

Desafios da Enfermagem no Programa Melhor em Casa: relato de experiência

Challenges of Nursing in Better at Home Program: experience report

Desafíos de la Enfermería en el Programa Mejor en Casa: relato de experiencia

Recebido: 21/02/2022 | Revisado: 01/03/2022 | Aceito: 07/03/2022 | Publicado: 15/03/2022

Juliana Ferreira Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1045-0190>
Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil
E-mail: jfsantos1@uesc.br

Roseanne Montargil Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5766-413X>
Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil
E-mail: rmrocha@uesc.br

Pollyanna Alves Dias Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6843-7634>
Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil
E-mail: pacosta@uesc.br

Camila Fabiana Rossi Squarcini

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1605-4834>
Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil
E-mail: cfrsquarcini@uesc.br

Resumo

O papel do enfermeiro na atenção domiciliar deve estar centrado no cuidado seguro ao usuário. Com isso, o objetivo deste relato foi descrever a experiência de uma enfermeira sobre a segurança do paciente atendido pelo Programa Melhor em Casa (PMC) de um município do litoral sul da Bahia apontando as potencialidades e os desafios encontrados. Trata-se de um relato sobre ações desenvolvidas entre 2016 a 2020 no PMC que foi realizado em um município do sul da Bahia. Foram atendidas ocorrências como realização de curativos, administração de medicamentos, aferição de sinais vitais, dentre outros. Além do protocolo de segurança hospitalar, houve a necessidade de desenvolver, junto com a equipe multiprofissional, treinamento, confecção de cartilha e conversas educativas para o paciente, familiares e cuidadores. Ainda, um processo maior de atenção ao ambiente domiciliar e a disponibilização do contato com os profissionais foram estratégias utilizadas. Concluiu-se que o PMC oportuniza um cuidado mais humanizado por estar no lar, mas pode apresentar fragilidade uma vez que utiliza adaptações dos protocolos hospitalares, exigindo da enfermagem maior atenção ao cuidado para garantir a segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Serviços de Assistência Domiciliar; Enfermagem.

Abstract

The nurse's role in public home care service must focus on the user's safe care. Thus, the objective of this report was to describe the experience of a nurse on the safety of patients assisted by the Better at Home Program (PMC), between 2016 and 2020, in a municipality on the southern coast of Bahia, pointing out potentialities and challenges encountered. During this period, she performed dressings, administered medication, checking vital signs, among others. Besides the hospital safety protocol, there was a need to develop, with the multidisciplinary team, training, preparation of a booklet, and educational conversations for the patient, family, and caregivers. Further, other strategies used were to give more effective attention to the home environment and provide the professionals' phone numbers. We concluded that the PMC provides more humanized care for being carried out at home, but may present fragility since it uses adaptations of hospital protocols, requiring greater attention from the nursing staff to ensure patient safety.

Keywords: Patient Safety; Home Care Services; Nursing.

Resumen

El papel del enfermero en la atención domiciliar debe estar centrado en el cuidado seguro al usuario. Así que, el objetivo de este relato fue describir la experiencia de una enfermera sobre la seguridad del paciente por el Programa Mejor en Casa (PMC) de un municipio del litoral sur de Bahía, señalando las potencialidades y desafíos encontrados. Se trata de un informe de acciones desarrolladas entre 2016 y 2020 en el PMC. En ese período, ella hizo procedimientos como vendajes, administración de medicamentos, verificación de signos vitales, entre otros. Además del protocolo de seguridad hospitalaria, hubo la necesidad de desarrollar, con el equipo multiprofesional, entrenamiento, elaboración de cartillas y charlas educativas para el paciente, familiares y cuidadores. Asimismo, se han utilizado otras estrategias, tales como un proceso mayor de atención al entorno domiciliario y la posibilidad de contactar por teléfono con los profesionales. Se concluyó que el PMC ofrece un cuidado más humanizado por estar en el hogar, pero puede presentar

fragilidade posto que se utiliza adaptações de los protocolos hospitalarios, por eso requiere un mayor enfoque de la enfermería para garantizar la seguridad del paciente.

Palabras clave: Seguridad del Paciente; Servicios de Atención Domiciliaria; Enfermería.

