UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANDRÉIA RODRIGUES MOURA DA COSTA VALLE

Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção

Ribeirão Preto
2013

ANDRÉIA RODRIGUES MOURA DA COSTA VALLE

Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Doenças Infecciosas: Problemática e Estratégias de Enfrentamento

Orientadora: Profa. Dra. Denise de Andrade

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação da Publicação
Serviço de Documentação de Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Valle, Andréia Rodrigues Moura da Costa

Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção. Ribeirão Preto, 2013.

261 f. : il.; 30 cm

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2013.

1.Assistência Domiciliar. 2. Infecção. 3. Prevenção e Controle.
4. Competência Profissional. 5. Enfermagem.

Nome: VALLE, Andréia Rodrigues Moura da Costa

Título: Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental

Aprovado em: ____/ ____/ ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

"A presente tese resulta do convênio entre o Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, com a Universidade Federal da Paraíba e Universidade Federal do Piauí, no Projeto de Doutorado Interinstitucional (DINTER), financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)".

DEDICATÓRIA

À minha amada filha, Lívia Maria, a razão maior da concretização desse sonho.

Ao meu esposo Joseano, por compartilhar dos meus sonhos e me ajudar a transformá-los em realidade.

À minha mãe Teresinha, minha avó Hilda, meu avô Dionísio (in memoriam) e minhas irmãs Marcela e Priscila, por terem me ensinado a acreditar no futuro e nas minhas potencialidades.

AGRADECIMENTOS

Ao Pai celeste, que me guia e ampara nessa caminhada.

À querida professora Dra. Denise de Andrade, pela valiosa e cuidadosa orientação, pela oportunidade de compartilhar de seu conhecimento e experiência, por respeitar minhas limitações e incentivar a superá-las. Obrigada por sua dedicação, acolhimento e por ter sido um exemplo de ética, moral e superação.

Às professoras Dra. Maria José Bistafa Pereira (EERP-USP) e Dra. Annecy Giordani (UENP), pela colaboração e disponibilidade em ajudar sempre que precisei e por ter colaborado no desfecho deste trabalho.

Aos enfermeiros que participaram deste estudo e colaboraram imensamente, com sua experiência e sabedoria, me atendendo prontamente e auxiliando para que os objetivos desse trabalho fossem alcançados.

À Profa. Dra. Rosalina Partezani (Coordenadora Geral do DINTER – USP-UFPB-UFPI) por sua dedicação, respeito e paciência e por não medir esforços para a concretização do Programa Dinter.

À Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura (Coordenadora do DINTER - UFPI) pelo incentivo e pelos valiosos ensinamentos, sempre...

À professora coordenadora do DINTER (UFPB) Dra. Antonia Silva.

Às professoras da Pós-Graduação da EERP-US, especialmente às que se disponibilizaram em colaborar na realização desse sonho, participando do Programa DINTER (USP/UFPB/UFPI).

Às colegas do Dinter pelo auxílio e tolerância, os quais fizeram esse caminho menos penoso.

Aos todos os funcionários da EERP-USP pela atenção e respeito.

Aos meus outros pais, mães e irmãs que acompanharam e apoiaram nessa trajetória.

RESUMO

VALLE, A. R. M. C. **Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção**. 2013. 261 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de assistência que deve ser concebida como a capacidade de mobilizar, articular e colocar em prática conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho efetivo das competências dos enfermeiros. Em se tratando do risco de infecção as pesquisas nessa área são escassas no Brasil, principalmente na perspectiva das ações preventivas. O estudo representa uma contribuição para com a atenção domiciliar, no que concerne às competências do enfermeiro em atuar nos fatores de risco para infecção e, assim, avançar nas diretrizes de prevenção e controle da infecção. Trata-se de um estudo de natureza quase-experimental considerando a primeira etapa e, pesquisa metodológica na construção das diretrizes. Utilizou-se como referencial teórico os princípios de Durand (2000) e, a avaliação de consenso foi subsidiada na técnica Delphi. O cenário envolveu as Unidades Básicas de Saúde do município de Teresina – PI. Os participantes foram divididos em dois grupos sendo um com 19 enfermeiros atuantes nas equipes da ESF e, o outro grupo com 15 pesquisadores/enfermeiros recrutados pelo método *snow-ball* (representando as quatro diferentes regiões do País). Para a organização dos dados utilizou-se o *software* Alceste 4.8, e a análise estatística descritiva foi ordenada em quartis. A lista de competências, referente à primeira rodada da Técnica Delphi totalizou 48 itens, sendo 26 classificadas como competências gerais e 22 específicas. Na segunda rodada, exclui-se apenas um item após análise de concordância entre os sujeitos. E, na terceira rodada foram mantidas as 47 competências, das quais as classificaram em três dimensões: conhecimentos, habilidades e atitudes. Esta organização tomou como base o referencial teórico, bem como as justificativas dos participantes. Dessa forma, 61 competências foram identificadas quando analisadas a luz do referencial teórico, e, articulada as praticas de prevenção e controle da infecção no ambiente domiciliar. Observa-se que, embora de modos heterogêneos, o conceito de competência para a prevenção da infecção tem sido apropriado de modo fértil pelos enfermeiros. Por fim, os resultados desse estudo mostram a relevância da atuação dos enfermeiros no manejo dos riscos de infecção, na manutenção do ambiente domiciliar biologicamente seguro, e no enfrentamento dos desafios da utilização de políticas públicas direcionadas para esse foco. Conclui-se que as práticas de prevenção e controle da infecção na atenção domiciliar são competências fundamentais reconhecidas pelos enfermeiros e, precisam ser incrementadas na formação em Enfermagem.

Palavras-Chave: Assistência Domiciliar; Infecção; Prevenção e Controle; Competência Profissional; Enfermagem.

ABSTRACT

VALLE, A. R. M. C. **Competences of the nurse in preventive actions in home care with emphasis on infection risks**. In 2013. 261 f. Thesis (Ph.D.) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Home Care (AD) is a form of assistance that should be conceived as the ability to mobilize, articulate and apply knowledge, skills and attitudes necessary for the effective performance of the competences of nurses. In what concerns the risk of infection, research in this area is scarce in Brazil, especially in the perspective of preventive actions. This study represents a contribution to home care, in relation to the skills of nurses to act on risk factors for infection and thus advance the guidelines for prevention and control of infections. This is a study of quasi-experimental nature and, considering the second step in constructing the guidelines, a methodological research. Durand (2000) principles were used as theoretical references and the consensus evaluation was supported in Delphi techniques. The scenario involved Basic Health Units in the city of Teresina - PI. The subjects were divided into two groups being the first with 19 nurses working in the ESF teams for at least two years. The second group was attended by 15 researcher nurses who were recruited by the snow-ball method, until the establishment of a network representing four different regions of the country. For data organization Alceste4.8 software, and statistical, descriptive analysis sorted in quartiles were utilized. The list of skills on the first round of the Delphi totaled 48 items, with 26 classified as general and 22 specific competence. In the second round, after the analysis of agreement among subjects one competence was excluded, for not reaching the level of consensus determined. And in the third and final round of the Delphi technique were maintained 47 skills from the analysis of consensus, which were divided among the three dimensions, namely: knowledge, skills and attitudes. This organization was based on the theoretical reference as well as the justifications of the subjects, as a result, 61 competences were developed. The respective items were analyzed in light of the theoretical references, and we proceeded to the recovery of such knowledge, skills and attitudes for the prevention and control of infection in home environment. It is observed that although in heterogeneous ways, the concept of competence for the prevention of infection has been appropriated in a fertile way by nurses. Finally, the results of this study show the importance of the role of nurses in the management of the risks of infection, the maintenance of biologically safe home environment and in facing the challenges to contribute to the formulation and use of public policies directed to this focus. We conclude that the practices of prevention and infection control in home care are a core competence recognized by nurses and needs to be improved in Nursing graduation.

Keywords: Home Care, Infection, Prevention and Control; Professional Competence; Nursing.

RESUMEN

VALLE, A. R. M. C. **Las competencias de la enfermera en la atención domiciliaria preventiva con énfasis en los riesgos de infección**. En 2013. 261 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

La Atención Domiciliaria (AD) es una forma de asistencia que debe ser concebida como la capacidad de movilizar, articular y aplicar conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el desempeño eficaz de las habilidades de las enfermeras. En cuanto al riesgo de infección, la investigación en esta área es escasa en Brasil, sobre todo en la perspectiva de las acciones preventivas. El estudio representa una contribución a la atención domiciliaria, en relación con las capacidades de las enfermeras para actuar sobre los factores de riesgo para la infección y por lo tanto avanzar en las directrices para la prevención y el control de la infección. Se trata de un estudio de naturaleza cuasi-experimental y, considerando el segundo paso en la construcción de las directrices, una investigación metodológica. Fue utilizado como referencial teorético los principios de Durand (2000) y la evaluación consenso fue apoyado en técnica Delphi. El escenario involucró las Unidades Básicas de Salud en la ciudad de Teresina - PI. Los sujetos fueron divididos en dos grupos, siendo el primero con 19 enfermeras que trabajan en los equipos del FSE durante al menos dos años. El segundo grupo contó con la participación de 15 investigadores enfermeras que fueron reclutados por el método de bola de nieve, hasta el establecimiento de una red que representa a cuatro regiones diferentes del país. Para la organización de los datos se utilizo el software Alceste 4.8 y análisis estadístico descriptivo ordenado en cuartiles. La lista de habilidades en la primera ronda del Delphi fue de 48 ítems, con 26 clasificados como generales y 22 competencias específicas. En la segunda ronda, tras el análisis de concordancia entre los sujetos, se excluyó una competencia, que no alcanzó el nivel de consenso determinado. En la tercera y última ronda de la técnica Delphi se mantuvieron 47 habilidades del análisis de consenso, que se divide entre las tres dimensiones, a saber: el conocimiento, habilidades y actitudes. Esta organización se basa en la teórica, así como las justificaciones de los sujetos descritos en el extremo del instrumento, lo que permite desmembrar el texto de ciertas habilidades en más de una indicación, entendiendo que éstas podrían contener más de una dimensión, y por lo tanto sería capaz de componer competencias distintivas. Por lo tanto, como resultado de ello, se han desarrollado 61 competencias. Los elementos respectivos se analizaron la luz de la teoría, y se procedieron a la recuperación de tales conocimientos, habilidades y actitudes para la prevención y control de la infección en el entorno del hogar. Se observa que, si bien que con formas heterogéneas, el concepto de competencia para la prevención de la infección ha sido apropiada por lo que las enfermeras de manera fértil. Por último, los resultados de este estudio muestran la importancia del papel de las enfermeras en la gestión de los riesgos de infección, el mantenimiento del entorno familiar biológicamente seguro, y frente a los desafíos a que contribuyan a la formulación y aplicación de políticas públicas dirigidas a este enfoque. Llegamos a la conclusión de que las prácticas de prevención y control de infecciones en la atención domiciliaria es una competencia fundamental reconocida por las enfermeras y necesita ser mejorada en la graduación en Enfermería.

Palabras clave: Cuidado del Hogar, Infección, Prevención y Control, Competencia Profesional; Enfermería

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - As três dimensões de competências 55

Figura 2 - Fluxograma das etapas envolvidas na utilização da Técnica Delphi 75

Figura 3 - Gráfico de Classificação Hierárquica Descendente - Dendograma das classes 78

Figura 4 - Cadeia de infecção 94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões da competência e seus indicadores segundo Durand (2000) 70

Quadro 2 - Descrição das competências gerais obtidas na primeira rodada da Técnica Delphi 79

Quadro 3 - Descrição das Competências Específicas obtidas na segunda rodada da Técnica Delphi..... 81

Quadro 4 - Descrição das diretrizes de Prevenção e Controle da Infecção em Atenção Domiciliar, segundo as competências relacionadas pelos enfermeiros e nível de evidência. 150

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros assistenciais participantes do painel Delphi segundo localização por Regional de Saúde -Teresina-PI ... 73

Tabela 2 - Distribuição dos pesquisadores participantes do painel Delphi segundo temática e região/localização por região do país 73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar tipo 1
AD2	Atenção Domiciliar tipo 2
AD3	Atenção Domiciliar tipo 3
ADS	Assistência domiciliar à saúde
ADT-AIDS	Atenção domiciliar terapêutica para Aids
AIDS	Adquired immune deficiency Syndrome
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APECIH	Associação Paulista de Controle de Infecção Hospitalar
APIC	*Association for professionals in infection control and epidemiology*
AVD	Atividades da vida diária
CC	Conhecimento conceitual
CCI	Comissões de Controle de Infecção
CCID	Comissão de controle de infecção no domicílio
CCIH	Comissão de controle de infecção hospitalar
CDC	*Center for Disease and Control*
CI	Controle de infecção
CINAHL	*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
CNDSS	Comissão nacional sobre os determinantes sociais de saúde
COCHRANE	Biblioteca Cochrane
COFEN.	Conselho Federal de Enfermagem
CP	Conhecimento Procedimental
CTNBIO	Comissão técnica nacional de biossegurança
CX	Conhecimento Contextual
DORT	Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EMAD	Equipe multiprofissional de atenção domiciliar
EMAP	Equipe multiprofissional de apoio
EPI's	Equipamentos de proteção individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
FESP	Funções essenciais em saúde pública

FMS	Fundação Municipal de Saúde
HA	Habilidade de avaliação
HC	Habilidade de comunicação
HC-FMUSP	Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da USP
HG	Habilidade de Gestão
HI	Habilidade de incentivação
HICPAC	*Healthcare Infection Control Pratices Advisory Committee*
HM	Higiene das mãos
HSPE-SP	Hospital do Servidor Público Estadual de São
HP	Habilidade de planejamento
IACS	Infecções associadas aos cuidados de saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Infecção Comunitária
ICS/CVC	Infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso Central
IH	Infecções Hospitalares
ICA's	Infecções comunitárias agudas
IRAS	Infecções relacionadas à assistência à saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	National Library of Medicine
MRSA	*Staphylococcus aureus* meticilina-resistente
NADI	Núcleo de Assistência Domiciliar
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCIH	Programa de controle de infecção hospitalar
PGRSS	Plano de gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde
PNAB	Política nacional de atenção básica
PCIH	Programa de controle de infecção hospitalar
PNAB	Política nacional de atenção básica
PNCI	Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecção
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSF	Programa Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RSS	Resíduos dos serviços de saúde

SAD	Serviço de Assistência Domiciliar
SAE	Sistematização da assistência de enfermagem
SCNES	Serviço de cadastro nacional de estabelecimentos de saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SHEA	*Society for healthcare epidemiology of America*
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCE	Unidade de contexto elementar
UCI	Unidade contexto inicial
VD	Visita domiciliar
VE	Vigilância Epidemiológica
VHB	Vírus hepatite B

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 19
1.1 Historicidade das infecções: breves apontamentos 20
1.2. Atenção à saúde no ambiente extra-hospitalar e a prevenção da infecção: uma tendência desafiadora 30
1.2.1 Atenção Domiciliar: aspectos históricos e legislativos 37
1.3 Competência profissional e suas bases teóricas 51
1.3.1 Competências profissionais na área da saúde 56
1.4 Relevância do estudo 60

2 OBJETIVOS 62
2.1 Objetivo Geral 62
2.2 Objetivos Específicos 62

3 MATERIAIS E MÉTODOS 63
3.1 Avaliação das competências subsidiada na técnica Delphi 63
3.1.1 Fase conceitual 66
3.1.2 Referencial teórico de competência 69
3.1.3 Local do estudo 70
3.1.4 Participantes do estudo 71
3.1.4.1 Primeira rodada da Técnica Delphi 76
3.1.4.2 Segunda rodada da Técnica Delphi 83
3.1.4.3 Terceira rodada da Técnica Delphi 85
3.2 Análise dos dados 86
3.3 Aspectos éticos 86
3.4 Construção de diretrizes preliminares para práticas seguras na Atenção Domiciliar 87

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 88
4.1 Revisão integrativa da literatura (Apêndice A). 88
4.2 Competências do enfermeiro para atuar na prevenção e controle das Infecções em Atenção Domiciliar 89
4.2.1 Dimensão dos conhecimentos 89

4.2.1.1 Dimensão do conhecimento conceitual (CC) para competências na prática de prevenção e controle da infecção 89
4.2.1.2 Dimensão do conhecimento procedimental (CP) 102
4.2.1.3 Dimensão do conhecimento contextual (CX) 107
4.2.2 Dimensão das Habilidades 112
4.2.2.1 Dimensão da habilidade de gestão (HG) 112
4.2.2.2 Dimensão da habilidade de planejamento (HP) 117
4.2.2.3 Dimensão da habilidade de comunicação (HC) 130
4.2.2.4 Dimensão da habilidade de avaliação (HA) 135
4.2.2.5 Dimensão da habilidade de “incentivação” (HI) 139
4.2.3 Dimensão das atitudes subsidiando a competência (AT) 141
4.3 Proposta de uma diretriz para práticas de prevenção e controle da infecção em Atenção Domiciliar 147
4.3.1 Construção das diretrizes na atenção domiciliar a partir das competências elaboradas pelos enfermeiros 149

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 155

REFERÊNCIAS 159

APÊNDICES 178

ANEXOS 224

1 INTRODUÇÃO

Desde os primórdios de sua existência, os homens buscam vencer os desafios da ocorrência de infecção. O processo dinâmico e progressivo de seleção adaptativa para a sobrevivência das espécies, que ocorre cotidianamente na natureza, envolve importantes fenômenos que interferem no estado de saúde das populações humanas.

No milenar esforço da humanidade para entender a ocorrência da infecção nas suas diversas formas (isoladas ou coletivas), em cada caso, e, nos limites dos conhecimentos disponíveis, a compreensão da doença confundi-se com a história das crenças e das idéias sem qualquer suporte investigatório experimental.

Assim, as temerosas infecções representam um dos agravos clínicos de maior impacto para a humanidade face às altas taxas de morbidade e mortalidade, distúrbios sociais, assim como as perdas econômicas mundialmente registradas. Inquestionavelmente desafiam os avanços científico-tecnológicos, mobilizando a atenção de profissionais, pesquisadores e organizações em busca de medidas efetivas de prevenção e controle.

Sua ocorrência tem origem multifacetada envolvendo aspectos complexos da endogenia humana e das condições ambientais. A avaliação de riscos de infecção é um processo abrangente, por meio do qual são identificados tradicionalmente os dados clínicos, sociais, econômicos e ambientais. Acresce-se que mesmo com a revolução tecnológica e aumento ao acesso às informações é notória as limitações dos sistemas de saúde diante desta problemática.

Tendo em vista a magnitude e relevância da temática, tem-se a seguir uma breve revisão comentada dos fatores identificados como determinantes destas infecções, a distribuição da doença nos países desenvolvidos ou não ou em fase de desenvolvimento com especial destaque para o Brasil, apontando algumas reflexões para debate.

1.1 Historicidade das infecções: breves apontamentos

Ao longo da história diversas doenças infecciosas[1] causaram pânico no mundo e, algumas com sérias repercussões pandêmicas assolando e dizimando grande parte da população mundial.

A despeito da varíola[2] observou-se que apesar de atingir diferentes etnias os maiores índices de mortalidade pendiam sempre para os nativos (ex – índios), isto é, pessoas cujo sistema imune não reconheciam e combatiam o vírus letal. Muitos indígenas sofreram até a morte diante de formas clínicas graves da doença, ou particularmente a mais atroz – a *púrpura variolosa*. Descrições sugerem a presença marcante da púrpura, cujo quadro clínico estaria, muitas vezes, sobreposto a infecções bacterianas secundárias. Assim, na ausência das típicas lesões

---

[1] **Peste Bubônica (1334-1348)** - Pandemia que assolou a Europa durante o século XIV dizimou aproximadamente um terço da população européia, também apelidada de Peste Negra devido ao aparecimento de manchas negras pelo corpo, e ocasionada pela inflamação dos gânglios linfáticos. A doença é causada pelo bacilo *Yersinia pestis.* A peste é uma zoonose (doença de animais transmissível ao homem) comum entre roedores como ratos e esquilos sendo transmitida por suas pulgas, da espécie *Xenopsylla cheopis*.

-Varíola (Século XVIII,IX,XX) - É uma doença infecto-contagiosa causada por um *Orthopoxvirus*. Classificada como uma das enfermidades mais devastadoras da história da humanidade, a varíola foi considerada erradicada pela Organização Mundial de Saúde(OMS) em 1980.

-Gripe espanhola (1918 e 1919) - Ficou assim conhecida devido ao número de mortos na Espanha. A primeira pandemia do século XX surgiu no período de 1918 a 1919 e contaminou de 20% a 40% da população mundial e matou mais de 40 milhões de pessoas. Também conhecida como peste pneumônica, o primeiro caso foi notado nos Estados Unidos, no Kansas e em Nova Iorque. No Brasil, cerca de 300 mil pessoas faleceram, inclusive o Presidente da República da época, Rodrigues Alves, durante seu segundo mandato, em 1919. Tido como uma espécie ímpar da gripe, o vírus foi devastador devido à estimulação excessiva da resposta imunológica inata nos homens. Foi, segundo os historiadores, a pior pandemia do século e recentemente, um estudo da *Nature* trouxe que o vírus da influenza A H1N1, causador da doença, também é letal em primatas não humanos.

-**Tifo epidêmico** – Também chamado de exantemático foi uma importante causa de epidemias antes da Segunda Guerra Mundial. É uma doença transmitida por piolhos da espécie *Pediculus humanus corporis*, parasitas comuns no corpo humano, e causado pela bactéria *Rickettsia prowazekii*.

-Gripe asiática (1957-1958) - O vírus H2N2 fez suas primeiras vítimas na China, onde teve seu primeiro isolamento. Em dois meses, a doença se espalhou por Hong Kong, Singapura, Índia e todo o Oriente. Depois foi a vez da África, Europa e, por último, Estados Unidos, onde causou aproximadamente 70 mil mortes. Em dez meses, o vírus se espalhou por todo o mundo devido à popularização das viagens aéreas e à sua variação antigênica. O número de vítimas mortais chegou a dois milhões. A OMS considera que esta gripe pode ter contaminado até 80% da população mundial.

-Gripe de Hong Kong (1968-1969) - Coerente ao nome, a Gripe de Hong Kong surgiu no próprio país e é a última do século XX. A OMS diz que foi causada por uma "nova variação maior na hemaglutinina (que liga o vírus ao receptor da célula) do vírus Influenza A H3N2. Ao contrário da Gripe asiática, ela demorou a se disseminar para outros países. Quase meio ano depois dos casos na Ásia, o fenômeno chegou aos Estados Unidos, por exemplo.

-Gripe aviária (1997 e 2004) - Causada pelo vírus Influenza A H5N1. O primeiro surto ocorreu em Hong Kong em 1997 e causou quatro mortes. O vírus já era conhecido, mas só nos casos de infecção em aves. Quando uma mutação genética tornou-o transmissível também aos seres humanos, o governo foi obrigado, para evitar tragédias maiores, a sacrificar 1,4 milhão de aves. O surto de 2005 de gripe aviária infectou pessoas no Vietnã,Tailândia,Indonésia e Camboja.

-SARS (2002) - A SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome* – Síndrome Respiratória Aguda Grave) foi a primeira pandemia do século XXI, teve início na China e se espalhou para mais de 26 países nos cinco continentes. Mais de 8000 pessoas foram infectadas e cerca de 744 morreram. É uma infecção que acomete principalmente o trato respiratório, causada por um novo vírus, chamado SARS-CoV.

-**(Gripe A H1N1) - Gripe Suína (**2009 - 2010) - O vírus H1N1 (gripe suína) é uma nova forma do vírus da **gripe** que causou uma pandemia global em humanos, no período de junho de 2009 a agosto de 2010.
http://mediskina.blogspot.com.br/2009/05/epidemias-que-assolaram-humanidade.html.

- *Microrganismos multi-resistentes* assolam o mundo – No Brasil nota técnica nº 1/2010 trata das medidas para identificação, prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde por microrganismos multirresistentes (http://portal.anvisa.gov.br)/

[2] Em sua marcha galopante, a varíola acompanhou o ciclo das grandes navegações e alcançou o Novo Mundo a bordo de caravelas e galeões.A dura realidade dos trópicos e o conhecimento de que roupas de variólicos podiam transmitir a varíola fizeram com que colonos a utilizassem como arma contra indígenas hostis. As roupas que continham restos de pele contaminados pelo vírus eram propositadamente expostas ao relento e recolhidas sob os curiosos olhares nativos. O aniquilamento destas tribos ao mesmo tempo em que abria caminho para a colonização européia fomentava ainda mais o tráfico de escravos negros (MARTIUS, 1939).

variolosas, os religiosos não arriscavam um diagnóstico definitivo (GURGEL; ROSA, 2012).

No Brasil, até 1850, as atividades da Saúde Pública no controle da infecção eram limitadas e objetivavam o controle de navios e portos. Todavia, desde as primeiras vacinações, em 1804, o pais acumulou mais de 200 anos de imunizações com a criação do Programa Nacional de Imunização (PNI), desenvolvendo ações planejadas e sistematizadas. Estratégias diversas, campanhas, varreduras, rotina e bloqueios erradicaram a febre amarela[3] urbana em 1942, a varíola em 1973 e a poliomielite em 1989. Controlaram o sarampo, o tétano, com destaque o seu tipo neonatal, as formas graves da tuberculose, a difteria, e a coqueluche. Mais recentemente, implementaram medidas para o controle das infecções pelo *Haemophilus influenzae* tipo b, da rubéola, inclusive a sua forma congênita, a hepatite B, a influenza e suas complicações nos idosos, também as infecções pneumocócicas (BRASIL, 2003b).

Ainda, a aceleração do desenvolvimento econômico das sociedades ocidentais, iniciado com a revolução industrial no fim do século XIX e acentuado após a Segunda Guerra Mundial determinaram mudanças significativas no perfil das infecções em termos de tipologia, frequencia e fatores associados, bem como na sua distribuição (ZANON; NEVES, 1987).

