento⁽⁵⁴⁾.

Com o avanço tecnológico sem precedentes e com a pandemia de COVID-19 em 2020, que forçou o isolamento domiciliar, a educação a distância tornou-se uma alternativa discutida amplamente. Vasconcelos destaca que a Educação a Distância (EAD) se sobressai pela flexibilidade de horários que oferece aos estudantes⁽⁴⁶⁾. Esse é um dos principais pontos fortes da modalidade virtual. No ambiente MOODLE, as atividades assíncronas são registradas, permitindo que os alunos realizem leituras, participem de discussões e desenvolvam suas tarefas a qualquer momento, mesmo na ausência do tutor, desde que respeitado o prazo determinado para cada módulo ou disciplina⁽⁴⁶⁾.

Os profissionais, residentes e acadêmicos da saúde prezam pela atualização de seu conhecimento, porém muitas vezes por falta de motivação e horário específico para tal, não conseguem ter tempo suficiente para que isso aconteça com qualidade. O estudo de Barilli *et al.* mostra claramente que as tecnologias como cursos online através de um AVA, simulações em realidade virtual,

aplicativos móveis e plataformas de telemedicina têm transformado a maneira como os educadores e estudantes se conectam, permitindo que o aprendizado ocorra de forma flexível e com maior agilidade⁽⁴⁴⁾.

Após a análise das possibilidades sobre a melhor forma de construir o curso, constatou-se que, além do levantamento das necessidades de educação sobre os temas com lacunas de conhecimento, seria também essencial a contribuição do público-alvo por meio de um diálogo deliberativo. De acordo com a experiência descrita por Acosta *et al.*, os processos deliberativos são uma abordagem recente na área da saúde, na qual indivíduos, comunidades, políticos e instituições assumem parte da responsabilidade de aplicar o conhecimento científico para promover mudanças fundamentadas. Esse tipo de interação é uma estratégia crucial para o desenvolvimento de ações que favoreçam o cuidado com a saúde da comunidade⁽⁵⁵⁾.

A realidade da dinâmica de trabalho da Atenção Domiciliar (AD) é caracterizada por atividades que envolvem deslocamentos para os domicílios dos pacientes, a aplicação de planos de cuidado estabelecidos e o manejo de condições de trabalho com logística complexa e nem sempre disponível, o que reduz as horas efetivamente dedicadas ao cuidado do paciente. O estudo de Villas Bôas relata que o tempo de deslocamento da equipe consumiu 41,5% do período total de assistência domiciliar, sendo esse um dos fatores que impactou negativamente na produtividade do serviço. Assim, embora a modalidade de Educação a Distância (EaD) tenha sido a melhor alternativa para o programa de educação permanente, ela também enfrenta desafios, como a adesão dos participantes, devido à falta de horários protegidos, motivação insuficiente e ao apoio limitado da alta gestão⁽⁵⁶⁾.

As singularidades do processo de trabalho da Atenção Domiciliar (AD) exigem que, para serem abordadas em um curso capaz de gerar aprendizagem significativa, haja um processo de criação participativo. Nesse sentido, optou-se pelo diálogo deliberativo com os chefes dos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRADs) e gestores da Gerência de Serviço de AD do DF. Essa metodologia proporcionou maior segurança para a modelagem do curso, desde a definição dos temas e carga horária até os métodos de ensino e outras características. Segundo Ogata, quando os profissionais envolvidos no atendimento são posicionados como atores e construtores do próprio conhecimento, o processo de trabalho pode ser analisado de forma reflexiva⁽³⁶⁾. Espera-se, assim, alcançar a mudança institucional, uma vez que a proposta da educação permanente visa ao desenvolvimento de uma

“verdade própria”, construída pelo argumento da razão, que leve ao convencimento, primeiro individual, e depois coletivo, promovendo o entendimento e, por fim, amadurecendo-se como educação⁽³⁶⁾.

Após a definição dos temas a serem abordados em cada módulo, foi elaborado um Projeto Pedagógico (Apêndice A) validado pelo Colegiado de Cursos de Pós-Graduação, Extensão e Pesquisa (ESCS/COPGEP), o que conferiu maior significado e legitimidade ao curso. Isso permitiu a certificação de 30 horas, contribuindo para o processo de promoção funcional do servidor da SES-DF, conforme o Decreto N.º 37.770 de 14 de novembro de 2016, o que representou um fator motivacional e agregador importante⁽⁶⁰⁾.

Outro desafio foi o levantamento dos materiais com embasamento teórico atualizado, para a construção dos roteiros (Apêndice B) para a elaboração de 19 vídeos de animação e a construção de cada um dos 6 módulos com vídeos. A incorporação de vídeos, hipertextos, hyperlinks, leis, manuais, protocolos e exercícios possibilita a apresentação das informações de diversas maneiras, o que enriquece o aprendizado e amplia as oportunidades de associação dos conceitos dentro da estrutura cognitiva dos alunos⁽⁵⁷⁾.

Após a elaboração dos roteiros, iniciou-se a busca por uma empresa especializada para a criação dos vídeos de animação. Assim que os vídeos foram produzidos, foram revisados e ajustados por meio de pequenas modificações.

A construção dos módulos no AVA MOODLE da ESCS foi um processo desafiador e complexo, envolvendo treinamento para a equipe e a inserção de cada material, vídeo e link. Além disso, foi necessário elaborar as questões de avaliação para cada módulo, bem como a avaliação final do curso (Apêndice C).

Com o curso concluído, a divulgação para o público-alvo tornou-se uma etapa crucial. Para isso, utilizou-se como ferramenta as mídias sociais, além de uma parceria com a Assessoria de Comunicação da SES-DF, que fez a divulgação do curso na INTRANET.

Foi definido que os participantes teriam entre 6 a 8 semanas para concluir o curso. Durante esse período, foram enviados e-mails semanais para incentivá-los e lembrá-los das atividades. Após o término das 8 semanas, iniciou-se a análise, começando com o número de participantes inscritos, que foi de 80, e o número de participantes que concluíram o curso e receberam o certificado, que foi de 31.

Observou-se a importância de uma cultura de educação permanente, dado

o baixo índice de adesão ao curso, considerando o grande número de profissionais envolvidos na Atenção Domiciliar (AD). Atualmente, fazem parte das equipes de AD mais de 242 profissionais de saúde e, nas Unidades Básicas de Saúde (APS), há mais de 632 equipes. Isso evidencia que as políticas de educação permanente precisam ser discutidas e valorizadas dentro da instituição.

Atualmente, a SES-DF conta com um Plano de Educação Permanente em Saúde, que envolve a participação de vários atores e organizações responsáveis pelas ações educativas planejadas. Entre essas entidades, destacam-se a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), com a Fundação de Ensino e Pesquisa – FEPECS/SES/DF como responsável pelas atividades do CIES dentro da SES/DF, a Gerência de Educação em Saúde – GES/SUGEP, a Escola de Aperfeiçoamento do SUS e o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS)⁵⁸. Contudo, ainda não há uma efetiva aplicabilidade e direcionamento claro para os gestores em relação a essas políticas.

Segundo Ceccim *et al.*, a formação na saúde não apenas gera profissionais que possam ser absorvidos pelos postos de trabalho do setor. A área da saúde requer educação permanente, que possui lógica descentralizadora, ascendente e transdisciplinar⁽³⁷⁾.

As avaliações também fazem parte de uma ferramenta para os desenvolvedores do curso, informando os pontos a serem melhorados para o desenvolvimento de novos planos de ações para o alcance de melhores resultados, o que reflete diretamente na melhoria das habilidades adquiridas no ambiente de trabalho⁽³⁷⁾. As avaliações, tanto dos módulos como do curso como um todo, mostraram a importância dos conhecimentos atualizados, sendo a maioria do conteúdo e a forma como foi apresentado, satisfatório.

Outras questões levantadas nas avaliações, como a dificuldade de compreensão quanto às alternativas a serem assinaladas, são críticas significativas para a melhoria do curso e crescimento para os desenvolvedores.

Também há pouco incentivo à participação no curso, especialmente por parte dos gestores, que frequentemente enfrentam limitações no quadro de recursos humanos, o que os impede de oferecer esse benefício a suas equipes. Além disso, há gestores que ainda precisam de maior preparo e apoio para compreender a importância da educação permanente e o impacto que ela pode ter no desenvolvimento e na qualificação de suas equipes.

Dessa forma, a educação permanente deve ter um significado claro e um propósito dentro da organização, e a gestão desempenha um papel crucial na implementação do programa. Isso ocorre principalmente por meio do acompanhamento dos treinamentos, da elaboração e do controle das ações, utilizando indicadores com metas alcançáveis, estabelecidas pelas lideranças e compartilhadas com todos os envolvidos no processo.

É importante também destacar a necessidade de uma equipe capacitada para a criação de cursos dessa natureza, além de assegurar o financiamento para a produção de vídeos e outros recursos essenciais, como Inteligência Artificial, que otimiza o tempo e proporciona conteúdos de maior qualidade.

Além disso, a carga horária, com proteção legal tanto para a criação quanto para a realização dos cursos, deve ser considerada. Essa prática é comum na rede privada e poderia fazer a diferença ao incentivar e aumentar a adesão de todos os envolvidos.

7 CONCLUSÃO

A criação e implementação de um AVA para Educação Permanente em Atenção Domiciliar revelou-se promissora para preencher as lacunas de conhecimentos técnicos dos profissionais da AD. O desenvolvimento de uma atividade de ensino permeada por TIC, de forma remota e assíncrona, para a educação permanente das equipes de AD, residentes e acadêmicos da saúde contribui para encurtar distâncias, facilitar o acesso e agregar maior autonomia aos estudantes, que podem gerir o tempo de dedicação ao curso.

Todavia, há desafios a serem enfrentados para que estas ferramentas se tornem mais amigáveis aos trabalhadores e ao SUS-DF. Entre eles, destacam-se o tempo de dedicação, o conhecimento em educação e a disponibilidade de financiamento para os desenvolvedores destes cursos. Estratégias mais dinâmicas e favoráveis à compreensão dos estudantes requerem múltiplos disparadores temáticos, como vídeos, áudios, textos e outras ferramentas. Para este curso, foram criados 19 vídeos de animação com o auxílio de uma empresa especializada, após a elaboração dos roteiros pelas pesquisadoras.

Outro desafio é a viabilidade de horário protegido para os estudantes que se matriculam no curso. Para isso, é necessário o comprometimento dos gestores em proporcionar a proteção de horário, respaldados pela política de educação em serviços de saúde. O curso pode ser melhor aproveitado pelo público-alvo, e a adesão pode ser maior, o que contribuirá significativamente para uma assistência mais focada na prevenção e minimização de danos aos pacientes, por meio da atualização de conhecimentos.

PRODUTO I: DESENVOLVIMENTO DO CURSO DE APRENDIZAGEM MEDIADO POR TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Nome do autora: Cristiane Dezoti Vivanco

Nome do orientadora: Profa. Dra. Leila Bernarda Donata Göttems

Título da dissertação: CUIDADO SEGURO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: DESENVOLVIMENTO DE UM AMBIENTE DE APRENDIZAGEM PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PROFISSIONAIS

Área de concentração: Desenvolvimento de tecnologias educativas voltadas aos pacientes e seus familiares atendidos pelos profissionais da Atenção Domiciliar

Linha de pesquisa: Qualidade na Assistência à Saúde do Adulto

1 Descrição do produto

Trata-se de um curso desenvolvido em um ambiente virtual mediado por tecnologia da informação e comunicação de forma assíncrona, com o objetivo de proporcionar uma ferramenta de educação permanente para os profissionais que atuam na Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, residentes e acadêmicos da saúde. Os temas abordados tiveram origem na análise dos principais problemas encontrados no estudo *Segurança do Paciente e Prevenção de Infecção na Atenção Domiciliar: Evidências de validade de instrumento, avaliação de práticas e produção audiovisual* e na vivência prática, sendo atestados por meio de um diálogo deliberativo realizado com os gestores e chefes das equipes de Atenção Domiciliar. Por fim, foi aplicada uma metodologia de avaliação de desempenho para cada módulo e ao final do curso para a avaliação de todo o curso.

2 Produto da dissertação

O curso foi desenvolvido com a construção de seis módulos, com a finalidade de apresentar, em cada um deles, um ou mais temas levantados e atestados pelos gestores, acompanhados do desenvolvimento de roteiros ilustrados por 19

vídeos de animação, conforme descrito no Quadro 1, abaixo, e nas Figuras.

Quadro 1 - Módulos, Conteúdo e Programação do Curso

Módulo	Conteúdo e atividades realizadas
<p>Módulo 1: Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Atenção Domiciliar no Brasil, no Mundo e no Distrito Federal</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Atenção Domiciliar no Brasil ● Critérios de Elegibilidade ● Atenção Domiciliar do Distrito Federal ● Atenção Domiciliar de Alta Complexidade ● Programa de Oxigenoterapia Domiciliar <ul style="list-style-type: none"> - Vídeo de animação - Leitura de material disponibilizado - Vídeos (Youtube) - Leitura do material complementar <ul style="list-style-type: none"> · Avaliação sobre o conteúdo · Avaliação do módulo
<p>Módulo 2: Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Segurança do Paciente na AD</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Segurança do paciente na AD ● Prevenção de quedas ● A qualificação do cuidador ● Monitoramento e avaliação <ul style="list-style-type: none"> - Vídeo de animação - Leitura de material disponibilizado - Vídeos (Youtube) - Leitura do material complementar <ul style="list-style-type: none"> · Avaliação sobre o conteúdo · Avaliação do módulo
<p>Módulo 3: Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Controle de Infecção na AD</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conceito Básicos de Controle de Infecção na AD ● Medidas de controle de infecção para o domicílio ● Higiene do domicílio ● Controle de pragas no domicílio ● Cuidados com a maleta de transporte de materiais <ul style="list-style-type: none"> - Vídeo de animação - Leitura de material disponibilizado - Vídeos (Youtube) - Leitura do material complementar <ul style="list-style-type: none"> · Avaliação sobre o conteúdo · Avaliação do módulo

<p>Módulo 4: Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Equipamentos de proteção individual na AD</p> <ul style="list-style-type: none"> ● EPIS utilizados no domicílio ● Os riscos ocupacionais ● Vacinação do profissional da saúde na AD <ul style="list-style-type: none"> - Vídeo de animação - Leitura de material disponibilizado - Vídeos (Youtube) - Leitura do material complementar <ul style="list-style-type: none"> · Avaliação sobre o conteúdo · Avaliação do módulo
<p>Módulo 5: Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Gerenciamento de Resíduos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Resíduo ● Resíduo e seu gerenciamento <ul style="list-style-type: none"> - Vídeo de animação - Leitura de material disponibilizado - Leitura do material complementar <ul style="list-style-type: none"> · Avaliação sobre o conteúdo · Avaliação do módulo
<p>Módulo 6: Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Avaliação Final</p> <ul style="list-style-type: none"> · Avaliação final sobre o material e conteúdo do curso · Comentários sobre o curso

3 Finalidade

O produto apresentado tem por finalidade contribuir com o programa de educação permanente da secretaria de saúde do Distrito Federal, com a produção de um curso para atender a lacuna de conhecimento para as equipes de AD, APS, residentes e acadêmicos da saúde que atendem pacientes em internação domiciliar.

4 Tipo de produto

MATERIAL DIDÁTICO

Definição: Produto de apoio/suporte com fins didáticos na mediação de processos de ensino e aprendizagem em diferentes contextos educacionais. Sub-tipos: impressos, audiovisual e novas mídias. Exemplos: a) impresso: coleções; livro didático e paradidático; guias; mapas temáticos; jogos educativos...; b) audiovisual: fotografia;

painel cronológico; programas de Grupo de Trabalho | Produção Técnica 44 TV – aberta e/ou fechada; Programas de Rádio – comunitários, universitários, alternativos; Trilha e/ou Paisagem sonora...; c) novas mídias: CD; CD-ROOM; DVD; e-book...

5 Aderência do projeto

Edital nº 8/2021 - Programa de Desenvolvimento da Pós-Graduação (PDPG) – CAPES/COFEN – Apoio a Programas de Pós-Graduação – Modalidade Mestrado Profissional – Área de Enfermagem.

Área de Concentração: Desenvolvimento de tecnologias educativas voltadas aos pacientes e seus familiares atendidos pelos profissionais da Atenção Domiciliar, Linha de Pesquisa: Qualidade na Assistência à Saúde do Adulto.

6 Impacto

Apresente as mudanças causadas pelo produto técnico construído/implantado no cenário do estudo. Além disso, apresente os conteúdos a seguir:

A implantação do produto, o curso “Qualidade e Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar”, no Moodle da ESCS/FEPECS, direcionado aos profissionais que atuam na Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, residentes e acadêmicos da saúde, teve um impacto positivo, contribuindo significativamente para o Programa de Educação Permanente da Atenção Domiciliar da SES-DF, atualizando os profissionais das equipes e apresentando a AD para os residentes e acadêmicos da saúde.

a. demanda do produto

espontânea

contratada

por concorrência [ex. edital]

b. objetivo do produto

sem foco de aplicação inicialmente definido

solução de um problema previamente identificado

experimental

c. área impactada pela produção [colocar o campo com uma justificativa da área]

social

econômica

jurídica

saúde

educação

outra

7 Aplicabilidade

Por meio da utilização de uma tecnologia — um ambiente virtual — para o desenvolvimento de um curso a distância, pode-se chegar a resultados mais ágeis, devido à otimização de tempo e disponibilidade, promovendo uma assistência com mais segurança tanto para o paciente quanto para a equipe que o atende em domicílio.

a) abrangência realizada

b) abrangência potencial

c) replicabilidade

8 Inovação

A educação a distância não chega a ser uma inovação, já que vem sendo utilizada há muitos anos, primeiramente por meio da televisão, e, em sua evolução, com tecnologias em tempo real, praticamente sem atraso de transmissão. Diante disso, quando aplicada a um público-alvo para o qual nunca antes houve algo semelhante, podemos considerar uma produção com alto teor inovativo, como, por exemplo, a criação de 19 vídeos de animação específicos para os temas abordados nos 6 módulos do curso desenvolvido e aplicado.

9 Complexidade

O produto técnico construído pode ser considerado uma produção de alta

complexidade, considerando a associação de diferentes tipos de conhecimento e a interação de múltiplos atores, com uma multiplicidade de saberes identificáveis nas etapas e soluções geradas associadas ao produto, bem como a demanda pela resolução de conflitos cognitivos entre os atores envolvidos.

10 Abrangência

Afirme se o produto técnico construído tem abrangência:

Nacional Estadual Municipal Local/Institucional

11 Fomento

Afirme se o produto técnico construído contou com fomento para seu desenvolvimento:

Sim Não

Se sim, descreva o fomento e apresente comprovantes em Anexo.

12 Estágio da tecnologia

Afirme o estágio do produto técnico construído:

Finalizado e não testado Finalizado e testado Finalizado e implantado

13 Transferência de tecnologia ou conhecimento

Afirme se há transferência de tecnologia ou de conhecimento:

sim não

14 Registro de propriedade intelectual ou patente

Sim não

Sim. Projeto Pedagógico aprovado conforme Ata - FEPECS/DE/ESCS Colegiado de Cursos de Pós-Graduação, Extensão e Pesquisa - ESCS/COPGEP - 2ª Reunião Ordinária (2024) - Data: 09/05/2024 (quinta-feira), Horário: 10h Local: Videoconferência (Conferência Web).

15 Contribuições do Produto para a Enfermagem, Saúde e/ou para Ciência

A utilização dessa ferramenta contribui para o conhecimento, desenvolvimento e atualização dos profissionais das equipes multidisciplinares compostas para atender os pacientes em internação domiciliar, incluindo, além de outras categorias profissionais, também a enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros. O curso, em todos os momentos, é focado no cuidado, destacando as peculiaridades do atendimento domiciliar, o que proporciona uma assistência melhor direcionada à prevenção e redução de danos para os pacientes atendidos pelas equipes.