1. Introdução

A segurança do paciente é um tema que vem assumindo maior relevância nos últimos tempos e que apresenta desafios globais tendo em vista a compreensão da carga de danos aos pacientes. Por isso, a Organização Mundial da Saúde tem destacado a necessidade em promover debates sobre a segurança do paciente com o objetivo de propor medidas que reduzam os riscos e identifiquem e tratem os eventos adversos à saúde (World Health Organization, 2021).

Entendendo-se por segurança do paciente a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado à prática assistencial à saúde, a segurança do paciente é uma área prioritária nas estratégias de saúde em virtude do aumento da complexidade das práticas e da maior busca pelos serviços de saúde (Oliveira *et al.*, 2020; Brasil, 2015).

A temática da segurança do paciente começou a ganhar destaque no meio científico a partir de 2000 com a publicação do artigo “To Err Is Human: Building a Safer Health System” (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America *et al.*, 2000), que publicou que cerca de 98.000 pessoas morriam por ano em decorrência de erros médicos nos hospitais dos EUA. Esse foi um marco para direcionar esforços a fim de evitar as mortes desnecessárias e, assim, o tema passou a ser mais investigado no meio científico estando relacionadas às fontes de erros, o desenvolvimento de métricas para avaliar a segurança do paciente e às políticas públicas (Lark *et al.*, 2018). No Brasil, na década de 1990 iniciou-se os movimentos de instituições públicas e privadas para criação de programas visando ofertar uma assistência em saúde isenta de danos (Nascimento & Draganov, 2015). Já atualmente, no Brasil tem-se a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (Brasil, 2022a), Resolução nº 36 de 25 de julho de 2013, que institui as ações que os serviços de saúde devem desenvolver para a segurança do paciente (Brasil, 2022b).

Assim, é imprescindível a contribuição dos profissionais de saúde em todos os campos de atuação em saúde para a identificação precoce de problemas relacionados com os serviços e assistência a fim de eliminar ou minimizar os riscos (Brasil, 2022c). E dentre os campos de atuação, está a atenção domiciliar que vem se apresentando como importante dispositivo que possibilita a continuidade da assistência ao usuário por meio do desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas, buscando a qualidade de vida e assegurando a integralidade do paciente em seu ambiente domiciliar (Sousa & Sousa, 2019).

Dentro desse contexto está o Programa Melhor em Casa (PMC). O PMC foi instaurado pelo Ministério da Saúde em 2011 e institui diretrizes para a organização da atenção domiciliar que, por meio de uma equipe multiprofissional, oferece atendimento para cuidar de problemas de saúde com diferentes graus de complexidade em pacientes sem restrição de idade que estão domiciliados e/ou acamados (Brasil, 2015; Brasil, 2012a).

Neste formato, a equipe visita o domicílio para executar sua ação e orientar qual a proposta terapêutica será realizada. Com isso, além do paciente, os cuidadores e/ou familiares se tornam atores das ações cuidativas, recebendo informações e treinamentos para conduzir a assistência com qualidade na ação para evitar uma possível internação hospitalar (Brasil, 2012b). Dessa forma, se a segurança do paciente não for priorizada no PMC, pode-se colocar em risco a efetivação dessa estratégia de cuidado à saúde. Tal prioridade mostrou-se no estudo que analisou o processo de desospitalização de um hospital público geral de Minas Gerais e que, na visão de diretores, profissionais e usuários, quando há fragilidades nesse processo, na segurança do paciente e na continuidade do cuidado há o comprometimento da execução da assistência domiciliar (Sousa & Sousa, 2019).

Ainda, sobre o PMC, destaca-se como benefícios a redução do custo quando se utiliza esta modalidade de atenção em detrimento da internação hospitalar, a reorganização do modelo assistencial como um espaço para novas formas de cuidar¹³ e o oferecimento de um cuidado mais humanizado uma vez que o paciente está em casa, perto da família, diminuindo assim risco de contaminação e infecção hospitalar (Brasil, 2015).