Há de se considerar que o aparecimento das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) é tão antigo quanto o surgimento dos hospitais, sendo que o relato de existência do primeiro hospital urbano é aproximadamente do ano 330 antes de Cristo, no Império Romano. Esses espaços eram considerados fonte

---

[3] Oswaldo Cruz nomeado Diretor-Geral de Saúde Pública, cargo que corresponde atualmente ao de Ministro da Saúde. Utilizando o Instituto Soroterápico Federal como base de apoio técnico-científico, deflagrou suas memoráveis campanhas de saneamento. Seu primeiro adversário: a febre amarela, que angariara para o Rio a reputação de "Túmulo dos Estrangeiros" e que mataram de 1897 a 1906, quatro mil imigrantes. Estruturou a campanha contra a febre amarela em moldes militares, dividindo a cidade em dez distritos sanitários, cada qual chefiado por um delegado de saúde. Seu primeiro passo foi extinguir a dualidade na direção dos serviços de higiene. Para isso, estabeleceu uma conjugação de esforços entre os setores federais e a Prefeitura, inclusive o serviço de limpeza pública. A polícia sanitária adotava medidas rigorosas para o combate ao mal amarílico, inclusive multando e intimando proprietários de imóveis insalubres a demolí-los ou reformá-los. As brigadas; mata-mosquitos percorriam a cidade, limpando calhas e telhados, exigindo providências para proteção de caixas d'água, colocando petróleo em ralos e bueiros e acabando com depósitos de larvas e mosquitos. Nas áreas de foco, expurgavam as casas, pela queima de enxofre e providenciavam o isolamento domiciliar dos doentes ou sua remoção para o Hospital São Sebastião. Oswaldo Cruz baseou o combate à febre amarela no êxito da campanha realizada pelos americanos em Havana e em algumas experiências realizadas no Brasil, que comprovavam o acerto da teoria do médico cubano Carlos Finlay, de que o transmissor da doença era um mosquito: o *Aedes aegypti*, na época conhecido como *Stegomyia fasciata* ou *Culex aegypti*. Numa época em que ainda se acreditava que a maior parte das doenças era provocada pelos ares pestilenciais, a idéia de "se pagar a rapagões para caçar mosquitos", como dizia uma revista de então, só poderia provocar o riso. O jovem pesquisador enfrentava a oposição de grande parte da classe médica, que não acreditava na teoria de Finlay. Mas as controvérsias findaram diante do rigor com que eram aplicadas as medidas sanitárias, especialmente, a remoção dos doentes e a entrada nas casas, mesmo sem autorização dos proprietários. Em seguida, Oswaldo Cruz iniciou sua luta contra a peste bubônica cuja campanha envolvia a notificação compulsória, isolamento, aplicação do soro, e a vacinação nas áreas mais problemáticas, como a zona portuária, bem como, desratização da cidade. A associação de ratos e mosquitos era irresistível. E a decisão da Saúde Pública de pagar por cada roedor capturado, dando origem aos inúmeros compradores que percorriam a cidade, só agravou a situação. Mas, em poucos meses, a incidência de peste bubônica diminuiu com o extermínio dos ratos (BRASIL, 2003b).

inesgotável de doença devido às características sanitárias e de assistência precárias, não se fazendo presentes profissionais médicos, nem atividade terapêutica (COUTO; PEDROSO; PEDROSA, 2003; FOUCAULT, 2007; OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008). Nesse cenário, não dispunham de qualquer forma de sistematização assistencial que evitasse o contágio entre as pessoas assistidas, favorecendo a disseminação de doenças, especialmente as de caráter infeccioso. Eram considerados locais de morte, mais do que de cura e cuidado (FOUCAULT, 2007). A assistência aos pacientes era prestada quase sempre por mulheres, como religiosas e outras pessoas sem qualquer tipo de qualificação e remuneração (OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

Assim, a infecção é uma consequência das precárias condições em que as pessoas eram dispostas e atendidas, por vezes isoladas em locais sombrios, úmidos, sem luz natural, cuidados higiênicos e dietéticos. A mudança desse paradigma caritativo-assistencial ocorreu apenas no final do século XVIII com a conscientização de que o cuidado à saúde deveria ser um instrumento de terapêutica. Aos poucos, esse atendimento sofreu uma gradual reestruturação, principalmente com a inserção dos médicos e a internação de doentes sob sua orientação e supervisão (ANDRADE; ANGERAMI, 1999; FOUCAULT, 2007; OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

Nesse contexto, surgiram as primeiras medidas de controle da infecção, merecendo destaque a higienização das mãos (HM), preconizada antes e após o cuidado do paciente, enfatizada por um estudo do cirurgião húngaro Ignaz Philipp Semmelweis (1860), reforçada por Lister (1867) e seguidamente por outros pesquisadores. Ainda no século XIX, Florence Nightingale teve sua significativa importância histórica com a reorganização dos hospitais e a implantação de medidas sanitárias, práticas básicas de higiene, isolamento dos enfermos, atendimento individual, e a redução de leitos no mesmo ambiente, medidas essas que colaboraram para a redução das taxas de mortalidade hospitalar daquela época (FERNANDES; RIBEIRO FILHO, 2000; COUTO; PEDROSO; PEDROSA, 2003; OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

Mesmo diante dos avanços existem epidemias de doenças infecciosas que ainda não foram controladas e matam anualmente milhões de pessoas seja devido a ineficiência do tratamento ou a não opção de vacina ou pelo mecanismo de transmissão que permite a fácil disseminação entre outros motivos. São elas a

Malária, a Febre Amarela, a AIDS, a Tuberculose, a Dengue entre outras infecções que estão aumentando principalmente nos países em desenvolvimento, onde as condições de saúde pública ainda não são totalmente eficazes. Cabe mencionar a Portaria 2.616 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) que destaca a Infecção Comunitária (IC) como sendo "aquela constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital."

Por outro lado, é oportuno considerar uma das mais importantes infecções comunitárias - a pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1), a detecção do vírus na América se deu no estado da Califórnia (EUA), pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta, em 2009. Desde então, começou a ser detectada a disseminação para os demais estados, com registro de transmissão comunitária. Na oportunidade realizou-se o sequenciamento genético do vírus, o que possibilitou a realização de diagnóstico por meio de biologia molecular e a confirmação de casos em outros países. Após México e EUA, foram detectados casos no Canadá, onde também foi registrada transmissão comunitária. Ainda em 2009 a doença atingiu 57 países, com a confirmação de mais de 17 mil casos.

No Brasil, o enfrentamento da pandemia envolveu além de toda a comunidade informal, o Gabinete Permanente de Emergência em Saúde Pública (GPESP), o Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS). Das 574 amostras processadas laboratorialmente, 20 casos foram confirmados. Vale ressaltar que o Ministério da Saúde monitora a situação epidemiológica no mundo e no Brasil e as informações, atualizadas estão disponíveis no sítio do Ministério da Saúde: www.saude.com.br.

No dia 29 de abril de 2009, a OMS elevou o alerta pandêmico para o nível 5, tendo em vista a ocorrência de transmissão sustentada comunitária em mais de um país em uma mesma região, e adotou uma série de recomendações que visava diminuir os efeitos da epidemia. Muitas dessas medidas foram dirigidas para os países afetados, mas uma das mais abrangentes diz respeito à ativação dos planos nacionais de preparação para uma pandemia de influenza pelo H5N1 (gripe aviária), com as devidas adaptações para a atual epidemia. No Brasil, haviam seis casos autóctones – porém todos com vínculo epidemiológico com pessoas que vieram do exterior, procedentes do México e dos EUA. Portanto, o Ministério da Saúde

considerou que a transmissão do vírus da Influenza A(H1N1) em nosso País foi limitada e sem evidências de sustentabilidade de transmissão de pessoa a pessoa. Com base em informações e observações ainda iniciais sobre os casos ocorridos fora do País, nota-se que a epidemia tem atingido principalmente crianças e adultos jovens e tem baixa letalidade (<1%). Há um predomínio de casos leves e moderados de síndrome gripal, sendo que a ocorrência de óbito tem sido associada à existência de doença subjacente.

Devido ao atual grau de incertezas e à insuficiência das informações disponíveis de países mais afetados, é necessário mantermos o alerta e a ativação dos planos de preparação. Mais ainda, devemos lembrar a experiência da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), em 2003, para a qual somente foi possível seu enfrentamento efetivo a partir do momento em que se compartilhou, internacionalmente, de forma coordenada e solidária, informações e tecnologias que propiciaram conhecer melhor a doença, desenvolver métodos diagnósticos e adotar medidas de controle adequadas. Para a influenza, será necessário ainda estender estes benefícios para produção e acesso universal às vacinas e medicamentos.

Neste contexto, nosso país adotou as seguintes medidas: monitoramento e ações de vigilância; notificações de casos; monitoramento de portos, aeroportos e fronteiras; recomendações aos viajantes; assistência aos casos e contatos; divulgação nos meios de comunicação; estruturação das redes de saúde; aquisição de insumos e tratamentos, além do desenvolvimento de capacidade para produção da vacina (BRASIL, 2003b).

Atualmente, o país enfrenta sérias dificuldades na adequação de recursos, na vigilância inclusive de eventos adversos pós-vacinais, na universalidade de atendimento, nos seus sistemas de informação. As ações transparecem a necessidade de investir na capacitação e atualização técnico-gerencial em todos os âmbitos dos sistemas de saúde. Por outro lado, as campanhas nacionais de vacinação, voltadas para diferentes contextos e faixas etárias, proporcionam o crescimento da conscientização social a respeito da cultura em saúde (BRASIL, 2003b).

Assim, persiste a luta incansável pelo controle das doenças infecciosas, o que envolve diretamente a melhoria das condições higiênico-sanitárias. Isso nos remete ao resgate dos princípios da epidemiologia que analisa a interação entre o homem e o seu meio ambiente, dentro de uma visão integral e valorativa das tríades:

"pessoas-tempo-lugar" e "agente-hospedeiro-ambiente", parecendo ser uma alternativa promissora. Nesse sentido, a abordagem das práticas de prevenção e controle do risco biológico tem ocorrido de forma mais efetiva e científica, acarretando na elaboração de dispositivos legais e portarias que regulamentam a atuação dos profissionais de saúde principalmente acerca do risco de infecções no ambiente hospitalar (ANVISA, 2004b).

Porém, apesar dos esforços em âmbito mundial, a sua redução ainda está distante, especialmente, no Brasil que exibe heterogeneidade das instituições de saúde quanto a padrões de atendimento, estrutura física, tipo de clientela e ocorrência de infecção. Há de se considerar a escassez de investimentos em capacitação profissional, bem como as precárias condições de infra-estrutura dos serviços de saúde, o que contribui para o aumento das taxas de infecções e dificulta o seu controle (ANDRADE; ANGERAMI, 1999; ALBUQUERQUE-COSTA et al., 2009).

Neste cenário os gestores se veem pressionados com a elevação de gastos, a restrição de recursos em saúde, e a necessidade de reestruturação dos serviços, visando uma maior efetividade e melhor utilização do dinheiro público. Eles necessitam de informações coerentes e fundamentadas sobre as condições dos serviços de saúde, para adequarem o cuidado e racionalizarem a tomada de decisão. Nesse contexto, tem sido crescentes o interesse pela avaliação dos riscos à saúde, com destaque aqueles associados a infecção (PANERAI; PEÑA-MOHR, 1989).

Dessa forma, como mencionado, pesquisadores e diversas associações nacionais e internacionais uniram-se em uma campanha para efetivar práticas seguras de prevenção e controle da infecção. Assim, conceitos, diretrizes e protocolos são elaborados e revisados à luz das evidências científicas de maneira que haja eliminação ou a redução máxima da ocorrência de infecção. Esforços deliberados são destinados para elucidação das lacunas do conhecimento, aplicação adequada de recursos, e aquisição de informações que assegure eficiência aos desafios emergentes.

Reconhecendo a complexidade da problemática é oportuno mencionar uma das mais importantes normatizações brasileiras estabelecidas pelo Ministério da Saúde, a Portaria 2.616/98, que dispõe sobre as bases conceituais de infecção Hospitalar (IH) e infecção comunitária, bem como os principais mecanismos de

monitorização e prevenção. Assim, fica estabelecido como Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH):

> "... um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. [...] A vigilância epidemiológica das IH é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre os pacientes [...] com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle. (BRASIL, 1998, p. 32):

É sabido que uma das atividades de maior relevância na prevenção e controle de infecção hospitalar se reporta à vigilância epidemiológica ou a monitorização, com a finalidade de determinar os sinais clínicos e laboratoriais do paciente com infecção. Nesse sentido, a avaliação dos resultados de cultura de material clínico ou até mesmo as investigações para minimizar surtos como os "swabs" de vigilância são fundamentais, bem como, a análise dos antibiogramas.

Atualmente, contamos com legislações nacionais que subsidiam a atuação dos profissionais de saúde na prevenção e controle de infecção hospitalar; as Resoluções de Diretoria Colegiada (RDCs), as Normas Regulamentadoras (NRs) e os Manuais do Ministério da Saúde, e Internacionais (*Guidelines* do CDC – Atlanta, EUA) que norteiam os protocolos assistenciais de saúde, e também chamados de manuais de boas práticas hospitalares.

Os Manuais de Boas Práticas Hospitalares, assim como os *Guidelines* do CDC orientam as práticas de acordo com os sítios mais investigados e preveníveis de infecção. Os mesmos apresentam orientações a serem seguidas quanto à inserção, manutenção de dispositivos invasivos, ou seja, medidas de prevenção das infecções relacionadas a cateteres venosos, sondas vesicais, tubos endotraqueais (em uso de ventilação mecânica), e de sitio cirúrgico.

Adiante, os conhecimentos se consolidaram, houve o descobrimento de novos agentes infecciosos, efetivando-se a expansão no uso dos antimicrobianos com a finalidade de quebrar a cadeia de infecção. Todavia, não se deve ficar alheio ao fato dos microrganismos desenvolverem mecanismos de defesa, capazes de resistirem à ação dos antimicrobianos de última geração.

No Brasil, as primeiras referências ao controle das infecções nos hospitais surgiram a partir de 1950, com questionamentos quanto aos princípios de higiene, técnicas assépticas, processos de esterilização de material hospitalar e o

aparecimento de microrganismos resistentes pelo uso indiscriminado de antimicrobianos.

Em 1985, pesquisadores realizaram um levantamento e estimaram que cerca de 30 a 35% das infecções são evitáveis por meio de programas de controle e vigilância ativos. Os estudiosos relatam que a redução dessas infecções pode chegar a 85% com a implementação de medidas sabidamente efetivas para a prevenção e controle das mesmas (HALEY et al., 1985).

Somente nos Estados Unidos da América (EUA), aproximadamente 35 milhões de pacientes são admitidos nos hospitais por ano, dentre os quais, pelo menos 2 milhões desenvolvem infecção, resultando entre 60 e 90 mil mortes e um custo de U$ 17-29 bilhões (PITTET, 2008). Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reportou que, em qualquer época do ano, cerca de 1,4 milhões de pessoas desenvolvem um episódio de infecção, e esse risco pode ser 20 vezes maior nos países em desenvolvimento.

Neste contexto, em outubro de 2008, um convênio médico dos EUA suspendeu o reembolso a seus clientes referente ao tratamento de oito condições de saúde consideradas preveníveis, dentre as quais a infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central (ICS/CVC), infecção urinária associada à sonda vesical de demora e infecção do sítio cirúrgico (ALBUQUERQUE-COSTA et al., 2009).

Estudiosos da área ressaltam sobre o número de pessoas que adoecem e morrem devido às infecções e o impacto financeiro provocado é extremamente elevado e inaceitável (PITTET, 2008). Ainda, intrínseco ao problema, estão as inconsistentes práticas preventivas, ou seja, é notória sua desarticulação com a realidade e, portanto, com baixo poder de eficácia.

As doenças infecciosas constituem importante causa de morte e, ainda afligem milhões de pessoas em âmbito mundial, especialmente, nos países em desenvolvimento, devido à sua associação com a pobreza e a miséria, como a falta de acesso à escola e saneamento básico. A partir dos avanços na área da microbiologia médica, o homem investiu na possibilidade de eliminar os microrganismos causadores de doenças. Posteriormente, a exposição aos antibióticos acarretou no desenvolvimento dos mecanismos de sobrevivência e resistência microbiana, principalmente, pelo oportunismo de hospedeiros susceptíveis ou pelas mutações (ROUQUAYROL, 2003).

Considerando que as infecções não se limitam aos hospitais e que podem ser adquiridas em todos os espaços, sejam ou não de assistência à saúde, inclusive na comunidade, as atividades de prevenção e controle dos riscos biológicos devem permanecer na linha de frente e na base dos programas, até mesmo no ambiente domiciliar (ARIAS; SOULE, 2008).

Em Portugal, um inquérito nacional de prevalência, realizado em maio de 2003, envolvendo 16.373 doentes, identificou uma prevalência de 22,7% de ocorrências de infecção adquirida na comunidade (taxas semelhantes à maioria dos estudos internacionais). No que se refere à infecção por S*taphylococcus aureus* meticilina-resistente (MRSA) verificou-se que, nos países do sul da Europa, a taxa oscila entre 20-40%. Os dados disponíveis sobre as infecções provocadas por agentes resistentes demonstram que 20% a 25% podem resultar do contato com microrganismos adquiridos na comunidade (PORTUGAL, 2006).

Como mencionado anteriormente, muitas vezes as doenças são decorrentes do meio ambiente e das condições às quais as pessoas estão expostas. As infecções comunitárias, ou seja, aquelas que acometem a população fora do ambiente hospitalar ou pacientes nas primeiras 48 horas de internação estão associadas a determinantes sociais e ambientais, mostrando elevada prevalência em regiões com déficit em educação, precárias condições de habitação, sem acesso ao abastecimento de água potável e saneamento básico (CASTRO et al., 2008; BARBOSA et al.,2009; SCHWARTZMANN et al., 2010).

Em relação aos fatores exógenos para infecção, tem-se na habitação um dos aspectos exaustivamente explorado, especialmente no Brasil cuja diversidade da situação social-econômica e territorial estima-se que haja péssimas condições de norte a sul do pais. As moradias[4] em ocupações irregulares é uma realidade de aproximadamente 6% da população do país, segundo dados do senso divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010. Os oito municípios detentores do maior número de favelas são: São Paulo, com 612; Rio de

[4] O direito à moradia é contemplado no artigo 6º da Constituição Federal por força do disposto na Emenda Constitucional nº 26, de 14 de fevereiro de 2000. Mukai (2008) nos lembra que independente dessa introdução tardia, posto que a Constituição encontra-se em vigor desde 1988, o fato é que esse direito encontrava-se de forma implícita respaldado no texto constitucional. Para o autor a Constituição assegura o exercício de direitos sociais e individuais para os seus cidadãos, não podendo atender tal destino sem que dentre os direitos sociais esteja o da moradia, posto que a moradia é um elemento fundamental para o pleno exercício dos demais direitos do cidadão e que lhe garante a liberdade, segurança, bem estar, desenvolvimento, etc. (2008, p.03). Cabe reconhecer que moradia adequada significa mais do que ter um teto sobre a cabeça. Significa também privacidade, segurança e espaço adequados; acessibilidade física, segurança da posse; estabilidade e durabilidade estrutural; iluminação, calefação e ventilação adequadas; infra-estrutura básica tal como serviços de abastecimento de água, esgoto e coleta de lixo; qualidade ambiental; fatores relacionados à saúde apropriados; e localização adequada no que diz respeito ao local de trabalho e aos equipamentos urbanos, os quais devem estar disponíveis a um custo razoável.

Janeiro, com 513; Fortaleza, 157; Guarulhos, 136; Curitiba, 122; Campinas, 117; Belo Horizonte, 101; e Osasco, 101. As cidades apresentam paisagens de contrastes; grandes construções e áreas urbanamente planejadas são ladeadas por espaços onde, sem infraestrutura adequada, pessoas convivem com riscos sociais e ambientais. O IBGE também divulgou dados referentes ao município de Teresina onde 16,5% da população viviam em favelas e similares, com condições precárias de água e esgoto, além de terem rede de energia elétrica e de abastecimento de água conseguidas por ligações e encanações irregulares, feitas pelos próprios moradores (IBGE, 2010).

Como já mencionado, no Brasil as principais infecções comunitárias são: as parasitoses, as infecções respiratórias agudas (IRA's), as doenças sexualmente transmissíveis (DST's), o sarampo, a tuberculose, a hanseníase, a doença de Chagas, a cólera, dengue, entre outras. A etiologia clássica relaciona-se a fatores intrínsecos e extrínsecos dos indivíduos, sejam eles hereditários, congênitos, imunitários, de co-morbidades, ambientais, sócio-econômicos e culturais.

Em geral, a transmissão das doenças infecciosas ocorre de diversas formas, segundo Rouquayrol (2003):

- ✓ Transmissão horizontal, na qual o agente infeccioso é passado de uma pessoa a outra por via direta e imediata ou por meio de um vetor, substrato ambiental, fômites, mãos ou secreções oro-nasais;
- ✓ Transmissão indireta, na qual o agente infeccioso necessita de um suporte mediador para percorrer a distância que separa o indivíduo infectado do susceptível, onde deverá desenvolver-se, estabelecendo-se a infecção, como é o caso da esquistossomose;
- ✓ Transmissão vertical, a qual ocorre durante o processo de reprodução, desenvolvimento fetal ou parto, como a sífilis congênita.

O risco de ocorrência de infecções nas organizações varia de acordo com a localização geográfica, com o ambiente, com os tipos de programas prestados e com as características e aspectos comportamentais da população atendida. Como esses riscos alteram-se ao longo do tempo, às vezes com muita rapidez, a avaliação de risco deve ser um processo contínuo (ARIAS; SOULE, 2008).

Ainda, os autores supracitados explicam que os riscos podem ser classificados em externos/exógenos e internos/endógenos. A exemplo dos riscos endógenos tem-se a imunidade comprometida, a idade e a presença de

comorbidades. E, entre os riscos externos podem-se destacar as características comunitárias, como a alta incidência endêmica de certas infecções (como é o caso da gripe, da hanseníase e tuberculose em determinadas épocas e regiões), o nível socioeconômico da população, as condições habitacionais precárias e uso indiscriminado de antibióticos.

É importante registrar mais uma vez que diversos fatores de risco estão presentes no ambiente domiciliar e peridomiciliar como: falta de saneamento básico; precárias condições de higiene pessoal, no preparo de alimentos; inadequado armazenamento e coleta do lixo domiciliar; deficiência na imunização; presença de animais e vetores contaminados ou potencialmente contaminados por agentes infecciosos, quais sejam, bactérias, fungos, helmintos ou protozoários.

Nesse ambiente, o foco da assistência é a família, os fatores de risco intensificam-se com a idade ou prematuridade, sendo os idosos e bebês prematuros mais vulneráveis às doenças infecciosas, principalmente, pelo déficit da imunidade, pelo menor poder cognitivo ou de apreensão dos riscos, pela redução das atividades de vida diária e da capacidade funcional. Além disso, a presença de agravos incapacitantes, como o acidente vascular cerebral, o politaumatismo, a evolução de complicações do diabetes mellitus e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas viabilizam o surgimento de infecções pela necessidade constante de assistência, muitas vezes realizada por meio de procedimentos invasivos, mesmo no domicílio, seja pelo atendimento, internação ou atenção domiciliar.

1.2. Atenção à saúde no ambiente extra-hospitalar e a prevenção da infecção: uma tendência desafiadora

Se considerarmos o conceito de saúde ampliado, é função das políticas públicas contribuírem para que mais pessoas alcancem idades avançadas, ativas e em plena saúde, o principal objetivo é assegurar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo integralidade da atenção nas diferentes realidades e necessidades de saúde dos indivíduos.

Entretanto, o acesso adequado aos cuidados de saúde, incluindo os serviços preventivos, pode reduzir a morbidade e morte prematuras resultantes de doenças

infecciosas nos indivíduos, assim como preservar suas funções físicas e mentais, em prol de uma vida saudável. Dessa forma, é relevante que as novas abordagens da Saúde Pública para o alcance da qualidade de vida objetivem prevenir além do surgimento de doenças crônicas e incapacitantes, as doenças infecciosas que ainda acometem essa população (CDC, 1999).

Além disso, é fundamental que essas políticas abordem aspectos sobre as medidas preventivas no contexto familiar com relação aos riscos no ambiente domiciliar, no que se refere à manipulação, armazenamento e preparo de alimentos, atenção com a qualidade da água, destino adequado do lixo, práticas de higiene, como também, conhecimento acerca dos diferentes agravos à saúde.

A natureza da assistência à saúde está sofrendo uma verdadeira revolução. Até os anos 70 e 80, o hospital era o centro assistencial mais importante. Entretanto, nas duas últimas décadas, especialmente nos EUA e noutros países desenvolvidos, o número de serviços para admissão de pacientes agudamente enfermos diminuiu sensivelmente. Ao contrário, a proporção de pacientes que demandava assistência em terapia intensiva aumentou como também os procedimentos ambulatoriais, os serviços de assistência domiciliar e os de longa permanência (PEREIRA, 2004).

Nos EUA, no período de 1975 a 1995, o número de hospitais caiu de 7.126 para 6.291, diminuindo também o número de leitos hospitalares, de 1,47 para 1,08 milhão. As admissões diminuíram em 5%, bem como o tempo de hospitalização (33%) e o número de procedimentos cirúrgicos em pacientes admitidos (27%) (JARVIS, 2001; UMSCHEID, 2011).

Nos últimos vinte anos, o que mais se destaca é a migração dos procedimentos cirúrgicos para centros ambulatoriais. Atualmente em São Paulo, existem grandes hospitais privados, nos quais cerca de 50% das intervenções cirúrgicas são realizadas nos ambulatórios (APECIH, 2004).

Outra vertente em expansão, principalmente após a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), é a assistência domiciliar, que utiliza vários recursos que permitem a alta mais precoce, antes impensada. Anos depois, o programa se tornou Estratégia Saúde da Família (ESF), permitindo o enfrentamento dos problemas da comunidade com maior criatividade e participação social.

Não obstante a transição demográfica e epidemiológica são outros fortes determinantes da demanda por assistência extra-hospitalar, principalmente para idosos, como é o caso das instituições de longa permanência. Nos países

desenvolvidos, a população com mais de 65 anos triplicou nos últimos 50 anos (12,2 milhões para 36 milhões). No Brasil, as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas ao final de 2020, aproximadamente, 13% da população. Até 2025, o pais será o sexto do mundo com o maior número de pessoas idosas (BRASIL, 2008).

Além disso, a maioria dos países mostra uma transição epidemiológica que resulta na alteração dos padrões de ocorrência das enfermidades, fenômeno observado também no Brasil, porém com algumas diferenças de sua ocorrência nos países desenvolvidos. Sabe-se que nesses essa transição transcorreu em um período longo, permitindo adequação dos serviços de saúde; enquanto nos países em desenvolvimento a rápida mudança dificultou as adequações ou adaptações dos serviços de saúde às novas realidades (CHAIMOWICZ, 2006).