Apêndice I

Conteúdo referente a módulo	
Módulo	Método de ensino
I - A ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL E NO DF	<p>- Indicação de leitura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ PORTARIA 3005, DE 02 DE JANEIRO DE 2024 ▫ Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde ▫ Protocolo de Oxigenoterapia Domiciliar no DF ▫ Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar (site SES-DF) ▫ SITE: PEC e e-SUS APS. Produção - Atendimentos Domiciliares DF <p>- Vídeos com animação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Conceitos da AD no Brasil ▫ Critérios de Elegibilidade ▫ Atenção Domiciliar do Distrito Federal ▫ Atenção Domiciliar de Alta Complexidade ▫ Programa de Oxigenoterapia Domiciliar <p>- Vídeos (Youtube) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Portaria N° 3005/24 SUS - Política Nacional de Atenção Domiciliar: Entenda o que mudou! ▫ Webinar, promovido pelo DATASUS: “Atenção Domiciliar - Nova Portaria e Instrumento de Elegibilidade” (YouTube) ▫ DATASUS. Webinário da Atenção Domiciliar

	<p>★ Questão de múltipla escolha com 4 alternativas ao final, com tentativas ilimitadas até 100% de acerto.</p>
<p>II - SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO DOMICILIAR</p>	<p>- Indicação de leitura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Quedas em Pacientes da Atenção Domiciliar: Prevalência e Fatores Associados ▫ Escala de Morse ▫ Constituição do sujeito cuidador na atenção domiciliar: dimensões psicoafetiva, cognitiva e moral ▫ Desafios para a gestão compartilhada do cuidado na relação entre cuidadores e profissionais de uma equipe do Serviço de Atenção Domiciliar <p>- Vídeos com animação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Segurança do paciente na AD ▫ Prevenção de quedas ▫ A qualificação do cuidador ▫ Monitoramento e avaliação <p>- Vídeos (Youtube):</p> <p>E se o cuidado não for seguro? (Youtube)</p> <p>- Material complementar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Cultura de segurança do paciente no serviço de atenção domiciliar ▫ Guia Prático do Cuidador ▫ Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa ▫ Leitura de artigo – “Segurança paciente domicílio ▫ Webnário da DATASUS. Segurança do Paciente na Aps – Domiciliar – Especialidade” <p>★ Questão de múltipla escolha com 4 alternativas ao final, com tentativas ilimitadas até 100% de acerto.</p>

<p>III - CONCEITO BÁSICO PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO NA AD</p>	<p>- Indicação de leitura: Webinar - Higiene das mãos: como estimular a adesão dos profissionais que atuam em serviços de saúde a esta prática de segurança do paciente?</p> <p>- Vídeos com animação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Conceitos básicos para o controle de infecção na AD ▫ Medidas de controle de infecção para o domicílio ▫ Higiene do domicílio ▫ Controle de Pragas no Domicílio <p>Cuidados com a maleta de transporte de material</p> <p>- Vídeos (Youtube) :</p> <p>- “Controle de Infecção em Assistência Domiciliar”</p> <p>- Material complementar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Artigo – “Assistência de Enfermagem Frente a Segurança do Paciente no Contexto Domiciliar” ▫ Artigo – “Prevenção e controle das infecções no domicílio: desafios e implicações para a enfermagem” ▫ Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (Pnpciras) 2021 A 2025. ▫ Caderno de AD - Segurança do Paciente no Domicílio. ▫ Vídeo YouTube, “Segurança do Paciente-Uma abordagem para o Usuário” ▫ Vídeo aula Youtube, Prevenção de Infecção em Pacientes Especiais. ▫ Filme - CONTÁGION <p>★ Questão de múltipla escolha com 4 alternativas ao final, com tentativas ilimitadas até 100% de acerto.</p>
<p>IV EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL UTILIZADOS NA AD</p>	<p>- Indicação de leitura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Precaução-Padrão ▫ Uso de Equipamento de Proteção Individual em um Serviço de Atenção Domiciliar ▫ Leitura do Calendário Vacinal atualizado ▫ Principais riscos ocupacionais ▫ Vacinação e fatores associados entre trabalhadores da Saúde. <p>▫ <u>LEI Nº 6.259, DE 30 DE OUTUBRO DE 1975</u></p>

- Vídeos com animação:

- Equipamentos de proteção individual utilizados - EPI
- Equipamentos de Proteção Individual Utilizados na AD
- Vacinação do profissional da saúde na AD

- Vídeos (Youtube):

- Cuidados na paramentação e desparamentação de EPI
 - orientações técnicas de prevenção de contágio.
- O que são riscos ocupacionais? Tudo que precisa saber para abrir o recurso.

- Material complementar

- COREN - NR32
- Guia Prático CIPA Revisão 2020
- NR 32 atualizada 2022
- Enfermagem online - Precauções universais
- Artigo - Vacinação e fatores associados entre trabalhadores da saúde
- Vídeo Youtube - Tudo que você precisa saber sobre a NR-6 EPI
- Vídeo Youtube - Coronavírus: Uso de EPI's na Atenção Domiciliar.

★ Questão de múltipla escolha com 4 alternativas ao final, com tentativas ilimitadas até 100% de acerto.

<p>V RESÍDUOS E SEU GERENCIAMENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indicação de leitura: <ul style="list-style-type: none"> • Plano Distrital de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos 2018. • Lei da LEI Nº 4.352, de 30 de junho de 2009. • RDC Nº 222, de 28 de março de 2018 - Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. - Vídeos com animação: <ul style="list-style-type: none"> • Resíduos • Resíduos e seu Gerenciamento. - Material complementar <ul style="list-style-type: none"> - Leitura artigo - Plano de gerenciamento de resíduos de saúde domiciliares-PGRSSD: Manual propositivo para atendimento domiciliar na Cidade de São Luís, Estado do Maranhão, Brasil. - Leitura tese doutorado - Diagnóstico dos Resíduos de Serviços de Saúde Gerados no Serviço de Atenção Domiciliar como Proposta de Modelo de Gerenciamento para o Município de Uberlândia/MG. - Leitura dissertação mestrado - Resíduos de Saúde Provenientes de Serviços de Atenção Domiciliar e suas Implicações no Ambiente e na Saúde Pública. - Leitura artigo- Manejo de resíduos gerados na assistência domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família. - Leitura - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Pgrss-2007. - Vídeo YouTube - Resíduo de Serviços de Saúde FSP/USP - Vídeo YouTube - Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. - Vídeo Youtube - Elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduo de Serviços de Saúde no ICT-Unifesp. - Vídeo YouTube - Documentário "O Lixo Nosso de Cada Dia - Huracán e Casa Rosa Filmes. - Vídeo Youtube - Curta de animação Resíduos Sólidos. ★ Questão de múltipla escolha com 4 alternativas ao final, com tentativas ilimitadas até 100% de acerto.
---	---

PRODUTO II: CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE 19 VÍDEOS DE ANIMAÇÃO PARA OS MÓDULOS DO CURSO

Nome do autora: Cristiane Dezoti Vivanco

Nome da orientadora: Profa. Dra. Leila Bernarda Donata Göttems

Título da dissertação: DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM AMBIENT E VIRTUAL DE APRENDIZAGEM PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ATENÇÃO DOMICILIAR

Área de concentração: Desenvolvimento de tecnologias educativas voltadas aos pacientes e seus familiares atendidos pelos profissionais da Atenção Domiciliar

Linha de pesquisa: Qualidade na Assistência à Saúde do Adulto

1 Descrição do produto: Vídeos educativos para apoio à Educação Permanente em Atenção Domiciliar

2 Produto da Dissertação: 19 vídeos educativos abordando os temas:

1. Atenção Domiciliar no Brasil
2. Critérios de Elegibilidade
3. Atenção Domiciliar do Distrito Federal
4. Atenção Domiciliar de Alta Complexidade
5. Programa de Oxigenoterapia Domiciliar
6. Segurança do paciente na AD
7. Prevenção de quedas
8. A qualificação do cuidador
9. Monitoramento e avaliação
10. Conceitos Básicos de Controle de Infecção na AD
11. Medidas de controle de infecção para o domicílio
12. Higiene do domicílio
13. Controle de pragas no domicílio
14. Cuidados com a maleta de transporte de materiais

15. EPIS utilizados no domicílio
16. Os riscos ocupacionais
17. Vacinação do profissional da saúde na AD
18. Resíduo
19. Resíduo e seu gerenciamento

Vídeos de animação







1 Finalidade: disponibilizar como material didático para treinamentos, capacitações e campanhas educativas de profissionais, estudantes e residentes que atuam ou atuarão em Atenção Domiciliar.

2 Tipo de produto

Produto de Editoração

Definição: Produto de editoração resulta de atividade editorial de processos de edição e publicação de obras de ficção e não-ficção. Compreende planejar e executar, intelectual e graficamente, livros, enciclopédias, preparando textos, ilustrações, diagramação etc. com vinculação ao Programa (projetos, linhas, discentes/egressos). Exemplos: mídia impressa (jornal, revista, livro, panfleto, cartaz, etc.), eletrônica (e-books, mídias interativas) ou digital (internet, celular).

APÊNDICE B

3 Aderência do projeto

Edital nº 8/2021 - Programa de Desenvolvimento da Pós-Graduação (PDPG) – CAPES/COFEN – Apoio a Programas de Pós-Graduação – Modalidade Mestrado Profissional – Área de Enfermagem.

4 Impacto

Os vídeos foram utilizados na criação do curso “Qualidade e Segurança do Pacientes na Atenção Domiciliar” já implementado, com 80 inscritos e 31 concluintes. O curso será ofertado de forma contínua e será atualizado conforme a necessidade ao longo dos anos. Poderá também ser complementado com a inserção de mais módulos por outros pesquisadores ou pelos próprios gestores das áreas afins.

- a) demanda do produto: (x) espontânea () contratada () por concorrência
- b) objetivo do produto: () experimental () sem foco de aplicação inicialmente definido (x) solução de um problema previamente identificado
- c) área impactada pela produção: () social () econômica () jurídica (x) saúde () educação () outra

5 Aplicabilidade

Os vídeos desenvolvidos especificamente para o curso voltado para o público-alvo que atendem pacientes em internação domiciliar têm alta aplicabilidade como material de apoio à educação permanente de profissionais, estudantes, residentes entre outros, para a atuação na Atenção Domiciliar. Embora elaborados para um curso voltado a profissionais de saúde do SUS-DF, podem ser utilizados para educação permanente de outras realidades no país.

- a) abrangência realizada - local
- b) abrangência potencial - alta
- c) replicabilidade - sim

6 Inovação

Os vídeos têm médio teor inovativo tendo em vista que combinaram conhecimentos pré-existentes sobre a AD no Brasil e no DF, com pesquisas anteriores que sugerem a necessidade de criação do curso. Ademais, aplicou-se uma tecnologia existente, que é o AVA por meio do Moodle, a qual permitiu a disponibilidade imediata do curso de forma remota assíncrona. Ademais, utilizou-se a política institucional de favorecer a educação permanente dos profissionais com gratificação salarial para cursos acima de 20h.

7 Complexidade

Os vídeos desenvolvidos baseados em roteiros originados a partir de

referencial teórico têm como característica o resultado da combinação de conhecimentos pré-estabelecidos e estáveis sendo considerados produtos de média complexidade.

8 Abrangência

Nacional Estadual Municipal Local/Institucional

9 Fomento

Sim Não.

CAPES/COFEN

10 Estágio da tecnologia

Finalizado e implantado

11 Transferência de tecnologia ou conhecimento

sim não

12 Registro de propriedade intelectual ou patente

sim não

Sim. Projeto Pedagógico aprovado conforme Ata - FEPECS/DE/ESCS Colegiado de Cursos de Pós-Graduação, Extensão e Pesquisa - ESCS/COPGEP - 2ª Reunião Ordinária (2024) - Data: 09/05/2024 (quinta-feira) - Horário: 10h - Local: Videoconferência (Conferência Web).

13. Contribuições do Produto para a Enfermagem, Saúde e/ou para Ciência

A utilização dessa ferramenta contribui para o conhecimento, desenvolvimento e atualização dos profissionais das equipes multidisciplinares compostas para atender os pacientes em internação domiciliar, incluindo, além de outras categorias profissionais, também a enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros. O curso, em todos os momentos, é focado no cuidado, destacando as peculiaridades do atendimento domiciliar, o que proporciona uma assistência melhor direcionada à prevenção e redução de danos para os pacientes atendidos pelas equipes.

8 REFERÊNCIAS

1. Villas Bôas MLC, Shimizu HE, Sanchez MN. Clinical and epidemiological profile of patients from the home care program of Federal District Brazil. *J Public Health Epidemiol.* 2015;7(6):189–97.
2. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
3. Procópio LCR, Seixas CT, Avelar RS, Silva KL, Moraes dos Santos ML. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde Debate [Internet].* 2022 maio 7 [citado 2024 nov 22];43(121abr-jun):592–604. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/1177>
4. Gilmour H. Unmet home care needs in Canada. *Health Rep.* 2018 Nov 21;29(11): 3–11.
5. Haltbakk J, Graue M, Harris J, Kirkevold M, Dunning T, Sigurdardottir AK. Integrative review: Patient safety among older people with diabetes in home care services. *J Adv Nurs.* 2019 Nov;75(11):2449–60.
6. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva.* 2007;4(17):135–40.
7. Baker A. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. *BMJ.* 2001 Nov 17;323(7322):1192.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2023 maio 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
9. Gama ZAS, et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. *Cad Saúde Pública [Internet].* 2016 [acesso em 2024 nov 22];32(9):e00026215. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2016.v32n9/e00026215/pt>.
10. Villas Bôas MLC, Shimizu HE, Sanches MN. Creation of complexity assessment tool for patients receiving home care. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(3):433–9.
11. Farokhzadian J, Dehghan Nayeri N, Borhani F. The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:1–13.
12. Oliveira PC, Santos OP, Villela EFM, Barros PS. Patient safety culture in home care service. *Rev Esc Enferm USP.* 2020;54:e03586. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018040703586>.
13. Wagner C, Groene O, Thompson CA, Klazinga NS, Dersarkissian M, Arah OA,

- et al.* Development and validation of an index to assess hospital quality management systems. *Int J Qual Health Care*. 2014;26 Suppl 1:16-26. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu021>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e define gestão de risco [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2023 maio 12]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013>.
 15. Gama ZA da S, et al. AGRASS Questionnaire: Assessment of Risk Management in Health Care. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado 2024 nov 22];54:21. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001335>.
 16. Cunha MAO, Morais HMM. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [acesso em 2024 nov 22];12(6):1651–60. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZVBcW8vnKNwwYcgKxKbNQrp/?lang=pt>.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2023 abr 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1998 [acesso em 2023 maio 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html.
 19. Briner M, Kessler O, Pfeiffer Y, Wehner T, Manser T. Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:337. doi: 10.1186/1472-6963-10-337.
 20. Gama ZA da S, et al. AGRASS Questionnaire: Assessment of Risk Management in Health Care. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado 2024 nov 22];54:21. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001335>.
 21. Joint Commission International. International Patient Safety Goals [Internet]. Oak Brook: Joint Commission International; 2017 [acesso em 2023 jun 12]. Disponível em: http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_2017_IPSG_Infographic_062017.pdf.
 22. Mendes W, Moura MLO. Estratégias para segurança do paciente em serviços de saúde. In: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática [Internet]. Brasília: Anvisa;

2017 [acesso em 2023 maio 12]. Disponível em:
<http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa>.

23. Silva TP. Segurança do Paciente e Prevenção de infecção na atenção domiciliar: Evidências de validade de instrumento, avaliação de práticas e produção audiovisual [dissertação]. Brasília: Escola Superior de Ciências da Saúde; 2023.
24. Guerra S, et al. Cuidado na atenção domiciliar: efeitos de uma intervenção educacional em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3):e00292124. doi: 10.1590/ 1981-7746-sol00292.26.
25. Farah BF. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? *Rev APS*. 2003;6(2):123-5.
26. Cotrim-Guimarães IMA. Programa de educação permanente e continuada da equipe de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
27. Van Eenoo L, van der Roest H, Onder G, Finne-Soveri H, Garms-Homolova V, Jonsson PV, Draisma S, van Hout H, Declercq A. Organizational home care models across Europe: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2018;77:39-45.
28. Cunha DA. Aprender a interagir: tensões e lições da educação permanente em saúde na atenção domiciliar na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas [tese de doutorado]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2020.
29. Ministério da Saúde (BR). 1997, o ano da saúde no Brasil: ações e metas prioritárias. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
30. Carvalho MS, Merhy EE, Sousa MF. Repensando as políticas de Saúde: no Brasil Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e190211. doi:10.1590/Interface.190211.
31. Kristinsdottir IV. Changes in home care clients' characteristics and home care in five European countries from 2001 to 2014: comparison based on InterRAI - Home Care data. Reykjavík: Faculty of Nursing, University of Iceland; Home Care Center, The Capital Area Primary Care; 2014.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 2024 ago 10]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>.
33. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.996, 20 de agosto de 2007: dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de

- Educação Permanente em Saúde [Internet]. Brasília (DF); 2007 [citado 2011 dez 10]. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>.
34. Cunha DA. Aprender a interagir: tensões e lições da educação permanente em saúde na atenção domiciliar na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas [tese de doutorado]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2020.
 35. Fernandes FC, Cortez EA, Laprovita D, Almeida LP, Ferreira AF, Corvino MPF. Educação permanente em saúde sob a perspectiva de Agostinho de Hipona. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(3):656-661. doi:10.1590/0034-7167-2016-0484.
 36. Ogata MN, Silva JAM, Peduzzi M, Costa MV, Fortuna CM, Feliciano AB. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. *Ver Esc Enferm USP.* 2021;55:e03733. doi:10.1590/S1980-220X2020018903733.
 37. Ceccim RB, Feuerwerker LM. A four-way approach to training in the health field: teaching, management, care, and social control. *Physis.* 2004;14(1):41-65. doi:10.1590/S0103-73312004000100004.
 38. World Health Organization (WHO). Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. 2011 [cited 2020 Feb 11]. Available from:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44641>.
 39. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Propostas de educação permanente: Programa Melhor em Casa [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
 40. Campagnollo C, Souza AIJ de, Tourinho FSV, Tomasi AVR, Nunes SFL, Capellari G, Souza LS de, Bochi CS. Desenvolvimento e avaliação de um ambiente virtual de aprendizagem para educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado do idoso hospitalizado/Development and evaluation of a virtual learning environment for continuing education of the nursing team for the care of hospitalized elderly. *Brazilian Journal of Health Review.* 2021;4(3):14034–14054. doi:10.34119/bjhrv4n3-338. Available from:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/31977>. Accessed on: 02 Sep 2024.
 41. Rajão FL, Martins M. Tensão domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25(5):1863-76.
 42. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Plano de Educação Permanente em Saúde - PEPS. Brasília: Gerência de Educação em Saúde – GES, Escola de Aperfeiçoamento do SUS - EAPSUS/FEPECS/SES; 2019.
 43. Guimarães Rostas MHS, Rostas GR. O ambiente virtual de aprendizagem (Moodle) como ferramenta auxiliar no processo ensino-aprendizagem: uma questão de comunicação. São Luís (MA): Instituto Federal de Educação do Maranhão, Campus Monte Castelo; 2009.

44. Barilli ECV, Ebecken NFF, Cunha GG. A tecnologia de realidade virtual como recurso para formação em saúde pública à distância: uma aplicação para a aprendizagem dos procedimentos antropométricos. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*. 2011;16(2):523-534.
45. Oliveira ÉT de. EaD e ambientes virtuais de aprendizagem: dimensões orientadoras para seleção de mídias [tese]. São Paulo: Faculdade de Educação; 2019 [citado 2024 Set 29]. doi:10.11606/T.48.2019.tde-04112019-163653.
46. Vasconcelos CRD, De Jesus ALP, De Miranda Santos C. Ambiente virtual de aprendizagem (AVA) na educação a distância (EAD): um estudo sobre o Moodle. *Braz J Dev*. 2020;6(3):15545-15557.
47. Sanguino GZ. Desenvolvimento de material educativo para manejo da parada cardiorrespiratória pediátrica ocasionada por insuficiência respiratória. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019.
48. Maia MDSA, Silva DG. Práticas pedagógicas em ambientes virtuais de aprendizagem: usos e abusos. *Rev XYZ [Internet]*. 2020 [citado 2024 ago 10];7(1). Disponível em: <https://www.aunirede.org.br/revista/index.php/emrede/article/view/555>.
49. Chaguri Jr JC, et al. Utilização do AVA Moodle e suas contribuições no processo de ensino-aprendizagem: um relato de experiência da plataforma em uma disciplina de ciências humanas voltada à saúde. *Rev Transformar*. 2019;13(2):6-26.
50. Rostas MHS, Rostas GR. O ambiente virtual de aprendizagem (Moodle) como ferramenta auxiliar no processo ensino-aprendizagem: uma questão de comunicação. São Paulo: Editora UNESP; 2009.
51. Dresch A., Lacerda DP, Antunes Júnior JAV. Design science research: método de pesquisa para avanço da ciência e tecnologia. Porto Alegre: Bookman; 2015.
52. Paschoal AS. O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2004.
53. Montanha D, Peduzzi M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):597-604.
54. Silva AN, Santos AMG, Cortez EA, Cordeiro BC. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(4):1099-1107.
55. Acosta AM, Oelke ND, Lima MADS. Considerações teóricas do diálogo deliberativo: contribuições para prática, política e pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e20170017. doi: 10.1590/0104-07072017000520017.