É dentro deste cenário que está inserido o enfermeiro, que busca garantir uma assistência segura ao paciente por meio de estratégias assistenciais que promovam a melhoria da qualidade do atendimento e o maior contato entre paciente e familiar/cuidador. Entretanto, pouco ainda se sabe a respeito da atuação do enfermeiro no que se refere a segurança do paciente neste programa.

O trabalho desempenhado pelo enfermeiro na atenção domiciliar é fundamental tanto na coordenação do serviço quanto na assistência prestada no domicílio. Com isso, para o enfermeiro atuar no domicílio e mediante a diversidade das ações e da complexidade do espaço domiciliar que seja favorável para um cuidado inovador e de qualidade, o papel desse profissional destaca-se ainda na aquisição de competências específicas vinculadas às relações interpessoais (usuário, familiares e equipe multiprofissional); nas habilidades na supervisão dos técnicos de enfermagem e na capacitação do cuidador/família como potencialidades para proporcionar uma atenção profissional qualificada e centrada nas necessidades do usuário (Andrade *et al.*, 2017).

Um estudo conduzido em toda Atenção Domiciliar analisou que o trabalho em equipe e a percepção do estresse foram considerados fatores positivos para as atitudes de segurança do paciente para os profissionais de saúde participantes dessa investigação (Oliveira *et al.*, 2020). Entretanto, trata-se de um estudo de grande abrangência e que não analisou as especificidades da atuação do enfermeiro neste cenário.

Diante disso, o presente relato tem por objetivo descrever a experiência de uma enfermeira sobre a segurança do paciente atendido pelo PMC de um município do litoral sul da Bahia apontando as potencialidades e os desafios encontrados.

Trata-se, neste caso de um relato de experiência que tem como intuito apresentar a realidade vivenciada em um campo de atuação da enfermagem a fim de compartilhar reflexões, possibilidades e barreiras. Assim, conforme resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2022d), por se tratar de um relato o presente texto não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa.

2. Metodologia

O presente relato diz respeito a um estudo de caso pois descreve de forma detalhada uma realidade observada a fim de compartilhar a riqueza de informações que podem contribuir para o debate, no caso a respeito dos protocolos assistenciais utilizados no Programa Melhor em Casa por uma enfermeira que atuou no período de 2016 a 2020 em um município localizado na região Sul da Bahia (Pereira *et al.*, 2018).

O município é dividido administrativamente em sede e quatro distritos. Possui uma população de 24.110 habitantes, sendo que a população estimada para 2020 foi de 18.544 habitantes. Dentre a população residente, 9.080 munícipes viviam na zona rural, enquanto 15.030 viviam na zona urbana. Em 2018, o salário médio mensal era de 1,6 salários mínimos e 47,2% dos domicílios apresentavam renda mensal de até meio salário mínimo. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 14,3%, o PIB per capita era de R\$13.415,79 e o IDHM de 0,560, que correspondia à 5049ª posição no ranking entre os municípios do país em 2010 (IBGE, 2022).

No que se refere à estrutura da Atenção Básica, existem doze unidades de saúde, distribuídas em dez Unidades de Saúde da Família, um Centro de Saúde e um Centro de Atendimento Psicossocial. A cobertura da Atenção Básica está estimada em 100%. Além disso, o município dispõe de um hospital municipal de pequeno porte, que presta assistência exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e possui ainda duas equipes de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), ambos considerados pré-requisitos para a implementação do PMC em municípios do país (Brasil, 2022a; Brasil, 2012b).

O PMC do qual se trata esse relato foi implementado na cidade em 2015, na modalidade de Atenção Domiciliar do tipo 2. Esse tipo de atendimento tem como um de seus objetivos evitar ou abreviar uma hospitalização. Destina-se à usuários que,

por problemas de saúde, precisam de acompanhamento contínuo, com maior frequência de cuidado e de recursos de saúde e que apresentem inviabilidade ou dificuldade de locomoção até a Unidade de Saúde.

O PMC é formado por uma equipe multiprofissional que atende a pessoas sem restrição de idade, residentes no município e com dependência total ou parcial de familiares/cuidadores (Brasil, 2012b).