Nas primeiras quatro décadas do século XX, o Brasil apresentou características demográfico-sanitárias similares à de países em desenvolvimento, tendo como maior causa de mortalidade as doenças infecto-contagiosas. A partir de 1940, ocorreu incremento das doenças crônicas não transmissíveis, as quais passaram a representar uma importante causa primária da mortalidade da população, bem como um fator de risco elevado para infecção (DA CRUZ; ALHO, 2000).

À medida que a população envelhece e há aumento da carga de doenças crônico-degenerativas, aumenta também o número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos. No entanto, com a predominância do modelo de atenção à saúde discutida neste tópico, a tendência é a medicalização da vida e do sofrimento e, com isso, da institucionalização dessas pessoas, gerando hospitalizações, por vezes, desnecessárias. Da mesma forma, situações agudas, como infecções urinárias (por ex., pielonefrite), ou mesmo programadas, como o preparo pré-cirúrgico, têm provocado a ocupação de leitos hospitalares de forma dispensável (NOGUEIRA, 2003).

Levando-se em consideração o aumento da expectativa de vida da população brasileira e a elevada ocorrência das doenças crônico-degenerativas e infecciosas e, consequentemente, aumento do risco de complicações e do nível de dependência, é importante que haja mudança na atenção a saúde de maneira a promover a não internação, pois os hospitais não teriam a capacidade de receber e atender com qualidade a todos. Nesse contexto, é notável o incremento de serviços à saúde que

visam além da terapêutica, com a utilização de programas de prevenção de doenças e promoção à saúde no acompanhamento dos pacientes, realizado por uma equipe multiprofissional, seja a nível ambulatorial, domiciliar ou ainda em instituições de longa permanência. Vale destacar que a assistência ambulatorial compreende um conjunto de procedimentos médicos de baixa complexidade, passíveis de realização em ambulatórios, postos de saúde, consultórios médicos, serviços de endoscopia, clínicas de oftalmologia, clínicas de cirurgia, entre outros. Estes serviços podem ou não estar vinculados a instituições hospitalares de ensino, instituições públicas ou privadas, entre outras (COUTINHO, 2004).

Para se ter uma idéia da magnitude dos procedimentos realizados na assistência ambulatorial, tem-se como exemplo o Mutirão da Catarata que iniciou em 1999, no qual o Governo Federal encorajou e garantiu por meio de recursos financeiros a execução de cerca de 80.000 cirurgias de catarata, o que resultou no aumento significativo de locais para a execução deste procedimento, passando de 351 unidades em 1998 para 602 em 1999 (BRASIL, 2003c).

Três áreas de assistência ambulatorial são especialmente importantes para a prevenção da infecção e uma perspectiva para o seu controle, entre elas: clínicas de cirurgia ambulatorial; clínicas de diálise e serviços de diagnóstico invasivo (GOODMAN; SOLOMON, 1991).

As principais atividades de controle de infecção em assistência ambulatorial são: criação de um sistema de vigilância para obter e gerenciar os indicadores; desenvolvimento e recomendação de padrões de procedimentos subsidiados nas evidencias cientificas com vistas a prevenção das infecções e, a capacitação/treinamento dos profissionais de saúde, o envolvimento dos usuários, cuidadores e outros no cuidado a saúde (COUTINHO, 2004).

No Brasil, sistematicamente tem-se a Vigilância Epidemiológica (VE) das infecções apenas nos hospitais e segue a recomendação da Portaria 2.616/98 ou seja: "... a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle". Tal portaria recomenda ainda o método de busca ativa dos dados para a VE das infecções com base em critérios de magnitude, gravidade, redução das taxas ou custo (BRASIL, 1998).

Apesar de a Portaria subsidiar a IH, não existe uma consonância dos critérios seguidos entre os hospitais brasileiros, alguns utilizam as bases conceituais do *Center for Disease and Control* (CDC), outros da Portaria 2616/98, e alguns utilizam critérios próprios. Frente a esta variabilidade de critério de definição de IH ainda não se dispõe de dados nacionais de VE das IH, além disso, não existem guias que orientem a metodologia de vigilância das infecções em assistência ambulatorial, pois a maioria desta foi desenvolvida para pacientes internados (COUTINHO, 2004).

Com relação à assistência de longa permanência, taxonomicamente, estes serviços consistem em um grupo heterogêneo de organizações que provêm cuidados a um amplo espectro de pessoas. Os pacientes variam desde os pediátricos até os geriátricos, podendo ser admitidos tanto para assistência psiquiátrica quanto médica. A institucionalização do paciente poderá ser permanente ou por um período de reabilitação, com vistas a alta subsequente para a comunidade ou para outro serviço. A maioria destes serviços, contudo, presta cuidados a idosos que residem permanentemente nestas instituições (NICOLLE, 2000; STONE, 1999).

A organização de programas de controle de infecção em serviços de longa permanência está baseada quase que exclusivamente em estudos ou propostas estrangeiras, devido à inexistência de publicações brasileiras originais sobre o tema. Além disso, não há diferença no que concerne o alvo do controle e prevenção de infecções quando se compara instituições para agudos com aquelas para crônicos: diminuir a morbimortalidade atribuível a infecções, prevenir e controlar surtos infecciosos, prevenir a aquisição de infecções por membros do “staff”, limitar os custos do cuidado atribuíveis a infecções, limitar o uso de antimicrobianos, manter o estado funcional dos residentes e, manter condições adequadas de ambiente social para os residentes (PEREIRA, 2004).

Ainda, como vertente da assistência à saúde extra-hospitalar tem-se a assistência domiciliar, definida como modalidade de atuação realizada por um ou mais integrantes da equipe de saúde no domicílio, segundo a Portaria Ministerial número 356, de 20 de fevereiro de 2002. É um modelo de assistência alternativo tanto no mundo como no Brasil que direciona o cuidado e tratamento clínico de diversas doenças e pacientes para seu domicílio, podendo funcionar como um serviço auxiliar ou de continuidade do cuidado hospitalar, dependendo da complexidade do paciente que recebe. Em geral, é gerenciado e operacionalizado

por uma entidade pública ou privada que compõe o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2002; HOSPITAL GERAL, 2012).

O modelo *"home care"* de atendimento à saúde surgiu em Genebra – Suíça, em 1920, por iniciativa da Cruz Vermelha. Nos estados Unidos, iniciou no final da década de 70, com a finalidade de atender doentes crônicos. No início dos anos 80, o surgimento da síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA ou AIDS) e a falta de leitos hospitalares contribuíram para o fortalecimento deste modelo. Desde então, tem havido um expansivo crescimento no setor, que de acordo com os dados da Associação Nacional de assistência domiciliar nos Estados Unidos, mais de 20.000 prestadores de serviços estão cadastrados no país. Outros países como Canadá, Inglaterra França, Israel e África do Sul têm programas em várias esferas de situações clínicas e doenças crônicas que atendem pacientes idosos, com doenças terminais, com AIDS, doenças pulmonares, entre outras (SÃO PAULO, 2002).

No Brasil, a assistência domiciliar teve seu início com o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE-SP), em 1968 e desde aquele ano oferece atendimento domiciliar com o intuito de prevenir hospitalização ou reduzir a permanência hospitalar, ampliando então a oferta de leitos disponíveis. A partir do ano 2000, conta também com o Programa de Cuidados Médicos Paliativos. Outros municípios em São Paulo têm criado programas de assistência domiciliar no setor público, gerenciado pelas suas prefeituras (Santo André, Santos, Diadema) e pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC-FMUSP) por meio do seu Núcleo de Assistência Domiciliar (NADI), criado desde 1996. Na esfera privada, há aproximadamente 10 anos, este mercado se estabeleceu, e no ano de 2002 são vinte mil profissionais de saúde que trabalham nesta área atendendo cerca de cinco mil pacientes. No Brasil existem cerca de 250 empresas investindo nos programas de AD, e movimentam cerca de R$ 240 milhões por ano (SÃO PAULO, 2002).

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) na Consulta Pública n 81 de 10 de outubro de 2003 que dispõe sobre o Regulamento Técnico contendo as Normas de Funcionamento de Serviços que prestam Assistência Domiciliar, este tipo de assistência inclui: Assistência Domiciliar – termo genérico que representa diversas modalidades de atenção à saúde desenvolvidas no domicílio, entre elas o Atendimento e a Internação Domiciliar; e Atenção Domiciliar – termo que envolve ações de promoção à saúde, prevenção de doenças

e complicações, abrangendo a assistência e reabilitação desenvolvidas no domicílio. O Atendimento Domiciliar se caracteriza pelo conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas por meio de ações preventivas e/ou assistenciais com participação de equipe multiprofissional. A Internação Domiciliar é o conjunto de atividades caracterizadas pela atenção em tempo integral para pacientes com quadros clínicos mais complexos e com necessidade de tecnologia especializada de recursos humanos, equipamentos, materiais, medicamentos, atendimento de urgência/emergência e transporte (ANVISA, 2006).

Vários pontos são importantes em relação ao perfil do paciente admitido no programa de assistência domiciliar. Além da sua doença e gravidade, consideram-se também, as condições sócio-econômicas, localização da sua moradia, presença de um cuidador/acompanhante que pode ser uma pessoa com ou sem vínculo familiar com o paciente, que não faz parte da equipe multidisciplinar de assistência domiciliar, porém, responsabiliza-se por seus cuidados, atuando também como canal de comunicação entre o paciente e a equipe. As patologias mais frequentemente assistidas são: acidente vascular cerebral hemorrágico ou isquêmico com sequelas neuromotoras, doenças pulmonares obstrutivas crônicas dependentes de oxigênio, neoplasias em fase de tratamento quimioterápico, ou de suporte para casos terminais, diabetes melitus com evolução de complicações vasculares, renais e demais sistemas, politraumatismos, sida, doenças do sistema nervoso central, prematuridade e pós-operatórios complexos (ANVISA, 2006).

Apesar deste vertiginoso crescimento da assistência domiciliar privada e pública no Brasil, até então não havia uma regulamentação específica da vigilância sanitária que orientasse seu funcionamento. O documento que trata das Normas de Funcionamento de Serviços que prestam Assistência Domiciliar, disponibilizado pela ANVISA, normatiza as atribuições do SAD, desde a captação do paciente, de recursos humanos habilitados, estrutura física (domicílio do paciente e sede do SAD), cuidados com os equipamentos assistenciais, medicamentos e materiais, desinfecção e esterilização de materiais, bem como o gerenciamento de resíduos sólidos (ANVISA, 2006).

Em síntese o Ministério da Saúde inclui na assistência extra-hospitalar os programas de saúde mental, saúde do idoso e Estratégia Saúde da Família (ESF). Em abril de 2002, a Lei 10.424 regulamentou a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) preconizando que “nesta modalidade de assistência, de

atendimento e internação domiciliares incluem-se os procedimentos médicos, de enfermagem, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio (BRASIL, 2002a).

Ainda, de acordo com o Regulamento Técnico em Consulta Pública, o SAD deve desenvolver e implementar um programa de prevenção e controle de infecções e dos eventos adversos na assistência domiciliar, visando a redução máxima possível da incidência e da gravidade desses eventos (ANVISA, 2006). Portanto, a preocupação com o controle de infecção deve fazer parte dos indicadores de qualidade a serem seguidos nesse tipo de assistência. A incorporação de ações para a prevenção e controle das infecções no ambiente domiciliar pelo sistema de saúde brasileiro não é uma prática difundida tendo escassos estudos nacionais sobre fatores de risco e das intervenções estabelecidas por governos ou ações públicas.

Vale considerar a diversidade de condições relacionadas ao paciente e ao ambiente que inclui desde a má manipulação de insumos como na administração de nutrição enteral e parenteral, presença de úlceras e feridas infectadas e práticas inadequadas nos procedimentos invasivos (cateteres vasculares, sondas vesicais, entre outros).

Não há uma normatização única para o controle de infecção nesta atividade. Vários guias internacionais orientam e organizam as práticas desenvolvidas no contexto de assistência domiciliar, e na maioria das vezes a agência ou serviço que a realizam adota suas próprias rotinas baseadas em experiências hospitalares.

1.2.1 Atenção Domiciliar: aspectos históricos e legislativos

O cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social. Inúmeras situações de dependência cronicamente assumidas pelas famílias sequer foram, ainda, incluídas nas iniciativas de atenção domiciliar organizadas pelo sistema de saúde. O objeto “atenção domiciliar”, portanto, diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares (FEUERWERKER; MEHRY, 2008).

As mais remotas referências em saúde descrevem cuidados domiciliares e hospitalares começando por um médico chamado Imhotep, que na terceira dinastia do Egito Antigo (século XIII a. C.) atendia o paciente tanto no domicílio como no consultório/hospital, sendo o responsável pelo atendimento do Faraó nas dependências do palácio. Na Grécia Antiga, o médico, por nome Asklépios, atendia na residência do paciente e seus seguidores atendiam em templos, onde dispunham de medicamentos e materiais especiais para a cura, podendo, esses locais, ser considerados a primitiva estrutura que seria mais tarde denominada hospital (AMARAL et al., 2001).

No século V antes de Cristo, Hipócrates descreveu um *Tratado sobre os ares, as águas e os lugares,* a eficiência de atender-se no domicílio, pois tal cuidado propiciava êxito nas suas intervenções. Ao final do século XVII, o fundador da homeopatia, Samuel Hanneman, passou a visitar os enfermos por acreditar que o médico tem o dever de lutar, sem descanso, contra a enfermidade, independente do local onde se travava essa luta. Ele permanecia junto ao leito de seus doentes, no domicílio, a maior parte do tempo possível (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000).

No que concerne à forma organizada de cuidados em saúde no âmbito domiciliar, denominada inicialmente de Assistência Domiciliar à Saúde (ADS), esta tem como primeira referência o Dispensário de Boston no ano de 1976, atualmente *New England Medical Center.* Em 1850 foi criado o programa que mais tarde denominou-se Public Health Nurse, que, sob a liderança de Lilian Wald, tinha a função de promover ações de saúde em domicílio (MONK-TUTOR, 1998).

No final da década de 90 nos Estados Unidos havia aproximadamente 20 mil empresas de assistência domiciliar à saúde, nas quais a maioria dos atendimentos era realizada pelo serviço de enfermagem. Esse sistema de cuidados iniciado por Lilian Wald, mais tarde, passou a receber financiamento de seguradoras de saúde no país, mantendo sua principal característica: mobilização comunitária como objetivo de diminuir a necessidade de assistência profissional para atingir a meta da assistência domiciliar (SÓ e SILVA, 2000).

No Brasil o primeiro sistema de ADS foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, em 1968. Observa-se que houve um aumento do número de empresas privadas de ADS, passando de cinco empresas, em 1994, para aproximadamente 180 em 1999. Quanto ao atendimento domiciliar público, existem

em funcionamento sistemas diversos, principalmente no estado de São Paulo (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000).

Na década de 2000, no Brasil, existiam diversas experiências e projetos direcionados para a atenção no âmbito do domicílio, com variadas características e modelos de atenção. No entanto, a maioria das experiências brasileiras em atenção domiciliar, foram iniciativas das secretarias municipais de saúde ou de hospitais, nos três níveis de governo, e não contavam com políticas de incentivo ou regulamentação de financiamento. Essas iniciativas possuíam lógicas diversas que iam desde a substitutividade aos cuidados hospitalares, até a humanização da atenção e formas de racionalização de recursos assistenciais (CARVALHO, 2009).

O sistema público de saúde brasileiro é fruto da implantação do SUS e do movimento da Reforma Sanitária iniciado em meados dos anos 70. Com esse movimento, houve uma ampliação do conceito de saúde, que passa a ser entendida como direito do cidadão e dever do Estado, decorrente da expansão estatal, da elaboração da legislação sanitária, a partir de 1990, e da organização dos serviços de saúde, buscando instituir um novo modelo assistencial centrado no usuário, voltado ao atendimento integral, baseado na promoção e na melhoria da qualidade de vida. Foram adotados os princípios da universalidade, integralidade e equidade, que, aliados às diretrizes de descentralização, hierarquização e participação popular, tiveram como eixo principal a municipalização da gestão da saúde (BRASIL, 2012).

Nessa conjuntura, em 1994 houve a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), de acordo com a Portaria Ministerial 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006). Trata-se de uma estratégia para reverter a forma de prestação de assistência à saúde – hospitalocêntrica, individualista e de baixa resolubilidade – como uma proposta de reorganização da ABS, tomada como eixo de reorientação do modelo assistencial.

Nesse sentido, em 2006, após ampla discussão, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo uma revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, do programa de Saúde da Família e do programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ficando assim conceituada:

> A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o

> tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006, p.10).

Alguns aspectos devem ser ressaltados sobre ABS, com base nas discussões do documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica (Brasil, 2003):

- ✓ Conter uma dimensão coletiva, pois está relacionada aos problemas de saúde da população e às potencialidades da organização social;
- ✓ Envolver também uma dimensão individual, a partir do momento que considera em suas ações as singularidades dos sujeitos, entendendo que estes são portadores de problemas, com características próprias;
- ✓ Pautar nos princípios da integralidade de modo a garantir a continuidade da atenção prestada à população; realizando a articulação do setor saúde com outros setores, buscando aumentar a capacidade de cumprir sua função resolutiva, por meio de ações intersetoriais;
- ✓ Articular ferramentas e instrumentos, saberes e práticas oriundos dos diversos campos disciplinares;

Comprometer-se com a ABS conformada pelos princípios e com o conceito do processo saúde-doença, implica assumir a indissociabilidade entre atenção e gestão, e, ainda, entre ações preventivas, promocionais, curativas e reabilitadoras.

Com vista na assistência integral à saúde da população, as práticas da ABS, realizadas principalmente pela ESF visam ter como foco do trabalho a família, assim como possuir ações de caráter preventivo sobre a demanda. Dessa forma, constitui-se uma prática menos reducionista sobre a saúde, avançando para além da simples

intervenção médica, buscando a integração com a comunidade, numa atuação interdisciplinar dos profissionais que compõem a equipe de saúde da família (BRASIL, 2003a).

A ESF prevê a utilização da assistência domiciliar à saúde, em especial, a visita domiciliar, como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos com a mesma; visando atender as necessidades individuais e coletivas, preocupando-se com a infra-estrutura das comunidades e o atendimento à saúde das famílias. Como citado anteriormente a assistência domiciliar inclui o atendimento, a internação e a atenção domiciliar.

Apesar dos avanços conquistados com o SUS, no que diz respeito ao acesso a ações e serviços de saúde, e da expressiva ampliação da atenção básica por meio da ESF, com o objetivo de reorientar as ações em saúde, pode-se afirmar que o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber médico, é fragmentado, é biologicista e mecanicista (BRASIL, 2012).

A consequência desse modelo de atenção, o chamado modelo médico hegemônico liberal ou modelo da medicina científica (SILVA JR., 2006), é a ineficiência, constatada nos crescentes custos gerados pela incorporação acrítica de tecnologias com uma contrapartida decrescente de resultados. A ineficácia diz respeito à incapacidade de enfrentar problemas de saúde gerados no processo de urbanização desenfreada e complexificação das sociedades, tais como as doenças crônico-degenerativas, psicossomáticas, neoplasias, violência, entre outras.

Dessa forma, a atenção domiciliar surge como alternativa ao cuidado hospitalar, provocando a possibilidade de retomar o domicílio como espaço para produção de cuidado e despontando como um “dispositivo para a produção de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde”, trazendo grande potencial de inovação (FEUERWERKER; MEHRY, 2008).

A AD possibilita, assim, a desinstitucionalização, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto-atendimento e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam (e se beneficiam) de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do SUS, em especial, acesso, acolhimento e humanização (BRASIL, 2012).

No Brasil, a AD é uma das modalidades da assistência no domicílio e envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e complicações, abrangendo a assistência e reabilitação desenvolvidas no domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Foi instituída, no âmbito do SUS pelas Portarias 2.029, de 24 de agosto de 2011 e 2.527 de 27 de outubro de 2011, as quais estabeleceram normas para o cadastro e habilitação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e os valores do incentivo para o seu funcionamento (BRASIL, 2011).

A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na ABS, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de internação, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. Além disso, é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e deverá ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à Rede de Atenção à Saúde, a partir dos Planos de Ação, conforme estabelecido na Portaria 1.600 de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011).

A Atenção Domiciliar deve seguir às seguintes diretrizes:

- ✓ ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial; soma-se o acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;
- ✓ estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda;
- ✓ baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;
- ✓ adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e
- ✓ estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

Essa modalidade de assistência diferencia-se por ser ampla e envolver ações de promoção à saúde em sua totalidade, incluindo a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, que influenciam o processo saúde-doença dos indivíduos, além de envolver ações preventivas e assistenciais com elevado apelo educativo.

A Atenção Domiciliar poderá, ainda, acelerar a recuperação do paciente, ao proporcionar a realização do tratamento no convívio familiar em seu habitat natural, que é o domicílio, além de promover a redução dos custos, sendo uma saída mais humana e econômica para os portadores de doenças crônicas ou de longa duração. Segundo pesquisa realizada em Londrina (Paraná), a assistência domiciliar, na modalidade de internação domiciliar, consegue reduzir em 90% os custos para o sistema, se comparada à internação hospitalar, perfazendo um custo médio de R$ 27,00/dia para o paciente desse sistema (AMARAL, 2001).

Quanto à sua organização, a AD está subdividida em três modalidades: i) Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1): destinada aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção; bem como àqueles que necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, ii) Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2): destinada aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção e que necessitem de maior frequência de cuidado (uso de aspirador, fisioterapia semanal, monitoramento dos sinais vitais, medicação endovenosa ou subcutânea, entre outros procedimentos), recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção; iii) Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3): destinada aos usuários que se incluam em pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para a AD2 e, necessidade do uso de, no mínimo, oxigenoterapia, diálise peritoneal ou paracentese (BRASIL, 2011).

Nas modalidades de atenção domiciliar AD2 e AD3 a prestação da assistência é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), cujo gerenciamento e operacionalização é de responsabilidade do SAD, habilitado para ser desenvolvido apenas em municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes, com base na população estimada pelo IBGE, ou em municípios com população entre 40 e 100 mil habitantes, desde que estejam localizados em região metropolitana. Além disso, o SAD deve ser cadastrado no Serviço de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e instituído por meio de incentivo financeiro para custeio das modalidades AD2 e AD3 (BRASIL, 2011).

A proposta de atenção domiciliar inclui a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e as discussões sobre diferentes concepções e

abordagens à família. Espera-se que os profissionais sejam capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. A participação ativa do usuário, família e profissionais envolvidos na assistência domiciliar constitui traço importante para a efetivação dessa modalidade de atenção. Assim, a articulação com os outros níveis da atenção e a intersetorialidade é fundamental para a construção coletiva de uma proposta integrada de atenção à saúde, bem como para aumentar a resolutividade dos serviços e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Nesse contexto, a concepção de AD que pressupõe-se como ideal e possível de ser desenvolvida pela equipe da ESF, em especial pelo enfermeiro, é a de uma prática do trabalho em saúde, que visa a assistir o indivíduo e à família no espaço domiciliar, de forma integral e contextualizada, nos aspectos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, promovendo uma integração dos diversos trabalhadores atuantes no sistema de saúde para oferecer cuidados compatíveis as necessidades individuais e coletivas. Nas três modalidades de Atenção Domiciliar, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuições:

- ✓ trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde;
- ✓ identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades;
- ✓ abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;
- ✓ acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;
- ✓ elaborar reuniões para cuidadores e familiares;
- ✓ utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;
- ✓ promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários;
- ✓ participar da educação permanente promovida pelos gestores; e assegurar, em caso de óbito, que o médico emita o atestado de óbito.

Anualmente, aproximadamente 88.000 pessoas morrem de infecções evitáveis associadas à assistência à saúde. O tratamento de tais infecções totalizou no ano de 2000 aproximadamente $ 18 bilhões, nos EUA (JARVIS, 2001; UMSCHEID, 2011). Por sua vez profissionais experientes em AD passam por muitos desafios relacionados a atividades de controle e prevenção de infecções. Dessa

forma, os profissionais devem fazer o seu melhor para proporcionar cuidados abrangentes e seguros aos doentes em um ambiente desafiador e imprevisível. Nesse sentido, os esforços para a prevenção e controle de infecções em atenção à saúde no domicílio, envolvento todo o espectro de cuidados, tornaram-se uma preocupação prioritária (KENNELEY, 2007).

Segundo alguns autores, há grandes desafios para se determinar atividades de prevenção e controle das infecções na atenção domiciliar, pois ainda não existem estratégias de controle consistentes, pela precariedade dos dados de vigilância de infecções adquiridas na atenção domiciliar ou monitorização quanto à sua ocorrência (CHINNES, 2006; MANANGAN et al., 2002). Além disso, os enfermeiros comunitários podem sentir-se incapazes de manter um controle eficaz das infecções no ambiente domiciliar, pelo fato das condições sociais, culturais e ambientais serem diferentes em cada domicílio.

Nos EUA, pesquisas mostram que 340.000 casos de infecção ocorreram entre pacientes que receberam cuidado domiciliar, e mais de 250.000, adquirem infecção enquanto recebem assistência à saúde em casa. Apesar dessas taxas serem bem menores que as de IH, esses números são significantes (JARVIS, 2001; KENNELEY, 2007).

Assim, investir nos fatores de risco para infecção é importante para prevení-la. O agente e seu reservatório, porta de saída, modo de transmissão,, porta de entrada e a susceptibilidade do hospedeiro, são fatores interrelacionados que compõem a cadeia de transmissão e que deve ser rompida (MURRAY et al., 2005).

Deve-se considerar também, que muitos pacientes que recebem cuidado no domicílio podem estar contaminados por agentes infecciosos multirresistentes adquiridos em hospitalizações anteriores, especialmente, os que permaneceram no hospital internados por longo tempo. Parte da microbiota do próprio paciente atua como oportunista à espera de condições ambientais propícias para a proliferação e invasão, principalmente pacientes com doenças crônicas, como diabetes e doença renal e idosos. Dessa forma, é importante que se tenha um controle rigoroso do uso de antibióticos em casa, para evitar a multiresistência microbiana (MURRAY et al., 2005; KENNELEY, 2007).

O trabalho desenvolvido para prestar assistência no espaço domiciliar, apesar de apresentar lacunas a serem preenchidas, devido à escassez de estudos na área, mostra-se com um futuro promissor, conforme afirmam Hirschfeald, Oguisso:

> "... iniciado no final do século XX, o *home care* irá firmar-se definitivamente no século XXI e passará a ampliar cada vez mais seu espaço, mas, sobretudo, para enfermeiros e pessoal de enfermagem" (HIRSCHFEALD; OGUISSO, 2002, p. 456).