56. Villas Bôas MLC, Shimizu HE. Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(1):32-40.
57. Frota NM, Barros LM, Araújo TM, Caldini LN, Nascimento JC, Caetano JA. Construção de uma tecnologia educacional para o ensino de enfermagem sobre punção venosa periférica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(2):29-36.
58. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Plano de Educação Permanente em Saúde - PEPS. Brasília: Gerência de Educação em Saúde – GES, Escola de Aperfeiçoamento do SUS - EAPSUS/FEPECS/SES; 2019.
59. Ferreira K. Avaliação da capacidade de profissionais da saúde na área de reabilitação auditiva via teleducação: ênfase em crianças de zero a três anos de idade. 2016.
60. BRASIL. Decreto nº 37.770, de 14 de novembro de 2016. Regulamenta a promoção funcional dos servidores da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal, de que trata o artigo 56, da Lei Complementar nº 840/2011. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Brasília, 14 nov. 2016. Seção 1, p. 1-2.

APÊNDICE A – PROJETO PEDAGÓGICO



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

PROJETO DE CURSO DE EXTENSÃO

Curso – Qualidade e Segurança do Pacientes na Atenção Domiciliar

Brasília, 2023

Sumário

Síntese do Projeto de Curso de Extensão	3
Denominação e Natureza do Projeto	4
Justificativa	4
Objetivos	5
Método	6
Módulos, Conteúdo e Programação do Curso	7
Número de vagas	9
Local de realização	9
Público-alvo	9
Meios de divulgação	9
Inscrição	9
Carga horária	10
Critérios de Certificação	10
Fonte de Recursos	10
Prazo para Execução dos Serviços	10
Referencial	10
Minicurrículo do Coordenador	16
Minicurrículo da Vice-coordenadora	16
Anexo I - Declaração dos servidores envolvidos, explicitando o desvinculamento destas atividades com responsabilidades e/ou demandas trabalhistas à FEPECS	17
Anexo II - Declaração dos servidores envolvidos, explicitando o desvinculamento destas atividades com responsabilidades e/ou demandas trabalhistas à FEPECS	18

Síntese do Projeto de Curso de Extensão

Nome do Programa: Qualidade e Segurança do Pacientes na Atenção Domiciliar

Carga Horária: O curso terá carga horária total equivalente a 30 horas de duração

Coordenação do Curso: Cristiane Dezoti Vivanco

Vice-Coordenadora: Leila Bernarda Donato Göttems

Número de vagas: Não há limite de vagas, pois o curso será de uso contínuo

Público-alvo: Equipe multidisciplinar da Secretaria de Saúde do DF que atende pacientes em domicílio

Frequência mínima exigida: 100% do cumprimento das atividades criadas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Local: Ambiente Virtual de Aprendizagem – AVA - de domínio da Escola Superior de Ciências da Saúde – EAD (<http://escsvirtual.df.gov.br/>)

Período: Início de maio a julho de 2024

Dias da semana/horários: Continuamente aberto

Inscrição: Continuamente aberta

Critério de seleção: Qualquer profissional de saúde que atue na Atenção Domiciliar do DF; estudantes de enfermagem e medicina, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, terapeuta ocupacional, assistência social ou profissional de saúde que se inscreva.

Avaliação: Será realizada por meio de dois testes que serão aplicados no final de cada módulo. Ao final do curso, será aplicada uma avaliação do curso.

Denominação e Natureza do Projeto

Curso de Capacitação em Qualidade e Segurança do Pacientes na Atenção Domiciliar

Justificativa

A crise do modelo de atenção hospitalar no Brasil, ao longo dos anos, vem persistindo mesmo com o avanço conquistado pela reforma sanitária, caracterizando-se por ser fragmentado, hospitalocêntrico, hierarquizado, direcionado para atender às condições agudas da população, mesmo sendo claro na prática do dia a dia não atender à situação de saúde atual⁽¹⁾.

Um estudo conduzido nas equipes multiprofissionais da Atenção Domiciliar do Distrito Federal de fevereiro a março de 2022, “Segurança do paciente e Prevenção de infecções na Atenção Domiciliar: avaliação de instrumento, avaliação de práticas e produção audiovisual”, demonstrou resultados relevantes, onde o gerenciamento nos serviços de atenção domiciliar e as práticas dos profissionais da saúde devem apoiar seu desenvolvimento na estrutura da prevenção de erros e eventos adversos, além da prevenção e controle de infecções tudo isso apoiados em um programa de educação permanente⁽²⁾.

As dificuldades vivenciadas pela gestão na prática para a realização de educação permanente às equipes multidisciplinares na AD e das UBS que atendem pacientes em internação domiciliar, complementada com os resultados da pesquisa, instiga a busca pelo desenvolvimento de um estratégias de aprendizagem que direcione e contribua com o trabalho da equipe de AD, junto ao cuidador e os familiares^(3,4). Sendo assim, para facilitar a dinâmica e minimizar o tempo do profissional que atende ao paciente no domicílio, a educação permanente oferecida em caráter virtual que proporciona maior flexibilidade, agilidade e disponibilidade pode ser a melhor alternativa a ser seguida. Acredita-se que há muitos Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA) disponíveis para os profissionais de saúde, porém observa-se que estão mais voltados para áreas de conhecimento como gestão e atendimento intra-hospitalar.

O Ambiente Virtual de Aprendizado (AVA), é um espaço online de gerenciamento dos estudos que permite troca de informações, base de conteúdos e interação entre alunos, professores e tutores de forma assíncrona e síncrona que

viabiliza a formalização dos processos de ensino e aprendizagem nas instâncias institucionais, sendo seu uso bastante recorrente⁽⁵⁾.

Segundo Maia e Silva (2020), os AVA são as tecnologias mais utilizadas para dar suporte às práticas formativas em contexto on-line, sendo o Moodle o mais adotado nas instituições de ensino superior. Isso se deve às possibilidades que ele agrega no sentido da otimização, integração de módulos e formalização dos processos, e também pela possibilidade de gerenciamento⁽⁶⁾.

Com a escassez de um curso dentro de um AVA voltado especificamente para a AD, que proporcionará tanto aos usuários/cuidadores quanto às equipes, maior segurança para os atendimentos domiciliares, vimos a importância da contribuição para minimizar o problema levantado.

Diante desses desafios, vislumbrou-se a necessidade da construção e desenvolvimento de um curso em um AVA para os profissionais que atuam na Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, preenchendo a lacuna de conhecimento e proporcionando maior segurança para todos os envolvidos no processo do cuidado.

Objetivos

Objetivo geral

Capacitar a equipe multidisciplinar que atende o paciente internado em domicílio, em temas levantados através de pesquisa prévia e discutidos em diálogo deliberativo com os gestores.

Objetivos específicos

1. Proporcionar aos cursistas acesso aos fundamentos teóricos e práticos para um cuidado seguro ao paciente em internação domiciliar;
2. Discutir os aspectos importantes que possam interferir na segurança do cuidado no ambiente domiciliar;
3. Proporcionar aos cursistas acesso a conteúdos atualizados em um ambiente virtual de aprendizagem contínua sobre atenção domiciliar.
4. Criar um programa de educação permanente específico para os profissionais da atenção domiciliar.

Método

Todo o curso será feito à distância, através da plataforma Moodle da ESCS (<http://escsvirtual.df.gov.br/>). Foram estabelecidas competências para que o participante possa alcançar durante o curso.

A escolha metodológica para o alcance dos objetivos foi a criação de itinerários formativos em espiral, com disponibilização de discussões, conteúdos e vídeos que abordam os temas selecionados em comum acordo com a Gerência de Atenção Domiciliar da SES-DF e com os chefes dos Núcleos de Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD), por meio de diálogo deliberativo realizado previamente à elaboração do programa do curso.

Cada módulo será disponibilizado em uma estrutura da seguinte forma:

- a) **Introdução** ao tema por meio de uma vídeo-aula gravada ou de um vídeo-pílula criado para esta finalidade ou selecionado entre os existentes em plataformas virtuais.
- b) **Materiais complementares**: serão disponibilizados textos e/ou casos clínicos ou mapas mentais, tabela e *slides*. A depender do tema poderão ser solicitados estudos dirigidos para o estudante fazer um *upload* no AVA para posterior devolutiva dos coordenadores.
- c) **Teste ao final de cada módulo** que o cursista poderá realizar de forma ilimitada até alcançar 100% de acerto, pré-requisito para prosseguir para o módulo seguinte.
- d) **Canal de acesso aos coordenadores do curso**: caso o estudante tenha dúvidas ou necessite de auxílio na ferramenta de ensino, poderá solicitar orientação aos facilitadores pelo canal indicado na plataforma do curso.

Ao final do curso, o estudante fará uma avaliação por meio de um formulário com questões sobre o conteúdo, carga horária, acessibilidade ao AVA, qualidade dos temas e dos materiais, entre outras questões. Essa avaliação será opcional.

Serão certificados todos os estudantes que concluírem o curso com 100% de aproveitamento.

Módulos, Conteúdo e Programação do Curso

Módulo	Conteúdo e atividades realizadas
<p>Módulo 1:</p> <p>Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Atenção Domiciliar no Brasil e no Distrito Federal</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Aula ilustrativa ❖ Leitura do material complementar. ❖ Avaliação do módulo
<p>Módulo 2:</p> <p>Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Segurança do paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avaliação Criteriosa de Elegibilidade ● Informação e Comunicação Efetivas ● Cuidado com a Ambiência Adequada ● Prevenção de Quedas <ul style="list-style-type: none"> ❖ Aula ilustrativa ❖ Leitura do material complementar. ❖ Estudo dirigido ❖ Avaliação do módulo

<p>Módulo 3: Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Conceitos básicos para o controle de infecção na AD</p> <ul style="list-style-type: none">● Conceito de CI● Diferença entre CI hospitalar e domiciliar● Medidas de controle de infecção para o domicílio:<ul style="list-style-type: none">○ Higiene das mãos, como fazer e como orientar o cuidador a fazer○ Higiene do domicílio○ Controle de pragas no domicílio○ Cuidados com a maleta de transporte de materiais <ul style="list-style-type: none">❖ Aula ilustrativa❖ Leitura do material complementar❖ Avaliação do módulo
<p>Módulo 4: Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Equipamentos de proteção individual</p> <ul style="list-style-type: none">● EPIS utilizados no domicílio● Como e quando utilizá-los● Importância do calendário de vacinação do trabalhador para proteção da equipe e do paciente <ul style="list-style-type: none">❖ Aula ilustrativa❖ Leitura do material complementar.❖ Estudo dirigido❖ Avaliação do módulo

<p>Módulo 5: Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Gerenciamento de Resíduos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento de Resíduo no Domicílio • Notificação de Incidentes ou Eventos Adversos <ul style="list-style-type: none"> ❖ Aula ilustrativa ❖ Leitura do material complementar. ❖ Estudo dirigido ❖ Avaliação do módulo
<p>Módulo 6: Carga horária: Equivalente a 5h</p>	<p>Tema: Avaliação Final</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação final ▪ <i>Feedback</i> do curso

Número de vagas

As vagas serão mantidas abertas enquanto o curso estiver disponível na plataforma em uma oferta contínua. Sem previsão para fechamento.

Local de realização

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (SMHN, Quadra 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Brasília, Distrito Federal, 70710-907), por meio de sua plataforma de educação a distância localizada no sítio <http://escsvirtual.df.gov.br/>, divulgado no momento da comunicação.

Público-alvo

Profissionais de saúde das equipes multidisciplinares da Atenção Domiciliar que atende m pacientes em domicílio. Estudantes de graduação da área de saúde e Residentes.

Critérios de seleção

Todos os candidatos dentro do público-alvo inscritos serão considerados aptos a participar do curso.

Meios de divulgação

A divulgação será feita nos sites e redes sociais da FEPECS, ESCS e SES-DF. Adicionalmente serão divulgados pelos gestores da Atenção Domiciliar, mestrandos e estudantes de graduação por meio das redes sociais.

Inscrição

Período: a partir de abril de 2024, quando o AVA estiver pronto e disponível para ser a comunidade com todos os materiais necessários. Será mantido aberto enquanto o curso estiver disponível na plataforma.

Local de inscrição: Sítio a ser divulgado pelo site da CPECC (<https://escspesquisa.000webhostapp.com/>) e por mídias eletrônicas.

Carga horária

O curso EAD tem uma carga horária de estudo equivalente a um curso de 30h presenciais.

Crítérios de Certificação

Serão certificados todos os participantes que completarem as atividades previstas para todos os módulos e tiverem o aproveitamento de 100% na avaliação final. Ao fim do período estipulado para o curso, os dados dos estudantes que concluíram o curso serão passados para certificação. Serão certificados também os docentes e estudantes que participarem da elaboração do curso.

Fonte de recursos

Não haverá qualquer ônus adicional para ESCS ou FEPECS para a realização deste curso. A criação dos materiais audiovisuais será custeada pelo Projeto CAPES/COFEN, do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde.

Prazo para execução dos serviços

O curso será mantido pela Coordenação de Pesquisa e Comunicação Científica (CPECC) e pela Coordenação de Pós-Graduação Stricto Sensu (CPGS), de forma contínua.

Referências

1. Villas Bôas MLC, Shimizu HE, Sanchez MN. Clinical and epidemiological profile of patients from the home care program of Federal District Brazil. *J Public Health Epidemiol.* 2015;7(6):189–97.
2. Silva TP. Segurança do Paciente e Prevenção de infecção na atenção domiciliar: Evidências de validade de instrumento, avaliação de práticas e produção audiovisual [dissertação]. Brasília: Escola Superior de Ciências da Saúde; 2023.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2023 abr 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html
4. Gama ZA da S, et al. AGRASS Questionnaire: Assessment of Risk Management in Health Care. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado 2024 nov 22];54:21. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001335>.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.996, 20 de agosto de 2007: dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Internet]. Brasília (DF); 2007 [citado 2011 dez 10]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>.
6. Ministério da Saúde (BR). 1997, o ano da saúde no Brasil: ações e metas prioritárias. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.

Minicurrículo da Coordenadora

Cristiane Dezoti Vivanco

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8501070179130037>

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (2002). Possui Residência em Enfermagem, Cirúrgica e Centro Cirúrgico. Atualmente é aluna do Mestrado Profissional da FEPECS - DF, Membro do Comitê de ética da FEPECS e enfermeira da Comissão de Padronização de Protocolos da Saúde - Secretaria de saúde do Distrito Federal. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica, Terapia Intensiva, Atenção Primária e Atenção Domiciliar, Educação Continuada e Docência nível médio e superior.

Mini currículo da Vice-coordenadora

Leila Bernarda Donato Gottems

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5157357462870217>

Pós-Doutorado em Economia (UnB) 2018-2019, Doutorado em Administração (UnB) 2006-2010, Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (2002-2003), Especialista em Saúde da Família (UnB-1999) e em Gestão e Economia da Saúde (UNICAMP-2006), Graduada em Enfermagem pela Universidade de Brasília (1995), Summer School on Latin American Economies concluída na United Nations, Economic Commission for Latin America and the Caribbean em 2018. Professora do curso de Enfermagem da UCB e da ESCS/FEPECS/SES-DF. Docente Permanente do Programa de Pós Graduação em Ciências para a Saúde da ESCS/FEPECS/SES-DF (Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde e Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde), vice-coordenadora (2013-2023) e coordenadora do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde (a partir de novembro de 2023). Docente Permanente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROF SAÚDE (desde 2019). Editora Científica da Revista Comunicação em Ciências da Saúde da ESCS/FEPECS. Gerente de Cursos de Mestrado e Doutorado da ESCS/FEPECS (2023 até o momento).

Referências

1. Villas Bôas MLC, Shimizu HE, Sanchez MN. Clinical and epidemiological profile of patients from the home care program of Federal District Brazil. *J Public Health Epidemiol.* 2015;7(6):189–97.
2. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
3. Procópio LCR, Seixas CT, Avelar RS, Silva KL, Moraes dos Santos ML. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde Debate [Internet].* 2022 maio 7 [citado 2024 nov 22];43(121abr-jun):592–604. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/1177>
4. Gilmour H. Unmet home care needs in Canada. *Health Rep.* 2018 Nov 21;29(11):3–11.
5. Haltbakk J, Graue M, Harris J, Kirkevold M, Dunning T, Sigurdardottir AK. Integrative review: Patient safety among older people with diabetes in home care services. *J Adv Nurs.* 2019 Nov;75(11):2449–60. doi: 10.1111/jan.13993.
6. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva.* 2007;4(17):135–40.
7. Baker A. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. *BMJ.* 2001 Nov 17;323(7322):1192.
8. Farokhzadian J, Dehghan Nayeri N, Borhani F. The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:1–13.
9. Oliveira PC, Santos OP, Villela EFM, Barros PS. Patient safety culture in home care service. *Rev Esc Enferm USP.* 2020;54:e03586. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018040703586>.
10. Wagner C, Groene O, Thompson CA, Klazinga NS, Dersarkissian M, Arah OA, et al. Development and validation of an index to assess hospital quality management systems. *Int J Qual Health Care.* 2014;26 Suppl 1:16-26. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu021>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2023 maio 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
12. Gama ZAS, et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. *Cad Saúde Pública [Internet].* 2016 [acesso em 2024 nov 22];32(9):e00026215. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2016.v32n9/e00026215/pt>.

13. Villas Bôas MLC, Shimizu HE, Sanches MN. Creation of complexity assessment tool for patients receiving home care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):433–9.
14. Associação Hospitalar Moinhos de Vento. *Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento; 2020 [acesso em 2024 nov 22]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf>.
15. Cunha MAO, Morais HMM. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [acesso em 2024 nov 22];12(6):1651–60. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZVBcW8vnKNwwYcgKxKbNQrp/?lang=pt>.
16. Silva TP. *Segurança do Paciente e Prevenção de infecção na atenção domiciliar: Evidências de validade de instrumento, avaliação de práticas e produção audiovisual* [dissertação]. Brasília: Escola Superior de Ciências da Saúde; 2023.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2023 abr 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1998 [acesso em 2023 maio 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html.
19. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. APIC - HICPAC Surveillance Definitions for Home Health Care and Home Hospice Infections [Internet]. 2008 [acesso em 2023 jun 2]. Disponível em: http://www.apic.org/Resource_/TinyMceFileManager/Practice_Guidance/HH-Surv-Def.pdf.
20. Briner M, Kessler O, Pfeiffer Y, Wehner T, Manser T. Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:337. doi: 10.1186/1472-6963-10-337.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e define gestão de risco [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2023 maio 12]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013>.
22. Gama ZA da S, et al. AGRASS Questionnaire: Assessment of Risk Management in Health Care. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado 2024 nov 22];54:21. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001335>.
23. Joint Commission International. *International Patient Safety Goals* [Internet]. Oak Brook: Joint Commission International; 2017 [acesso em 2023 jun 12]. Disponível em:

http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_2017_IPSG_Infographic_062017.pdf.

24. Mendes W, Moura MLO. Estratégias para segurança do paciente em serviços de saúde. In: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática [Internet]. Brasília: Anvisa; 2017 [acesso em 2023 maio 12]. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa>.
25. Guerra S, et al. Cuidado na atenção domiciliar: efeitos de uma intervenção educacional em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3):e00292124. doi: 10.1590/1981-7746-sol00292.26.
26. Farah BF. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? *Rev APS*. 2003;6(2):123-5.
27. Cotrim-Guimarães IMA. Programa de educação permanente e continuada da equipe de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
28. Paschoal AS. O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2004.
29. Montanha D, Peduzzi M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):597-604.
30. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.996, 20 de agosto de 2007: dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Internet]. Brasília (DF); 2007 [citado 2011 dez 10]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>.
31. Ministério da Saúde (BR). 1997, o ano da saúde no Brasil: ações e metas prioritárias. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
32. Hughes T, Bence D, Grisoni L, O'Regan N, Wornham D. Scholarship that matters: Academic-practitioner engagement in business and management. *Acad Manag Learn Educ*. 2011;10(1):40-57.
33. Çağdaş V, Stubkjær E. Design research for cadastral systems. *Comput Environ Urban Syst*. 2011;35(1):77-87. doi: 10.1016/j.compenvurbsys.2010.07.003.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF); 2007.
35. Simon HA. *The sciences of the artificial*. 3rd ed. Cambridge (MA): MIT Press; 2019.
36. Acosta AM, Oelke ND, Lima MADS. Considerações teóricas do diálogo

deliberativo: contribuições para prática, política e pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(4):e20170017. doi: 10.1590/0104-07072017000520017.