Dentro desse contexto, a segurança do paciente apresenta-se como prioridade nas estratégias de atenção à saúde da equipe do PMC e a enfermagem acaba atuando diretamente na prática do cuidado com o paciente a fim de evitar novos eventos adversos. Dessa forma, a seguir serão pontuadas informações sobre a realidade local e o processo de trabalho em enfermagem que estava centrado no cuidado baseado no conhecimento científico e também na comunicação efetiva e no desenvolvimento de relações interpessoais em que a equipe multiprofissional, o paciente e os familiares/cuidadores tiveram como objetivo a promoção dos cuidados garantindo assim a segurança do paciente.

3. Resultados e Discussão

3.1 O Relato de Uma Enfermeira Diante Dessa Realidade

De acordo com as experiências vividas na realidade do município em que esse relato foi desenvolvido, as ações em enfermagem estiveram voltadas para a realização de curativos, administração de medicamentos, aferição de sinais vitais, passagens de sondas enterais e vesicais, orientações de promoção e prevenção de acidentes e quedas, e a orientação da administração dos medicamentos pelos pacientes e familiares.

No que se refere as ocorrências da enfermeira os casos mais frequentes foram: a) usuários que necessitaram fazer uso de antibioticoterapia venosa; b) pacientes em condições agudas ou crônicas agudizadas tendo como necessidade os cuidados intensificados e sequenciais, sem sinais de instabilidade, como tratamentos para pneumonias, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Insuficiência Cardíaca Congestiva; c) pacientes em reabilitação e/ou pós-operatório; d) idosos com sinais de fragilidade social e alguma enfermidade em agudização; e) pacientes com dependência funcional por acidente vascular encefálico, acidentes domésticos ou quedas e por traumatismos advindo de acidentes automobilísticos; f) usuários em cuidado paliativo oncológico; g) pessoas em uso de sondas; h) pessoas que passaram por estomia; i) crianças com prematuridade e baixo peso; e j) pacientes com alta dependência de cuidados e com outras causas de imobilidade.

Para cada uma dessas ocorrências, buscava-se seguir os protocolos como os aplicados no hospital para evitar eventos adversos, com exceção do protocolo de cirurgia segura que não se aplica a este serviço de atenção domiciliar. Neste caso, seguiu-se como protocolo a identificação do paciente; a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; a prevenção de lesão por pressão; a prática de higiene das mãos; a prevenção de quedas e monitoramento; e a prevenção e diminuição na ocorrência de eventos adversos, conforme faz parte do Programa Nacional de Segurança do Paciente criado em 2013 pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2022c).

Entretanto, há especificidades do PMC que são diferentes daquelas vivenciadas em ambientes hospitalares. Neste caso, além do papel de garantir a continuidade do cuidado ao usuário com a realização de procedimentos de enfermagem visando a recuperação e a melhoria da qualidade de vida do paciente, enfrentamentos relacionados à compreensão familiar, ao ambiente e à aprendizagem/treinamento foram os que se destacaram.

Diante disto, como a atuação do enfermeiro na atenção domiciliar é evidenciada pela realização de ações diversificadas que englobam desde a assistência direta aos pacientes e procedimentos técnicos até a articulação entre família e equipe com apoio interpessoal e educação em saúde aos usuários, cuidadores e familiares, esses profissionais precisam desenvolver habilidades na construção de uma relação eficaz com os pacientes e sensibilidade às suas demandas, de modo que o cuidado seja mediado pelo diálogo, experiências, vivências e negociações para a garantia da qualidade do cuidado (Andrade *et al.*, 2017).

O primeiro desafio enfrentado foi a compreensão de que o profissional estava adentrando ao domicílio do paciente. Por isso, a enfermeira respeitava as diferentes formas de viver, se adequando aos hábitos e a rotina da família uma vez que é um programa que ocorre dentro do domicílio. Neste caso, a recomendação é para que os profissionais de enfermagem ajam de acordo com a realidade do espaço domiciliar e considerem os saberes e necessidades do paciente e familiares/cuidadores (Brasil, 2012b). Por isso, uma escuta proximal e mais prolongada foram algumas estratégias adotadas pela enfermeira para compreender melhor o que as pessoas daquele domicílio estavam esperando diante do quadro do paciente e ao protocolo que era preciso ser realizado.