Tendo como meta transpor as práticas institucionalizadas da saúde, a AD visa construir uma nova ação profissional com base na inserção dos profissionais da equipe da ESF no local de vida, interações e relações dos indivíduos, em sua comunidade e, principalmente, em seu domicílio. Ao adentrar esse espaço, o enfermeiro insere-se de forma a desenvolver suas ações e interações com a família, evitando considerar somente os problemas apresentados pelo paciente, mas observando também os fatores sociais (econômicos, espirituais e culturais), os recursos disponíveis na casa e as condições de habitação (saneamento básico, coleta de lixo doméstico, esgotamento sanitário e rede de abastecimento de água), as condições de higiene, de segurança e nutricional do usuário da saúde, bem como o grau de esclarecimento da família.

Pereira (2001) defende que o domicílio proporciona potência para os enfermeiros realizarem uma reflexão sobre a concepção do processo saúde-doença, sobre a concepção do ser humano, enfim, refere que o domicílio possibilita reconhecer o paciente em suas múltiplas relações. Além disso, promove uma aproximação com a comunidade, aproveitando este espaço para melhor conhecer e desenvolver o potencial resolutivo e preventivo de cada família.

Isso significa que o enfermeiro tem o papel de realizar a assistência de forma planejada e sistematizada, utilizando-se de instrumentos de avaliação e intervenção no processo de trabalho, não somente com enfoque clínico-individual, mas também com enfoque na educação, em especial na redução dos riscos para infecções e de outros agravos presentes no ambiente domiciliar. Essa assistência, ainda, deve ser realizada com propósitos investigativos, que subsidiem ações futuras visando a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A relação de cuidado entre os sujeitos envolvidos na atenção domiciliar tem se mostrado um importante desafio para os profissionais, por se tratar de um ambiente não legitimado socialmente como campo de práticas da saúde, diferentemente dos hospitais e outras instituições de saúde, onde a equipe técnica se sente familiarizada e protegida pelas normas das instituições.

A produção do cuidado no domicílio exige dos profissionais maior implicação em reconhecer e respeitar a singularidade de cada família e desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas diferenciadas, de acordo com a necessidade de cada paciente. A atenção domiciliar incorpora novas práticas adequadas a esse novo ambiente, necessitando das tecnologias duras, leve-duras e leves, sendo as relações desenvolvidas em domicílio um bom exemplo de tecnologia leve, com a produção de vínculo, autonomia e acolhimento (MERHY, 2002).

Todavia, deve-se considerar a importância da avaliação clínica do indivíduo e do ambiente para os cuidados em saúde no domicílio, bem como a elaboração compartilhada de um projeto terapêutico que contenha as normas e rotinas para a realização da assistência, as quais devem contemplar ações de prevenção e controle das infecções na Atenção Domiciliar (BRASIL, 2012). Rotinas e padrões são definidos com o objetivo de estabelecer diretrizes para o controle e a melhoria da qualidade.da assistência em saúde. Assim, a padronização de alguns processos são diretrizes detalhadas que representam o atendimento previsível, apontando o que precisa ser melhorado nos processos e resultados das organizações (GUERRERO, BECCARIA, TREVIZAN, 2008).

Desta forma, a falta de padronização dos procedimentos, inexistência de normas e rotinas para a prevenção e controle dos riscos de infecção e a não utilização de metodologia da assistência, predispõem a ocorrência de infecções cruzadas e acidentes ocupacionais. Além disso, a falta de padronização também pode levar a resultados diferentes ou dificultar o alcance dos resultados esperados.

Os instrumentos de normatização dos processos de trabalho em saúde têm como propósito orientar os profissionais de saúde quanto às intervenções clínicas, baseada em evidência, na avaliação tecnológica, visando à garantia da qualidade do atendimento. Os instrumentos utilizados para normatizar são a base para a organização sistêmica dos serviços e ferramentas indispensáveis para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos SAD (EDDY, 1990).

No Brasil, para a implementação dos serviços de AD, é necessário a utilização de alguns instrumentos que normatizem o processo de trabalho nessa modalidade de assistência à saúde. Segundo as diretrizes do programa Melhor em Casa, as equipes e gestores responsáveis pela AD devem elaborar protocolos, contendo as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado

serviço, equipe ou departamento, a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

É importante salientar que esses instrumentos devem seguir as diretrizes do SUS e os pressupostos da AD. São estratégias essenciais, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto na padronização das ações e do processo de trabalho. Dessa forma, podem ser considerados elementos importantes para a obtenção da qualidade dos serviços. Dentre os instrumentos necessários à implantação do Serviço de Atenção Domiciliar, os quais devem ser elaborados pela equipe e gestor de saúde, destacam-se os protocolos clínicos e organizacionais, que incluem desde a normatização para o transporte dos pacientes, até o gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde, além de indicarem a necessidade de implantação de uma Comissão de Controle de Infecção no Domicílio (CCID) (BRASIL, 2012).

A AD tem características únicas que devem ser consideradas no momento da estruturação de um programa de vigilância, prevenção e controle de infecções adquiridas neste contexto. Nesta modalidade de assistência o paciente está em estado de menor agudez, mas há fatores de risco do hospedeiro que o predispõe à aquisição de infecções (idade avançada, doenças crônicas, imunossupressão, entre outras (SHAH et al., 2002). O cuidado é, muitas vezes, prestado pela família ou por outro membro que não possui treinamento em assistência à saúde, e o domicílio é o local onde será desenvolvida toda a assistência.

Considerando que o risco de ocorrência de infecções varia de acordo com a localização geográfica, com o ambiente, com os tipos de programas prestados e com as características e aspectos comportamentais da população atendida, e que as doenças são decorrentes do meio e das condições às quais as pessoas estão expostas, no contexto da AD, podem surgir vários eventos adversos e complicações advindos do tratamento e do cuidado, entre as quais, complicações infecciosas.

Apesar de vários artigos tratarem de vigilância e controle de infecções relacionadas à AD, inclusive com propostas de implementação, não há um consenso de como um programa de controle de infecção deve ser estruturado e gerenciado (SHAH et al., 2002).

Em meados da década de 80 a Associação dos Profissionais em Controle de Infecção (*Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology – APIC*) e a Sociedade de Epidemiologia em Saúde da América (*Society for Healthcare Epidemiology of America – SHEA*) estabeleceram um consenso para as recomendações para infra-estrutura e atividades essenciais para programas de controle de infecção e epidemiologia em locais extra-hospitalares (FRIEDMAN et al., 1999). De acordo com este documento os objetivos do controle de infecção devem ser: (a) proteger o paciente; (b) proteger o profissional da saúde, visitantes e familiares e outros do ambiente de cuidado e realizar estes dois objetivos de maneira rápida, eficiente e custo-efetivo. As funções do controle de infecção devem:

- ✓ promover um sistema de vigilância epidemiológica, incluindo infecções;
- ✓ desenvolver, recomendar e implantar guias e procedimentos padronizados;
- ✓ intervir diretamente na prevenção de infecções;
- ✓ capacitar e treinar profissionais da saúde, usuários e cuidadores não-profissionais da saúde.

As dificuldades para o desenvolvimento de um programa de controle de infecção na Atenção Domiciliar são evidentes, sendo a falta de profissional capacitado para conduzir e investir em prevenção, educação e intervenção; e a ausência de protocolos de como realizar a vigilância, sem contar a fragilidade em termos de bases conceituais; dificuldades na realização de exames complementares que possam auxiliar no diagnóstico das infecções; dificuldades em calcular taxas; e por fim, quando o paciente se hospitaliza por complicações infecciosas, não há comunicação entre o hospital e a instituição que promoveu a assistência no domicílio (JARVIS, 2001; MANANGAN et al., 2002).

Segundo pesquisadores norte-americanos, pela escassez de estudos na área de prevenção e controle da infecção na Atenção Domiciliar, deve-se adotar o senso comum a respeito das precauções. Enfermeiros que atuam na AD devem adotar as precauções padrão, que envolvem a simples higienização correta das mãos até a adesão de técnicas corretas e assépticas de procedimentos, passando pelo uso dos EPI's, esterilização dos equipamentos, limpeza do ambiente e gerenciamento dos resíduos sólidos (KENNELEY, 2007, McGOLDRICK, 2010). Pesquisa mostrou que 11% dos enfermeiros que atuam na comunidade admitiram reencapar as agulhas após o uso, apesar de saberem que o risco de acidente é alto quando realizam essa prática insegura. Isso porque, no ambiente comunitário não existe um local

adequado para o escoamento dos resíduos de saúde no domicílio (HIGGINSON, 2011).

Outras dificuldades foram relatadas por enfermeiras da comunidade, como a impossibilidade de realizar técnica asséptica no domicílio, por vários aspectos, inclusive pelas precárias condições de limpeza do ambiente. A higienização das mãos, instalações corretas, materiais de limpeza e as superfícies de trabalho adequadas são, por vezes, difícil de se conseguir no ambiente doméstico. Porém deve-se considerar que a técnica asséptica não é um procedimento ritualista, mas adaptativo, no qual o enfermeiro é o responsável pelas suas decisões e ações (RHINEHART, 2001).

Todo profissional que atua na Atenção Primária à Saúde, como é o caso da equipe da ESF, tem a responsabilidade de garantir que suas práticas contribuam para uma prestação de cuidados seguros ao paciente. Em particular enfermeiros, não somente têm a resposabilidade profissional, como também a obrigação moral na manutenção do ambiente biologicamente seguro, minimizando os riscos de infecções nos domicílios onde prestam assistência.

Além disso, deve-se considerar que a evolução da natureza das doenças infecciosas determina implicações para o cuidado na comunidade, como a mudança na epidemiologia do *Staphylococcus aureus* meticilina-resistente (MRSA), responsável por infecções não mais restritas ao ambiente hospitalar, surgindo também em indivíduos saudáveis residentes na comunidade. Estas questões levantam preocupações importantes a respeito dos cuidados à saúde na comunidade, sendo de fundamental importância que a equipe de saúde avalie adequadamente o ambiente em que o atendimento será realizado, bem como desenvolva um programa de educação para pacientes e seus familiares sobre o controle da infecção (COLE, 2007).

É imperativo que as organizações de atenção domiciliar avaliem suas intervenções de forma sistematizada e divulguem os seus resultados. Isso permitirá que a assistência à saúde tenha bases mais sólidas em termos de cientificidade.

1.3 Competência profissional e suas bases teóricas

Nos últimos anos, o tema competência ocupa as discussões acadêmicas e empresariais, associado a diferentes instâncias de compreensão: no nível da pessoa (competência do indivíduo), das organizações (as *core competences*) e dos países (sistemas educacionais e formação de competências).

O conceito de competência, no senso comum, refere-se à qualificação e preparo de uma pessoa para desenvolver uma determinada atividade. Diante da complexidade da temática em pauta, nos parece que não há consenso entre os autores na vasta literatura.

Para a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2007), competência significa aquela qualificação, preparo ou habilidade, adequada a certa necessidade ou demanda. Representa um correlato associado ao desempenho de instituições e pessoas.

A definição de competência no idioma inglês, segundo Webster (1981) refere-se à "qualidade ou estado de ser funcionalmente adequado ou ter suficiente conhecimento, julgamento, habilidades ou força para uma determinada tarefa". Já FERREIRA (2010) envolve aspectos relacionados à capacidade para desenvolver qualquer assunto, aptidão, idoneidade e ainda, capacidade legal para julgar pleito.

O campo de conhecimento sobre competência é acompanhado de indefinições e suscita pelo menos três propósitos, segundo Ramos (2002): a) a reordenação conceitual da compreensão sobre a relação trabalho-educação; b) a institucionalização de novas formas de educar/formar e c) a formulação de padrões de identificação da capacidade "real" do trabalhador para determinada ocupação. Sendo o último, mais próximo da presente pesquisa, pois possibilita ao trabalhador uma reflexão sobre as possibilidades e potencialidades de uma atuação profissional em um contexto relativamente novo para a área da enfermagem na ABS.

Na literatura evidencio-se quatro diferentes propostas metodológicas de desenvolvimento de competências: a condutivista, a funcionalista, a construtivista e a dialógica, as quais serão apresentadas a seguir, destacando-se as características mais evidentes de cada uma das abordagens.

A abordagem condutivista tem como propósito a identificação de tarefas, determinando o que um indivíduo pode fazer, independente da situação ou da

circunstância. Neste sentido, são definidos três tipos de competências: mínimas, específicas e genéricas, que, depois de identificadas, devem servir como orientação aos programas de formação, e também ao exercício profissional (LALUNA, 2007).

Essa abordagem limita a atuação do profissional à noção de ocupação, construída a partir da agregação dos postos com características similares. Não se considera que o trabalhador precisa desenvolver a compreensão sobre o processo de trabalho por inteiro e, neste sentido, não se compromete com um tipo de formação ampla, preocupada com tarefas imprevistas. O processo de desenvolvimento das competências está baseado na repetição e no reforço de normas e tradições, não sendo consideradas as medições políticas, sociais e pessoais que determinam alterações importantes no conteúdo e no modo de se realizar o trabalho (ARAÚJO, 2001).

Na segunda abordagem, a funcionalista, inclui-se além da tarefa, o detalhamento de funções, desconsiderando os atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) e valorizando os resultados, sem se preocupar com os processos. Se na concepção anterior havia uma lista de tarefas, nesta, uma lista de conhecimentos e de especificações de avaliação são agregadas às tarefas (LIMA, 2005).

A identificação de competências, segundo essa abordagem, deverá ser feita a partir da relação entre objetivos produtivos colocados como problemas e as possíveis soluções parra os mesmos. O trabalhador competente é aquele que consegue cumprir exitosamente os objetivos definidos pela empresa e produzir resultados esperados. Essa abordagem avança em relação à condutivista, pois a noção de função é mais ampla que posto de trabalho, porém, ainda se mostra restrita ao considerar somente atividades similares (ARAÚJO, 2001).

Outra abordagem é a construtivista, que teve origem na França e está voltada para a construção social da competência. Ou seja para a relação entre as capacidades individuais e coletivas. Nesta, o profissional competente é aquele que sabe dar respostas eficientes tendo em vista o contexto no qual as ações são desenvolvidas, corrigindo problemas existentes nas situações de trabalho. Apesar de ser definida de uma maneira mais ampliada, a competência é expressa por uma lista de atividades e, portanto, também está focalizada em resultados, não considerando os fatores pessoais, sociais, culturais e econômicos que também são

determinantes para o surgimento de imprevistos, durante o processo de trabalho (LALUNA, 2007; LIMA, 2005; ARAÚJO, 2001).

A próxima abordagem é a dialógica, de origem australiana e que propõe a integração entre os atributos e as diferentes construções sociais que a tornam legítima. Para esta abordagem a competência surge da combinação e interação entre uma complexa rede de atributos e o contexto, incorporando a ética e os valores como elementos do desempenho competente, considerando a história das pessoas e das sociedades nos seus processos de reprodução ou de transformação dos saberes e valores que legitimam os atributos e os resultados esperados numa determinada área de atuação profissional (LIMA, 2005).

Com base nesta abordagem, Coutinho (2011) afirma que são nas situações cotidianas da prática profissional que uma competência tem maiores chances de ser construída, pois é neste ambiente que o trabalhador tem condições de utilizar todos os seus conhecimentos e habilidades, considerando o conjunto de seus valores pessoais, para mobilizar os diferentes recursos existentes com vistas a solucionar com eficácia uma série de situações desafiadoras.

É fundamental o entendimento de que as competências profissionais se desenvolvam dentro de um determinado contexto carregado por uma construção histórica ao mesmo tempo em que é construída socialmente. Neste sentido, Desaulniers (1997) enfatiza que algumas questões precisam ser destacadas, ao se utilizar o termo competência: primeiro, é uma categoria construída socialmente; segundo, a sua construção baseia-se nos saberes que constituem a qualificação profissional, porém, isto não significa que as duas, qualificação e competência, não possam ocorrer de modo simultâneo, desde que o “saber-fazer” seja substituído pelo “saber-ser”, entendendo este último como a capacidade de se articular inúmeros saberes em face dos desafios encontrados no mundo do trabalho; e, terceiro, o processo de construção de competências está baseado em habilidades que envolvem todas as dimensões do indivíduo, com ênfase na capacidade de crítica e de autonomia, no espírito de iniciativa e na flexibilidade em face do inusitado.

Em geral, a adoção de um ou outro critério para a descrição de competências ocorre em razão do uso que se pretende fazer. Quando utilizadas em instrumentos de avaliação do desempenho no trabalho, por exemplo, as competências são descritas sob a forma de comportamentos passíveis de observação (referenciais de desempenho), para que o avaliador possa mensurar o desempenho do avaliado a

partir dos comportamentos que ele adota no trabalho. Quando utilizadas na formulação de ações de treinamento, por sua vez, então é necessário descrever não apenas os comportamentos desejados (referenciais de desempenho), os quais constituirão os objetivos instrucionais do treinamento, mas também os conhecimentos, as habilidades e as atitudes correspondentes, que constituirão os conteúdos educacionais a serem ministrados. (BRANDÃO; GUIMARÃES; BORGES-ANDRADE, 2001)

Ou seja, a competência do indivíduo não é um estado e não deve ser reduzida a um conhecimento específico, pelo contrário, é formada por um conjunto de aprendizagens sociais nutridas pela formação educacional e experiência profissional, o que implica em saber mobilizar, articular, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, segundo o contexto profissional.

Cabe aqui destacar o conceito de competência profissional adotado pelo Ministério da Saúde como sendo:

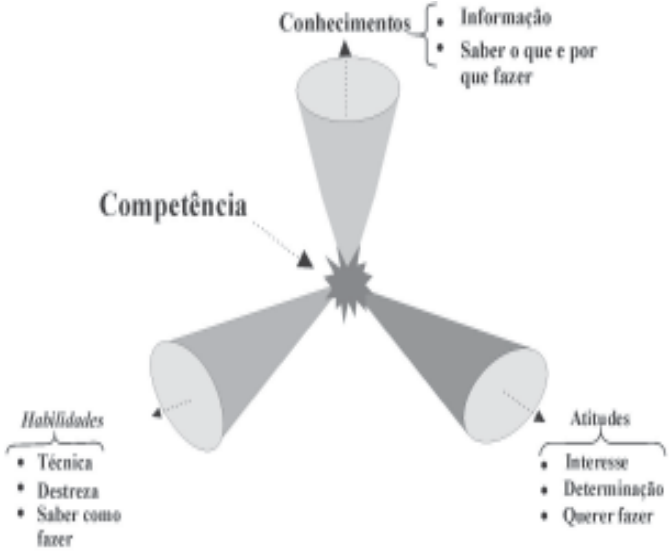
> "capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades" (BRASIL, 2004a, p. 5).

O termo competência também tem sido relacionado à capacidade de se articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para enfrentar situações de imprevisibilidade no ambiente de trabalho, porém, antes de ser um conjunto de conhecimentos profissionais, a competência é uma atitude social. Nessa perspectiva, o conceito de competência é pensado como um conjunto de capacidades humanas que justificam um alto desempenho, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas (DELUIZ, 2001).

Durand (2000) [5] propôs um conceito de competência, baseado na união de três dimensões: conhecimentos, habilidades e atitudes. De acordo com o autor o conhecimento corresponde a uma série de informações assimiladas e estruturadas pelo indivíduo, que lhe permitem “entender o mundo”. Refere-se ao saber que a pessoa acumulou ao longo da vida. Em outras palavras o saber refere-se a séries de fatos ou eventos isolados. As informações são dados que, percebidos pelo indivíduo, têm significado e relevância. Por fim, os conhecimentos são conjuntos de informações reconhecidas e integradas pelo indivíduo dentro de um esquema preexistente, causando impacto sobre seu julgamento ou comportamento. A habilidade, por sua vez, está relacionada ao saber como fazer algo ou à capacidade de fazer uso produtivo do conhecimento, ou seja, de instaurar conhecimentos e utilizá-los em uma ação.

As habilidades podem ser classificadas como intelectuais, quando abrangem essencialmente processos mentais de organização e reorganização de informações, por exemplo, em uma conversação ou na realização de uma operação matemática, e como motoras ou manual, quando exigem fundamentalmente uma coordenação neuromuscular, como na realização de um procedimento técnico (DURAND, 2000).

Ao abordar as duas primeiras dimensões da competência (conhecimentos e habilidades), Durand (2000) utiliza a estrutura de análise do conhecimento explicando que habilidade refere-se ao saber como fazer algo dentro de determinado processo (*know-how*), enquanto conhecimento diz respeito ao saber o que e por que



5

***Figura 1**: As três dimensões de competências*
Fonte: Durand (2000), com adaptações.

fazer (*know-what* e *know-why*), ou seja, à compreensão do princípio teórico que rege esse processo e seu propósito.

Finalmente, a atitude, a terceira dimensão da competência, refere-se a aspectos sociais e afetivos relacionados ao trabalho. Durand (2000), comenta que atitudes são estados complexos do ser humano que afetam o comportamento em relação a pessoas, coisas e eventos, determinando a escolha de curso de ação pessoal. Segundo o autor, as pessoas têm preferências por alguns tipos de atividades e mostram interesse por certos eventos mais que por outros. O efeito da atitude é justamente ampliar a reação positiva ou negativa de uma pessoa, ou seja, sua predisposição em relação à adoção de uma ação específica. Essa última dimensão está relacionada a um sentimento, a uma emoção ou a um grau de aceitação ou rejeição da pessoa em relação aos outros, a objetos ou a situações. Portanto, por analogia, a atitude refere-se ao querer fazer.

Os pressupostos que embasam o esboço teórico de Durand (2000) em três dimensões são: conhecimentos (**conceitual**, **procedimental**, e **contextual**), as habilidades (**planejamento comunicação**, **avaliação**, "**incentivação**", **gestão**), e atitudes.

1.3.1 Competências profissionais na área da saúde

Atualmente, existem dois conceitos importantes para se planejar a formação do profissional de saúde. O primeiro envolve compreender os saberes e responsabilidades comuns ou convergentes a várias profissões ou especialidades, ou ainda, o saber básico do processo saúde-doença, como as questões gerais das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como conhecimentos do funcionamento do corpo humano, entre outros (CAMPOS, 1997).

O segundo conceito, compreende o conjunto de responsabilidades e saberes específicos de cada profissão ou especialidade. São os elementos singulares que definem a identidade de cada profissional numa determinada função, para diferenciar o espaço de atuação entre os membros de uma mesma equipe de saúde (CAMPOS, 1997). Ainda, segundo este autor, o entendimento sobre os dois conceitos torna-se imprescindível.

Alguns estudos sobre competências profissionais tem como foco vislumbrar conhecimentos, habilidades e atitudes que são próprias dos núcleos e dos campos de saberes e responsabilidades de cada profissão.

Gontijo (2007) avaliou as competências de um cirurgião-dentista em sua atuação na atenção primária em saúde. Após a aplicação da Técnica Delphi, foram elencadas e analisadas 20 competências, sendo oito gerais e doze específicas. Para discussão dos dados, estas competências foram divididas em oito níveis, de acordo com a resolução N. 4/1999, da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação: competências técnicas, organizacionais ou metódicas, comunicativas, sociais, pessoais, do cuidado, do serviço e sociopolíticas.

O Ministério da Saúde elaborou uma proposta do perfil de competências profissionais para o Agente Comunitário de Saúde a qual foi submetida a um processo de consulta pública por meio eletrônico, devido à sua relevância e complexidade. Partiu-se do pressuposto de que a competência profissional incorpora três dimensões do saber: o saber-conhecer (conhecimentos), o saber-fazer (habilidades) e o saber-ser (atitudes). Ao final da proposta, o Ministério da Saúde sugeriu cinco competências: integração da equipe com a população; planejamento e avaliação; promoção da saúde; prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário; e, prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades (BRASIL, 2004a)

Para cada uma das competências, houve a descrição de uma série de habilidades e conhecimentos, no intuito de que estes possam gerar crítica, reflexão, compromisso e sensibilidade, segundo as competências esperadas deste trabalhador para atuar numa equipe de saúde. A intenção deste perfil é que as competências elencadas possam servir de subsídios para instituições formadoras na elaboração de programas político-pedagógicos de formação e de desenvolvimento baseados em conhecimentos, habilidades e atitudes.

Estudo recente de Coutinho (2011) investigou as competências requeridas do profissional de educação física para atuar na Atenção Básica à Saúde (ABS) e identificou 37 competências, sendo 19 gerais e 18 específicas, as quais foram organizadas nas três dimensões e seus indicadores: conhecimentos (conceitual, procedimental e contextual); habilidades (planejamento, comunicação, avaliação, “incentivação” e gestão) e atitudes.

Em relação às competências do enfermeiro para atuar na ABS foram identificados dois estudos nacionais realizados nos anos de 1999 e 2005, respectivamente. O primeiro, de autoria de Silva e Tanaka (1999), identificou as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam na ABS num município do interior do estado de São Paulo. Os resultados mostraram oito competências: trabalho em equipe, comunicação, gerência orientada à comunidade, valores profissionais, tomada de decisão, resolução de problemas e habilidades educacionais. Por se tratarem de competências gerais, estas devem ser consideradas no trabalho em saúde como necessárias a todos os profissionais de uma equipe de saúde.

O segundo estudo realizou uma investigação sobre o trabalho da enfermeira na ABS, em termos de competências gerais e específicas e sua contribuição para a construção do Sistema Único de Saúde e para a constituição das Funções Essenciais em Saúde Pública (FESP). Elencou-se 25 competências (17 gerais e 8 específicas) pelo grupo de especialistas, constituído por enfermeiras que ocupam cargos em Secretarias Municipais de Saúde e por docentes de enfermagem em escolas de ensino superior. Para a discussão, estas competências foram classificadas em dez áreas de domínio: valores profissionais, comunicação, promoção da saúde, trabalho em equipe, gerência orientada à comunidade, resolução de problemas, atenção à saúde, educacional, e por fim, em ciências básicas da saúde pública (WITT, 2005).

Outros estudos internacionais foram avaliados, sendo identificados, entre eles, três documentos envolvendo pesquisas e regulamentos, com o objetivo de identificar as competências requeridas do enfermeiro para atuar em diferentes contextos, como mostra a seguir.