37. Tremblay MC, Hevner AR, Berndt DJ. Focus groups for artifact refinement and evaluation in design research. *Commun Assoc Inf Syst.* 2010;26(27):599-618
38. Guimarães Rostas MHS, Rostas GR. O ambiente virtual de aprendizagem (Moodle) como ferramenta auxiliar no processo ensino-aprendizagem: uma questão de comunicação. São Luís (MA): Instituto Federal de Educação do Maranhão, Campus Monte Castelo; 2009.
39. Simon HX. Ambiente virtual de ensino-aprendizagem em dispositivos móveis para o curso de comércio exterior. *Rev Saber Humano.* 2018;8(13):174-184.
40. Simon HX. Ambiente virtual de ensino-aprendizagem em dispositivos móveis para o curso de comércio exterior. *Rev Saber Humano.* 2018;8(13):174-184.
41. Vasconcelos CRD, De Jesus ALP, De Miranda Santos C. Ambiente virtual de aprendizagem (AVA) na educação a distância (EAD): um estudo sobre o Moodle. *Braz J Dev.* 2020;6(3):15545-15557.
42. Oliveira ÉT de. EaD e ambientes virtuais de aprendizagem: dimensões orientadoras para seleção de mídias [tese]. São Paulo: Faculdade de Educação; 2019 [citado 2024 Set 29]. doi:10.11606/T.48.2019.tde-04112019-163653.
43. Sanguino GZ. Desenvolvimento de material educativo para manejo da parada cardiorrespiratória pediátrica ocasionada por insuficiência respiratória. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019.
44. Chaguri Jr JC, et al. Utilização do AVA Moodle e suas contribuições no processo de ensino-aprendizagem: um relato de experiência da plataforma em uma disciplina de ciências humanas voltada à saúde. *Rev Transformar.* 2019;13(2):6-26.

**ANEXO I - DECLARAÇÃO DOS SERVIDORES ENVOLVIDOS, EXPLICITANDO O
DESVINCULAMENTO DESTAS ATIVIDADES COM RESPONSABILIDADES E/OU
DEMANDAS TRABALHISTAS À FEPECS**

A coordenadora do projeto, a aluna do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da ESCS/FEPECS, declara que as atividades deste projeto pedagógico são desvinculadas de responsabilidades e/ou demandas trabalhistas à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) e à Escola Superior de Ciências da Saúde, bem como garante responsabilidade acerca dos palestrantes do evento.

Brasília, 27 de março de 2024

Cristiane Dezoti Vicanco

Aluna do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da ESCS/FEPECS
Turma 2022

**ANEXO II – DECLARAÇÃO DOS SERVIDORES ENVOLVIDOS, EXPLICITANDO O
DESVINCULAMENTO DESSAS ATIVIDADES COM RESPONSABILIDADES E/OU
DEMANDAS TRABALHISTAS À FEPECS**

A vice-coordenadora do projeto, docente do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da ESCS/FEPECS, declara que as atividades deste projeto pedagógico são desvinculadas de responsabilidades e/ou demandas trabalhistas à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) e à Escola Superior de Ciências da Saúde, bem como garante responsabilidade acerca dos palestrantes do evento.

Brasília, 27 de março de 2024.

Profa. Dra. Leila Bernarda Donato Göttems

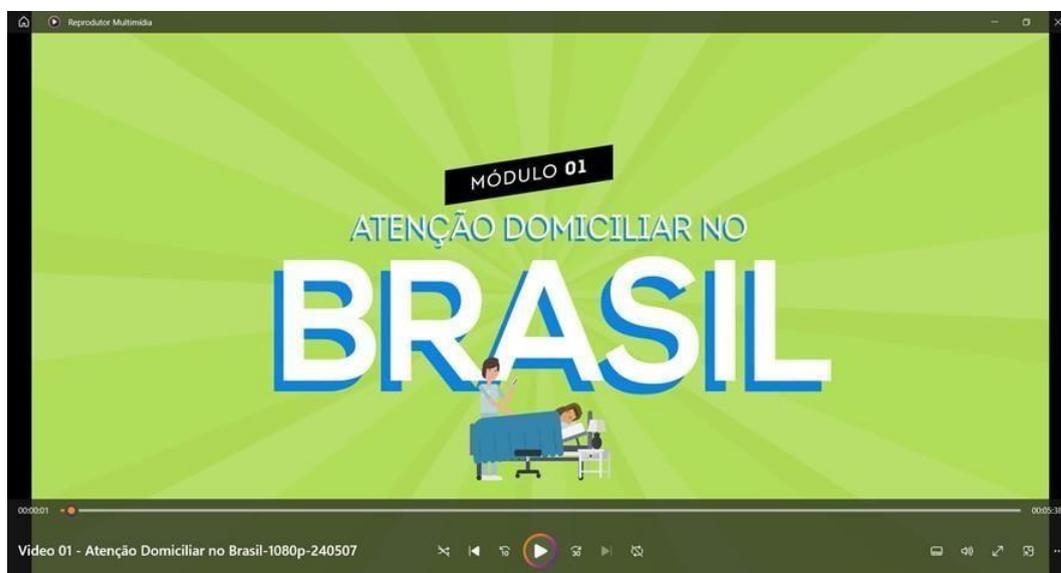
Docente do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da ESCS/FEPECS

Turma 2022

APÊNDICE B – ROTEIROS ELABORADOS PARA A CONSTRUÇÃO DOS VÍDEOS ORIGINAIS

MÓDULO 1

1- VÍDEO I



ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL

A Atenção Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde, caracterizada por um conjunto de ações de **prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, aplicação e promoção à saúde**, prestadas em domicílio. Tem como objetivo garantir a continuidade de cuidados para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, de maneira temporária ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade.

No Brasil, o Serviço de Atenção Domiciliar é normatizado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, que altera as Portarias de Consolidação 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar e do Programa Melhor em Casa.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, estabelece que a Atenção Domiciliar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, deve ser parte da rotina das equipes de Atenção Primária à Saúde, conforme as diretrizes da

Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde. Deve estar articulada com os outros pontos de atenção à saúde, garantindo a continuidade do cuidado prestado e estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, tendo em vista a ampliação da autonomia dos usuários, da família e dos cuidadores.

O Serviço de Atenção Domiciliar é o serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar, Equipes Multiprofissionais de Apoio e cuidador.

O cuidador é definido como a pessoa, com ou sem vínculo familiar com o usuário, que esteja apta para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá estar presente no atendimento domiciliar.

O Serviço de Atenção Domiciliar objetiva a redução da demanda por atendimento hospitalar, a redução do tempo de permanência da internação hospitalar dos usuários, a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários e a desinstitucionalização e otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde.

As equipes que compõem o Serviço de Atenção Domiciliar são:

I - **Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar**, que podem ser constituídas como Tipo um ou Tipo dois, que se distinguem por composição profissional, sendo que:

Tipo um é composta por:

1. Profissionais médicos e enfermeiros com somatório de carga horária semanal de, no mínimo, 60 horas de trabalho por equipe;
2. Profissionais fisioterapeuta ou assistente social com somatório de, no mínimo, 30 horas de trabalho por equipe;
3. Profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de, no mínimo, 120 horas de trabalho por equipe.

Tipo dois é composta por:

1. Profissional médico com no mínimo, 20 horas de trabalho semanais;
2. Profissional enfermeiro com no mínimo, 30 horas de trabalho semanais;

3. Profissional fisioterapeuta ou assistente social com no mínimo, 30 horas de trabalho semanais;
4. Profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com, no mínimo, 120 horas de trabalho semanais.

A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar deve realizar atendimento no domicílio, no mínimo, uma vez por semana a cada usuário.

II - Equipe Multiprofissional de Apoio, cuja composição mínima é de três profissionais de nível superior que tenham como ocupação o cargo de: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo e enfermeiro. A soma da carga horária semanal de seus componentes será de, no mínimo, 60 horas de trabalho.

A Equipe Multiprofissional de Apoio deve ser acionada somente a partir da indicação clínica das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar, para dar suporte e complementar suas ações.

O Serviço de Atenção Domiciliar é organizado a partir de uma base territorial de população municipal igual ou superior a 20.000 e se relaciona com os demais serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde, em especial com a atenção básica, atuando como matriciadores dessas equipes, quando necessário. Além disso, a oferta mínima do Serviço de Atenção Domiciliar é de 12 horas/dia de funcionamento, de modo que o trabalho das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar seja no formato de cuidado horizontal (diarista) em dias úteis e nos finais de semana e feriados, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde, podendo utilizar, nessas ocasiões, o regime de plantão.

As Equipes Multiprofissionais de Apoio, por sua vez, devem apoiar as Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar nos dias úteis e, quando necessário, ter escala especial para finais de semana e feriados.

O trabalho realizado de forma acolhedora, humanizada e integrada entre o Serviço de Atenção Domiciliar, segundo as necessidades do usuário, reduz a fragmentação da assistência e valoriza o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares, além de estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

2- VÍDEO II



CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para a compreensão do perfil de atendimento da população beneficiária e, conseqüentemente, para o adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários e fluxos intra e intersetoriais, a Atenção Domiciliar é dividida em três modalidades: Atenção Domiciliar um, Atenção Domiciliar dois e Atenção Domiciliar três, determinadas de acordo com as necessidades de cuidado peculiares a cada paciente assistido, considerando a periodicidade indicada das visitas, a intensidade do cuidado multiprofissional e o uso de equipamentos.

Atenção Domiciliar 1: Considera-se elegível para esta modalidade o usuário que, tendo indicação de Atenção Domiciliar devido a adoecimento por condição crônica estável e restrição ao leito ou lar, requeira cuidados da equipe de saúde com frequência espaçada e programada, a ser definida conforme seu Plano Terapêutico Singular. Nessa modalidade, a prestação da assistência à saúde é de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso e conforme o preconizado na Política Nacional de Atenção Básica e demais normas aplicáveis.

Atenção Domiciliar 2: O usuário elegível para esta modalidade é aquele que, tendo indicação de Atenção Domiciliar, necessite de cuidados multiprofissionais, transitórios e intensificados, minimamente semanais, com atendimentos regulares fora do horário de funcionamento dos serviços de Atenção Primária à Saúde, e que

apresente as seguintes condições clínicas:

- Afecções agudas, com necessidade de tratamentos parenterais ou outros procedimentos frequentes;
- Afecções crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados sequenciais, tratamentos parenterais ou reabilitação com possibilidade de ganho de funcionalidade;
- Afecções que demandem cuidados paliativos, com necessidade de visitas sequenciais para manejo de sintomas não controlados; e
- Prematuridade com necessidade de ganho ponderal ou de procedimentos sequenciais.

Atenção Domiciliar 3: Considera-se elegível para a Atenção Domiciliar 3 o usuário que se enquadre em qualquer das situações listadas na modalidade Atenção Domiciliar 2 e que necessite de:

Cuidados predominantemente multiprofissionais; e

Uso de equipamentos ou agregação de procedimentos de maior complexidade, tais como:

1. Ventilação mecânica invasiva e não invasiva domiciliar;

2. Nutrição parenteral;

3. Transfusão sanguínea;

4. Diálise peritoneal;

5. Hemodiálise;

6. Drenagens repetidas (toracocentese, paracentese e outras);

7. Cuidados paliativos em fase final de vida; ou

8. Condições crônico-degenerativas progressivas; e com necessidade de procedimentos sistemáticos em domicílio, como reabilitação intensiva, antibioticoterapia e outros.

Salienta-se que, embora o Serviço de Atenção Domiciliar, por meio do Programa Melhor em Casa, tenha responsabilidade e protagonismo no cuidado aos usuários da modalidade Atenção Domiciliar 3, isso não anula a responsabilidade dos serviços de Atenção Primária em relação à sua população adscrita, nem a necessidade de um plano de cuidado compartilhado.

A Resolução ainda dispõe que os usuários com necessidade de diálise peritoneal ou hemodiálise permanecerão vinculados à equipe assistencial de sua

referência, nas clínicas ou centros de terapia renal substitutiva, sejam particulares ou conveniados ao Sistema Único de Saúde. Em qualquer momento de necessidade clínica, esses usuários serão referenciados para tais serviços, em conformidade com a integralidade de seu cuidado.

Aos usuários em Atenção Domiciliar acometidos por intercorrências agudas que não sejam possíveis de serem resolvidas pela equipe do Serviço de Atenção Domiciliar, deverá ser garantido pelo conjunto de pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde o transporte para as unidades assistenciais de funcionamento 24 horas por dia, previamente definidas como referência para pacientes do Serviço de Atenção Domiciliar, realizado na lógica da rede integrada, pelos equipamentos da Rede de Atenção à Saúde implantados para esse fim, como transporte sanitário.

- São inelegíveis para a Atenção Domiciliar:

I - Usuários que apresentem necessidade clínica que demande assistência de qualquer profissional de saúde presencial permanente e/ou monitorização contínua;

II - Usuários residentes de municípios não habilitados para Serviço de Atenção Domiciliar:

III - Usuários com necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;

IV - Usuários com necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou

V - Usuários que apresentem instabilidade hemodinâmica ou respiratória ou outras condições que configurem risco de piora abrupta e ameaça imediata à vida, salvo nos casos de cuidados paliativos em fase final de vida em que estes já tenham Diretivas Antecipadas de Vontade manifestando vontade de falecer em domicílio e equipe do Serviço de Atenção Domiciliar com condições de prestar assistência adequada para alívio do sofrimento.

3 - VÍDEO III



ATENÇÃO DOMICILIAR NO DF

Atualmente, no Distrito Federal, de acordo com o Painel de Informações Domiciliares (Sala de Situação SES/DF), são realizados 197.621 atendimentos domiciliares por 17 Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar e 10 Equipes Multiprofissionais de Apoio, compostas por 838 profissionais de 25 categorias profissionais.

São assistidos 17.940 (9,08%) pacientes na modalidade Atenção Domiciliar 1; 165.903 (83,95%) pacientes na modalidade Atenção Domiciliar 2; 13.157 (6,66%) pacientes na modalidade Atenção Domiciliar 3; e 621 (0,31%) pacientes não informados quanto à elegibilidade (PEC e e-SUS APS. Produção - Atendimentos Domiciliares DF. Acesso em 17/03/2024 às 21:01). A Região Oeste é a que apresenta maior produção de atendimentos domiciliares, seguida pelas Regiões Sul, Centro-Sul, Sudoeste, Norte, Central e Leste.

Na capital do país, a Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar é a unidade responsável por acompanhar e apoiar a estruturação dos Serviços de Atenção Domiciliar, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde, por meio das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar e das Equipes Multiprofissionais de Apoio. Ela também promove e apoia os processos de planejamento, elaboração e normatização dos protocolos clínicos e fluxos assistenciais de Atenção Domiciliar, com ênfase na desospitalização. A gerência

monitora e avalia as informações relacionadas à Atenção Domiciliar a partir dos sistemas informacionais vigentes, elabora pareceres técnicos relacionados a insumos, materiais médico-hospitalares, equipamentos e outras matérias relativas à Atenção Domiciliar, e colabora na elaboração de Termos de Referência para a aquisição de insumos, materiais médico-hospitalares e equipamentos necessários ao atendimento dos pacientes e ao funcionamento da Atenção Domiciliar no Distrito Federal, bem como para a contratação de serviços especializados.

A Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar realiza assessoramento técnico quanto ao planejamento, monitoramento, avaliação e implementação da Política de Atenção Domiciliar, abrangendo as dimensões de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, em consonância com o **Programa de Internação Domiciliar** e as diretrizes do Ministério da Saúde, no âmbito do Distrito Federal. Além disso, desenvolve estratégias para a organização do **Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade** e do **Programa de Oxigenoterapia Domiciliar**, em alinhamento com as diretrizes da Secretaria, promovendo e apoiando a integralidade da assistência à saúde a partir das Linhas de Cuidados.

4 - VÍDEO IV



ATENÇÃO DOMICILIAR DE ALTA COMPLEXIDADE

O Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade oferece, atualmente, atendimento a crianças e adultos, com até cem vagas simultâneas, para

usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que se encontram clinicamente estáveis, mas cronicamente dependentes de tecnologia, necessitando de ventilação mecânica invasiva, assistência intensiva de enfermagem e classificados como de alta complexidade pela tabela da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar, respeitados os demais critérios de elegibilidade. A contratação ocorre por meio de processo licitatório, e a Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar é responsável por desenvolver estratégias para a organização do serviço. Todas as vagas são avaliadas pelo complexo regulador e inseridas no Sistema de Gerenciamento de Leitos.

O Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade é indicado para pessoas clinicamente estáveis que preenchem todos os seguintes critérios de inclusão:

Clínicos

- Estabilidade clínica - estabilidade respiratória e hemodinâmica sem o uso de drogas vasopressoras e sem intercorrências agudas que necessitem de intervenções médicas diárias;
- Com traqueostomia e gastrostomia instaladas e funcionantes, de forma a garantir a desospitalização segura;
- Cronicamente dependentes de ventilação mecânica invasiva;
- Com necessidade de assistência contínua de enfermagem;
- Classificados como Alta Complexidade, de acordo com a Tabela da Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar;
- Adequadamente adaptados ao ventilador pulmonar portátil microprocessado, fornecido pela empresa.

Administrativos

- Residência e domicílio no Distrito Federal;
- Consentimento formal do paciente, familiar ou representante legal, por meio da assinatura de Termo de Adesão à Modalidade de Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade;
- Preenchimento dos seguintes formulários pela equipe assistente da Secretaria de Saúde do Distrito Federal: Termo de Adesão à Modalidade de Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade, Ficha de Solicitação do Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade,

Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar, cadastro aprovado no Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

- Presença ininterrupta no domicílio de cuidador e/ou responsável legal, maior que dezoito anos, providenciado pela família ou responsável, durante a prestação do serviço.

V- VÍDEO V



PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

A oxigenoterapia é uma modalidade de tratamento na qual há oferta do gás oxigênio em caráter suplementar à respiração normal, que pode ser implementada tão logo preenchidos os critérios para o fornecimento do mesmo, tanto em ambiente hospitalar quanto em ambiente domiciliar. Desta forma, a oxigenoterapia na atenção domiciliar é necessária sempre que for identificada a necessidade de suplementação de oxigênio para manter a estabilidade clínica em domicílio, preservando a independência e a funcionalidade do paciente.

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal oferece aos usuários de oxigenoterapia domiciliar três tipos de sistemas, sendo que:

- O sistema **portátil** de oxigenoterapia preza pelo tamanho, peso e fluxo ofertado, de forma a permitir aos pacientes cronicamente debilitados e usuários desta terapia, permanecerem fisicamente ativos tanto quanto

possível.

- O concentrador fornece oxigenoterapia para pacientes que necessitam de meio litro por minuto até dois litros por minuto. O fornecimento do concentrador portátil está previsto para pacientes incluídos no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar, que apresentem necessidade de deslocamentos frequentes. Os pedidos serão classificados por ordem cronológica e conforme a disponibilidade dos equipamentos.
- O sistema de oferta de **baixo fluxo** – pressupõe um concentrador com capacidade de meio litro por minuto até cinco litros por minuto, cilindro para *backup* e materiais descartáveis que permitam ao paciente inalar uma quantidade de ar proveniente do ambiente, somando-se ao oxigênio ofertado pela fonte. Assim, se a demanda ventilatória do paciente mudar, quantidades diferentes de ar serão misturadas ao fluxo constante vindo da fonte suplementar, causando variação na concentração final de oxigênio oferecida.
- O sistema de oferta de **alto fluxo** – pressupõe um concentrador com capacidade de meio litro por minuto até dez litros por minuto, cilindro para *backup* e materiais descartáveis que forneçam oxigênio em uma concentração predeterminada, normalmente não afetada por mudanças na demanda ventilatória do paciente.

Há a vigência no site da Secretaria de Saúde do Distrito Federal para o protocolo de oxigenoterapia domiciliar de dois anos, como para todos os protocolos, a partir da data de publicação no Diário Oficial do Distrito Federal.

MÓDULO 2

1- VÍDEO VI



SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Para o adequado funcionamento da Atenção Domiciliar, são necessários, além de profissionais qualificados com competências específicas, garantir a segurança do paciente, já que esse cuidado de saúde não será realizado em uma unidade básica de saúde ou em um hospital, mas sim no domicílio do paciente.

A segurança do paciente é de extrema relevância para a melhoria da qualidade dessa assistência, com características importantes, como a prevenção de eventos adversos evitáveis e de erros médicos; proteção contra danos e lesões aos pacientes; colaboração dos profissionais; e integração e fortalecimento dos sistemas de saúde.

A Organização Mundial da Saúde define a segurança do paciente como a diminuição, a um mínimo razoável, de danos dispensáveis ao paciente durante a prestação dos cuidados de saúde. Além disso, a segurança do paciente é uma dimensão de destaque entre os seis domínios que caracterizam a qualidade e o melhor desempenho da assistência à saúde: **segurança, efetividade, centralidade no paciente, otimização da resposta, eficiência e equidade.**

Assim, um ponto relevante na Atenção Domiciliar é a segurança do paciente no domicílio. Nesse contexto, o Ministério da Saúde publicou um importante documento para orientar a “Segurança do paciente no Domicilio”.