Um outro enfrentamento, que se diferencia da realidade hospitalar, foi o compartilhamento da responsabilidade. A segurança do paciente não era mais somente responsabilidade da enfermeira, da equipe profissional e do paciente. Neste programa a responsabilidade era também dos familiares e dos cuidadores, o que acabava por envolver mais pessoas, mais formas de ver o mundo e de pensar a respeito da doença. Diante disso, o ato de se fazer entender por parte da enfermeira era desafiante na medida em que não era raro envolver famílias com baixo nível de escolaridade, com dificuldades econômicas e/ou que simplesmente não concordavam com a forma com que o procedimento e a nova tarefa recebida deveria ser executada. Por isso, aumentou-se o tempo dos encontros a fim de garantir a compreensão do que precisava ser feito, por quem e como deveria ser feito. Um bom exemplo foram os cuidados com a administração do medicamento. Como a enfermeira não fica em todos os horários, o familiar/cuidadores precisava assumir essa responsabilidade que por vezes poderia ser esquecido. Neste caso a estratégia utilizada foi o envio de mensagens alertando os familiares/cuidador em casos de necessidade.

Outras ações adotadas pela enfermeira e equipe multiprofissional foram as realizações de treinamentos por meio de oficinas que eram feitas em grupo a cada semestre ou individualmente no próprio domicílio. A proposta era garantir a continuidade das ações de forma correta como, por exemplo, limpeza dos curativos, administração de dietas por sonda nasogástrica e a administração de medicamentos orais e de insulinas.

Um estudo tem indicado que o papel do enfermeiro na educação em saúde tem proporcionado melhoria no conhecimento e experiência dos pacientes e cuidadores em situações de cuidado no domicílio e como estratégia de continuidade da assistência. Dessa forma, destaca-se que o enfermeiro deve considerar o perfil dos pacientes, suas habilidades, necessidades e preferências e desenvolver estratégias de ensino criativas e que preparem pacientes, cuidadores e familiares para a prevenção de riscos e de complicações (Andrade *et al.*, 2017).

Destaca-se assim a importância do papel da família neste contexto. A família tem sido considerada o espaço onde ocorrem as atividades de proteção, de ajuda e do cuidado e por isso, ganha cada vez mais atenção de programas de saúde pois passa a se co-responsabilizar pelo tratamento (Serapioni, 2005). No caso do PMC, foi uma das estratégias adotada pela enfermeira que passa a preparar o familiar para receber essa responsabilidade. Neste caso, o vínculo com a família amplia a autonomia do usuário a partir da utilização do domicílio como um espaço terapêutico, caracterizando uma forma de cuidado que oferece ao paciente e familiares a possibilidade de uma assistência de enfermagem individualizada e qualificada, o que demonstra certa segurança para o usuário e família (Sousa & Sousa, 2019).

Destaca-se que essa é uma realidade da formação em saúde e que, portanto, se faz importante um aprofundamento, preferencialmente durante o período de graduação, para que o futuro profissional aprenda o como deve ser realizada a abordagem familiar. Por isso, o vínculo e a parceria da família com o enfermeiro devem ser levados em consideração quando for sistematizado o planejamento das ações a fim de obter sucesso no tratamento (Paz & Santos, 2003) e garantir a segurança do paciente.

Destaca-se ainda sobre os profissionais e sua formação que se tem um estudo que indica que na atenção domiciliar o trabalho em equipe contribui significativamente para a segurança do paciente, principalmente em uma equipe sólida e de colaboração mútua (Ree & Wiig, 2019).

Também foi utilizado como estratégia para o PMC neste município a confecção de uma cartilha com as orientações necessárias. As cartilhas foram distribuídas e permitiu a qualquer momento o acesso aos procedimentos e os contatos telefônicos de serviços de urgência e da equipe de profissionais do PMC. Com esta medida garantiu-se maior segurança na ação por todos no domicílio.

Contudo mesmo diante dos protocolos hospitalares utilizados, das cartilhas, das estratégias de aprendizagem e do treinamento com os familiares e cuidados, alguns procedimentos básicos da enfermagem sobre a segurança do paciente apresentaram dificuldades em serem adaptados no contexto domiciliar do município como: a prática da higienização das mãos, a utilização correta de equipamentos de proteção individual para evitar o surgimento de infecções no tratamento em domicílio, a adoção de medidas de higiene corporal e a mudança de decúbito regularmente.