Dois relacionados ao regulamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais e das competências específicas para pessoa em situação crítica, elaborados pela Ordem dos Enfermeiros de Lisboa, Portugal, sendo o primeiro aprovado em 2003 e o segundo em 2010 (PORTUGAL, 2003, 2010).

Nesse sentido, no que se refere às competências do enfermeiro em cuidados gerais, foram identificados três domínios: a) prática profissional, ética e legal (responsabilidade, prática segundo a ética, prática legal); b) prestação e gestão de cuidados (promoção da saúde, coleta de dados, planejamento, execução, avaliação, comunicação e relações interpessoais, ambiente seguro, cuidados de saúde

interprofissionais, delegação e supervisão); c) desenvolvimento profissional (valorização profissional, melhoria da qualidade, formação contínua) (PORTUGAL, 2003).

Com relação às competências específicas do enfermeiro para cuidar de pessoas em situações críticas três grupos de competências são citados: a) cuidar da pessoa e vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação; c) maximizar a intervenção na prevenção e controle da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. Cada um desses grupos de competências é apresentado com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação que totalizam ao final 37 competências (PORTUGAL, 2010).

Em 2007, o Departamento de Ensino Superior de Enfermagem de Massachusetts apoiou a meta de incorporar os conhecimentos, habilidades e atitudes na elaboração de competências essenciais para as enfermeiras, as quais incluem conhecimento sobre amamentação, cuidado centrado no paciente, trabalho em equipe com colaboração, segurança, profissionalismo, liderança, melhoria da qualidade, prática sistematizada, comunicação e prática baseada em evidência (FATER; READY, 2011).

Estudiosos sobre a temática mostram as competências do enfermeiro em diferentes contextos, inclusive na ABS, no entanto, não se referem à prevenção e controle das infecções na atenção domiciliar. Na revisão bibliográfica em periódicos nacionais sobre a temática AD versus riscos de infecção, bem com as práticas de prevenção, não foi possível identificar nenhum estudo sistematizado sobre as competências do enfermeiro para atuar na prevenção no âmbito da ABS, nem tampouco na Atenção Domiciliar. Por outro lado, com a ampliação recente das agências privadas de Cuidado Domiciliar (*home care*), bem como de programas públicos de Assistência Domiciliar no Brasil, torna-se primordial atrelar a competência do enfermeiro em atividade de prevenção e controle da infecção no contexto da Atenção Domiciliar.

O enfermeiro inserido no contexto da ABS, mais especificamente na ESF pode e deve estar inserido em programas, projetos e/ou ações de prevenção e controle das infecções na atenção primária, que envolve cuidados prestados tanto no domicílio como na comunidade, porém, o Ministério da Saúde tem enfatizado, por

intermédio de políticas públicas, principalmente a vigilância e o controle de infecções hospitalares, com a divulgação de portarias e manuais para a implantação de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) não contemplando a prevenção dessas infecções que podem surgir também na comunidade.

Neste contexto é imprescindível dar oportunidade aos enfermeiros que têm atuado neste lócus (Estratégia Saúde da Família), para que expressem quais são os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para uma atuação profissional de forma contextualizada, com vistas à prevenção e controle das infecções no âmbito da ABS, mais especificamente na atenção domiciliar.

1.4 Relevância do estudo

Todas as considerações fundamentam ainda mais a relevância da temática que explora os riscos de infecção no ambiente domiciliar à luz das intervenções da enfermagem. Há incipiência de uma política pública de saúde, desenvolvida por órgãos governamentais sobre a prevenção e controle das infecções no âmbito do domicílio, ou da comunidade, e, por vezes, os profissionais se utilizam de conhecimentos associados a infecções hospitalares para atuar em outros ambientes/cenários de saúde. Deste modo, acredita-se ser de fundamental importância a discussão sobre as competências do enfermeiro.

Portanto, os avanços e investimentos na área da infectologia em âmbito hospitalar são reconhecidos e normatizados por meio de leis, portarias, todavia, ainda não se tem clareza como deva ser um programa de vigilância e controle de infecção na comunidade. A problemática fica mais séria quando se têm como população alvo indivíduos que necessitam de cuidados no domicílio. Questiona-se: quais são as competências requeridas do enfermeiro da ESF para realizar a prevenção e o controle das infecções na Atenção Domiciliar?

Ainda, é importante destacar que:

- ✓no Brasil é mínima a informação acerca de sistemas de vigilância e controle de infecção ocorrida fora dos hospitais, e em relação à Atenção Domiciliar é inexistente;

- ✓não há um consenso sobre avaliação de risco para infecção no âmbito da Atenção Básica à Saúde. Várias orientações estão fragmentadas e, em grande parte baseada nas recomendações e experiências no cuidado hospitalar ou no senso comum:
- ✓não há uma normatização para enfermeiros sobre prevenção e controle de infecção em ambiente domiciliar;
- ✓ acresce-se a variabilidade de condutas (em um mesmo serviço, entre os profissionais, usuários e cuidadores);
- ✓ precariedade no processo de formação e na capacitação de recursos humanos, inoperância dos órgãos fiscalizadores institucionais e governamentais;
- ✓sem contar a falta de estrutura para que as equipes da Estratégia Saúde da Família possam executar as atividades de vigilância, elaborar os indicadores epidemiológicos destes eventos, bem como identificar os possíveis fatores de risco;
- ✓ ressalta-se que, a implementação das medidas de prevenção e controle das infecções na atenção domiciliar ainda esbarra na dicotomia entre a teoria e a realidade;
- ✓ a avaliação de risco à saúde estimula a população a tomar decisões fundamentadas, fomenta comportamentos de prevenção e complementa o sistema de vigilância existente. Propicia, ainda a interlocução da instituição com os meios de comunicação e outros setores, reduzindo ao mínimo a perturbação social e econômica, criando a confiança necessária para se preparar para ameaças à saúde pública, assim como para ajudar na resposta e na recuperação (BRASIL, 2010).
- ✓ Possibilidade de envolver enfermeiros de diferentes regiões do Brasil, valorizando diversidades regionais.

Esse estudo pretende responder questionamentos acerca da competência do enfermeiro em prevenir e controlar a infecção no cenário domiciliar e, deste modo, contribuir na avaliação dos fatores de risco, mais especificamente no que diz respeito ao ambiente da atenção domiciliar. Também, oferecer subsídios ao processo gerencial em termos de desempenho da equipe de saúde e à área da educação que poderá repensar novas modalidades de atenção. Partindo do pressuposto de que esta elaboração poderá ser mais pertinente se for construída a partir de profissionais inseridos neste contexto e com pesquisadores desta área, é que se propõe a desenvolver esta investigação, elegendo os objetivos a seguir:

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Contribuir para com a atenção domiciliar, no que concerne às competências do enfermeiro em atuar nos fatores de risco para infecção e, assim, avançar na proposta das diretrizes de prevenção e controle da infecção.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar evidências na literatura a respeito da prevenção e controle da infecção em atenção domiciliar;
- ✓ Avaliar a influência da opinião dos participantes na decisão individual dos especialistas quanto à elaboração das competências;
- ✓ Organizar as competências de enfermagem indicadas pelos participantes da pesquisa nas dimensões de conhecimentos, habilidades e atitudes, a partir da concordância dos mesmos;
- ✓ Analisar os limites e potencialidades das competências de enfermagem elaboradas com ênfase na prevenção e controle da infecção na atenção domiciliar;
- ✓ Construir a proposta de uma diretriz de práticas seguras na atenção domiciliar a partir das competências elaboradas pelos participantes.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo tem a trajetória metodológica descrita em três fases:

- ✓ Fase 1: Revisão Integrativa da literatura. Manuscrito "Valle, A.R.M.C.; Andrade, D. Assistência de enfermagem no domicílio: um olhar crítico sobre a produção de conhecimento científico" (Apêndice A).

- ✓ Fase 2: Avaliação das competências do enfermeiro subsidiada na técnica Delphi - Estudo quase-experimental

  A característica essencial da investigação experimental é a de que os investigadores controlam e manipulam deliberadamente as condições que determinam os acontecimentos em que estão interessados. Numa abordagem simplista pode-se afirmar que uma experiência envolve fazer uma mudança no valor de uma variável – variável independente – e observar o efeito dessa mudança em outra variável – variável dependente (LINSTONE; TUROFF, 2002).

  De modo geral o experimento consiste em determinar o objeto de estudo (competências) e selecionar as variáveis (opinião dos especialistas) que seriam capazes de influenciá-lo, definindo as formas de controle e de observação dos efeitos que a variável produz no objeto em condições determinadas.

- ✓ Fase 3: Construção das diretrizes na atenção domiciliar a partir das competências elaboradas pelos enfermeiros - Estudo de natureza metodológica.

3.1 Avaliação das competências subsidiada na técnica Delphi

Nesse sentido, a partir de estudos que discutem as competências de diferentes profissionais da saúde em diversos contextos (GONTIJO, 2007; COUTINHO, 2011; FEITOSA, 2002; NASCIMENTO, 1998) e, que apresentam as competências do enfermeiro na Atenção Básica (WITT, 2005; SILVA; TANAKA, 1999), optou-se por utilizar a técnica Delphi para realizar uma avaliação sobre as

competências requeridas do enfermeiro na prevenção e no controle da infecção em Atenção Domiciliar, pela necessidade de um consenso nessa área temática.

A técnica Delphi caracteriza-se por avaliar o conhecimento de um amplo grupo de especialistas por meio de aplicação de questionários repassados continuadas vezes, de tal forma a se obter uma concordância das respostas dos participantes, na intenção de consenso que possa consolidar o julgamento do grupo (GONTIJO, 2007).

O termo Delfos teve origem na mitologia grega, relacionando-se ao poder de transferir desejos dos deuses e visões do futuro aos mortais inquietos. As primeiras publicações que mencionam esta técnica datam de 1948, sendo que sua versão moderna, desenvolvida por Helmer e Dalkey, foi utilizada por peritos da *American Rand Corporation* logo após a Segunda Guerra Mundial para prever acontecimentos em vários setores (SPÍNOLA, 1984).

A respectiva técnica foi utilizada no setor público e privado, destacando-se em vários campos, como a indústria, planejamento social, educação, saúde, na constituição de cenários futuros, fundamentando estudos científicos em diversas áreas (DESLANDES et al., 2010; WITT, 2005).

Essa estratégia metodológica configura-se como um processo de comunicação que permite a um grupo de indivíduos tratar de problemas complexos. Sua base situa-se na interação de três elementos: o grupo coordenador, os participantes (painelistas) e o(s) questionário(s).

A técnica Delphi tem como principais características:

- ✓ A manutenção do anonimato dos participantes durante todo o processo – um participante não sabe quem são os outros respondentes. Segundo Wright e Giovinazzo (2000), essa característica elimina a influência de fatores como *status* acadêmico ou profissional, possibilitando uma participação mais ativa e menos "enviesada". Além disso, diminui a possibilidade de persuasão por parte de pessoas com maior capacidade de eloquência; cada respondente tem uma maior chance de mudar seu ponto de vista e há uma maior possibilidade de que pensamentos heterodoxos e/ou audaciosos sejam expressos.
- ✓ O *feedback* controlado – cada participante tem a oportunidade de reavaliar sua opinião, com base nas respostas e justificativas dadas pelos demais respondentes, na rodada anterior, possibilitando aos sujeitos redefinir seus julgamentos baseados na visão coletiva do grupo (LINSTONE; TUROFF, 2002).

- ✓ A representação estatística da distribuição dos resultados do grupo – a opinião do grupo é definida, ao final de cada etapa, por meio da agregação das opiniões individuais.
- ✓ Permite o envolvimento de um grande número de sujeitos especialistas com um custo mais acessível, considerando o uso do correio ou meio eletrônico (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Em geral, a técnica Delphi, é utilizada na área da saúde para definir e discutir competências profissionais bem como, objetivos e conteúdos de cursos, disciplinas de currículos e protocolos de cuidados (COUTINHO, 2011; GONTIJO, 2007, SILVA; TANAKA, 1999). Utilizou-se ainda na primeira metade do século XX, para demonstrar as principais tendências do sistema de saúde brasileiro (PIOLA; VIANA; CONSUELO, 2002); na percepção do contexto de estudos relacionados à ocorrência de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (Dort) (SILVA et al., 2009) e na avaliação do estado atual de conhecimento sobre doença terminal (MORITZ et al., 2008).

Especificamente, na área da enfermagem, a técnica Delphi está presente em pesquisas com diferentes enfoques: na definição de um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde (SOUSA; FRADE; MENDONÇA, 2005); em estudos ligados à administração, ao cuidado com o adulto, à educação em saúde e à metodologia da pesquisa (BORGES, 2005; CASTRO; REZENDE, 2009), entre outros.

A escolha da técnica Delphi para a realização desta pesquisa justifica-se, principalmente pela:

- ✓ Carência de pesquisas sobre as competências do enfermeiro na prevenção e no controle das infecções em AD;
- ✓ Possibilidade de envolver profissionais de diferentes regiões do Brasil, valorizando diversidades regionais. A participação presencial destes profissionais seria uma prática onerosa que poderia inviabilizar a realização do estudo;
- ✓ Aumento notório de enfermeiros exercendo suas atividades em programas de Assistência Domiciliar, no setor público e privado, além da recente regularização da modalidade de atendimento domiciliar a ser realizado na Atenção Básica, a Atenção Domiciliar.

Dessa forma, na presente pesquisa utilizou-se a técnica Delphi para identificar uma lista de competências, nas quais o enfermeiro poderá se pautar para

desenvolver suas atividades na Atenção Domiciliar, com vistas à redução máxima dos riscos de infecções, de forma eficaz e contextualizada. Para tanto, é necessária uma constante reflexão sobre a ação, repensando suas práticas e buscando-se uma interface com os princípios da vigilância das infecções e do SUS.

No presente estudo, o grupo coordenador foi composto pela orientadora e orientada. Os participantes foram agrupados segundo as características que lhes são comuns: além de serem enfermeiros, destaca-se também, o fato de terem experiência profissional na área de Saúde Pública (ESF), bem como vasto conhecimento em práticas de prevenção e controle da infecção.

3.1.1 Fase conceitual

Os conceitos adotados nesse estudo foram baseados no Caderno de Atenção Domiciliar (volumes 1 e 2), nas normatizações do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998, 2010, 2012); Decs (Descritores em Ciências da Saúde). Ainda, consultou-se o Manual de Orientações e Critérios Diagnósticos do Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2011) e Portaria n° 1.007/GM/MS, de 2010.

√ ***Atenção Domiciliar:*** modalidade de atenção “substitutiva ou complementar” da assistência prestada em outro ponto da Rede de Atenção à Saúde, porém, integrada à ela, que realiza ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde utilizando, para isso, estratégias de educação em saúde e tendo como uma das finalidades o aumento no grau de autonomia do paciente, de seu cuidador e familiares, por meio da continuidade do cuidado. A AD é uma modalidade de Assistência Domiciliar regularizada recentemente no âmbito do SUS pelo Ministério da Saúde, em outubro de 2011, e representa o foco desta investigação, ou seja, almeja-se investir na qualidade das ações de enfermagem ligadas a Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1). Cabe destacar que a prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes da atenção básica, ou seja, equipes da ESF apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da

Família (NASF)[6], bem como por ambulatórios de especialidades e de reabilitação, por meio de visitas regulares ao domicílio, no mínimo, uma vez por mês. Os equipamentos e materiais permanentes e de consumo e os prontuários dos usuários atendidos nesta modalidade devem ser mantidos na estrutura física das UBS (BRASIL, 2011).

A proposta da AD inclui a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e as discussões sobre diferentes concepções e abordagens à família. Espera-se que os profissionais sejam capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. A participação ativa do usuário, família e profissionais envolvidos na assistência domiciliar constitui traço importante para a efetivação dessa modalidade de atenção. Assim, a articulação com os outros níveis da atenção e a intersetorialidade é fundamental para a construção coletiva de uma proposta integrada de atenção à saúde, bem como para aumentar a resolutividade dos serviços e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Nesse contexto, a concepção de AD que pressupõe-se como ideal e possível de ser desenvolvida pela equipe da ESF, em especial pelo enfermeiro, é a de uma prática do trabalho em saúde que visa a assistir o indivíduo e à família no espaço domiciliar, de forma integral e contextualizada, nos aspectos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, promovendo uma integração dos diversos trabalhadores atuantes no sistema de saúde.

√ V**igilância da situação de saúde** desenvolve ações de monitoramento contínuo do país/estado/região/município/território, por meio de estudos e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, priorizando questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.

[6]NASF é uma iniciativa que visa atender a uma das maiores reivindicações dos profissionais de saúde: a inserção de novas áreas de conhecimento à ESF. Estes núcleos poderão ser constituídos por diferentes profissionais de ensino superior que vão atuar em parceria com os profissionais da ESF (COUTINHO, 2011). Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 é composto, minimamente, por cinco profissionais com formação universitária, dentre as 13 opções seguintes: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2009a). O NASF 2, por sua vez, deverá ser composto por, no mínimo, três profissionais, dentre as oito opções: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo e terapeuta ocupacional. A definição sobre qual profissional irá compor cada tipo de NASF é de responsabilidade do gestor municipal, entretanto, sua decisão deve estar pautada nas necessidades locais de saúde e na disponibilidade de profissionais em cada uma das distintas profissões (BRASIL, 2009).

√ V**igilância em saúde ambiental** visa ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferiram na saúde humana; recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco, relacionados às doenças e outros agravos à saúde, prioritariamente a vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar e solo; desastres de origem natural, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, e ambiente de trabalho.

√ V**igilância sanitária** é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde. Outro aspecto fundamental da vigilância em saúde é o cuidado integral com a saúde das pessoas por meio da **promoção da saúde**. Essa política objetiva a promover a qualidade de vida, empoderando a população para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. As ações específicas são voltadas para: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, além da promoção do desenvolvimento sustentável.

√ ***Práticas de prevenção e controle da infecção****:* conjunto de ações decorrentes da presença ou não do risco de infecção, projetadas para impedir a contaminação e/ou disseminação microbiana e/ou parasitária, que inclui medidas básicas como: a higiene pessoal (com ênfase no cuidados das mãos), limpeza do ambiente, ações de imunização, cuidados com resíduos, uso de luvas, bem como dos demais equipamentos de proteção individual (EPI) e criterioso manuseio de material, entre outras medidas assépticas. São as operações

técnicas e padronizadas que asseguram a efetividade das atividades na manutenção da segurança biológica, ambiental e da saúde do indivíduo com padrões de qualidade com vistas prioritariamente, ao controle dos agentes transmissores que conduzam à doença.

3.1.2 Referencial teórico de competência

Utilizou-se o princípio teórico sobre competência profissional de Durand (2000) que propôs um conceito, baseado na união de três dimensões: conhecimentos, habilidades e atitudes. As três dimensões foram organizadas por Feitosa (2002) e Nascimento (1998) em diferentes categorias de indicadores:

- ✓ Na dimensão dos conhecimentos existem três categorias: a conceitual, que é composta de conteúdos e idéias genéricas que constituem a matéria a ser ensinada, ou seja, diz respeito ao domínio das teorias envolvidas na construção do conhecimento específico para área de atuação; a procedimental, que é composta pelas estratégias diferentes utilizadas para tornar compreensível o conteúdo que se ensina; e a contextual, que está relacionada ao conhecimento das características particulares da estrutura e funcionamento do ambiente de trabalho, bem como da clientela.
- ✓ Na dimensão das habilidades são cinco categorias: o planejamento de situações futuras; a comunicação, ou seja, a capacidade de transmitir os conteúdos de forma clara e concisa; a avaliação, que consiste na análise das atividades desenvolvidas, na percepção dos resultados obtidos, na averiguação de causas de sucesso e insucesso, bem como na caracterização do indivíduo e do contexto; a "incentivação"[7], ou habilidade de influenciar os interesses e os motivos dos sujeitos, de maneira a motivá-los à participação efetiva nas atividades propostas, ultrapassando dificuldades e insuficiências; e a gestão, ou seja, ser capaz de racionalizar e gerir os recursos (pessoas, espaços, tempo e materiais).
- ✓ A terceira e última dimensão, a das atitudes, envolve competências não técnicas, que englobam características relacionadas a atitudes e valores, tendo como

[7] "Incentivação": esta palavra não existe no dicionário da língua portuguesa para o Brasil porém, como esta divisão derivou de outras pesquisas, será mantido este termo sempre entre aspas e mesma escrita utilizada nestes estudos.

exemplo, características pessoais que não estão, necessariamente, ligadas ao exercício específico de uma função. O quadro 1 representa uma sinopse da proposta teórica de competência.

Quadro 1. Dimensões da competência e seus indicadores segundo Durand (2000)

DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA		
CONHECIMENTOS	**HABILIDADES**	***ATITUDES***
Conceitual	Gestão	*Valores*
Procedimental	Planejamento	*Personalidade*
Contextual	Comunicação	
	Avaliação	
	Incentivação	

3.1.3 Local do estudo

Para atender ao objetivo da pesquisa, um primeiro desafio foi identificar equipes da ESF do município de Teresina-PI que desenvolvessem a modalidade de Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), tendo o profissional enfermeiro como protagonista do atendimento. Dessa forma, no primeiro momento, realizou-se uma consulta nas Coordenadorias Regionais de Saúde da Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina-PI para identificar as equipes nas quais enfermeiros realizavam esse tipo de atendimento.

Assim, selecionou-se três regionais de saúde do município (Regional Norte, Leste e Sudeste) e agendou-se reuniões com os respectivos enfermeiros que atuam nas equipes dessas regionais e a pesquisadora responsável para que os mesmos fossem convidados a participar da pesquisa. Após essa trajetória, as referidas Regionais de Saúde foram incluídas como *lócus* da pesquisa.

Foram incluídos, portanto, como locais de pesquisa, as Unidades Básicas de Saúde das Regionais: Norte, Leste e Sudeste da cidade de Teresina-PI, nas quais estão em pleno funcionamento a Estratégia Saúde da Família, por meio da qual se

realiza a atividade Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), que, segundo a Portaria Ministerial N. 2.527 é uma modalidade de atendimento realizada pela equipe da ESF, por meio de visitas domiciliares regulares aos usuários que por algum motivo não podem se deslocar até à unidade de saúde, mas que necessitam de assistência por apresentar algum problema de saúde.

A modalidade de assistência domiciliar AD1 não necessita de recursos complementares, nem de equipes especializadas, sendo uma atividade inerente das equipes da ESF, ou seja, utiliza recursos financeiros, físicos e humanos já existentes na UBS. Em contrapartida, as outras modalidades, AD2 e a AD3, para serem implantadas, necessitam de projeto e financiamento específicos, além de serem realizadas por equipes especializadas, a EMAD e EMAP, as quais não são o foco desta pesquisa.

Além das UBS foram incluídos como locais da pesquisa Universidades e Faculdades, que possuíam em seu quadro de professores, pesquisadores das áreas de Prevenção e Controle de Infecções e da Saúde Pública, com ênfase na Assistência Domiciliar.

3.1.4 Participantes do estudo

A escolha dos sujeitos deu-se em função da utilização da técnica Delphi como método de investigação que prevê que seja obtido o consenso de grupo a respeito de um determinado fenômeno. A população do estudo, segundo Ávila; Santos (1988) deve ser composta por profissionais efetivamente engajados na área, pela sua experiência e/ou por seus conhecimentos técnicos.

Assim, é possível apreciação coletiva de seus julgamentos que são resultados de um longo processo de sistematização do conhecimento adquirido na prática e transformado no julgamento individual subjetivo (DUNCAN; SCHMIDT, 1992).

A seleção dos participantes considerou os seguintes critérios: o respeito e a valorização da experiência e do conhecimento de cada um dos participantes.

Por esse motivo, foram selecionados intencionalmente dois grupos de participantes: um de enfermeiros da ESF e outro denominado de especialistas, que

são docentes e/ou pesquisadores das áreas de Prevenção e Controle de Infecções e de Assistência Domiciliar e Saúde Pública.

Cabe explicar a dificuldade de envolver um participante que dominasse simultaneamente os dois contextos, ou seja, as práticas de prevenção de infecção e a Atenção Domiciliar. Optou-se no estudo incluir os enfermeiros que desenvolvessem diferentes funções nas equipes da ESF.

Estas opções possibilitaram a verificação de diferentes visões durante o processo de construção das competências profissionais e, dessa forma, foram incluídos como participantes da pesquisa coordenadores regionais e coordenadores de Vigilância Epidemiológica das equipes da ESF (visão do gestor), profissionais que realizam o atendimento no domicílio (visão do trabalhador) e professores e/ou pesquisadores que se dedicam a estudar as temáticas: Prevenção e Controle de Infecções ou Assistência Domiciliar/ Saúde Pública (visão do pesquisador), buscando um processo participativo com diferentes sujeitos que trabalham com a temática do estudo, ressaltando uma das premissas da Técnica Delphi que consiste na participação de especialistas que demonstrem comprovado conhecimento específico em relação à temática de estudo (KAYO; SECURATO, 1997).

Após a identificação dos enfermeiros e pesquisadores que foram incluídos neste estudo, realizou-se um primeiro contato por telefone no intuito de verificar a aceitação dos mesmos frente à possibilidade de participação na pesquisa. Nessa oportunidade informou-se quais os objetivos da pesquisa e descrito, de forma breve, o desenvolvimento da técnica Delphi. Na sequência, iniciou-se um processo junto à Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina solicitando autorização para a realização da pesquisa com os enfermeiros dessa instituição (Anexo A). A partir da obtenção do documento de autorização da FMS e também da aprovação no Comitê de Ética (Anexo C).

O primeiro grupo foi composto por 19 enfermeiros (sendo 2 coordenadores de equipe e 1 coordenador de Vigilância Epidemiológica) que atuam nas equipes da ESF de Teresina-PI há pelo menos dois anos e que, durante a realização das reuniões ocorridas nas respectivas Regionais de Saúde, aceitaram participar do estudo (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros assistenciais participantes do painel Delphi segundo localização por Regional de Saúde -Teresina-PI.

Função/Regional de Saúde	Norte	Leste	Sudeste	Total
Coordenador da ESF	0	1	1	2
Coordenador de VE da ESF	1	0	0	1
Profissional da AD	6	7	3	16
Total	7	8	4	19

Fonte: Elaborada pela autora.

Considerando os coordenadores e enfermeiros que atuavam na Atenção Domiciliar das Regionais de Saúde selecionadas, dos 30 convidados, houve a participação de 19 sujeitos nesta investigação, correspondendo a 63%. Desses sujeitos, 95% eram mulheres, com uma média de idade de 33 anos.