No Brasil, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 529, de 1º de abril

de 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de Saúde. O Programa Nacional de Segurança do Paciente 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.**

Ainda de acordo com a mesma Portaria, alguns conceitos são definidos.

Dano: é apontado como comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Incidente: descrito como evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente

Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente.

FATORES QUE PROMOVEM A SEGURANÇA DO PACIENTE NO DOMICÍLIO

Avaliação criteriosa de elegibilidade

- Critérios clínicos: tratam sobre a situação do paciente, procedimentos indispensáveis ao cuidado e frequência de visitas necessárias;
- Critérios administrativos: consideram os aspectos operacionais e normativos primordiais para a viabilidade do cuidado em Atenção domiciliar.

Informações e comunicações efetivas

- Relação entre profissionais, usuários e familiares;
- Diferentes concepções e linguagens podem estar envolvidas, 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 a **garantia de continuidade do cuidado**, é necessário:

- O fornecimento regular, por parte do município ou estado, de materiais,

equipamentos e insumos necessários para a atuação da equipe no domicílio.

- A presença de cuidador apto, nos casos de usuários dependentes funcionalmente. Devem-se verificar com o cuidador suas condições de realização de ações necessárias, promovendo 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.
- O domicílio deve estar em condições adequadas para o tipo de cuidado proposto, tal como o fornecimento ininterrupto de energia elétrica quando o paciente fizer uso de aparelhos elétricos.
- A 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 quando necessário.
- A alta programada é 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, considerando que é um serviço transitório, devendo-se permanentemente promover o vínculo com o serviço da Atenção Básica existente no território do usuário.

A garantia de insumos necessários e transporte em tempo oportuno

- Os veículos devem estar em condições adequadas para o uso das equipes, conforme os protocolos de manutenção e higienização.
- O transporte de alguns materiais e equipamentos, tais como caixas térmicas e de coleta de resíduos, deve ser adequado.
- Os materiais e medicamentos devem ser recebidos pelo usuário na quantidade e nos tipos corretos e no momento oportuno.
- Os fluxos para prover materiais, medicamentos, equipamentos e outras tecnologias indispensáveis a cada caso, de acordo com sua complexidade, devem estar bem definidos para cada equipe, conforme sua realidade local.
- O acesso a métodos complementares de diagnóstico e consultas com especialistas, tanto em caráter eletivo quanto de urgência, também faz

parte da segurança do paciente internado no domicílio.

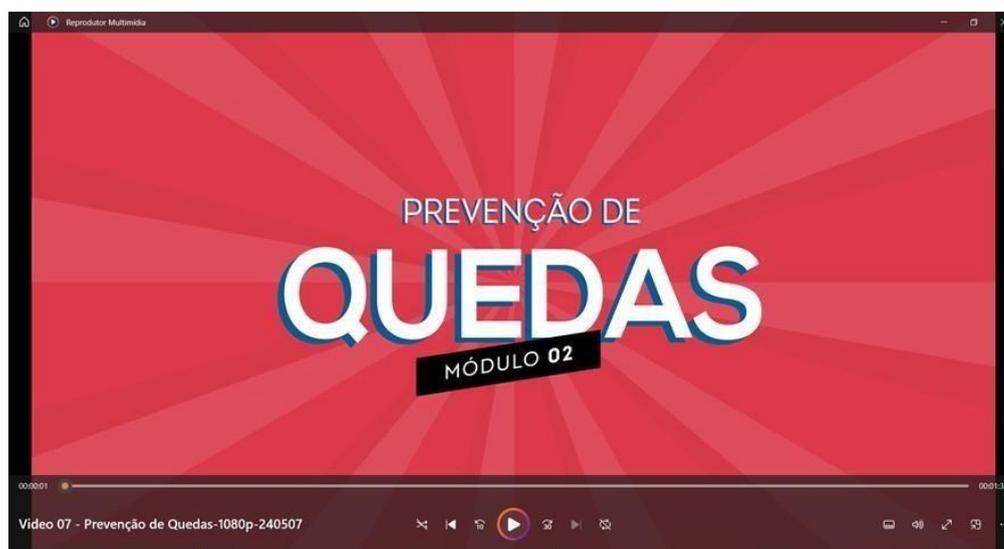
- Ainda, considerando a questão logística, a Portaria do Ministério da Saúde nº 825, de 2016, estabelece que o Samu ou equivalente, para municípios com mais de 40 mil habitantes, é pré-requisito para habilitação de um Serviço de Atenção Domiciliar. Busca-se, assim, assegurar que, em situações de maior complexidade ou agravamento do quadro clínico, o usuário possa receber atendimento móvel ou ser transferido para unidades de urgência ou para o hospital, quando necessário.

A promoção de um ambiente seguro

Observando e favorecendo as adequações que forem necessárias, mas sempre lembrando que se está em um ambiente privado, onde se deve respeitar particularidades culturais e valores familiares individuais.

- Orientar para que seja um ambiente arejado, iluminado e limpo periodicamente.

2- VÍDEO VII



PREVENÇÃO DE QUEDAS

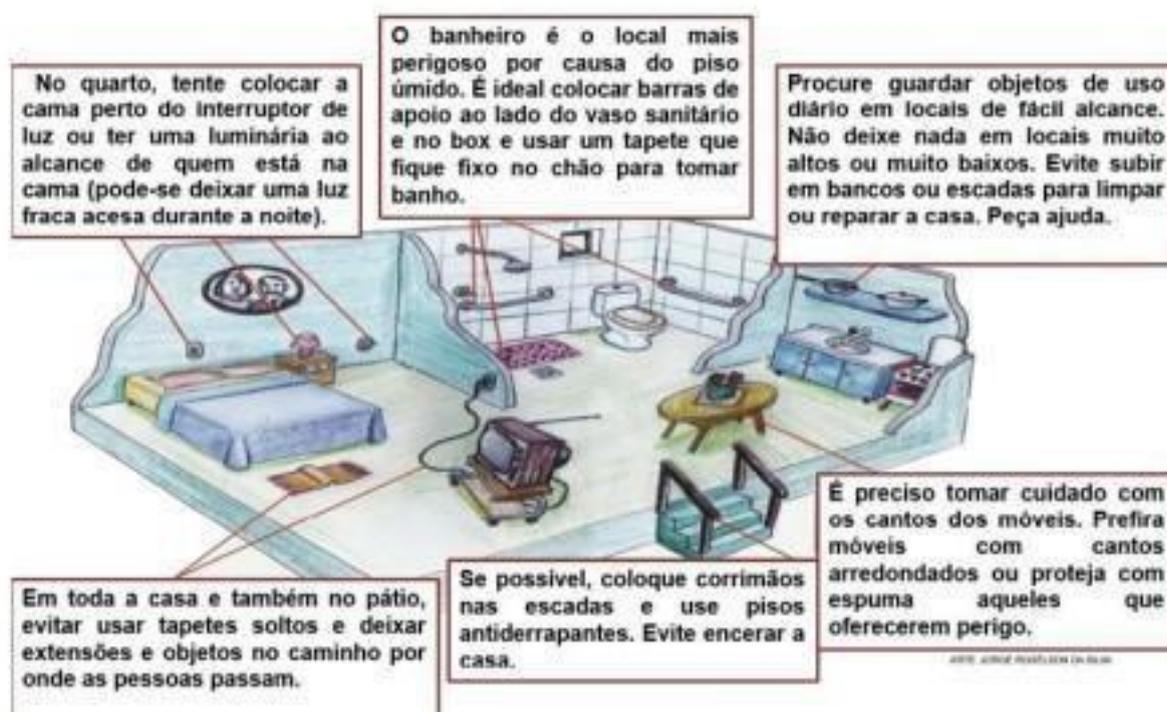
As quedas apresentam causas multifatoriais, destacando-se alterações fisiológicas relacionadas à idade, às doenças, ao uso de medicamentos ou outras substâncias e às condições ambientais, como piso escorregadio e pouca iluminação.

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

- Avaliar o risco de quedas utilizando a escala de Morse.
- Envolver os cuidadores no processo de prevenção de quedas, identificando possíveis facilitadores no domicílio.
- 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 ao uso de múltiplos fármacos e aos efeitos colaterais que possam resultar em perda do equilíbrio.
- Evitar pisos desnivelados e tapetes na casa.
- Orientar o uso de calçados fixos aos pés e com solados antiderrapantes.

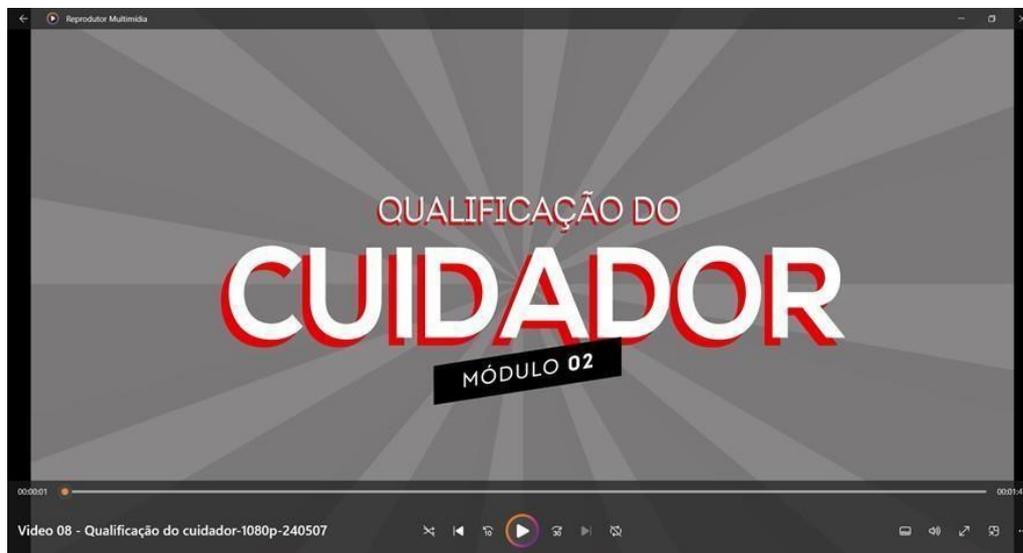
Figura 1 – Facilitadores de quedas no domicílio e medidas preventivas

Facilitadores de quedas no domicílio e medidas preventivas



Fonte: SAD – Grupo Hospitalar Conceição, 2016.

3- VÍDEO VIII



QUALIFICAÇÃO DO CUIDADOR

Os familiares e cuidadores precisam estar orientados sobre a proposta terapêutica e aptos a realizar alguns procedimentos rotineiros (como mudança de decúbito e ações de higiene) ou manusear equipamentos necessários ao cuidado, garantindo a continuidade e a boa qualidade do atendimento, já que a maior parte das atividades é realizada sem a presença de profissionais.

As orientações e treinamentos podem ocorrer no próprio Serviço de Atenção Domiciliar, utilizando recursos como bonecos, ou durante a internação hospitalar, quando necessário. Também podem ser usados recursos adicionais, como vídeos, manuais e orientações ilustrativas ou por escrito, para facilitar a compreensão do cuidador.

Além do aprimoramento prático, é importante que os familiares e cuidadores estejam aptos a reconhecer sinais de alerta e eventos adversos relacionados a intercorrências clínicas ou ao uso de medicamentos, bem como as providências a serem tomadas nestas situações.

Figura 2 - Exemplo de material orientador direcionado aos cuidadores sobre sinais de alerta e condutas a tomar.

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.

Ademais, deve-se atentar 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 Serviço de Atenção Domiciliar para troca de experiências e atividades recreativas também visa contribuir para a qualidade de vida do cuidador.

4- VÍDEO IX



MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Os profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar são aqueles que repassam as informações para o sistema de informações e devem estar aptos para o registro, considerando que esses dados poderão ser transformados em informação para a avaliação da qualidade do cuidado prestado e, conseqüentemente, na segurança do cuidado.

Uma vez que o registro, sistematização e análise das informações produzidas são processos centrais para a gestão do processo de trabalho do Serviço de Atenção Domiciliar, 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 Atenção Domiciliar e revelam questões indispensáveis para o planejamento de ações à luz das necessidades do usuário.

O registro dos atendimentos aos pacientes deve ser feito no Trakcare Prontuário eletrônico da SES-DF e no e-SUS AD. Cada Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD) deve organizar, junto à gestão de leitos, a rotina para o processo de inclusão do paciente no sistema Trakcare e inserir as anotações dos atendimentos realizados.

O aplicativo e-SUS serve para uso exclusivo nos Serviços de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa) do Sistema Único de Saúde. Tem como finalidade o

registro de informações clínicas que serão integradas ao Prontuário Eletrônico do Cidadão, além da captação de dados de produção referentes às Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e Equipes Multiprofissionais de Apoio. Para sua utilização, é necessária a instalação do software PEC para agregação das informações, através de sincronização.

Tem como objetivo auxiliar o processo de trabalho das equipes, buscando qualificar o registro de informações, através da oferta de ferramenta móvel e eletrônica, para que o registro das informações possa ocorrer no local do atendimento, possibilitando a sua realização de forma mais ágil e com menor risco de perda de dados.

MÓDULO 3 - CONTROLE DE INFECÇÃO NA AD

1 - VÍDEO X



CONCEITOS BÁSICOS PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO NA AD

O termo “infecções hospitalares” vem sendo substituído nos últimos anos pelo termo “Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde”. Assim, a prevenção e o controle das infecções passam a ser considerados para todos os locais onde se prestam o cuidado e a assistência à saúde.

Na atenção domiciliar, também se observam riscos de infecção relacionada à assistência, denominada “infecção domiciliar”, definida como infecção que ocorre

cerca de 72 horas após a admissão em pacientes internados no domicílio e que não apresentavam sintomas nem doença em incubação no momento em que os cuidados foram iniciados. Quando os sintomas são manifestados antes desse período é considerada infecção hospitalar.

- Controle de Infecção

É um conjunto de medidas e práticas destinadas a prevenir a disseminação de doenças infecciosas em ambientes de saúde, comunidades e outros locais onde há potencial para a transmissão de microorganismos patogênicos. O objetivo principal do controle de infecção é reduzir o risco de infecção, tanto para pacientes quanto para profissionais de saúde, visitantes e outras pessoas em um ambiente específico.

- Diferença entre controle de infecção hospitalar e domiciliar

O controle de infecção hospitalar e domiciliar envolve estratégias diferentes devido às características distintas dos ambientes em que são aplicados.

Ambiente

Controle de Infecção Hospitalar: É aplicado em ambientes hospitalares, onde pacientes são suscetíveis a uma variedade de infecções devido à presença de outros pacientes doentes, procedimentos invasivos, e exposição a uma grande variedade de patógenos.

Controle de Infecção Domiciliar: É aplicado em ambientes residenciais, onde os pacientes estão em suas casas. Este ambiente geralmente tem menos exposição a patógenos, embora ainda exista o risco de infecção, especialmente se houver indivíduos doentes ou imunocomprometidos em casa.

Público-alvo

Controle de Infecção Hospitalar: O público-alvo principal são pacientes hospitalizados, profissionais de saúde e visitantes.

Controle de Infecção Domiciliar: O público-alvo principal são os membros da família, profissionais de saúde presentes durante a visita domiciliar e outras pessoas que compartilham o espaço doméstico com o paciente.

Medidas de controle

Controle de Infecção Hospitalar: Inclui medidas rigorosas de prevenção de infecções, como higienização das mãos, uso de equipamentos de proteção individual, limpeza e desinfecção de superfícies, isolamento de pacientes infectados e vigilância epidemiológica.

Controle de Infecção Domiciliar: As medidas podem incluir higienização regular das mãos para o cuidador, familiares e equipes de Atenção Domiciliar antes e depois dos atendimentos prestados, limpeza doméstica adequada, manejo seguro de resíduos, isolamento domiciliar de pacientes infectados, se necessário, controle de pragas e cuidados com a maleta de transporte de materiais.

Complexidade e recursos

Controle de Infecção Hospitalar: Pode ser mais complexo devido à presença de uma ampla variedade de procedimentos médicos, pacientes com diferentes condições de saúde e maior densidade populacional. Requer recursos adicionais, como pessoal treinado, equipamentos de proteção, materiais de limpeza e sistemas de vigilância.

Controle de Infecção Domiciliar: Geralmente é menos complexo, pois o ambiente é mais controlado e há menos diversidade de condições de saúde. No entanto, ainda requer educação e conscientização dos membros da família sobre medidas de prevenção de infecções.

Embora haja diferenças entre o controle de infecção hospitalar e domiciliar, ambos visam prevenir a disseminação de doenças infecciosas e proteger a saúde dos pacientes e das pessoas ao seu redor.

2- VIDEO XI



MEDIDAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO PARA O DOMICÍLIO

Precauções básicas: são medidas padronizadas para o cuidado em saúde, independentemente do local em que sejam realizados. As medidas padronizadas citadas e que referem a este contexto são:

- acomodação do usuário conforme sua complexidade ou risco;
- higienização adequada das mãos;
- higiene respiratória;
- uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);
- manuseio seguro de roupas;
- descarte seguro de resíduos.

Acomodação, como fazer e como orientar o cuidador fazer

Antes da admissão do paciente, devem ser avaliados os seguintes critérios:

- Rede elétrica capaz de suportar a utilização de equipamentos, como concentrador de oxigênio, aspirador, monitor multiparâmetro e ventilador mecânico;
- Saneamento básico;
- O quarto deve ser o mais amplo possível, com boa ventilação e iluminação e sem umidade e mofo nas paredes;
- Facilidade de acesso da equipe de saúde e urgência ao domicílio;

- Condições de logística para o acesso do paciente à rede de saúde;
- O ideal é que seja uma suite, ou que fique perto do banheiro;
- O banheiro deve ter piso antiderrapante e barras de apoio nas laterais do vaso sanitário e no chuveiro;
- A passagem para a área do chuveiro precisa ter no mínimo 80 cm.

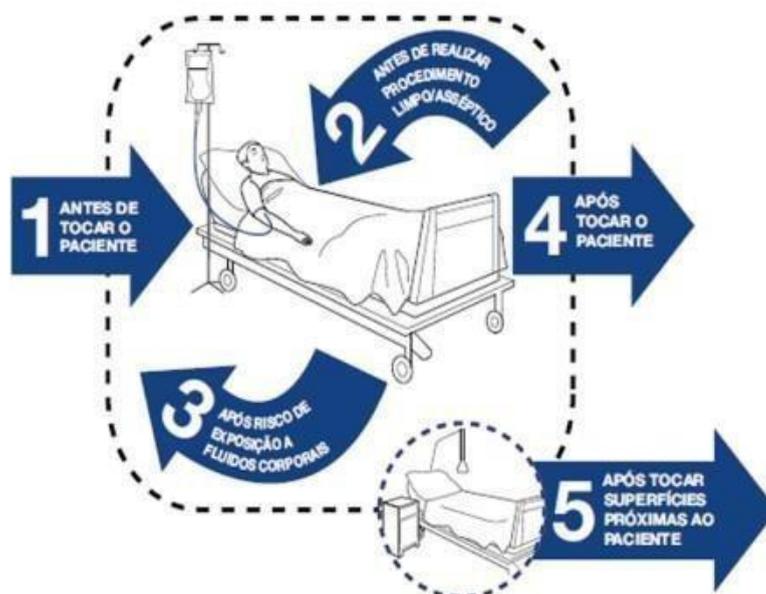
Higiene das mãos, como fazer e como orientar o cuidador a fazer

O processo de higienização das mãos, por ser medida individual, é fundamental 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.



A higiene das mãos corresponde 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: 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. O procedimento de higiene das mãos com sabonete líquido e água deve respeitar duração mínima de 40 segundos.

Os 5 momentos para a HIGIENE DAS MÃOS



Higiene respiratória, como fazer e como orientar o cuidador a fazer

- Cobrir a boca e o nariz ao tossir ou espirrar com papel descartável.
- Descartar ou limpar adequadamente os materiais usados para cobrir a boca e o nariz após o uso (por exemplo, lave lenços usando sabão ou detergente e água).
- Utilização de Equipamento de Proteção Individual, como fazer e como orientar o cuidador a fazer.
- Manuseamento Seguro da Roupas, como fazer e como orientar o cuidador a fazer.
- Coleta Segura de Resíduos, como fazer e como orientar o cuidador a fazer.

Esses três últimos temas serão abordados nos próximos módulos.

3- VIDEO XII



HIGIENE DO DOMICÍLIO

A higiene domiciliar desempenha um papel crucial na prevenção da disseminação de infecções dentro de uma residência.