Destaca-se ainda como desafios enfrentados pela enfermeira os relacionados às condições do ambiente domiciliar. Muitas vezes o ambiente era inadequado ao tipo de cuidado proposto, no que se refere a iluminação, ventilação e limpeza do ambiente, piso escorregadio, ausência de corrimão ou dispositivos auxiliares de marcha, de protetores nas camas e barras de apoio no banheiro e nos locais de circulação, exigindo maior cuidado e atenção para evitar risco para os usuários do programa.

O papel da enfermeira na atenção domiciliar dentro do programa foi indiscutivelmente o de garantir a continuidade do cuidado com o paciente e, também, a de ter uma atenção proximal para com os familiares/cuidadores a fim de garantir a melhoria da qualidade de vida do paciente e sua segurança. Entretanto muitos desafios foram observados pela enfermeira, indicando a necessidade de investigações nessa área do conhecimento.

Por fim, fica o direcionamento para se ampliar os protocolos hospitalares de segurança do paciente para a realidade do serviço de atenção domiciliar, especialmente para o PMC.

4. Conclusão

O trabalho desenvolvido no PMC de fato oportuniza um cuidado mais humanizado e seguro. As ações seguiram os protocolos hospitalares, mas com adaptações (por meio de conversa proximal, orientação, uso de apostila e disponibilidade de contato da equipe) para garantir que o paciente, os familiares/cuidadores compreendessem os cuidados que deveriam ser seguidos. Entretanto, destaca-se a necessidade da realização de estudos científicos para melhor direcionar o atendimento seguro ao usuário do programa. Assim, se faz necessário novos estudos para averiguar se tal observação é compartilhada pelos demais profissionais envolvidos no programa e de que forma os protocolos hospitalares poderiam ser adequados a realidade do programa.

Referências

- Andrade, A. M., Silva, K. L., Seixas, C. T. & Braga, P. P. (2017). Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1), 210-219.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Conselho Nacional de Saúde. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Caderno de Atenção Domiciliar*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Segurança do paciente no domicílio*. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). *Melhor em casa*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). *Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013*. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). *Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013*. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). *Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013*. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.

- Castro, E. A. B. de, Leone, D. R. R., Santos, C. M. de, Neta, F. de C. C. G., Gonçalves, J. R. L., Contim, D., & Silva, K. L. (2018). Home care organization with the Better at Home Program. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2016-0002. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Institute of Medicine. <https://www.nap.edu/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). *IBGE-cidades*. Recuperado em 04 março 2022, de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/una/panorama>
- Lark, M. E., Kirkpatrick, K., & Chung, K. C. (2018). Patient safety movement: history and future directions. *The Hand Surgery Landscape*, 43(2), 174–178. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.11.006>
- Nascimento, J. C., & Draganov, P. B. (2015). História da qualidade em segurança do paciente. *História da Enfermagem: Revista Eletrônica*, 6(2), 299-309.
- Oliveira, F. M. J.; Lima, D. M., & Provin M. P. (2020). The culture of patient safety in an emergency and emergency public hospital. *Research, Society and Development*, 9(4), 1-19. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2650>.
- Oliveira, P. C., Santos, O. P.; Villela, E. F. M., & Barros, P. S. (2020). Patient safety culture in home care service. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54(e03586), 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018040703586>.
- Paz, A. A., & dos Santos, B. R. L. (2003). Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(5), 538-541.
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da Pesquisa Científica*. Universidade Federal de Santa Maria. https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/358/2019/02/Metodologia-da-Pesquisa-Cientifica_final.pdf
- Ree E., & Wiig S. (2019). Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Services Research*, 19(1), 607. [10.1186/s12913-019-4456-8](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4456-8).
- Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(supl), 243-253.
- Sousa, C. R. S., & Sousa, M. S. (2019). Atenção domiciliar em saúde no Brasil: visão dessa política por uma revisão integrativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 32, 1-9. <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9250>
- World Health Organization. (2021). *Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.