Todos os enfermeiros tinham o tempo médio de conclusão da graduação de 12 anos e 2 meses, havendo desde recém-formados até professores com 33 anos de atuação. Entre os coordenadores e enfermeiros da AD, 95% possuíam, pelo menos, uma especialização, 63% já haviam concluído ou estavam com o mestrado em andamento, e uma cursava o doutorado.

Para constituir o segundo grupo de participantes, procurando envolver pesquisadores que se dedicam a estudar a temática em questão, utilizou-se o método *snow-ball* (Freitas et al., 2000), no qual, a partir da identificação de um participante inicial, este teve a oportunidade da indicação de outro, até que foi constituída uma rede de 15 pesquisadores que representam quatro diferentes regiões do país (Tabela 2).

Tabela 2 Distribuição dos pesquisadores participantes do painel Delphi segundo temática e região/localização por região do país.

Temática/Região	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Total
Controle de Infecções	6	0	3	0	9
Assistência Domiciliar	0	1	3	2	6
Total	6	1	6	2	15

Fonte: Elaborada pela autora.

Um dos pilares que sustenta a Técnica Delphi consiste na consulta a um grupo de “especialistas” e, neste sentido, na presente pesquisa, a opção para selecionar os sujeitos participantes pautou-se, notadamente, na experiência que estes demonstram como enfermeiros que atuam na Atenção Domiciliar e que se dedicam a estudar as temáticas em questão.

Convidou-se 49 sujeitos para responder ao questionário da pesquisa, sendo que, ao final das três etapas da Técnica Delphi, 34 sujeitos (69%) participaram efetivamente de todas as etapas. Outros estudos desenvolvidos com o objetivo de identificar competências profissionais, que utilizaram a Técnica Delphi como método, também tiveram um retorno dos questionários similar à presente pesquisa (NASCIMENTO, 1998; SILVA; TANAKA, 1999).

Em relação aos 15 pesquisadores que participaram da pesquisa, 14 eram mulheres, com uma média de 40 anos de idade, tendo os pesquisadores de 23 a 57 anos, demonstrando heterogeneidade na faixa etária do grupo participante. Todos estavam vinculados a alguma instituição de ensino superior e atuavam em linha de estudo relacionada a infecção. Oito dos pesquisadores tinham concluído o doutorado e dois estavam cursando. Os outros cinco pesquisadores eram mestres ou estavam com o curso em andamento.

Segundo as respostas dos participantes, com relação ao regime de trabalho, 76% eram concursados. No que se refere ao tipo de dedicação, 50% trabalhavam exclusivamente em instituições de ensino superior ou na FMS de Teresina, enquanto outros 50% desenvolviam outras atividades como assistência hospitalar, docência em instituições de ensino privadas, atendimento móvel de urgência, assistência domiciliar privada (*home care*), entre outras. As informações contidas nesta caracterização foram organizadas a partir das fichas de identificação preenchidas pelos sujeitos na terceira etapa da Técnica Delphi (Apêndices B e C).

De acordo com as considerações necessárias para a aplicação da Técnica Delphi, a coleta de dados foi dividida em três etapas, denominadas de rodadas, segundo a linguagem específica utilizada nesse tipo de técnica. Utilizaram-se outras pesquisas como referência/parâmetro na estruturação de cada etapa (COUTINHO, 2011; GONTIJO, 2000; SILVA; TANAKA, 1999; WITT, 2005).

O prazo solicitado e informado no *e-mail* para retorno do Instrumento devidamente preenchido foi de 15 dias, baseado em (SILVA et al., 2009), que alertaram quanto ao atraso nas devoluções. Dessa forma, os instrumentos foram

devolvidos no prazo de 15 a 45 dias. Procurando diminuir o número de desistentes, quando estavam faltando 5 dias para o final do prazo estipulado a pesquisadora enviava um novo e-mail lembrando o participante do compromisso. No final do prazo estipulado, 16 sujeitos não devolveram o questionário, sendo considerados desistentes desta rodada.

Esta estratégia foi adotada pela pesquisadora nas três rodadas da técnica Delphi (Figura 2).

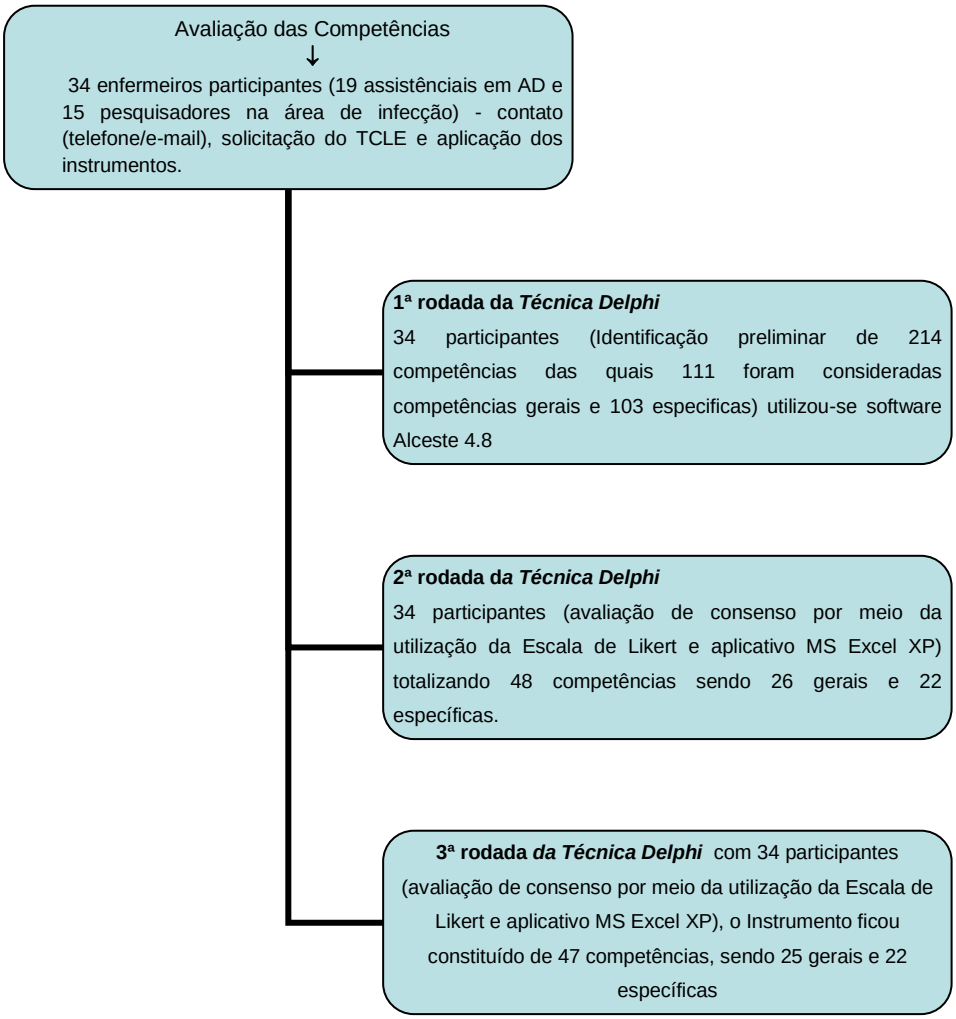


Figura 2: Fluxograma das etapas envolvidas na utilização da *Técnica Delphi*

Fonte: elaborado pela autora

3.1.4.1 Primeira rodada da Técnica Delphi

O objetivo desta rodada foi construir uma lista inicial de competências que, na opinião dos especialistas, podem ser requeridas pelo enfermeiro quando de sua atuação na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar.

Inicialmente, enviou-se aos 49 sujeitos selecionados um *e-mail* contendo três arquivos:

- Carta-Convite (Apêndice D) – documento que apresenta a pesquisa e convida o enfermeiro, especialista ou não, a participar da mesma, demonstrando a importância do seu envolvimento.

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enviado por *e-mail* somente para conhecimento. Depois, para facilitar o retorno deste devidamente preenchido e assinado, utilizou-se o correio para envio, de duas cópias do TCLE assinadas pela pesquisadora responsável e um envelope selado para ser utilizado no retorno da cópia assinada pelo participante.

- Instrumento 01 - Questionário de identificação preliminar de Competências (Apêndice E) – Neste questionário os participantes tinham a tarefa de indicar (no mínimo) três competências gerais e três competências específicas. Cada indicação era seguida de um comentário, descrevendo os motivos que levaram o sujeito a indicar a referida competência como necessária para o trabalho do enfermeiro na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar. Este questionário continha orientações explicativas sobre o conceito de competências adotado para esta pesquisa, bem como a descrição dos objetivos do estudo.

As informações contidas nos instrumentos resultaram na descrição de 214 competências, sendo 111 gerais e 103 específicas. A instrução no Instrumento 01 era para que todos os participantes indicassem, no mínimo, três competências gerais e três competências específicas. No entanto, como havia, ao final do instrumento, uma orientação para a inserção de competências adicionais, caso o participante entendesse que esta opção seria necessária, cinco participantes indicaram mais 10 competências.

Os dados coletados, na primeira rodada, foram tratados por meio do *software* Alceste 4.8, que recorre à co-ocorrências das palavras nos enunciados que constituem o texto, de forma a organizar e sumariar informações consideradas mais

relevantes, e possui como referência em sua base metodológica, a abordagem conceitual lógica e dos mundos lexicais (RIBEIRO, 2004).

Este *software*, criado por Reinert, na França, no final dos anos 70, foi introduzido no Brasil em 1998. Segundo o autor, este programa pode indicar as representações ou campos de imagens sobre um objeto, dependendo do conteúdo e da relação estabelecida entre esse objeto e o plano de pesquisa.

O programa apresenta uma organização possível dos dados por meio de análises estatísticas e matemáticas, fornecendo o número de classes, as relações existentes entre as mesmas, o contexto semântico de cada classe, entre outros. Além disso, o Alceste segmenta o material das respostas dos sujeitos em grandes unidades denominadas de Unidades de Contextos Iniciais (UCI) e em unidades de segmentos denominadas Unidades de Contextos Elementares (UCE). De posse desse material, é possível explicitar o conteúdo denominando e interpretando cada classe a partir de todas as informações fornecidas pelo *software.*

Esse programa toma como base um único arquivo, denominado *corpus*, que é preparado segundo regras e constituído de várias UCIs (Unidades de Contexto Iniciais) que, segundo Camargo (2005), corresponde a um conjunto de entrevistas ou de respostas indeterminadas dos sujeitos participantes de um estudo às questões abertas, cujo documento possua cerca de 1.000 linhas, e aproximadamente 20 páginas de texto, em fonte *courrier* 10, de forma que possa contar o elemento estatístico.

Posteriormente, o programa faz a divisão do *corpus* em UCE's (Unidades de Contexto Elementar), com base na ocorrência das palavras em função de suas raízes e procede ao cálculo da frequência destas formas reduzidas para finalmente obter um significado das classes produzidas. Para obtenção das classes, foi aplicado o método de classificação hierárquica descendente, no qual o teste qui-quadrado dessas formas reduzidas foi igual ou maior a 2,00.

Tomando como base as orientações descritas utilizaram-se os seguintes passos para tratamento dos dados por meio do *software* Alceste 4.8:

1. Construção das UCI's, por meio do agrupamento das respostas de cada questionário, ou seja, cada questionário possuía 6 ou mais competências e estas foram agrupadas em um só texto para cada participante, totalizando, portanto 34 UCI's, contendo o nome que os sujeitos adotaram para cada competência e o texto descrevendo a pertinência das mesmas em relação ao contexto da Atenção

Domiciliar, os quais foram mantidos exatamente como haviam sido descritos no Instrumento 1;

2. Classificação dos sujeitos segundo sexo, idade e se era enfermeiro da AD ou pesquisador;

3. Organização das 34 UCI's num único arquivo denominado *corpus* (Anexo B);

4. Processamento do arquivo *corpus* no *software* Alceste 4.8;

5. Levantamento das classes semânticas e respectivas UCE's obtidas após o processamento dos dados;

6. Categorização das UCE's;

7. Síntese das UCE's obtidas em cada categoria;

8. Organização de nova redação às competências.

Após o processamento dos dados pelo Alceste 4.8, as UCI's resultaram em 4 classes semânticas, sendo que o conteúdo das UCE's de duas delas representavam as competências gerais e o conteúdo das UCE's das outras duas classes representavam as competências específicas (Figura 3). Foi possível observar, após a leitura minuciosa das UCE's resultantes, que algumas competências indicadas como específicas, após o processamento dos dados ficaram classificadas nas classes de competências gerais, pois seu conteúdo mantinha uma proximidade maior com a definição de competência geral e, portanto, decidiu-se por mantê-las nesse grupo.

```
                    ----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
Cl. 1 ( 114uce)  |-----------------------------------------------+
Cl. 2 (  52uce)  |----------------+
Cl. 4 (  56uce)  |----------------+
Cl. 3 (  76uce)  |-----------------------------+
```

Figura 3 Gráfico de Classificação Hierárquica Descendente - Dendograma das classes.

Com a utilização do *software* foi possível construir um material sem perder a essência das sugestões dos participantes, ao mesmo tempo em que se reduziu a quantidade de informações que voltou a eles nas demais rodadas da Técnica Delphi, sendo este último aspecto um fator relevante para se manter os sujeitos motivados a continuarem participando da pesquisa.

A análise do conteúdo das UCE's resultou numa lista de 48 competências, sendo 26 gerais e 22 específicas (Quadro 2 e 3), com as quais construiu-se o Instrumento 02 (Apêndice G) que serviu para operacionalizar a segunda rodada da Técnica Delphi. A seguir, a lista de competências, gerais e específicas, após processamento dos dados e classificação hierárquica descendente das classes resultantes das UCE's.

Quadro 2. Descrição das competências gerais obtidas na primeira rodada da Técnica Delphi.

Competências Gerais	
1 - Atuar em equipe para fortalecer o SUS	Ser capaz de trabalhar em equipe, de forma a prestar uma assistência integral, multi-inter-transdisciplinar, considerando a complexidade e a dinâmica do trabalho em Atenção Domiciliar, bem como as diferentes realidades, saberes e conhecimentos que envolvem a comunidade. Resolver os problemas de forma coerente, aliando o saber técnico às necessidades das pessoas, de forma a aumentar a confiança dos indivíduos na equipe.
2 - Conhecer a Política de Saúde do SUS	Conhecer o processo histórico de construção e consolidação do SUS, compreender os princípios e diretrizes que o regem (universalidade, integralidade, equidade, intersetorialidade e participação social). Conhecer e entender os níveis de gestão (municipal, estadual e federal) e de atenção (primário, secundário e terciário) do SUS, bem como as leis e portarias referentes à Atenção Básica.
3 - Reconhecer a Atenção Domiciliar como uma nova modalidade de atendimento do SUS	Conhecer a inserção da Política de Atenção Domiciliar no SUS, suas modalidades de atendimento, recursos disponíveis, equipes de atendimento de acordo com os níveis de complexidade, competências e responsabilidades específicas de cada modalidade de atendimento.
4 - Capacidade de gestão	Administrar e gerenciar os serviços de saúde, os recursos físicos e materiais e o manejo das informações referentes à prevenção das doenças e promoção da saúde, envolvendo os outros profissionais. Realizar a sistematização do trabalho, visando o uso adequado e eficaz dos recursos físicos, humanos e materiais para a prevenção e o controle das infecções.
5 - Atenção à Saúde/Atuação profissional	Desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, tanto a nível individual quanto coletivo, assegurando uma prática de saúde asséptica, de forma contínua e integrada às demais instâncias do sistema de saúde, considerando as principais infecções que surgem na comunidade, como: infecções respiratórias, infecções urinárias, infecções cutâneas, etc.
6 - Tomada de decisões	Decidir a conduta mais apropriada para prevenir e tratar as infecções na Atenção Domiciliar, baseando-se em evidências científicas, planejando o cuidado a partir da perspectiva das famílias como co-responsáveis pela prevenção de infecções.
7 - Conhecer as estratégias de educação para o SUS: educação permanente	Desenvolver e investir em estratégias e metodologias de formação (cursos técnicos, mini-cursos, oficinas, eventos científicos), para que possa articular as reais necessidades de saúde da população às intervenções e procedimentos existentes para a prevenção e o controle das infecções em Atenção Domiciliar. Capacitar profissionais da Atenção Domiciliar para atuar na prevenção e controle de doenças infecciosas. Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja beneficio mútuo entre os atuais e futuros profissionais.
8 - Conhecer as estratégias de educação para o SUS: educação continuada	Comprometer-se com a constante busca por atualização do conhecimento na área de atuação e boa informação relacionada à saúde, por meio de capacitação profissional. Manter-se atualizado sobre aspectos pertinentes às áreas de infectologia e saúde pública.
9 - Conhecer as políticas públicas de controle das IRAS	Conhecer a definição para as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), bem como saber diferenciá-la das Infecções Hospitalares (IH). Ter conhecimento sobre as leis e portarias que definem as IRAS, bem como os aspectos relacionados ao seu controle e prevenção.

Competências Gerais	
10 - Ter visão holística	Entender como o meio pode influenciar e modificar as situações cotidianas. Pensar no trabalho como um todo, envolvendo vários aspectos e atores sociais, como o indivíduo, a família, a comunidade e o domicílio, os quais podem interferir nos processos de saúde, como podem ser modificados, por aspectos sociais, econômicos, espirituais e emocionais.
11 - Conhecer as principais infecções que acometem o indivíduo na comunidade/domicílio	Conhecer os sinais e sintomas, modos de transmissão e tratamento das principais infecções que ocorrem no âmbito da atenção básica e atenção domiciliar, como as infecções respiratórias, infecções cutâneas, infecção urinária, etc.
12 - Liderança	Ter compromisso, responsabilidade e empatia com a equipe e a população. Passar segurança durante a realização do trabalho. Ter domínio e comprometimento frente às situações de conflito para decidir um caminho a ser seguido, delegando tarefas para mobilizar outros profissionais na busca da qualidade da assistência. Fazer com que a equipe gere resultados desejados.
13 - Capacidade e habilidade em comunicar-se	Capacidade de expor claramente as idéias e opiniões, escolher as palavras, de forma que as pessoas envolvidas na situação compreendam a mensagem. A comunicação deve ser simples e direta, principalmente para a clientela com menor nível de instrução. Uma comunicação eficaz permite sensibilizar as pessoas para a adesão de posturas preventivas relacionadas às infecções, bem como conhecer os problemas do paciente que muitas vezes não são confidenciados, por vergonha. Uma comunicação eficaz pode ainda se dar por meio de um toque, tom de voz ou um olhar diferenciado, além de exigir muita cordialidade durante o contato com o cliente. A comunicação não deve ocorrer apenas por meio de orientações aos usuários, mas também por meio de palestras, reuniões de equipe, anotações em prontuários, etc.
14 - Estabelecer vínculo com escuta sensível e afetiva	Ter a capacidade de "ver além do que se apresenta", bem como saber interpretar as situações em sua particularidade. Estabelecer um contínuo diálogo, com sensibilidade para fazer acordos e contratos de trabalho e rever tais aspectos, sempre que houver necessidade. Ter a capacidade de perceber as situações e evitar possíveis conflitos, por meio de uma escuta qualificada, de forma afetiva e discreta. Acolher os usuários sem impor conteúdos técnicos e científicos, mas estabelecer um vínculo de confiança, com respeito e segurança.
15 - Preservar a ética e a moral, buscando a humanização do atendimento	Pautar-se em um conceito ampliado de saúde, entendendo o ser humano de forma integral e não somente o seu aspecto biológico. Incluir aspectos importantes no cotidiano das relações tais como: respeito, carinho, atenção, responsabilidade com as pessoas e com o serviço de saúde desenvolvido. Adotar os princípios da Política de Humanização do SUS na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar.
16 - Reconhecer a saúde da população como um direito	Reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, além do direito de condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.
17 - Tomar iniciativa sendo criativo e flexível	Ter iniciativa para gerir os imprevistos frente às diferentes realidades, bem como a homogeneidade e heterogeneidade dos grupos em seus aspectos sociais, culturais, físicos e também das condições de trabalho. Criar alternativas para lidar com as dificuldades presentes no cenário de trabalho sem comprometer a qualidade do serviço prestado. Capacidade de apreender a Atenção Domiciliar em sua complexidade e na variabilidade dos seus problemas, desenvolvendo habilidades, conhecimentos específicos, criatividade e flexibilidade. Na Atenção Domiciliar é preciso fazer com que as coisas aconteçam e não apenas esperar acontecer.
18 - Uso de EPI's	Ter atitude de adotar sempre o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) durante a realização de procedimentos de enfermagem e de outras áreas na Atenção Domiciliar, com o objetivo principal de evitar a transmissão de infecções pelos vírus Hepatite B, Hepatite C e HIV para os profissionais.
19 - Planejamento	Ter conhecimento da missão da Atenção Domiciliar e planejar as ações e metas de prevenção e controle das infecções de forma coerente, ou seja, ter a habilidade de saber fazer as intervenções frente às demandas oriundas do atendimento no domicílio. Estabelecer métodos, cumprir a programação, saber como organizar e estruturar sua atuação profissional, estimulando e favorecendo a atuação multidisciplinar. Buscar a utilização lógica e racional dos recursos disponíveis.
20 - Avaliação	Registrar e avaliar o programa de Atenção Domiciliar, inclusive os investimentos, custos e benefícios, para que se possa alcançar a qualidade da maneira mais viável financeiramente. Analisar os resultados do seu trabalho e do trabalho do grupo, bem como receber avaliações do grupo.

Competências Gerais	
21.Capacidade de incentivo/motivação	Ter autonomia para resolver os problemas com segurança, principalmente os urgentes, da maneira que julgar melhor no momento em que surgem, incentivando pessoas a terem uma postura de prevenção das infecções. Entender que para a prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar é necessário utilizar tecnologias, priorizando a inclusão e estimulando a participação da comunidade.
22 - Ter conhecimento sobre a rede de atendimento do SUS	Compreender a estruturação da rede de atendimento da Atenção Básica, identificar unidades de saúde contempladas com o programa de Atenção Domiciliar e seus níveis, para referenciar usuários de acordo com suas necessidades.
23 - Contribuir para manter o ambiente domiciliar biologicamente seguro	Implementar medidas de precaução-padrão na Atenção Domiciliar, que tenham como objetivo principal prevenir a transmissão de infecções na família, medidas que devem ser adotadas por todos os profissionais e orientações que devem ser repassadas no atendimento, independentemente, da suspeita ou não de infecções.
24 - Desenvolver estratégias eficientes de educação em saúde para a comunidade	Planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento. Procurar reduzir a ocorrência das infecções, por meio da sensibilização do indivíduo e sua família quanto à importância da prevenção de doenças infecciosas, a qual só ocorre quando adotamos hábitos de higiene pessoal e do domicílio.
25 - Ter conhecimento e contribuir com a política pública para o uso racional de antimicrobianos	Conhecer a política de uso racional de antimicrobianos, ter acesso as suas diretrizes por meio da educação continuada, uso de formulários de restrição de prescrição, participação em auditorias prospectivas em antimicrobianos, manutenção de um feedback para a equipe de saúde, com os objetivos de melhorar a eficácia do tratamento, reduzir os custos relacionados aos medicamentos, minimizar os eventos adversos, e reduzir o potencial surgimento de resistência bacteriana.
26 - Promover estilos de vida saudáveis	Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social, utilizando adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para isso.

Quadro 3: Descrição das Competências Específicas obtidas na primeira rodada da Técnica Delphi

Competências Específicas	
27 - Ter conhecimento sobre o ciclo de transmissão das infecções	Conhecer o ciclo de transmissão das infecções: hospedeiros, vetores, vias de transmissão, portas de entrada no indivíduo susceptível, bem como os fatores intrínsecos (condições da pele, nutrição, doenças crônicas) e extrínsecos (higiene do ambiente domiciliar e peridomiciliar, higiene pessoal) do paciente que facilitam o surgimento da infecção.
28 - Manuseio e descarte dos resíduos de serviços de saúde	Ter conhecimento conceitual e procedimental sobre o manuseio e descarte correto dos resíduos provenientes do atendimento no domicílio, quais sejam, agulhas, seringas, lâminas de bisturi, sondas vesicais e nasogástricas, frascos de medicamentos, entre outros. Realizar o manuseio e descarte correto dos mesmos e orientar a família quanto aos riscos de contaminação proveniente desses artigos, se descartados junto ao lixo comum domiciliar. Manter os coletores para descarte o mais próximo possível do local onde o procedimento está sendo realizado, não preenchendo os mesmos acima de 2/3 de sua capacidade, lacrá-los e descartá-los de forma e em local adequados.
29 - Ter conhecimento e habilidade quanto à lavagem das mãos	Conhecer a técnica correta, o material a ser utilizado, bem como o tempo a ser despendido para a lavagem das mãos e ter habilidade em realizá-la.
30 - Ter conhecimento sobre Vigilância Epidemiológica	Conhecer o sistema e as doenças de notificação compulsória, as fichas de notificação, avaliação, acompanhamento, referência, contra-referência e encerramento de casos. Conhecer os conceitos de incidência, prevalência, mortalidade, letalidade, entre outros. Conhecer e estar atento aos fatores determinantes dos agravos à saúde da população, os quais são diferentes em cada região, bem como o tratamento dessas doenças.
31 - Realizar curativos em feridas crônicas	Ter conhecimento sobre as técnicas corretas e os cuidados de enfermagem e habilidade para realizar curativos em feridas crônicas, como as úlceras de decúbito e “pé diabético”, de modo a facilitar o processo cicatricial e prevenir o surgimento de infecções.