- Higienização das mãos: Incentive todos os membros da família a lavar as mãos regularmente com água e sabão por pelo menos quarenta segundos, especialmente antes de preparar ou consumir alimentos, após usar o banheiro, após tossir ou espirrar, e ao retornar para casa após sair.
- Limpeza regular: Estabeleça uma rotina de limpeza regular para as áreas comuns da casa, incluindo superfícies de toque frequente, como maçanetas de portas, interruptores de luz, controles remotos, telefones, eletrodomésticos, mesas e bancadas. Use produtos de limpeza domésticos adequados para desinfetar as superfícies.
- Higienização de alimentos: Lave bem os alimentos antes de prepará-los e consumi-los. Utilize tábuas de corte separadas para alimentos crus e cozidos, e evite a contaminação cruzada entre eles. Mantenha a área de preparo de alimentos limpa e desinfetada.
- Manejo adequado de resíduos: Descarte corretamente o lixo doméstico em sacos de lixo adequados, mantendo-os bem fechados. Separe resíduos orgânicos de resíduos não orgânicos, e separe também materiais recicláveis quando aplicável. Certifique-se de lavar as mãos

- após manusear o lixo.
- Cuidados com a higiene pessoal: Incentive todos os membros da família a manter uma boa higiene pessoal, incluindo tomar banho regularmente, escovar os dentes, cortar as unhas e manter o cabelo limpo.
 - Isolamento de membros doentes: Se algum membro da família estiver doente, é importante que ele seja isolado o máximo possível em uma área designada da casa para evitar a propagação da doença. Isso pode incluir o uso de um banheiro separado, se disponível, e a limpeza frequente de superfícies tocadas pelo paciente.
 - Ventilação: Mantenha uma boa circulação de ar na casa, abrindo janelas e portas regularmente para permitir a entrada de ar fresco. Isso ajuda a reduzir a concentração de patógenos no ambiente interno.
 - Cuidados com os animais de estimação: Mantenha os animais de estimação limpos e saudáveis, seguindo as recomendações do veterinário. Limpe regularmente as áreas onde os animais de estimação vivem e brincam, e lave as mãos após o contato com eles.

4- VIDEO XIII



CONTROLE DE PRAGAS NO DOMICÍLIO

Como parte do cuidado com o domicílio, a limpeza e o controle de pragas são essenciais. Aqui estão algumas orientações para manter o ambiente livre de

pragas:

- **Manutenção preventiva:** Mantenha a casa limpa e livre de entulhos para evitar atrair pragas. Faça reparos em rachaduras, buracos e outras aberturas que possam servir de entrada para insetos, roedores e outros animais.
- **Armazenamento adequado de alimentos:** Armazene alimentos em recipientes herméticos e feche as embalagens com firmeza para evitar atrair pragas, como insetos e roedores. Limpe regularmente os armários e despensas para remover migalhas e resíduos de alimentos.
- **Eliminação de fontes de água:** Corrija vazamentos e mantenha as áreas propensas à umidade, como pias, banheiros e porões, secas e bem ventiladas. Pragas como baratas e mosquitos se reproduzem em ambientes úmidos.
- **Manutenção do jardim:** Mantenha o jardim e a área externa da casa bem cuidados. Remova folhas caídas, aparas de grama e outros detritos que possam servir de esconderijo ou habitat para pragas.
- **Eliminação de abrigos:** Remova objetos empilhados, pilhas de madeira, entulho e outros abrigos potenciais para pragas ao redor da casa. Mantenha o quintal arrumado e livre de áreas propícias para a nidificação de roedores e insetos.
- **Controle de insetos:** Use telas em janelas e portas para impedir a entrada de insetos voadores. Aplique inseticidas domésticos conforme necessário, seguindo as instruções do rótulo e tomando precauções de segurança.
- **Controle de roedores:** Instale armadilhas ou use iscas para roedores em áreas onde há sinais de infestação. Selar buracos e rachaduras em paredes e pisos para evitar a entrada de ratos e camundongos.
- **Contratação de serviços profissionais:** Se a infestação de pragas for grave ou persistente, considere contratar serviços profissionais de controle de pragas. Esses profissionais podem realizar inspeções detalhadas, identificar o tipo de praga e implementar medidas de controle adequadas.

5- VÍDEO XIV



CUIDADOS COM A MALETA DE TRANSPORTE DE MATERIAIS

Na prestação de serviços de atenção domiciliar, a maleta de transporte de materiais desempenha um papel importante na prevenção da disseminação de infecções. Aqui estão alguns cuidados essenciais a serem considerados:

- Higienização regular: Limpe a maleta regularmente com desinfetantes adequados para garantir que ela esteja livre de sujeira, poeira e microrganismos. Isso é especialmente importante se a maleta entrar em contato com superfícies contaminadas durante as visitas domiciliares.
- Separação de materiais limpos e sujos: Mantenha uma separação clara entre os materiais limpos e sujos dentro da maleta. Isso pode ser feito usando compartimentos separados ou embalagens individuais para os materiais sujos, como materiais descartáveis ou contaminados.
- Descarte adequado de materiais contaminados: Descarte os materiais descartáveis e contaminados adequadamente após o uso, seguindo os procedimentos de descarte de resíduos médicos e biológicos. Certifique-se de não reutilizar materiais descartáveis que possam representar um risco de infecção.
- Armazenamento seguro de materiais estéreis: Mantenha os materiais estéreis, como gazes, curativos e instrumentos estéreis, armazenados em embalagens fechadas até o momento de uso. Evite expor esses

- materiais a condições que possam comprometer sua esterilidade.
- Verificação regular da integridade dos materiais: Verifique regularmente a integridade dos materiais dentro da maleta, como datas de validade de medicamentos, condição de embalagens e funcionamento de instrumentos. Substitua qualquer material danificado ou expirado imediatamente.
 - Higienização das mãos: Lave as mãos adequadamente com água e sabão ou use desinfetante para as mãos antes e após manusear a maleta de transporte e os materiais dentro dela. Isso ajuda a prevenir a transferência de microrganismos entre os pacientes e o ambiente domiciliar.
 - Uso de Equipamentos de Proteção Individual: Use, adequadamente, luvas descartáveis, aventais e máscaras, durante as visitas domiciliares, conforme necessário. Isso ajuda a proteger, tanto o profissional de saúde quanto o paciente, contra a exposição a agentes infecciosos.
 - Educação do paciente e da família: Forneça orientações adequadas ao paciente e à família sobre o uso e o armazenamento seguro dos materiais fornecidos na maleta de transporte. Isso pode incluir instruções sobre a administração de medicamentos, troca de curativos e manejo de dispositivos médicos

MÓDULO 4 - EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

1- VÍDEO XV



EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL UTILIZADOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Os profissionais da área da saúde estão frequentemente expostos a acidentes ocupacionais com materiais biológicos, seja por meio de lesões causadas por objetos pontiagudos, como agulhas contaminadas com sangue, seja por espirros de secreções em mucosas ou em pele não íntegra. Por isso, foram definidas Precauções Básicas Padronizadas para aumentar a segurança em situações que representam risco aos profissionais que prestam assistência à saúde em diferentes níveis de cuidado, independentemente do local onde sejam realizadas.

As Precauções Básicas Padronizadas constituem um conjunto de medidas destinadas a reduzir o risco de transmissão de micro-organismos. Incluem a higienização das mãos e o uso de barreiras, como os Equipamentos de Proteção Individual, definidos pela Norma Regulamentadora 6 como “todo dispositivo ou produto de uso individual, utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção contra riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho”. No contexto das Precauções Básicas Padronizadas, esses dispositivos incluem luvas, máscaras, gorros, óculos de proteção, protetores faciais e aventais.

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

- Luvas - Devem ser utilizadas 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 - Devem ser utilizados 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.
- Sapatos fechados - Devem ser utilizados durante todo atendimento ao paciente, evitando acidentes com pérfuro/cortantes e resíduos biológicos.

Ademais, deve-se também ser executado o manejo e o descarte corretos de materiais pérfuro/cortantes e resíduos e imunização dos profissionais e

acomodação adequada do paciente. Essas precauções devem ser seguidas para todos os pacientes, independentemente da suspeita ou não de infecções.

Além das básicas, existem também precauções a serem seguidas em situações específicas, nomeadas Precauções Baseadas na Transmissão, elaboradas de acordo com o mecanismo de transmissão das patologias e designadas para pacientes suspeitos, sabidamente infectados ou colonizados por patógenos transmissíveis e de importância epidemiológica baseada em três vias principais de transmissão:

- Transmissão por contato

Utilizadas em pacientes com patologias suspeitas ou confirmadas, cujos agentes são transmitidos de pessoa para pessoa por contato com a pele ou mucosa. A transmissão pode ocorrer de forma direta ou indireta. Para qualquer interação com o paciente, é obrigatória a higienização das mãos e o uso de luvas, que devem ser trocadas entre dois procedimentos distintos realizados no mesmo paciente. Recomenda-se o uso de capote sempre que houver possibilidade de contato das roupas do profissional com o paciente. Além disso, o paciente deve, preferencialmente, ser colocado em um quarto individual. Todos os equipamentos utilizados, como termômetro, estetoscópio e esfigmomanômetro, devem ser devidamente limpos e desinfetados após o uso.

- Transmissão aérea por gotículas

Indicadas para a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, causada por micro-organismos transmitidos por gotículas de grande tamanho (maiores que cinco micrômetros) de saliva ou secreção nasofaríngea, geradas durante tosse, espirro, fala ou a realização de procedimentos. Além das Precauções Básicas, recomenda-se, sempre que possível, acomodar o paciente em um quarto privativo e utilizar máscara cirúrgica, tanto pelo profissional quanto pelo paciente, especialmente quando este precisar ser transportado.

- Transmissão aérea por aerossóis

Indicadas para a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, causada por micro-organismos transmitidos pela inalação de partículas menores que cinco micrômetros, eliminadas durante a respiração, fala, tosse ou espirro, que, ao se ressecarem, permanecem suspensas no ar por horas,

representando risco a outras pessoas. Além das Precauções Padrão, o paciente deve ser colocado, preferencialmente, em um quarto individual. O profissional deve utilizar máscara N95, e o paciente, máscara cirúrgica durante o transporte, se necessário.

2- VÍDEO XVI



OS PRINCIPAIS RISCOS OCUPACIONAIS

8.1.1 Classificação dos Principais Riscos Ocupacionais, de acordo com sua natureza e a padronização das cores correspondentes.

A classificação dos riscos deve ser feita de forma consensual, levando em consideração a opinião de todos os membros da comissão.

Riscos Físicos	Riscos Químicos	Riscos Biológicos	Riscos Ergonômicos	Riscos de Acidentes
Ruídos	Poeiras	Vírus	Esforço Físico Intenso	Arranjo Físico Inadequado
Vibrações	Fumos	Bactérias	Exigência de Postura Inadequada	Máquinas e Equipamentos sem Proteção
Radiações Ionizantes	Produtos Químicos	Protozoários	Jornada de Trabalho Prolongada	Ferramentas Inadequadas ou Defeituosas
Frio/Calor	Névoas	Parasitas	Monotonia e Repetitividade	Iluminação Inadequada
Pressões Anormais	Gases	Culturas de Células	Estresse Físico e/ou Psíquico	Risco de Incêndio
Umidade		Toxinas		Animais Peçonhentos

Medidas para proteger a segurança e a saúde dos trabalhadores em

serviços de saúde são estabelecidas pela Norma Regulamentadora nº 32, que recomenda, para cada situação de risco, a adoção de medidas preventivas e a capacitação dos trabalhadores para o desempenho seguro de suas atividades nos Estados, Municípios e no Distrito Federal.

Essa Norma abrange:

- Agentes de risco biológicos presentes no ambiente de trabalho

Considera como risco biológico a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos (microrganismos, geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons).

- Agentes de risco químicos presentes no ambiente de trabalho

Compreende a exposição aos agentes químicos presentes no local de trabalho. Consideram-se agentes químicos substâncias, compostos ou produtos químicos em suas diversas formas de apresentação: líquida, sólida, plasma, vapor, poeira, névoa, neblina, gasosa e fumo.

- Agentes de risco físicos presentes no ambiente de trabalho

Considera-se risco físico a probabilidade de exposição a agentes físicos, que são as diversas formas de energia às quais os trabalhadores podem estar expostos, como ruído, vibração, pressão anormal, iluminação, temperatura extrema, radiações ionizantes e não ionizantes.

- Agentes de risco ergonômicos presentes no ambiente de trabalho

Compreende ações de manutenção periódica de máquinas e equipamentos, a fim de garantir o perfeito funcionamento. Exemplos incluem a manutenção preventiva dos dispositivos de ajuste dos leitos, além de atender às condições de conforto, como os níveis de ruído, iluminação e conforto térmico, entre outros.

3- VÍDEO XVII



VACINAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA ATENÇÃO DOMICILIAR – VÍDEO-CÁPSULA III

A vacinação dos profissionais de saúde é recomendada pela Sociedade Brasileira de Imunizações (2024/2025), conforme descrito no Calendário de Vacinação Ocupacional e nas diretrizes do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Deve incluir reforços e sorologias de controle pertinentes, conforme recomendação do Ministério da Saúde, com registro adequado no prontuário funcional e entrega do comprovante ao trabalhador.

- Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola);
- Hepatites A, B ou A e B;
- Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP Dupla adulto (difteria e tétano) – dT;
- Varicela (catapora);
- Influenza (gripe);
- Meningocócicas conjugadas ACWY ou C;
- Meningocócica B;
- COVID-19.

Como os indicadores recentes do Brasil mostram elevação no número de casos de doenças transmissíveis, é de grande relevância a vacinação dos trabalhadores de saúde, seja devido à redução do número de pessoas vulneráveis

(com potencial elevado de contaminação de outras pessoas, como são os profissionais de saúde), seja pelo potencial que isto pode ter nas práticas de saúde desses profissionais, com repercussão no recuo ou no incentivo da ampliação da cobertura vacinal nas populações assistidas.

O processo saúde-doença de profissionais da saúde é influenciado por aspectos vinculados ao trabalho e outros relativos à vida fora dele. Compreender esses fatores são condições necessárias para a adequada proteção individual e coletiva que é conferida pela vacinação. Os profissionais da área da saúde devem atender a convocação para receber as vacinas, pois elas são importantes para a prevenção de moléstias infecciosas que poderão estar presentes no ambiente de trabalho.

A Sociedade Brasileira de Imunologia recomenda, para prevenir doenças infecciosas relacionadas ao risco ocupacional para o trabalhador e/ou sua clientela, o calendário vacinal ocupacional, que compreende, como profissionais da saúde: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, patologistas e técnicos de patologia, dentistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, pessoal de apoio, manutenção e limpeza de ambientes hospitalares, maqueiros, motoristas de ambulância, técnicos de radiografia e outros profissionais lotados ou que frequentam assiduamente os serviços de saúde, tais como representantes da indústria farmacêutica, entre outros.

Entre os diversos cuidados imprescindíveis para a segurança, a adoção das medidas padronizadas citadas e que concernem a este módulo por cuidadores e profissionais, de modo a evitar o surgimento de infecções no tratamento em domicílio e outras complicações, é fundamental e indispensável.

MÓDULO 5 - GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

1 - VÍDEO XVIII



RESÍDUOS

Todos os resíduos resultantes das atividades exercidas pelos geradores de resíduos de serviços de saúde, cujas atividades estejam relacionadas com a atenção à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar, são definidos na Resolução da Diretoria Colegiada nº 222, de 28 de março de 2018.

Tipos de resíduos

- **Resíduo perigoso:** aquele que, em razão de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, patogenicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade e mutagenicidade, apresenta significativo risco à saúde pública ou à qualidade ambiental ou à saúde do trabalhador, de acordo com lei, regulamento ou norma técnica;
- **Resíduo sólido:** material, substância, objeto ou bem descartado, resultante de atividades humanas em sociedade, a cuja destinação se propõe proceder ou se está obrigado a proceder, nos estados sólido ou semissólido, bem como gases contidos em recipientes e líquidos cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos ou em corpos d'água, ou exijam para isso soluções técnica ou economicamente inviáveis em face da melhor tecnologia

disponível;

- **Resíduos de serviços de saúde do Grupo A:** resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção;
- **Resíduos de serviços de saúde do Grupo B:** resíduos contendo produtos químicos que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade;
- **Resíduos de serviços de saúde do Grupo C:** rejeitos radioativos;
- **Resíduos de serviços de saúde do Grupo D:** resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares;
- **Resíduos de serviços de saúde do Grupo E:** resíduos perfurocortantes ou escarificantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, fios ortodônticos cortados, próteses bucais metálicas inutilizadas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares, micropipetas, lâminas e lamínulas, espátulas e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri).

Grupo	Descrição	Símbolo
GRUPO A A1 A2 A3 A4 A5	Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.	
GRUPO B	Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade.	
GRUPO C	Quaisquer materiais que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites especificados nas normas do CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.	
GRUPO D	Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.	
GRUPO E	Materiais perfuro cortantes ou escarificastes	

Definições importantes:

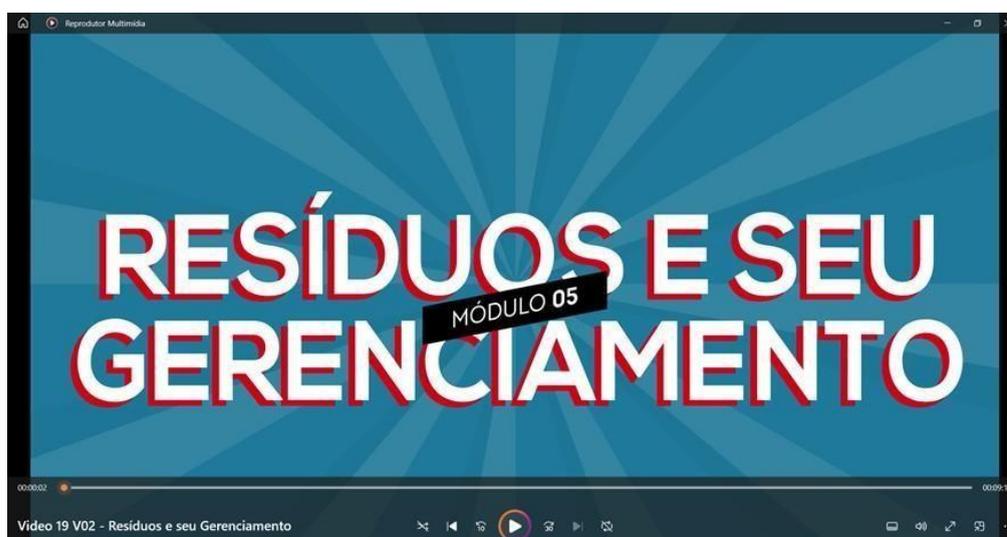
- **Acondicionamento:** ato de embalar os resíduos segregados em sacos ou recipientes que evitem vazamentos, e, quando couber, sejam resistentes às ações de punctura, ruptura e tombamento, e que sejam adequados física e quimicamente ao conteúdo acondicionado;
- **Coletor:** recipiente utilizado para acondicionar os sacos com resíduos;

- **Abrigo externo:** ambiente no qual ocorre o armazenamento externo dos coletores de resíduos;
- abrigo temporário: ambiente no qual ocorre o armazenamento temporário dos coletores de resíduos;
- **Classes:**
 - Classe de risco um (baixo risco individual e para a comunidade): agentes biológicos conhecidos por não causarem doenças no homem ou nos animais adultos saudáveis;
 - Classe de risco dois (moderado risco individual e limitado risco para a comunidade): inclui os agentes biológicos que provocam infecções no homem ou nos animais, cujo potencial de propagação na comunidade e de disseminação no meio ambiente é limitado, e para os quais existem medidas terapêuticas e profiláticas eficazes;
 - Classe de risco três (alto risco individual e moderado risco para a comunidade): inclui os agentes biológicos que possuem capacidade de transmissão por via respiratória e que causam patologias humanas ou animais, potencialmente letais, para as quais existem usualmente medidas de tratamento ou de prevenção. Representam risco se disseminados na comunidade e no meio ambiente, podendo se propagar de pessoa a pessoa;
 - Classe de risco quatro (elevado risco individual e elevado risco para a comunidade): classificação do Ministério da Saúde que inclui agentes biológicos que representam grande ameaça para o ser humano e para os animais, implicando grande risco a quem os manipula, com grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro, não existindo medidas preventivas e de tratamento para esses agentes;
- **destinação final ambientalmente adequada:** destinação de resíduos que inclui a reutilização, a reciclagem, a compostagem, a recuperação e o aproveitamento energético ou outras destinações admitidas pelos órgãos competentes do Sistema Nacional do Meio Ambiente, do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e do Sistema Unificado de Atenção à Sanidade Agropecuária, entre elas, a disposição final ambientalmente adequada, observando normas operacionais específicas, de modo a evitar danos ou riscos à saúde pública e à segurança e a minimizar os

impactos ambientais adversos;

- **identificação dos resíduos de serviços de saúde:** conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos riscos presentes nos resíduos acondicionados, de forma clara e legível em tamanho proporcional aos sacos, coletores e seus ambientes de armazenamento;

2- VÍDEO XIX



RESÍDUOS E SEU GERENCIAMENTO

O **Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde** é um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas, técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a geração de resíduos e proporcionar um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores e à preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente;

Deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos.

O Plano de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde é um documento que aponta e descreve todas as ações relativas ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, identificação, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, destinação e disposição final

ambientalmente adequada, bem como as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente;

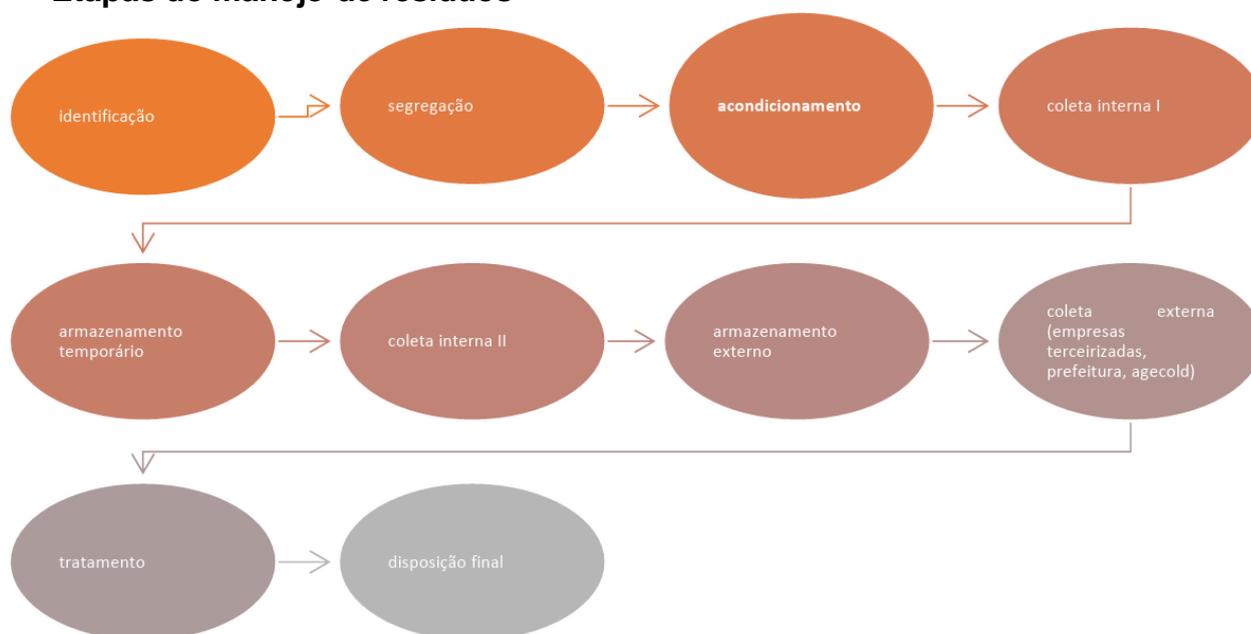
Qualquer serviço oferecido à saúde humana ou animal, inclusive assistência domiciliar, instituições de ensino e pesquisa da área da saúde e, até mesmo, unidades móveis de atendimento são designadas como geradores de resíduos de serviço de saúde.

De acordo com o Capítulo 5 da Resolução da Anvisa nº 306, de 2004, o Plano de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde tem o seguinte conteúdo mínimo obrigatório:

- Diagnóstico dos resíduos gerados ou administrados no local
- Ações relativas ao manejo dos Resíduos Sólidos
- Rotinas e processos de higienização e limpeza
- Ações preventivas e corretivas em situações de gerenciamento incorreto ou acidente com os resíduos de serviços de saúde
- Monitoramento e avaliação do Desenvolvimento e implantação de programas de capacitação
- Periodicidade de revisão

O objetivo é minimizar ou eliminar a geração de resíduos e garantir que os resíduos recebam encaminhamento correto e eficiente, para proteção dos trabalhadores e do meio ambiente e da saúde pública. Além disso, busca-se proporcionar que toda a cadeia de geração do resíduo, da geração até sua disposição final seja monitorada, que os riscos em cada etapa sejam levantados e que planos emergenciais em caso de acidentes sejam prontamente e corretamente aplicados.

Etapas do manejo de resíduos



Segregação: consiste em separá-los ou selecioná-los, apropriadamente, segundo a classificação adotada. Essa operação deve ser realizada na fonte de geração, condicionada à prévia capacitação do pessoal de serviço.

- Assim, por exemplo, os resíduos biológicos (grupo A) devem ser separados em coletores de cor branca com o símbolo de substância infectante. Já os recicláveis (grupo D) devem ser separados em seus respectivos coletores (azul para papel, vermelho para plástico, etc.). Para os resíduos perfurocortantes (grupo E), como agulhas e objetos contendo cantos ou bordas rígidas capazes de cortar ou perfurar, devem ser separados na caixa de cor amarela com o símbolo de substância infectante.

Acondicionamento: é o ato de dispor os resíduos em recipientes apropriados. Nesta operação é essencial acondicionar diferentemente os resíduos segregados na origem, em recipientes com características apropriadas a cada grupo específico, observando a padronização de cor e simbologia apresentadas. Os sacos de acondicionamento sempre devem ser fechados/lacrados sempre ao final de cada jornada ou quando estiverem com dois terços de seu volume preenchido.

- Resíduos de densidade elevada podem romper os sacos plásticos.

Casos como estes podem ser evitados por meio de coletas com quantidades de resíduos adequadas, evitando a ruptura das embalagens. Ocorrendo o derramamento, deve-se imediatamente recolher o resíduo, lavar a superfície com água e sabão, fazer a desinfecção, conforme orientação da higienização para acidentes com resíduos e comunicar a chefia da unidade.

- Os perfurocortantes devem ser acondicionados em recipientes rígidos e resistentes a umidade (Ex. Coletor de Perfurocortante/Descarpack) e conter internamente saco plástico de proteção, lacrados, quando estiver com preenchimento de dois terços da capacidade.



- Os resíduos infectantes, como membros, fetos, órgãos, placenta e tecidos humanos devem ser acondicionados separadamente em sacos branco leitoso ou sacos vermelhos, antes de serem encaminhados para a coleta interna.

No acondicionamento de resíduos deve-se:

- Evitar o rompimento do saco;
- Retirar o excesso de ar, tomando-se cuidado para não se expor ao fluxo de ar;
- Torcer e amarrar sua abertura com barbante ou com a própria abertura do saco, usando a técnica de enrolar as bordas e dar dois nós bem apertados, com cuidado para não romper o saco;
- Fechar os recipientes verificando a existência de vazamento e identificar os recipientes;
- Depois de fechado o saco plástico, deve ser retirado da unidade geradora e levado até o abrigo temporário interno.

Identificação: Consiste num conjunto de medidas que permite a identificação dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos resíduos de serviços de saúde.

Coleta e Transporte interno: A coleta interna consiste na remoção dos resíduos do local de geração, para o local de armazenamento temporário

Transporte interno: traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.

Armazenamento interno, temporário e externo: os armazenamentos temporários em geral, são locais com piso e azulejos, fechados e com pouco acesso das pessoas que não estão relacionadas com os resíduos/limpeza.

- O armazenamento externo é o ato de guardar os resíduos de serviços de saúde até que se realize a coleta pelo serviço municipal para os comuns, orgânicos e reciclados, e empresas terceirizadas contratadas para os contaminados. Acesso restrito, com vedação para insetos e animais.

Tratamento: O tratamento preliminar consiste na descontaminação dos resíduos (desinfecção ou esterilização) por meios físicos ou químicos, realizada em condições de segurança e eficácia comprovada, no local de geração, a fim de modificar as características químicas, físicas ou biológicas dos resíduos e promover a redução, a eliminação ou a neutralização dos agentes nocivos à saúde humana, animal e ao ambiente.

Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde devem ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente nº 237, de 1997, e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente.

O processo de esterilização é feito por vapor úmido, ou seja, autoclavação, não de licenciamento ambiental. A eficácia do processo deve ser feita através de controles químicos e biológicos, periódicos, e devem ser registrados.

Os sistemas de tratamento térmico por incineração devem obedecer ao estabelecido na Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente nº 316, de 2002.

Coleta e transportes externos: é a operação de transferência dos sacos e demais resíduos do armazenamento interno para o armazenamento externo (abrigo de resíduos).

- Deve-se observar e manter a segregação, evitando a mistura dos resíduos. As coletas deverão ser preconizadas para cada tipo de resíduos, comuns, recicláveis e infectantes.

- Transporte externo: Trata-se da transferência dos resíduos acumulados no abrigo externo para a destinação final destes, realizado por meio de veículo coletor próprio para os diferentes tipos de resíduos. Cada empresa coletora fica responsável por providenciar o transporte adequado ao seu resíduo.

Destinação: Segundo a Resolução da ANVISA nº 306, de 2004, “destinação final é o processo decisório no manejo de resíduos que inclui as etapas de tratamento e disposição final”.

Consistem na remoção dos **Resíduos de Serviços de Saúde** do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se de técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

MÓDULO 6 - QUESTÕES PARA AVALIAÇÃO DO CURSO

Avaliação Final – Centro de Treinamento de Pesquisadores

Painel / Meus cursos / Qualidade na Atenção Domiciliar / Avaliação Final /
Avaliação Final / Visualização prévia

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO CURSO

Instrumento para avaliação do curso

1- O conteúdo está atualizado.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

2- A informação é apresentada de maneira clara e concisa.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

3- O conteúdo é coerente com o público-alvo.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

4- O material estimula a aprendizagem.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

5- Os objetivos de aprendizagem estão claramente definidos.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

6- O material representa bem a realidade.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

7- O conteúdo está apresentado de modo claro e conciso.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

8- A navegação é amigável.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

9 - O aluno sempre sabe em qual parte do ambiente se encontra.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

10- É fornecido um *feedback* imediato após a resposta.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

11- O ambiente virtual de aprendizagem permite aos alunos verificar o seu desempenho.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;

- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

12- A interface é adequada.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

13- As telas foram desenvolvidas de um modo claro e compreensível.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

14- A apresentação da informação pode estimular a lembrança.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

15- A forma de apresentação não sobrecarrega a memória do aluno.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

16 - Os textos são de fácil leitura.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

17- A qualidade dos vídeos, textos e imagens é boa.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

18- Os vídeos melhoraram a apresentação da informação.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

19- O ambiente de aprendizagem é de fácil utilização.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

20- Os sons são de boa qualidade e melhoram a apresentação da informação.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

21- O ambiente de aprendizagem é eficiente para o ensino.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;
- concordo totalmente.

22- O uso do ambiente virtual de aprendizagem é facilmente retido na memória do aluno.

- discordo totalmente;
- sem opinião formada;
- concordo parcialmente;

concordo totalmente.

23- Os conteúdos abordados ao longo do curso têm relevância na prática da Atenção Domiciliar.

discordo totalmente;

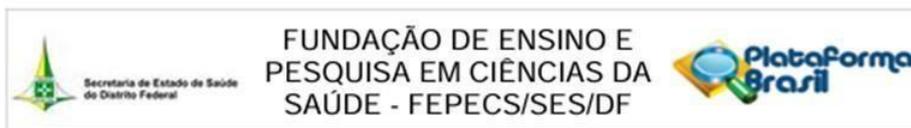
sem opinião formada;

concordo parcialmente;

concordo totalmente.

24- No espaço a seguir, deixe suas dúvidas, sugestões ou elogios sobre o curso.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO SEGURO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: DESENVOLVIMENTO DE UM AMBIENTE DE APRENDIZAGEM PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PROFISSIONAIS

Pesquisador: CRISTIANE DEZOTI VIVANCO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75749823.8.0000.5553

Instituição Proponente: ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.585.676

Apresentação do Projeto:

1. Tipo de Projeto: Trata-se de projeto de pesquisa que envolve estudantes de Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde e de iniciação científica do curso de Mestrado Profissional da ESCS/FEPECS e do Programa de Iniciação Científica da ESCS.

2. Instituição Proponente: ESCS/FEPECS

3. Trata-se de um Estudo Multicêntrico?

() Sim (X) Não

4. Se Multicêntrico, qual a origem? Não se aplica

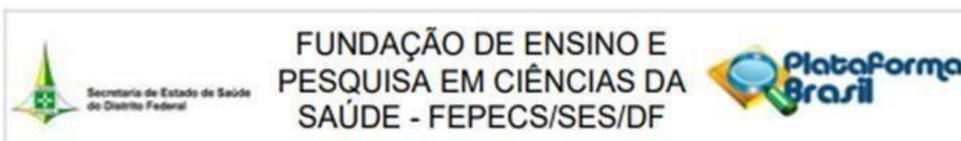
() Nacional () Internacional

5. Se Internacional, qual o país de origem da Pesquisa? Não se aplica

6. A pesquisa é patrocinada ou de financiamento próprio?

(X) Patrocinada () Financiamento Próprio

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



Continuação do Parecer: 6.585.676

7. Se for pesquisa patrocinada, citar o(s) patrocinador (es): CAPS/COFEN

8. Qual o tamanho da amostra a ser estudada na SES-DF?

1ª etapa - Diálogo deliberativo - 20 participantes

2ª etapa - Avaliação do curso - 30 participantes

9. Citar TODOS os locais da SES-DF onde a pesquisa será realizada: Serão realizadas em duas etapas, sendo a primeira na Administração Central com os chefes das Equipes de Atenção Domiciliar e os Gestores e, a segunda etapa, com os profissionais das Equipes multidisciplinares de Atenção Domiciliar do DF no Moodle/AVA.

10. Qual a População que será estudada:

() RNs

() Lactentes

() Crianças

() Adolescentes

(X) Adultos

() Idosos

11. Envolve População em situação de vulnerabilidade? Não se aplica

12. Hipótese:

- "O desenvolvimento de um curso em um ambiente virtual de aprendizagem voltado para as equipes multiprofissionais do Serviço de Atenção Domiciliar do DF, atenderá a demanda de falta de educação permanente, suprimindo a lacuna de conhecimento do profissional de saúde, proporcionando maior segurança para todos os envolvidos no processo do cuidado, como paciente, cuidador e profissional da equipe de saúde no domicílio."

13. Critério de Inclusão:

- "Serão incluídos para a primeira etapa da pesquisa, Diálogo Deliberativo, os chefes das equipes de Atenção Domiciliar e os gestores da ADMC que aceitarem participar voluntariamente da pesquisa. Já na segunda etapa, serão incluídos os participantes que concluírem o curso e que aceitarem preencher o formulário de avaliação."

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

Bairro: ASA NORTE

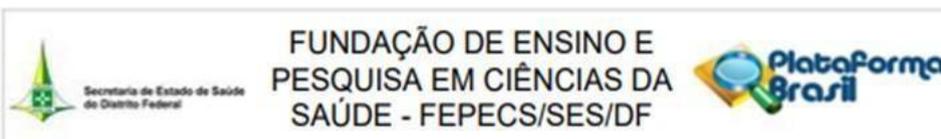
CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 6.585.676

14. Critério de Exclusão:

- "Serão excluídos na primeira etapa todos os participantes do diálogo deliberativo que não permanecerem do início ao fim na reunião. Já para a segunda etapa, os participantes que preencherem o formulário de avaliação de forma incompleta."

15. Breve consideração sobre a metodologia (metodologia utilizada e descrição das etapas):

Metodologia: "Trata-se de um estudo com base no Design Science Research Methodology (DSRM), o qual permitirá o desenvolvimento de um curso, em um ambiente virtual de aprendizagem (AVA), voltado para as equipes multidisciplinares do Serviço de Atenção Domiciliar (AD) do DF. Este projeto será desenvolvido a partir de problemas identificados em estudos prévios e pela realidade observada pela pesquisadora. Este estudo subsidiará o desenvolvimento de um projeto pedagógico, para a construção em um AVA, de um curso com módulos compostos por videoaulas e material para educação permanente no formato autoinstrucional. Também contemplará pré e pós testes e avaliação do ambiente a ser preenchido voluntariamente pelos participantes da atividade educativa."

Análise dos Dados: "Serão realizadas análises de frequência absoluta e relativa considerando o Diálogo Deliberativo e a avaliação do curso, mediante a quantidade de dados, outras análises estatísticas poderão ser realizadas."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- "Desenvolver em um ambiente virtual de aprendizagem (AVA), com metodologia ativa, um curso para os profissionais que atuam na Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal."

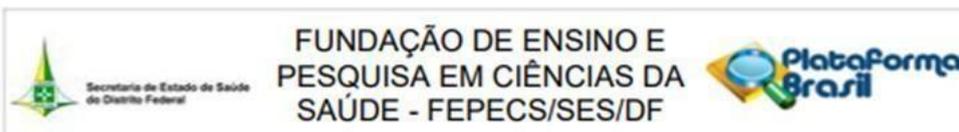
Objetivos Secundários:

"- Analisar os principais problemas encontrados no estudo "Segurança do Paciente e Prevenção de infecção na atenção domiciliar: Evidências de validade de instrumento, avaliação de práticas e produção audiovisual";

- Elaborar os requisitos técnicos com base em um AVA existente para subsidiar a criação de um material direcionado para a AD do DF;

- Desenvolver um curso com videoaulas e materiais instrucionais diversos, a partir das principais

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



Continuação do Parecer: 6.585.676

lacunas de conhecimento dos profissionais da AD;

- Desenvolver uma metodologia de avaliação de desempenho pré e pós aula e avaliação do curso."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"O estudo envolve riscos de possível constrangimento e exposição dos gestores e participantes relacionados à divulgação dos dados da pesquisa, risco de cansaço enquanto participam das aulas dos módulos, medo de não ser capaz de terminar os módulos para obtenção do certificado e desistência do curso por falta de interesse pessoal ou profissional. Serão minimizados por meio do sigilo absoluto dos dados pessoais e demais informações que possam levar a identificação dos respondentes e, também, através do diálogo deliberativo que será realizado antes da elaboração do conteúdo, onde serão definidos a obrigatoriedade do curso, como será feito o monitoramento da participação das equipes, qual seria a melhor carga horária e o tempo para a realização de cada módulo durante o período de trabalho. Também serão considerados rigorosamente todos os cuidados éticos previstos na Resolução CNS 466/2012 e Resolução 510, de 07 de abril de 2016."

Benefícios:

"Trata-se de um trabalho de grande relevância para a melhoria da assistência e segurança dos profissionais da Atenção Domiciliar, cuidadores e principalmente para os pacientes em internação domiciliar. Este projeto criará as condições necessárias para que possa ser desenvolvido em um AVA um curso em módulos, para suprir a demanda de treinamentos para educação permanente, além de proporcionar maior acesso e agilidade possibilitando uniformizar o processo de trabalho de todas as equipes de AD que atendem pacientes em internação domiciliar."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1. Ponderação entre os riscos e benefícios da pesquisa: Apresentados e os benefícios da pesquisa superam os riscos abordados.

2. Relevância social: "A relevância social da pesquisa caracteriza-se por permitir que a partir do desenvolvimento de cursos em um AVA voltado para os profissionais da AD do DF, possamos considerar o cuidado domiciliar prestado, mais seguro para a população e profissionais específicos da AD, a fim de obter melhoria nos resultados dos indicadores de saúde, além de ser uma pesquisa de cunho inédito na Atenção Domiciliar, vindo a gerar conhecimento acadêmico sobre a

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



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FEPECS/SES/DF



Continuação do Parecer: 6.585.676

temática."

3. Processo de recrutamento: Apresentado e adequado.
4. Critérios para inclusão e exclusão de participantes na pesquisa: Apresentados e adequados
5. Processo de obtenção do TCLE: Apresentado e adequado
6. Justificativa de Dispensa do TCLE: Não se aplica
7. Procedimentos efetivos para garantia do sigilo e confidencialidade: Apresentados e adequados
8. Proteção de participantes de pesquisa em situação de vulnerabilidade: Não se aplica
9. Orçamento para realização da pesquisa: Apresentado e adequado
10. Cronograma de Execução da pesquisa: Apresentado e adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Carta de Encaminhamento do Projeto ao CEP (Carta_de_Encaminhamento_de_Projeto_de_Pesquisa_assinado.pdf, de 08/11/2023) – Apresentada e adequada

Trata-se de projeto de pesquisa que envolve estudantes de Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde e de iniciação científica do curso de Mestrado Profissional da ESCS/FEPECS e do Programa de Iniciação Científica da ESCS.