Competências Gerais	
32 - Administração de medicamentos	Conhecer a técnica de preparo e administração de medicamentos, bem como as vias de administração e ter habilidade para realizar esses procedimentos de maneira segura. Realizar a assepsia dos locais de aplicação dos medicamentos intravenosos, intramusculares e intradérmicos. Estar atento para o posicionamento das seringas e agulhas, aspiração e injeção dos medicamentos para evitar o surgimento de infecções.
33 - Ter conhecimento sobre resistência microbiana	Ter conhecimento conceitual sobre resistência microbiana e sua relação com o uso indiscriminado de antibióticos. Conhecer os organismos multiresistentes e os respectivos medicamentos que causam a resistência microbiana, bem como as opções de medicamentos para os quais o microorganismo ainda não criou resistência. Conhecer e orientar sobre os efeitos colaterais desses medicamentos.
34- Uso de imunobiológicos	Conhecer o calendário vacinal de crianças, adolescentes, mulheres, idosos e outras situações que necessitam da intervenção com imunobiológicos disponíveis na Atenção Básica, para poder orientar a comunidade sobre a importância destes para a prevenção de determinadas doenças infecciosas. Conhecer as doenças infecciosas preveníveis por imunobiológicos e os efeitos adversos pós-vacinação.
35 - Implementar as medidas de biossegurança	Conhecer as medidas de biossegurança, segundo as normas regulamentadoras e portarias, e ter de atitude de adotá-las em todas as situações durante o atendimento domiciliar, compreendendo a importância destas para a proteção do profissional, do cliente sob seus cuidados e do ambiente.
36 - Conhecer a sequência dos procedimentos de enfermagem	Ter conhecimento sobre a sequência correta da realização dos procedimentos de enfermagem em Atenção Domiciliar, iniciando sempre pelo procedimento menos contaminado, seguindo para o mais contaminado, dificultando assim a transmissão de organismos mais resistentes para áreas pouco ou não-contaminadas do paciente.
37 - Realizar a lavagem das mãos	Ter a atitude de realizar a lavagem das mãos com a técnica correta, no sentido do centro da mão para as extremidades, utilizando água e detergente líquido, antes e após qualquer procedimento realizado durante o atendimento no domicílio, inclusive entre os procedimentos realizados numa mesma pessoa. A lavagem das mãos não deve ser realizada em tempo inferior a 30 segundos, para que sejam removidas as impurezas e os detritos presentes nas mãos, as quais são o principal veículo de transmissão de infecções.
38 - Realizar a Vigilância das Infecções	Estar constantemente vigilante para diagnosticar precocemente o surgimento de possíveis epidemias na sua área de atuação. Realizar o diagnóstico situacional, número de casos, acompanhamento de casos. Produzir relatórios e indicadores para o controle interno dos casos de infecção, bem como planilhas, dados estatísticos e discutir junto à equipe os problemas para compreender o que desencadeou o processo infeccioso e por fim, gerar indicadores que permitam avaliar a qualidade da assistência prestada pelos serviços de Atenção Domiciliar e fundamentar ações futuras.
39 - Realizar treinamento para cuidadores leigos	Estar apto a desenvolver estratégias de ensino sobre prevenção e controle das infecções para os cuidadores leigos existentes na comunidade, os quais são os responsáveis pelo cuidado integral de idosos e pessoas acamadas.
40 - Realizar supervisão da equipe de enfermagem	Ter habilidade de realizar a supervisão do cuidado prestado no domicílio pela equipe de enfermagem sob sua responsabilidade, pois de uma maneira geral, esses profissionais são capacitados, durante sua formação acadêmica, para atuar no controle e prevenção das infecções em ambiente hospitalar, muitas vezes, não reconhecendo o domicílio como fonte potencial para infecções.
41 - Desenvolver protocolos	Estar apto a desenvolver e implementar protocolos de prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar, pois atualmente só existem protocolos para o diagnóstico e tratamento de infecções nas instituições hospitalares. Criar e participar de comissões de controle de infecções na Atenção Básica, com o objetivo de diminuir a necessidade de encaminhamento de usuários acometidos por doenças infecciosas aos hospitais.
42 - Realizar anamnese	Identificar fatores do paciente durante o atendimento de enfermagem no domicílio relacionados ao surgimento das infecções, tais como: higiene pessoal, alimentação, condições habitacionais, nível de escolaridade, etc.
43 - Atuar junto aos programas da Atenção Básica com vistas à prevenção e controle das infecções	Realizar consulta de enfermagem nos programas de pré-natal/puerpério, puericultura, hiperdia, prevenção do câncer de colo do útero, entre outros, com vistas à prevenção de infecções, com orientações sobre as infecções comunitárias mais comuns, seus modos de transmissão e medidas de controle.
44 - Diagnosticar as infecções	Ter habilidade e saber diagnosticar previamente as doenças infecciosas durante o atendimento no domicílio, por meio do conhecimento dos sinais e sintomas, modos de transmissão e tratamento das principais infecções que ocorrem no âmbito da atenção básica e atenção domiciliar, como as infecções respiratórias, infecções cutâneas, infecção urinária, etc.
45 - Realizar esterilização e desinfecção	Ter conhecimento e habilidade quanto às técnicas de esterilização e desinfecção. Estar atento para a qualidade da esterilização e desinfecção do material a ser utilizado na Atenção Domiciliar, bem como saber realizar de forma correta esses processos, uma vez que o enfermeiro é o responsável técnico pela equipe de enfermagem e artigos a serem utilizados nos procedimentos, como sondas, pinças, bisturis, etc.

Competências Gerais	
46 - Ter conhecimento sobre microbiologia, anatomia, fisiologia, patologia, imunologia e farmacologia e suas relações com o surgimento de infecções (bases teóricas)	Ter e articular o conhecimento de microbiologia, com outros da área biológica como, anatomia, fisiologia, imunologia, patologia, farmacologia e outros que possam ampliar e facilitar o diagnóstico clínico e subsidiar decisões da intervenção do enfermeiro no processo de cuidar em Atenção Domiciliar.
47 - Ter conhecimento e habilidade quanto ao uso de sondas e cateteres	Ter conhecimento sobre as normas de utilização de sondas vesicais, nasogástricas e cateteres, incluindo a forma de inserção e retirada, tempo adequado para troca, manuseio, limpeza, curativo, a fim de evitar que se tornem porta de entrada para infecções. Ter habilidade técnica para realizar esses procedimentos seguindo as normas de controle de infecções.
48 - Ser pesquisador	Desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção (programas, projetos) de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional, no que concerne à prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar.

Fonte: Elaborado pela autora.

3.1.4.2 Segunda rodada da Técnica Delphi

Neste segundo momento, retornou-se o contato para *avaliação da concordância da opinião dos* 34 participantes, excluindo-se os 16 sujeitos que não responderam o primeiro instrumento dentro do prazo de até 45 dias, entendendo-se como desistência. Para os participantes que continuaram a pesquisa, foi enviado um texto no corpo do e-mail explicando como tinha ocorrido a primeira rodada e incentivando-lhes sobre a importância de continuarem participando da pesquisa.

Nesta rodada foram enviados três arquivos:

- Carta de Apresentação (Apêndice F) – documento contendo novamente uma breve descrição do conceito de competência, um resumo descrevendo como foi a construção do Instrumento 02 e uma breve explicação sobre a realização da segunda rodada.

- Instrumento 01 Preenchido – este arquivo continha as competências gerais e específicas listadas pelo referido participante durante a primeira rodada. O objetivo deste retorno foi possibilitar o feedback das informações ao participante, dando a oportunidade ao mesmo de relembrar o que indicou e de verificar, em comparação com o Instrumento 02, se suas percepções e opiniões estavam sendo contempladas.

- Instrumento 02 (Apêndice G) – questionário contendo a lista de competências gerais e específicas do enfermeiro para atuar na prevenção e controle

das infecções em Atenção Domiciliar, apresentado no término da primeira rodada. Neste formulário os respondentes tinham que determinar, numa escala de 0 a 5, o grau de importância de cada competência, refletindo sobre a pertinência das mesmas. Ao final do instrumento, o respondente poderia, ainda, realizar duas novas ações: dar um novo texto para qualquer uma das competências listadas, caso entenda que isto é necessário e/ou incluir uma nova competência, se entender que suas opiniões não estão contempladas nas competências listadas.

Com vista a se identificar o grau de importância de cada competência para o enfermeiro no contexto da prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar, utilizou-se a escala de Likert, exigindo do participante um posicionamento ao escolher uma das respostas escalonadas, supondo-se que os intervalos entre os itens sejam equivalentes (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2007). Assim, o grau de importância em cada uma das escalas foi representado por:

- ✓ 0 = Nenhuma importância;
- ✓ 1 = Importância muito pequena;
- ✓ 2 = Importância pequena;
- ✓ 3 = Importância razoável;
- ✓ 4 = Importância grande; e
- ✓ 5 = Importância muito grande.

Nessa rodada, o prazo estipulado para o retorno dos questionários foi também de 15 dias, sendo que houve o retorno de 21 instrumentos respondidos; com 30 dias, os demais com 45 dias.

Em estudos que utilizaram a mesma técnica também tem sido observado um número similar de participantes que não retornam o questionário porém, por outro lado, na presente pesquisa, houve uma estabilização do número de participantes quando se compara o quantitativo da primeira e da terceira rodadas, o que acredita-se ser consequência das iniciativas de reforço à participação, realizadas por meio de contato via e-mail e telefone.

Após o retorno dos instrumentos devidamente preenchidos, os dados foram tratados por análise estatística descritiva que, de acordo com Bussad e Morettin (1987), tem como objetivo coletar, reduzir, analisar a partir da inferência para a população da qual eles foram obtidos.

A técnica Delphi preconiza uma definição prévia de consenso e, portanto, para esta segunda rodada, foi definido como critério de consenso, que uma

competência terá de alcançar o percentual mínimo de 75% de anotação na soma dos escores 4 e 5, para que a mesma continue a compor o questionário. Este critério tem como base pesquisas relacionadas à Atenção Primária à Saúde com utilização da Técnica Delphi.

Com base no critério de consenso, calculou-se o quartil 1 reunindo as 34 indicações em cada uma das competências, sendo que, somente uma competência teve como resultado um valor menor que quatro, demonstrando que esta não atingiu um consenso de pelo menos 75% dos sujeitos nos escores 4 e 5 (Apêndices H e I).

Dessa forma, após considerar-se a opinião de cada um dos participantes e a concordância dos mesmos para cada competência, excluiu-se uma delas (a de número 2 - conhecimento sobre o processo de inserção e construção do SUS), por não atingir o nível de consenso esperado e, portanto, o instrumento três ficou constituído de 47 competências, sendo 25 gerais e 22 específicas (Apêndice J). Vale ressaltar que, ao final do Instrumento 02 havia um espaço no qual cada participante poderia indicar uma nova competência, no entanto, esta opção não foi utilizada.

3.1.4.3 Terceira rodada da Técnica Delphi

Nessa etapa realizou-se a segunda avaliação de concordância dos participantes e elaboração da lista final das competências.

- Instrumento 03 – similar ao enviado na segunda rodada, porém, com a exclusão da competência que não atingiu o nível de consenso desejado na rodada anterior. O diferencial deste questionário é que, ao final, existia um espaço para o participante se manifestar, caso estivesse em desacordo com o consenso do grupo. Caso o sujeito indicasse um valor menor que quatro para qualquer uma das competências, ele deveria justificar-se, relatando brevemente fatos ou fatores que sustentem seu posicionamento, demonstrando que considera aspectos que os outros participantes poderiam estar negligenciando.

- Ficha de Identificação – essa ficha contém espaço para preenchimento com os dados gerais de identificação dos participantes (Apêndices A e B).

No prazo de 15 dias 20 participantes retornaram o instrumento; com 30 dias mais 12 e, com 45 dias outros 2. Nesta rodada, realizou-se novamente o confronto das

opiniões dos participantes para identificar a concordância dos mesmos em relação às competências requeridas pelo enfermeiro para prevenir e controlar a infecção em AD, utilizando-se para isso a classificação de importância que estes atribuíram a cada uma delas (Escala de Likert) adotando-se o mesmo nível de consenso da rodada anterior. Verificou-se que nenhuma das competências teve resultado de percentil menor que quatro, portanto, foram mantidas as 47 competências da rodada anterior.

3.2 Análise dos dados

Utilizou-se o software Alceste versão 4.8 para avaliação da co-ocorrência de palavras e segmentos de texto, buscando distinguir classes de palavras que representem formas distintas de discurso sobre o tópico de interesse da investigação. Essa análise de conteúdo identifica a pluralidade temática presente num conjunto de textos, e pondera a frequência dos temas permitindo, via comparação entre os elementos (palavras ou sentenças), a constituição de agrupamentos de significados mais próximos, viabilizando a formação de categorias mais gerais de conteúdo

Após codificação das competências em um dicionário, os dados obtidos foram digitados em uma planilha do aplicativo MS Excel XP, empregando-se a consistência da dupla digitação para as análises estatísticas descritivas (frequência simples e porcentagem). Definiu-se como critério de consenso que uma competência teria de alcançar o percentual mínimo de 75% de anotação na soma dos escores 4 e 5, para que a mesma continuasse a compor o questionário.

3.3 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP – USP) protocolo n° 102.196 (Anexo C). Na coleta dos dados, os enfermeiros participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4 Construção de diretrizes preliminares para práticas seguras na Atenção Domiciliar

Após avaliação da descrição das competências do enfermeiro para atuar na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar, elaborou-se uma proposta preliminar de diretrizes de práticas assistenciais no domicílio, baseada na opinião e experiências de enfermeiros assistências que atuam na Atenção Básica e de pesquisadores das áreas temáticas apresentadas, bem como em evidências científicas. Almeja-se agrupar de maneira sistematizada o conhecimento e propor futuramente sua aplicação na prática clinica de enfermagem. Não se trata, portanto, de uma regra rígida a ser seguida, mas, antes, de uma ferramenta para ser utilizada de forma crítica, tendo em vista a variabilidade das situações e de modo de vida das pessoas, no seu contexto individual e social.

Assim, na construção das diretrizes na AD utilizou-se além das competências elaboradas pelos enfermeiros também as evidências científicas e recomendações relacionadas ao controle de infecção em instituições hospitalares, além das diretrizes propostas pelo Programa Melhor em Casa, que direciona a organização da Atenção Domiciliar, incluindo o controle da infecção na prestação de cuidados nesse ambiente. Em relação aos níveis de evidencia dos estudos considerou-se a classificação hierárquica (em seis níveis), a saber:

✓**nível 1,** metanálise de múltiplos estudos controlados;

✓**nível 2,** estudo individual com desenho experimental;

✓**nível 3,** estudo com desenho quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle;

✓**nível 4,** estudo com desenho não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso;

✓**nível 5**, relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas;

✓**nível 6,** opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas; opiniões reguladoras ou legais (STETLER et al. 1998; MELNYK, FINEOUT-OVERHOLT , 2005.).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As questões relativas a prática de prevenção da infecção no ambiente domiciliar foram amplamente exploradas no estudo com vistas a proporcionar uma assistência a saúde pautada na qualidade e na segurança com ênfase no controle dos riscos biológicos. Assim, a apresentação dos resultados está subdividida em três fases, conforme objetivos propostos e trajetória metodológica.

4.1 Revisão integrativa da literatura (Apêndice A).

O presente estudo teve como objetivo analisar a produção científica sobre a assistência de enfermagem no domicílio. Na revisão integrativa da literatura utilizaram-se as bases de dados MEDLINE, LILACS, CINAHL e COCHRANE, por meio dos descritores: “assistência domiciliar”; “enfermagem” e similares em inglês, e limitação temporal de janeiro de 2009 a maio de 2013. A amostra constituiu-se de 187 artigos. Destacaram-se os estudos descritivos, com 123 publicações(65,8%) e o ano de 2010 com o maior número de artigos publicados (63). Quanto aos temas abordados nesses estudos, foi possível classificá-los em quatro grandes áreas temáticas a seguir: assistência a pacientes em condições clínicas especiais; serviços e categorias da assistência domiciliar; aspectos legais da prática da assistência de enfermagem no domicílio e o ensino da assistência domiciliar de enfermagem. Infere-se, que ainda são incipientes as pesquisas e os instrumentos para conduzir a prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, principalmente aquelas relacionadas ao controle de infecção, visto que nenhuma produção abordou esse tema de forma ampla e contextualizada. Apenas dois artigos trataram dos riscos biológicos para a equipe de saúde e do manejo adequado dos resíduos sólidos dos serviços de saúde no domicílio, respectivamente.

4.2 Competências do enfermeiro para atuar na prevenção e controle das Infecções em Atenção Domiciliar

As competências do enfermeiro para com as práticas de prevenção e controle da infecção no contexto da Atenção Domiciliar (AD) foram estruturadas com base em três dimensões segundo Durand (2000) e, versão adaptada de Feitosa (2000) e Nascimento (1998). Dessa forma, discutiu-se as competências com base nas dimensões: conhecimentos (conceitual, procedimental e contextual), habilidades (gestão, planejamento, comunicação, avaliação e "incentivação") e atitudes (valores e aspectos relacionados à personalidade).

Assim, a temática foi analisada, tendo como base o acúmulo de conhecimentos científicos produzidos e divulgados nas bases de dados nacionais e internacionais, em documentos oficiais sobre as políticas de saúde: Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Promoção da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, em especial o número dedicado à Vigilância em Saúde da Atenção Básica, as Portarias que definem a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, bem como documentos que tratam da prevenção e controle de doenças infecciosas. Também, utilizou-se documentos do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que se referem à atuação do enfermeiro na prevenção e controle das infecções.

Sem dúvida, parte-se do princípio que o enfermeiro da ESF que atua na Atenção Domiciliar com vistas à prevenção e controle das infecções deve manter-se em consonância com as políticas públicas de saúde, bem como, com os apontamentos de autores e organizações que têm se dedicado a discutir esta temática na atualidade.

4.2.1 Dimensão dos conhecimentos

4.2.1.1 Dimensão do conhecimento conceitual (CC) para competências na prática de prevenção e controle da infecção

As competências estão relacionadas aos conteúdos que constituem as disciplinas a serem ministradas e ao domínio de teorias envolvidas na construção do conhecimento específico para controle da infecção.

COMPETÊNCIA CC 01

Dominar e articular o conhecimento da microbiologia, com outros (fisiologia, imunologia, patologia, farmacologia) que possam ampliar e facilitar o diagnóstico clínico e subsidiar decisões da intervenção do enfermeiro nas práticas de prevenção e controle da infecção em Atenção Domiciliar.

COMPETÊNCIA CC 02

Dominar conhecimentos sobre as medidas de biossegurança para assistência domiciliar segundo as normas regulamentadoras e portarias ministeriais.

A primeira competência listada diz respeito aos conteúdos que tradicionalmente estão contemplados nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem. Segundo as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem o enfermeiro deve ter um perfil com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; deve ser um profissional qualificado para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos, capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicosociais dos seus determinantes. Deve ainda estar capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano, ou seja:

> "Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem, tais como: conteúdos (teóricos e práticos) de Morfologia, Fisiologia, Farmacologia, Patologia, Biologia Celular e Molecular, Nutrição, Saúde Coletiva e Saúde Ambiental/Ecologia e os conteúdos de Antropologia, Filosofia, Sociologia, Psicologia, Comunicação e Educação." (BRASIL 2003d, p-6).

Nos parece que os padrões acadêmicos, por sua vez, valorizam o conhecimento científico disciplinar em detrimento do profissional. A organização dos currículos são influenciadas pela lógica político-institucional na transmissão do conhecimento teórico, impondo importantes desafios pedagógicos para sua

articulação com a prática. Prevalece a noção de que o conhecimento profissional se baseia na racionalidade técnica e que a formação está orientada para solucionar problemas instrumentais pela aplicação da teoria. Porém, os problemas da prática, no mundo real, não se apresentam com recortes bem delineados; ao contrário, os problemas se apresentam como cada vez mais complexos. É necessário ensinar os estudantes a tomar decisões sob condições de incerteza, a lidar com a ambiguidade, expondo a fratura entre o mundo real e as práticas academicamente estruturadas (SCHÖN, 2000; PIERANTONI, RIBEIRO, 2001).

A segunda competência se refere ao domínio de conhecimentos técnicos sobre segurança biológica nos serviços de saúde para profissionais e clientes. A busca pela garantia de uma efetiva segurança nesses locais tem sido um desafio pela exposição constante aos riscos ocupacionais, além dos riscos de infecções cruzadas.

Cabe então destacar o conceito de Biossegurança, como sendo:

> "Conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, riscos que podem comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos" (TEIXEIRA e VALLE, 1996; p. 13).

No Brasil, a Resolução nº 1 do Conselho Nacional de Saúde, de 13 de junho de 1988, a qual aprovou as normas de pesquisa e saúde, poderia ser considerada como a primeira legislação sobre biossegurança. Porém, somente em 1995, com a lei nº 8.974 e o Decreto de Lei nº 1.752, foi que a mesma pôde ser formatada legalmente, apor meio da criação da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio) (BRASIL, 1995).

Em 2002, foi instituída a Comissão de Biossegurança em Saúde, que visa, entre outras atribuições, acompanhar e participar da elaboração e reformulação das normas de biossegurança, bem como promover debates públicos sobre o tema (BRASIL, 2002b).

Atualmente, as normas consoantes à biossegurança são motivos de preocupação, tanto por parte da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) quanto pelos serviços de Medicina Ocupacional. A utilização de precauções básicas auxilia os profissionais nas condutas técnicas adequadas à prestação dos serviços, por meio do uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's),

de acordo com a Norma Regulamentadora Nº 32 (BRASIL, 2005). A NR-32 abrange as situações de exposição à riscos para a saúde do profissional, à saber: dos riscos biológicos; dos riscos químicos; da radiação ionizante. Envolve ainda a questão da obrigatoriedade da vacinação do profissional de enfermagem (tétano, hepatite B entre outras condições de elevado risco de transmissão, com reforços pertinentes, conforme recomendação do Ministério da Saúde, devidamente registrada em prontuário funcional com comprovante ao trabalhador. Determina ainda algumas situações na questão de vestuário e vestiários, refeitórios, resíduos, capacitação contínua e permanente na área específica de atuação, entre outras não menos importantes.

Essas medidas devem gerar melhorias na qualidade da assistência e diminuição de custos e infecções advindos da prática assistencial vinculada a serviços de saúde, tanto para os profissionais como para os usuários e seus familiares (SANTOS et al., 2008).

Para que seja assegurado o controle e prevenção de infecções na Atenção Domiciliar são necessárias, além da utilização de insumos/materiais isentos de contaminação e ambiente limpo, a sensibilização dos profissionais quanto a adoção dos princípios de assepsia com ênfase na higienização das mãos (HM) e nas normas de biossegurança que garantam ao profissional segurança e intervenções sem riscos de contaminação.

Entretanto, ponderando sobre as condições do ambiente doméstico para o desempenho profissional com segurança biológica, é importante tecer as seguintes considerações: a aplicação de soluções alcoólicas para HM oferece vantagens, como rapidez de aplicação, maior efeito microbicida, menor irritação para a pele, e quando associada a emolientes, maior aceitabilidade pelos profissionais. Considera-se o seu modo de aplicação relativamente simples, o que reduz o tempo de higienização em até quatro vezes (BOYCE, PITTET, 2002; GOPAL et al., 2002). Sendo assim, o uso de solução alcoólica parece resolver as situações em que há falta de infra-estrutura para lavagem simples das mãos com água e sabão.

O domínio de conhecimentos sobre as medidas de biossegurança, principalmente aquelas relacionadas à prevenção e ao controle das infecções, deve fazer parte da especificidade do conhecimento necessário (apesar de não serem conhecimentos tão específicos) para a atuação do enfermeiro na Atenção Domiciliar.

A melhor articulação entre teoria e prática na formação depende da construção coletiva de um saber sobre o que constitui o conhecimento profissional e de como os profissionais aprendem e desenvolvem sua expertise. Implica estabelecer relações entre a produção de vários tipos de conhecimento, seu uso no contexto profissional e a educação permanente, uma tríade articulada tanto no contexto acadêmico quanto no profissional. Os diferentes contextos organizacionais em que as práticas ocorrem afetam o tipo de conhecimento e suas formas de utilização. Estudos sobre aprendizagem de adultos informam que, para que uma idéia ou conceito seja integrado, é necessário que esteja contextualizado, ajustado à especificidade do meio no qual o sujeito interage, processo que incide sobre a base pessoal do conhecimento. A idéia prevalente de que primeiro aprendemos o conhecimento para depois aplicá-lo é questionada. Assim, ser capaz de aplicar um conhecimento em um contexto não significa necessariamente sê-lo em outro; ao contrário, cada contexto significa uma aprendizagem, e em cada experiência transformam-se também as idéias e os sujeitos (RIBEIRO, MOTTA, 1996, AGUIAR , 2004; RIBEIRO 2003).

COMPETÊNCIA CC 03

Dominar conhecimento sobre os sinais e sintomas, modos de transmissão e tratamento, das principais infecções que ocorrem no âmbito da atenção básica e atenção domiciliar, como as infecções bacterianas, fúngicas, virais, parasitoses, infecções cutâneas e urinária, diarréias, dengue, entre outras.

COMPETÊNCIA CC 04

Dominar conhecimento sobre o ciclo de transmissão das infecções: hospedeiros, agente etiológico, vetores, vias de transmissão, portas de entrada bem como os fatores intrínsecos (sistema imunológico/defesa, idade, condições da pele, nutrição, e presença de doenças crônicas) e extrínsecos (condições do ambiente domiciliar e peridomiciliar), entre outros fatores externos.

Como na primeira competência, estas duas também citam o conhecimento conceitual contemplado nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem,

relacionado à cadeia de infecção e à epidemiologia das doenças infecciosas, as quais constituem importante causa de morte e, ainda, afligem milhões de pessoas em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento. De acordo com a OPAS, à invasão e desenvolvimento ou multiplicação de um agente infeccioso no organismo de uma pessoa, dá-se o nome de infecção, podendo manifestar doença ou não, por meio de um processo de falha nos mecanismos de defesa do organismo, desenvolvendo sinais e sintomas clínicos específicos ou não para cada tipo de agravo (ANVISA, 2004a).

Para que ocorra uma infecção são necessários alguns fatores essenciais como o agente infeccioso, a fonte, o hospedeiro susceptível e o meio de transmissão, sendo este último classificado em transmissão horizontal (podendo ser direta ou indireta) e transmissão vertical (Figura 4).