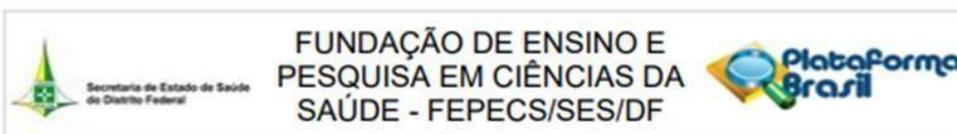
2. Termo de compromisso do Pesquisador/Orientador (Termo_de_Compromisso_do_Pesquisador_assinado.pdf, de 08/11/2023) – Apresentado e adequado

3. Folha de Rosto (gerada pela plataforma Brasil) – Apresentada e adequada

Folha_de_Rosto.pdf, de 08/11/2023

Nº de participantes: 50

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



Continuação do Parecer: 6.585.676

Data e Assinatura do pesquisador: OK

Instituição proponente: ESCS

Data e Assinatura do responsável pela instituição: OK

4. Termo de Anuência (Termo_de_Anuencia_assinado.pdf, de 08/11/2023) - Apresentado e adequado
 Data e Assinatura do Responsável da SES (Coordenadora do Centro Especializado de Atenção à Saúde) –
 Apresentadas e adequadas
 Data e Assinatura da responsável pela unidade (Diretora do Serviço de Internação da SES-DF -
 Apresentadas e adequadas
 Diálogo deliberativo e avaliação do conteúdo do curso.

5. Projeto Brochura – Apresentado e adequado
 Projeto_detalhado_Brochura.pdf, de 06/12/2023

6. Curriculum Lattes (de todos os envolvidos na pesquisa) – Apresentados e adequados

Pesquisadora:

Cristiane Dezotti Vivanco – Graduada em Enfermagem, pela Universidade Federal do Mato Grosso;
 Mestrado profissional (em andamento) em Ciências para a Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde;
 Membro do CEP/FEPECS/SES-DF; Enfermeira da Comissão de Padronização de Protocolos da Saúde/SES
 -DF.

Pesquisadoras Bolsistas:

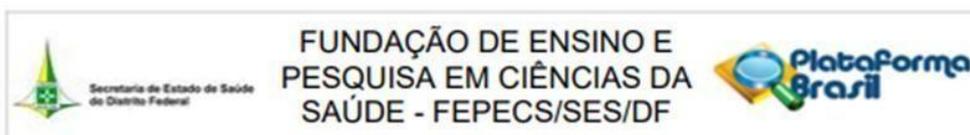
Alice Gonçalves dos Santos – Graduanda em Enfermagem pela ESCS/SES-DF; Bolsista do CNPq; Monitora
 do curso de Enfermagem da ESCS/SES-DF.

Gabriela Gomes Leite - Graduanda em Enfermagem pela ESCS/SES-DF; Bolsista do CNPq.

Orientadora:

Leila Bernarda Donato Gottems – Graduada em Enfermagem pela Universidade de Brasília; Mestre em
 Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília, Doutora em Administração pela Universidade de Brasília;
 Pós-Doutorado em Economia pela Universidade de Brasília; Professora do curso de Enfermagem da
 Universidade Católica de Brasília e da ESCS/FEPECS/SES-DF. Docente Permanente do Programa de Pós-
 Graduação em Ciências para a Saúde da ESCS/FEPECS/SES-DF (Mestrado Acadêmico em Ciências da
 Saúde e Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde). Docente Permanente do Programa de Mestrado
 Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE.

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



Continuação do Parecer: 6.585.676

7. TCLE - Apresentados e adequados

TCLE_Etapa_1.pdf, de 06/12/2023

TCLE_Etapa_2.pdf, de 06/12/2023

8. Carta de Resposta às Pendências – Apresentada e adequada

Carta_de_Resposta_as_Pendencias.pdf, de 06/12/2023

Recomendações:

Não há Recomendações a serem executadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Parecer Consubstanciado nº 6.532.590, de 25/11/2023, referente ao projeto de pesquisa em sua primeira versão apresentou as seguintes pendências:

01. Quanto à Carta de Encaminhamento (arquivos: Carta_de_Encaminhamento_de_Projeto_de_Pesquisaassinado.pdf, de 08/11/2023; PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2241649.pdf, de 08/11/2023):

APROVADO

As pendências abaixo citadas, forma devidamente ajustadas na atual versão do projeto.

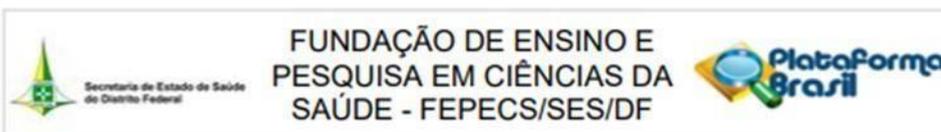
01.1. Esclarecer sobre o financiamento da pesquisa, pois nos itens 5 e 6, pág. 2, da Carta de Encaminhamento do Projeto de Pesquisa, afirma que a pesquisa será financiada pela CAPS/COFEN; já, no Projeto Básico, item Apoio Financeiro, afirma que o financiamento é próprio.

* Base legal: Acessar aba Formulários (CHECK LIST DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS NA SUBMISSÃO DE PROJETOS) no site <http://www.fepecs.edu.br>.

PENDÊNCIA ATENDIDA (de acordo com os arquivos: Carta_de_Resposta_as_Pendencias.pdf, de 06/12/2023; Projeto_detalhado_Brochura.pdf, de 06/12/2023; PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2241649.pdf, de 06/12/2023).

02. Quanto ao TCLE (arquivos: TCLE_Etapa_1.pdf, de 08/11/2023; TCLE_Etapa_2.pdf, de 08/11/2023):

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



Continuação do Parecer: 6.585.676

02.1. Acrescentar nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) os dizeres para, em caso de dúvidas, o participante da pesquisa possa realizar ligações a cobrar.

02.2. O TCLE será aplicado para diferentes atores nas suas devidas etapas (a redação do TCLE se torna confusa quando em deles já inicia o parágrafo fazendo referência a apenas uma das etapas - vide TCLE etapa 2). Procure elaborar TCLE de forma clara sem deixar espaços para questionamentos ou dúvidas quanto às etapas do projeto.

02.3. Modificar a redação: "Se você aceitar participar, estará contribuindo para a melhoria da assistência e segurança dos profissionais da Atenção Domiciliar..." PARA "Se você aceitar participar, PODERÁ ESTAR contribuindo para a melhoria da assistência e segurança dos profissionais da Atenção Domiciliar". Lembre-se que ainda há uma hipótese a ser comprovada e por isso o cuidado com os termos utilizados.

* Base legal: Resolução CNS nº 466/2012 - Capítulo II-23.

PENDÊNCIAS ATENDIDAS (de acordo com os arquivos: Carta_de_Resposta_as_Pendencias.pdf, de 06/12/2023; TCLE_Etapa_1.pdf, de 06/12/2023; TCLE_Etapa_2.pdf, de 06/12/2023).

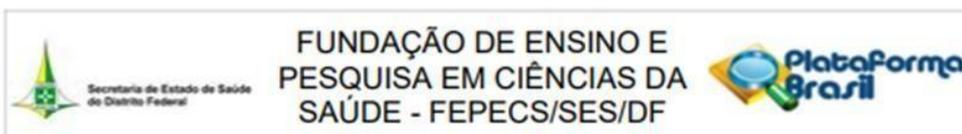
*** A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

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

Cabe, ainda, ao pesquisador:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

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



Continuação do Parecer: 6.585.676

*** Reiteramos os cuidados referentes a Pandemia (COVID-19), para que sejam obedecidas as orientações legais vigentes quanto a proteção do pesquisador e dos participantes de pesquisas).

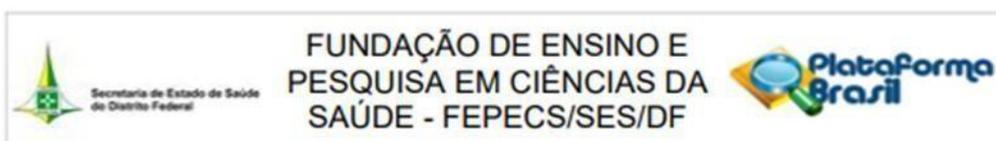
Considerações Finais a critério do CEP:

01. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.
02. O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.
03. Cabe, ainda, ao pesquisador:
 - a) desenvolver o projeto conforme delineado;
 - b) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
 - c) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
 - d) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
 - e) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
 - f) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2241649.pdf	06/12/2023 11:56:16		Aceito
Outros	Carta_de_Resposta_as_Pendencias.pdf	06/12/2023 11:55:57	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_Brochura.pdf	06/12/2023 11:32:49	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Declaração do Patrocinador	CAPES_COFEN.pdf	06/12/2023 11:27:27	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_2_Etapa.pdf	06/12/2023 11:26:58	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito

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



Continuação do Parecer: 6.585.676

Ausência	TCLE_2_Etapa.pdf	06/12/2023 11:26:58	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1_Etapa.pdf	06/12/2023 11:26:40	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_de_Projeto_de_Pesquisa_assinado.pdf	08/11/2023 20:54:17	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Outros	Curriculo_Leila_Bernarda_Donato_Gotte.ms.pdf	08/11/2023 15:59:06	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Outros	Curriculo_Alice_Goncalves_dos_Santos.PDF	08/11/2023 15:36:22	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Outros	Curriculo_Gabriela.pdf	08/11/2023 15:35:33	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Outros	Curriculo_Cristiane_Dezoti_Vivanco.pdf	08/11/2023 15:24:37	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Declaração de concordância	Termo_de_Compromisso_do_Pesquisador_assinado.pdf	08/11/2023 15:19:58	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Anuencia_assinado.pdf	08/11/2023 15:19:23	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	08/11/2023 07:59:41	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 16 de Dezembro de 2023

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

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

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da primeira etapa do projeto **CUIDADO SEGURO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: DESENVOLVIMENTO DE UM AMBIENTE DE APRENDIZAGEM PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PROFISSIONAIS**, sob a responsabilidade da pesquisadora Cristiane Dezoti Vivanco, enfermeira, aluna do mestrado profissional da ESCS/FEPECS e da Professora Dra. Leila Bernarda Donata Götters.

O nosso objetivo é desenvolver em um ambiente virtual de aprendizagem (AVA), com metodologia ativa, um curso para os profissionais que atuam na Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.

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

A sua participação se dará através de um diálogo deliberativo, que será uma reunião que envolverá conversações propositais e facilitadas para alcançar consenso sobre as prioridades no serviços, e assim decidirmos coletivamente sobre estratégias para ação utilizando síntese de evidências de pesquisas e experiência contextual. Será realizada a síntese do projeto e das atividades que serão oferecidas, para compararmos as evidências globais com as locais.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/responsável legal

Página 1 de 4

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FEPECS
E-mail: comiteetica@secretaria@gsf.com



(61) 2017 1145
ramal 6878



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Será disponibilizado um questionário por e-mail que será preenchido para discutirmos no diálogo deliberativo as questões levantadas.

O diálogo deliberativo será realizado através de uma reunião em ambiente virtual com os chefes das EAD e os gestores da administração central, onde será lido, explicado e assinado este TCLE antes de darmos início às atividades.

A segunda etapa será a criação do curso em módulos de ensino que será realizada no moodle/AVA no domínio da ESCS/FEPECS, que é um ambiente virtual voltado para aprendizagem colaborativa de acesso livre e gratuito a qualquer indivíduo com variados recursos disponíveis para auxiliar na interação e desenvolvimento de atividades, que será disponibilizado para as equipes de Atenção Domiciliar do DF.

Para avaliarmos a segunda etapa será disponibilizado ao término do curso um formulário que deverá ser preenchido pelos participantes que completarem os módulos de ensino.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são de possível constrangimento e exposição dos gestores e participantes relacionados à divulgação dos dados da pesquisa, risco de cansaço enquanto participam do diálogo deliberativo, das aulas dos módulos, medo de não ser capaz de terminar os módulos para obtenção do certificado e desistência do curso por falta de interesse pessoal ou profissional.

Serão minimizados por meio do sigilo absoluto dos dados pessoais e demais informações que possam levar a identificação dos respondentes e também através do diálogo deliberativo que será realizado antes da elaboração do conteúdo, onde serão definidos a obrigatoriedade do curso, como será feito o monitoramento da participação e os critérios para obtenção do certificado.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/responsável legal

Página 2 de 4



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Se você aceitar participar, poderá estar contribuindo para a melhoria da assistência e segurança dos profissionais da Atenção Domiciliar, cuidadores e principalmente para os pacientes que estão em internação domiciliar.

Este projeto criará as condições necessárias para que possa ser desenvolvido em um AVA um curso em módulos, para suprir a demanda de treinamentos para educação permanente, além de proporcionar maior acesso e agilidade possibilitando uniformizar o processo de trabalho de todas as equipes de AD que atendem pacientes em internação domiciliar.

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

O(A) Senhor(a) pode pensar o tempo que for necessário se deseja ou não participar desta pesquisa.

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

O(A) Senhor(a) tem direito a buscar indenização em caso de danos provocados pela pesquisa, ainda que sejam danos não previstos na mesma, porém a ela relacionados.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na FEPECS e SÉS-DF, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/responsável legal

Página 3 de 4



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora Cristiane Dezoti Vivanco ou a Orientadora Dra. Leila Bernarda Donata Göttens, na FEPECS através do e-mail cristiane.vivanco@escs.edu.br e ou telefone 9922256-06 de segunda a sexta em horário comercial das 8:00 as 18:00 (sua ligação poderá ser realizada a cobrar).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS por e-mail: cep@fepecs.edu.br ou por contato telefônico: (61) 2017 1145 ramal 6878.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará sob a responsabilidade da pesquisadora Cristiane Dezoti Vivanco e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de ____.

Página 4 de 4

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da segunda etapa do projeto **CUIDADO SEGURO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: DESENVOLVIMENTO DE UM AMBIENTE DE APRENDIZAGEM PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PROFISSIONAIS**, sob a responsabilidade da pesquisadora Cristiane Dezoti Vivanco, enfermeira, aluna do mestrado profissional da ESCS/FEPECS e da Professora Dra. Lella Bernarda Donata Götters.

O nosso objetivo é desenvolver em um ambiente virtual de aprendizagem (AVA), com metodologia ativa, um curso para os profissionais que atuam na Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.

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

Na primeira etapa foi realizado um diálogo deliberativo com os gestores da Atenção Domiciliar, nele foram discutidos os temas desenvolvidos nas aulas disponibilizadas no curso direcionado às equipes multiprofissionais das EADs.

A segunda etapa se dará na sua participação através da avaliação do curso onde será disponibilizado quando concluído, um formulário que deverá ser preenchido pelos participantes que completarem os módulos de ensino, realizado no moodle/AVA no

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/responsável legal

Página 1 de 4



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



participantes que completarem os módulos de ensino, realizado no moodle/AVA no domínio da ESCS/FEPECS, que é um ambiente virtual voltado para aprendizagem colaborativa.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são de possível constrangimento e exposição relacionados à divulgação dos dados da pesquisa, risco de cansaço enquanto preenchem o formulário de avaliação das aulas dos módulos, medo de não ser capaz de terminar os módulos para obtenção do certificado e desistência do curso por falta de interesse pessoal ou profissional.

Serão minimizados por meio do sigilo absoluto dos dados pessoais e demais informações que possam levar a identificação dos respondentes e também através da elaboração simplificada das perguntas que serão discutidas na primeira fase da pesquisa com os seus gestores.

Se você aceitar participar, poderá estar contribuindo para a melhoria da assistência e segurança dos profissionais da Atenção Domiciliar, cuidadores e principalmente para os pacientes que estão em internação domiciliar.

Este projeto criará as condições necessárias para que possa ser desenvolvido em um AVA um curso em módulos, para suprir a demanda de treinamentos para educação permanente, além de proporcionar maior acesso e agilidade possibilitando uniformizar o processo de trabalho de todas as equipes de AD que atendem pacientes em internação domiciliar.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/responsável legal

Página 2 de 4



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

O(A) Senhor(a) pode pensar o tempo que for necessário se deseja ou não participar desta pesquisa.

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

O(A) Senhor(a) tem direito a buscar indenização em caso de danos provocados pela pesquisa, ainda que sejam danos não previstos na mesma, porém a ela relacionados.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na FEPECS e SES-DF, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora Cristiane Dezoti Vivanco ou a Orientadora Dra. Leila Bernarda Donata Göttens, na FEPECS através do e-mail cristiane.vivanco@escs.edu.br e ou telefone 9922256-06 de segunda a sexta em horário comercial das 8:00 as 18:00 (sua ligação poderá ser realizada a cobrar).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/responsável legal

Página 3 de 4



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS por e-mail: cep@fepecs.edu.br. ou por contato telefônico: (61) 2017 1145 ramal 6878.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará sob a responsabilidade da pesquisadora Cristiane Dezoti Vivanco e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de ____.

Página 4 de 4

ANEXO D – EMENDA PARA O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FEPECS/SES/DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CUIDADO SEGURO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: DESENVOLVIMENTO DE UM AMBIENTE DE APRENDIZAGEM PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PROFISSIONAIS

Pesquisador: CRISTIANE DEZOTI VIVANCO

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 75749823.8.0000.5553

Instituição Proponente: ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.527.096

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda apresentada ao projeto de pesquisa intitulado: "CUIDADO SEGURO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: DESENVOLVIMENTO DE UM AMBIENTE DE APRENDIZAGEM PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PROFISSIONAIS", aprovado em 16/12/2023, conforme Parecer Consubstanciado nº 6.585.676.

Objetivo da Pesquisa:

O(s) objetivo(s) da Emenda apresentada é (são):

- Inclusão e Exclusão de Pesquisadores
- Alteração de Título do Projeto de Pesquisa
- Solicitação de Extensão de Prazos (Cronograma)
- Inclusão e/ou Exclusão de Centros Coparticipantes
- Ajustes em Critérios de Inclusão e Exclusão
- Ajustes no TCLE ou Termo de Assentimento
- Outros: Aumento dos participantes da pesquisa. Extensão da oferta do curso, para acadêmicos e residentes da área da saúde do DF, além dos profissionais que já atendem pacientes no domicílio, como já descrito no projeto.

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

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FEPECS/SES/DF



Continuação do Parecer: 5.027.005

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A Emenda apresentada:

Não gerará riscos e/ou benefícios adicionais aos participantes da pesquisa

Gerará riscos e/ou benefícios adicionais aos participantes da pesquisa, a saber:

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora responsável apresentou as seguintes justificativas para sua proposta de Emenda:

"Solicitamos a extensão da oferta do curso, para acadêmicos e residentes da área da saúde do DF, além dos profissionais que já atendem pacientes no domicílio, como descrito no projeto, já que o acesso ao conhecimento da modalidade é de grande importância para os futuros profissionais da rede. Dessa forma também acreditamos que será possível avaliarmos através dos resultados não só a percepção dos profissionais que já estão familiarizados com o tema, mas também a visão de participantes em formação acadêmica."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Formulário_no_14_Carta_para_Encaminhamento_de_Emendas.pdf, de 16/06/2024 Apresentada e adequada

2. PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2344872_E1.pdf, de 16/06/2024 Apresentada e adequada

Recomendações:

Não há Recomendações a serem executadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda Aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: IMN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Tâmará, Data CEP
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)2017.1145 E-mail: cep@fepecs.edu.br

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FEPECS/SES/DF



Continuação do Parecer: 6.927.296.

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_234487_2_E1.pdf	16/05/2024 17:15:07		Aceito
Outros	Formulario_no_14_Carta_para_Encaminhamento_de_Emendas.pdf	16/05/2024 17:12:03	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Outros	Carta_de_Resposta_as_Pendencias.pdf	06/12/2023 11:55:57	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_Brochura.pdf	06/12/2023 11:32:49	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Declaração do Patrocinador	CAPES_COFEN.pdf	06/12/2023 11:27:27	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2_Etapa.pdf	06/12/2023 11:26:58	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1_Etapa.pdf	06/12/2023 11:26:40	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_de_Projeto_de_Pesquisa_assinado.pdf	08/11/2023 20:54:17	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Outros	Curriculo_Leia_Bernarda_Donato_Geltema.pdf	08/11/2023 15:59:06	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Outros	Curriculo_Alice_Goncalves_dos_Santos.PDF	08/11/2023 15:36:22	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Outros	Curriculo_Gabriela.pdf	08/11/2023 15:35:33	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Outros	Curriculo_Cristiane_Dezoti_Vivanco.pdf	08/11/2023 15:24:37	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Declaração de concordância	Termo_de_Compromisso_do_Pesquisador_assinado.pdf	08/11/2023 15:19:58	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Anuencia_assinado.pdf	08/11/2023 15:19:23	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	08/11/2023 07:59:41	CRISTIANE DEZOTI VIVANCO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)2017-1143 E-mail: cep@fepecs.edu.br

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FEPECS/SES/DF



Continuação do Processo: 6.927.295

BRASILIA, 02 de Julho de 2024

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

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

Página 04 de 04