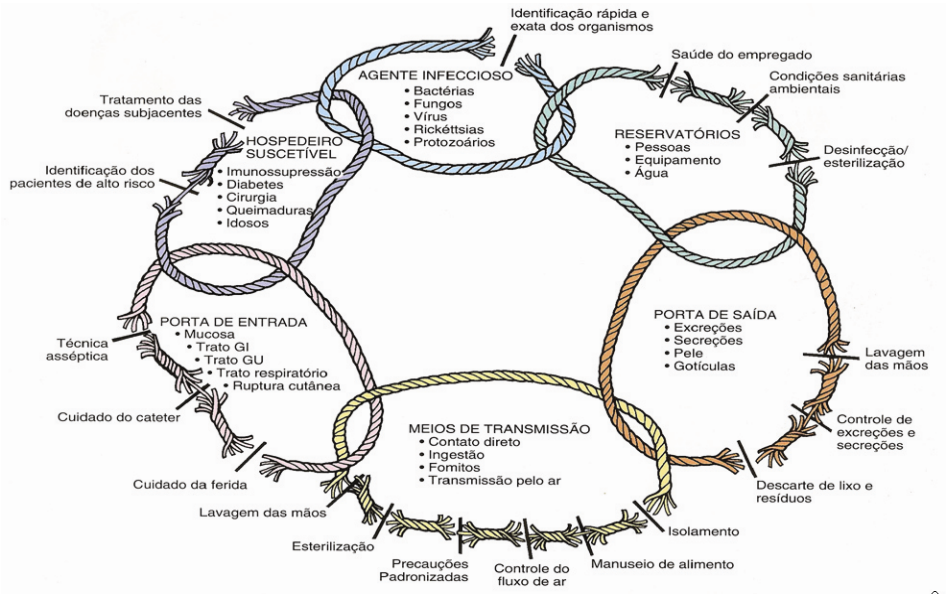


Figura 4. Cadeia de infecção
Fonte: (POTTER; PERRY, 2004)

Segundo Rouquayrol (2003), a transmissão horizontal direta pode ser ainda classificada em imediata, quando um agente infeccioso é eliminado por um indivíduo infectado e atinge, por meio de relação íntima, o indivíduo suscetível, sem passagem pelo meio ambiente, como é o caso das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), e mediata, na qual ocorre passagem do agente infeccioso pelo meio ambiente, por meio das mãos, de insumos, fômites, provocando infecções.

No que concerne ao hospedeiro suscetível os fatores, não menos importantes que o agente na produção da doença, são de múltipla natureza: hereditários, congênitos, anatomo-fisiológicos, imunitários, ambientais e socioeconômico-culturais, sendo os três últimos de grande importância no desenvolvimento do trabalho na Atenção Básica, pois estão diretamente relacionados aos meios e condições de vida e de saúde do indivíduo (ROUQUAIROL, 2003).

Cabe destacar que o desenvolvimento da ciência em suas diferentes áreas (microbiologia, farmacologia, da imunologia e outras) tem se somado aos estudos de epidemiologia e sociologia, os quais evidenciam o impacto na prevenção e controle da infecção para a sociedade atual. Há de se considerar que o risco biológico especialmente aquele com potencial para infecção é o maior desafio vivenciado por profissionais de saúde em todas as épocas.

COMPETÊNCIA CC 05

Dominar conhecimentos sobre a definição para as Infecções. Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), bem como saber diferenciá-las das Infecções Hospitalares (IH). Ter conhecimento sobre as leis e portarias que definem as IRAS, bem como os aspectos relacionados ao seu controle e prevenção.

COMPETÊNCIA CC 06

Dominar conhecimentos sobre o sistema e as doenças de notificação compulsória, as fichas de notificação, avaliação, acompanhamento, referência, contrarreferência e encerramento de casos. Dominar conhecimentos sobre os conceitos de incidência, prevalência, mortalidade, letalidade, os fatores determinantes dos agravos à saúde da população, os quais são diferentes em cada região, bem como o tratamento dessas doenças.

A discussão da quinta competência envolve uma avaliação ampliada do enfermeiro acerca da problemática dos riscos para infecções no ambiente domiciliar, os quais sempre foram tratados similar aos relacionados as Infecções Hospitalares (IH). Merece mencionar a compreensão do médico infectologista Antonio Tadeu Fernandes de que as definições nacionais de IH e de Infecção Relacionada à

Assistência à Saúde (IRAS) têm sido utilizadas de maneira equivocada. Esta discussão ultrapassa o aspecto meramente acadêmico, podendo implicar em problemas na consolidação dos dados epidemiológicos, distorcendo os indicadores, que medem riscos aos quais estão submetidos os pacientes internados. Há de se considerar que as estratégias de prevenção e controle de infecções devem ser ampliadas para todos os cenários, onde ocorre assistência à saúde ou risco exacerbado de sua transmissão. Ainda, comenta que a comunidade européia, ao invés de IRAS utiliza o termo "infecção associada aos cuidados de saúde" (IACS), propondo a seguinte definição: "... *infecções contraídas quando durante uma estadia num estabelecimento de saúde (ambulatórios, instituições de longa permanência). Quando ocorrem num hospital, estas são denominadas infecções hospitalares*". Obviamente só estas devem ser consolidadas pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), para obtenção de seus indicadores institucionais, desfazendo assim toda esta confusão conceitual. Este conceito, ao contrário do até agora aceito no Brasil, inclui claramente as infecções adquiridas em outros cenários, sem entretanto misturá-las com as infecções hospitalares, que mantém sua identidade, enquanto parte integrante de um universo maior de agravos infecciosos, que devem ser estudados em situações específicas, com estratégias de prevenção e controle adequadamente adaptadas a estes cenários assistenciais (FERNANDES, 2013).

Sendo assim, o hospital não é o único local para aquisição de infecção, podendo envolver outros espaços, inclusive o ambiente doméstico, bem como ambulatórios, serviços de hemodiálise, casas de repouso para idosos, instituições para doentes crônicos, clínicas odontológicas e assistência domiciliar, tanto a realizada por empresas privadas ("*home care*") quanto a realizada na Atenção Básica, como é o caso deste estudo (MEDEIROS, 2005).

No Brasil, apenas nas duas últimas décadas, este tema tem sido abordado de maneira mais efetiva e científica. Passos importantes foram dados nesse sentido, a partir da promulgação de várias Leis e Portarias, como o Decreto do Ministério da Saúde n° 77.052 de 19 de janeiro de 1976, o qual determinou que nenhuma instituição hospitalar pode funcionar no plano administrativo se não dispuser de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, pacientes e circunstantes; a Portaria 196, que determina que todos os hospitais do país deverão manter Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e a Portaria n°

2.616/98, composta por cinco anexos, os quais tratam da organização e competências da CCIH, dos conceitos e critérios diagnósticos das infecções hospitalares, das orientações sobre a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares e seus indicadores, das recomendações sobre a HM e outros temas (BRASIL, 1998).

A sexta competência está atrelada à Vigilância Epidemiológica, atualmente definida como conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes de saúde, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de controle das doenças ou agravos. Dentre essas ações, destaca-se a de notificação, que compreende a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária, por meio do sistema de notificação, para fins de adoção das medidas de prevenção e controle (BRASIL, 1998).

Face às altas taxas de morbidade e mortalidade, distúrbios sociais, assim como as perdas econômicas registradas mundialmente durante os períodos pandêmicos, a OMS estabeleceu, em 1947, uma rede mundial de vigilância de varias doenças infecciosas, entre elas, o vírus da influenza. Atualmente, essa rede é composta por 112 laboratórios nacionais, em 83 países e quatro Centros de Referência e Pesquisa, localizados em Londres (Inglaterra), Atlanta (EUA), Austrália e Japão. No Brasil, três laboratórios compõem esta rede de vigilância sendo a Fundação Osvaldo Cruz (Rio de Janeiro) um centro excelência.

No Brasil, uma das ações do Pacto pela Vida[8] prevê o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS (BRASIL, 2010). A Portaria n° 1.007/GM/MS, de 4 de maio de 2010, define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias (ACE) ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família.

Nesse sentido, é importante que o enfermeiro domine conhecimentos a respeito da notificação das infecções, bem como sobre o acompanhamento dos casos e os conceitos de epidemiologia, adequando esses conhecimentos, no tempo

[8] O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, traduzidos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estadual e municipal.

e no espaço, às características de distribuição das doenças, a qual pode ser variável, dependendo das mudanças no perfil epidemiológico de cada região. Reconhecer a necessidade de formar profissionais preparados para a constante mudança no mundo do trabalho, e para enfrentar novas demandas da sociedade, facilitaria a compreensão de que a formação deve assentar-se em contextos reais, articulada com a educação permanente e continuada dos profissionais.

Essa reflexão fundamenta a incorporação de "novos cenários" de ensino-aprendizagem no percurso da formação dos enfermeiros, no que diz respeito tanto à relação teoria-prática em contextos tradicionais, quanto às experiências inovadoras de articulação de saberes as práticas de ensino orientadas por problemas.

COMPETÊNCIA CC 07

Dominar conhecimentos sobre resistência microbiana e sua relação com o uso indiscriminado de antimicrobianos, bem como respectivos medicamentos que causam a resistência microbiana, além das opções de medicamentos para os quais o microrganismo ainda não criou resistência e os efeitos colaterais destes medicamentos.

COMPETÊNCIA CC 08

Dominar conhecimentos sobre aspectos farmacodinâmicos da terapia antimicrobiana, a política de uso racional de antimicrobianos, bem como suas diretrizes (nacionais e internacionais) e os formulários de restrição de prescrição.

A sétima e oitava competências têm seu enfoque no conhecimento dos aspectos que envolvem o advento da multirresistência de agentes infecciosos aos antimicrobianos, por tratar-se de um grave problema emergente que atinge os serviços de saúde em todo o mundo e pela elevada ocorrência de microrganismos resistentes na comunidade. Atualmente, observa-se o aumento da presença da resistência microbiana em infecções adquiridas na comunidade: feridas operatórias ou não, diarréias, DST’s, meningites, infecções respiratórias e do trato urinário. O uso inadequado de antimicrobianos aliado à falta de adesão dos profissionais de saúde às medidas de controle e prevenção das infecções, tem colaborado para o aumento da morbi-mortalidade, do tempo e custos com o tratamento. Além disso, a

indústria farmacêutica, nas últimas décadas, não tem acompanhado o avanço da resistência. Dessa forma, com o aumento da resistência microbiana e a não descoberta de novos fármacos, num futuro próximo não teremos opção terapêutica (ANVISA, 2012).

O uso indiscriminado de antimicrobianos exerce uma enorme pressão seletiva para a manutenção e ampliação da resistência microbiana. O uso frequente de antimicrobianos é seguido de frequência aumentada de microrganismos resistentes que passam a se disseminar em consequência de medidas insuficientes de prevenção de infecções. Embora não se possa eliminar o uso de antimicrobianos, a administração racional desses agentes exige uma seleção criteriosa da indicação e do tempo de terapia.

De acordo com o CDC (2006), existem algumas diretrizes elaboradas pelo *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committe* (HICPAC), que envolvem medidas de vigilância, administrativas, educativas e ambientais, para conter o uso de antimicrobianos. As diretrizes podem também ser implementadas na Atenção Domiciliar, principalmente pelo enfermeiro, que é o profissional que tem a maior responsabilidade pelas atividades de cuidado.

Vale lembrar que essas diretrizes foram elencadas pelos sujeitos desta pesquisa como competências do enfermeiro para a prevenção e o controle das infecções em Atenção Domiciliar, pois durante a discussão dos resultados será possível identificá-las dentre as três dimensões de competências, de conhecimento, habilidade e atitude.

As infecções comunitárias estão relacionadas ao alto índice de uso de antimicrobianos de maneira aleatória, tratamentos empíricos incorretos e a prática de abandono da terapia, o que tem contribuído para o surgimento de resistências microbianas mais elaboradas de maior espectro (BERQUÓ et al., 2004). Em 2011, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elegeu o tema da resistência aos antimicrobianos para que todo o mundo faça uma reflexão sobre seus efeitos no tratamento das doenças infecciosas e suas consequências para a saúde mundial. (WHO, 2011).

Na comunidade, a relação entre o consumo de antimicrobianos e resistência também tem sido evidenciada nas últimas décadas. O aumento da prevalência de agentes resistentes em infecções respiratórias inferiores, especialmente o pneumococo resistente à penicilina e/ou macrolídeos tem sido observado em vários

países da Europa e América do Norte. Alguns estudos populacionais demonstram que o consumo, ou melhor, a venda de beta-lactâmicos, co-trimoxazol e macrolídeos em uma determinada região, pode ser proporcional à resistência à penicilina (MCGOWAN, 2001).

Por isso, a importância de um programa de uso racional de antimicrobianos em instituições de saúde, o qual contemple um conjunto de ações destinadas a racionalizar a prescrição destas drogas, variando de simples avaliações do consumo global a complexos processos de assessoria, padronização de condutas e medidas intervencionistas. Os objetivos primordiais de um programa de controle e uso racional de antimicrobianos em instituições de saúde são: a otimização das prescrições, com foco no melhor resultado terapêutico ou profilático; e a minimização dos efeitos colaterais, da seleção de patogenos e da emergência de resistência microbiana, proporcionando um ambiente de maior segurança para os pacientes. A utilização de protocolos clínicos, o uso de formulários de requisição de antimicrobianos, a implementação de programas de educação continuada para os profissionais e a padronização dos antimicrobianos podem ser componentes efetivos de um programa de controle e uso racional de antimicrobianos e facilitar a implementação de diretrizes (ANVISA, 2012).

Em síntese, o desenvolvimento de resistência bacteriana cresce exponencialmente nas últimas décadas, em âmbito mundial e a sua disseminação é combatida mediante estudos epidemiológicos que sinalizam a sua ocorrência e a disponibilidade de recursos (pessoal capacitado, material, estrutura física). O estabelecimento de normas, rotinas ou técnicas operacionais é frequente no cuidado em saúde e, em geral está subsidiada na redução dos riscos e custos. Ainda, os procedimentos, estão cada vez mais especializados, alguns ainda requerem padronizações com vistas a utilização do método mais adequado para sua segurança. Padronizações das medidas de prevenção e controle de infecção ainda é um desafio. Estas medidas precisam ser padronizadas de acordo com as características da situação e/ou especificidade do caso. É por meio do treinamento, da divulgação da legislação, dos manuais, das rotinas e padronizações que o conhecimento será propagado para os profissionais de saúde. O treinamento é peça fundamental para prevenção de infecção.

COMPETÊNCIA CC 09

Dominar conhecimentos sobre o calendário vacinal de crianças, adolescentes, mulheres, adultos, idosos e outras situações que necessitam da intervenção com imunobiológicos disponíveis na Atenção Básica, bem como as doenças infecciosas preveníveis por imunobiológicos e os efeitos adversos pós-vacinação.

A competência citada descreve a necessidade de o enfermeiro dominar o Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 18 de setembro de 1973, cujo objetivo é o de erradicar ou manter sob controle as doenças transmissíveis e/ou infecciosas por meio de vacinas, como a poliomielite, sarampo, rubéola, coqueluche, entre outras, na medida em que assiste todas as pessoas, em todos os recantos do país, sem distinção de qualquer natureza (BRASIL, 2003b).

A vacina representa um dos principais meios para interromper a cadeia de transmissão de algumas doenças imunopreveníveis. O controle dessas doenças só será obtido se as coberturas alcançarem índices homogêneos para todos os subgrupos da população e em níveis considerados suficientes para reduzir a morbimortalidade das mesmas. Por essa razão, o enfermeiro deve conhecer o programa atual de vacinação e aspectos como: a implantação e implementação das ações relacionadas com as vacinações de caráter obrigatório; o estabelecimento de critérios e a prestação de apoio técnico para o programa de imunização sob sua responsabilidade; normas básicas para a execução das vacinações; supervisão, controle e avaliação da execução das vacinações no território adscrito; registro, análise e divulgação das informações referentes ao PNI; bem como os sintomas dos efeitos adversos pós-vacinação e as situações que necessitam de imunobiológicos especiais (BRASIL, 2003b).

4.2.1.2 Dimensão do conhecimento procedimental (CP)

As competências listadas a seguir descrevem a necessidade de o enfermeiro dominar conhecimentos técnico-científicos para a realização de procedimentos de enfermagem com ênfase na prevenção e o controle das infecções em Atenção Domiciliar, seja para o indivíduo, família, comunidade, ambiente e para o profissional.

> ***COMPETÊNCIA CP 01***
>
> *Dominar conhecimentos sobre o uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), como sapatos fechados e jalecos, durante a realização de procedimentos de enfermagem e de outras áreas na Atenção Domiciliar, com o objetivo principal de evitar a transmissão de infecções para os profissionais.*

A primeira competência refere-se ao uso correto de dispositivos individuais destinados a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador durante a realização de suas atividades, incluindo luvas, máscaras, aventais, protetores oculares, faciais, respiratórios e de membros superiores e inferiores, denominados de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's).

Durante a realização de suas atividades na Atenção Domiciliar, os enfermeiros estão sujeitos a vários meios de transmissão de infecções, por contato direto ou indireto com os agentes biológicos, dentre os quais pode-se destacar a inalação, a ingestão, a penetração através da pele e por contato com as mucosas, nariz e boca.

Daí a importância do uso dos EPI's, especialmente após o advento da AIDS em 1981 e o primeiro relato de contágio acidental em profissional da saúde, a partir do qual surgiu uma maior preocupação com a biossegurança. Foram instauradas então, em 1987, as Precauções Universais como recomendação do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), como consequência do desconhecimento sobre as medidas de biossegurança que os profissionais de saúde deveriam tomar para a prevenção da transmissão do vírus da AIDS e da Hepatite B (VHB) (SOUZA, 2000).

COMPETÊNCIA CP 02

Dominar conhecimentos sobre o manuseio e descarte correto dos resíduos provenientes do atendimento no domicílio, quais sejam, secreções/excretas insumos e materiais (agulhas, seringas, lâminas de bisturi, sondas vesicais e nasogástricas, frascos de medicamentos), entre outros.

COMPETÊNCIA CP 03

Dominar conhecimentos sobre a técnica correta, o material a ser utilizado, bem como o tempo a ser despendido para a higiene das mãos (HM).

As duas competências citadas acima estão relacionadas ao domínio de conhecimentos sobre os cuidados que os enfermeiros devem ter em relação aos riscos ocupacionais existentes na Atenção Domiciliar para evitar infecções cruzadas e/ou acidentes. Diz respeito a precauções padrão que devem ser aplicadas no atendimento a todos os pacientes, na presença de risco de contato com sangue; fluidos corpóreos, secreções e excreções (exceção: suor); pele com solução de continuidade; e mucosas.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, devem ser utilizadas para todos os pacientes independentemente da presença ou ausência de doenças transmissíveis comprovada, algumas medidas de precaução como a higienização das mãos e o descarte correto de perfurocortantes, entre outras. Essas duas medidas estão associadas à dimensão de habilidade de prevenção e controle das infecções que será apresentada um pouco mais adiante (ANVISA, 2004b).

COMPETÊNCIA CP 04

Dominar conhecimentos sobre as técnicas corretas e os cuidados de enfermagem para realizar curativos em feridas crônicas, como as úlceras por pressão e "pé diabético", bem como de feridas oriundas de trauma, de modo a facilitar o processo cicatricial e prevenir o surgimento de infecções.

COMPETÊNCIA CP 05

Dominar conhecimentos sobre a técnica de preparo e administração de medicamentos, bem como as vias de administração e o acondicionamento das seringas e agulhas, aspiração e injeção dos medicamentos para evitar o surgimento de infecções.

COMPETÊNCIA CP 06

Dominar conhecimentos sobre as normas de utilização de sondas vesicais, nasogástricas e cateteres, incluindo a forma de inserção e retirada, tempo adequado para troca, manuseio, limpeza, curativo, a fim de evitar que se tornem porta de entrada para infecções.

Ainda em relação à dimensão de conhecimentos sobre a realização de técnicas corretas, as três competências listadas acima se referem a procedimentos de enfermagem padronizados para toda a rede se assistência à saúde, para os quais é necessário que o profissional domine, além do conteúdo técnico, conteúdos teóricos como: finalidade, indicação, contra-indicação, responsabilidade, risco e pontos críticos, materiais necessários, descrição da técnica e recomendações; permitindo que o mesmo organize suas ações com mais competência, segurança e de forma sistematizada, pois a equipe de enfermagem é um dos pilares para a diferenciação do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde, e para tanto, se faz necessário a busca contínua pela excelência técnica que permita uma prática consistente e segura para o profissional e cliente/usuário.

Conforme já foi descrito na metodologia, as competências aqui relacionadas são resultantes de uma construção coletiva realizada com enfermeiros de oito diferentes cidades, em quatro regiões brasileiras. No entanto, carregam uma grande similaridade com o que está indicado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), bem como com o que é descrito em manuais de procedimentos técnicos de enfermagem, no tocante às recomendações de cuidados prestados ao indivíduo na Atenção Domiciliar.

Os procedimentos que se referem às três competências referidas acima são de responsabilidade do enfermeiro e geralmente, realizados em pacientes acamados e debilitados, que precisam de auxílio para alimentação e outras necessidades básicas, e que, na maioria das vezes, estão impossibilitados de se locomoverem até

a Unidade Básica de Saúde (UBS) para receberem os cuidados necessários. Portanto, o enfermeiro precisa estar preparado para realizar o atendimento em Atenção Domiciliar, pois ele pode se deparar com situações inesperadas sendo indispensável o domínio de conhecimentos teóricos e técnicos de vários procedimentos, desde o preparo do material, do local e do paciente, até as anotações de enfermagem no prontuário.

> ***COMPETÊNCIA CP 07***
>
> *Dominar conhecimentos sobre a realização dos procedimentos de limpeza, iniciando sempre pelo procedimento menos contaminado, seguindo para o mais contaminado, dificultando assim a transmissão de organismos mais resistentes para áreas pouco ou não-contaminadas do paciente.*

Além de conhecer os procedimentos que poderão ser realizados durante o atendimento na Atenção Domiciliar é necessário também dominar conhecimentos sobre a execução a ser seguida durante a realização dos mesmos, pois de nada adianta conhecer a técnica, mas realizar procedimentos em regiões infectadas do corpo do indivíduo antes de realizar procedimentos em regiões não-infectadas, facilitando assim, a ocorrência de infecções cruzadas num mesmo paciente.

> ***COMPETÊNCIA CP 08***
>
> *Dominar conhecimentos sobre os princípios de assepsia e as técnicas de limpeza. descontaminação, desinfecção e esterilização dos artigos utilizados na Atenção Domiciliar, como sondas, pinças, lâminas de bisturi, etc.*

A oitava competência tem seu enfoque no conhecimento dos aspectos que envolvem os processos de limpeza, descontaminação, desinfecção e esterilização dos artigos utilizados em serviços de saúde, os quais podem tornar-se veículos de agentes infecciosos, se não sofrerem tais processos após cada uso. Nesse sentido, é fundamental que o enfermeiro, como chefe da equipe de enfermagem, responsável por realizar a maioria dos procedimentos nos usuários, tenha conhecimentos sobre esses processos, desde a classificação dos artigos por nível

de contaminação e produtos utilizados, até a estocagem correta dos artigos para uso futuro.

O custo da assistência e os recursos disponíveis forçam a múltipla utilização de artigos, pois estes são mais escassos que a demanda necessária e têm alto custo aquisitivo num sistema de saúde como o nosso. O uso indevido e inadequado de produtos destinados a limpeza, descontaminação, desinfecção de superfícies e artigos hospitalares e a esterilização de artigos, levam milhões de dólares a serem gastos por ano, sem que os objetivos sejam atingidos, pois o que se observa é que a utilização de germicidas tem substituído erroneamente a ação mecânica da fricção havendo um uso exagerado de produtos químicos em áreas e locais que representam pouco ou nenhum risco de infecção para os usuários e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde.

A Norma Técnica sobre Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde recomenda que todo processamento de artigos seja centralizado, por motivos de custo, eficiência de operacionalização, facilidade de manutenção do padrão de qualidade e aumento do tempo de vida útil dos mesmos. Além disso, o manuseio de artigos requer que cada procedimento seja acompanhado da indicação do EPI especifico, em relação à natureza do risco ao qual o profissional responsável por esses processos se expõe (BRASIL, 1994).

Segundo Nichiata et al. (2004), o fator de prevenção mais importante é a atitude que cada indivíduo adota, graças a um processo educativo e cultural. Porém, existe uma deficiência na formação do profissional enfermeiro no que tange à sua sensibilização para medidas em segurança na prática, pois é comum o assunto ser abordado de forma sucinta, resultando em conhecimento insuficiente.

O conhecimento procedimental do enfermeiro para atuar na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar deve ser bastante amplo, conforme indicado pelas competências elencadas pelos sujeitos da pesquisa e pelo referencial apresentado, demonstrando, assim, a necessidade deste profissional estar constantemente avaliando até que ponto está conseguindo cumprir as funções da sua área, ao mesmo tempo, colaborando de forma interdisciplinar junto a uma equipe de saúde e com outros profissionais que estejam vinculados à Unidade Básica de Saúde.

Novamente, destaca-se a importância do conceito de integralidade como uma das diretrizes do SUS e um dos atributos essenciais da Atenção Domiciliar, pois a

prática da integralidade exige uma visão ampla que reconheça a grande variedade das necessidades relacionadas à saúde, de modo que o enfermeiro se conscientize da importância em se buscar os recursos para abordá-las, incorporando ações de promoção, prevenção, assim como ações curativas e reabilitadoras.

Não há dúvida, portanto, de que a falta de uma cultura prevencionista, aliada à dificuldade em manter a educação permanente em prevenção e controle das infecções, tornam-se os principais obstáculos para o enfermeiro atuar, tentando evitar a ocorrência tanto de infecções cruzadas como de acidentes ocupacionais na Atenção Domiciliar.

4.2.1.3 Dimensão do conhecimento contextual (CX)

O conhecimento contextual está relacionado ao conhecimento de características específicas da estrutura e funcionamento do sistema público de saúde, especialmente a modalidade de atendimento Atenção Domiciliar, incluindo sua inserção no SUS, as complexidades, limites, potencialidades e expectativas existentes neste contexto. Além disso, as competências deste indicador também irão compreender o conhecimento relacionado às características particulares do ambiente onde o enfermeiro desempenha suas funções, bem como da clientela, nesse caso, os usuários da Atenção Básica à Saúde que recebem atendimento em Atenção Domiciliar.

COMPETÊNCIA CX 01

Dominar conhecimentos sobre a inserção da Política de Atenção Domiciliar, suas modalidades de atendimento, recursos disponíveis, equipes de atendimento de acordo com os níveis de complexidade, competências e responsabilidades específicas de cada modalidade de atendimento.

COMPETÊNCIA CX 02

Dominar conhecimentos sobre a estruturação da rede de atendimento da Atenção Básica, identificando unidades de saúde contempladas com o programa de Atenção Domiciliar e seus níveis, para referenciar usuários de acordo com suas necessidades.

As competências citadas acima destacam a necessidade de o enfermeiro conhecer o que é a Atenção Domiciliar, por meio do conhecimento da Política da Atenção Domiciliar e sua inserção no SUS, caso contrário, este profissional pode ter dificuldade em desenvolver sua prática dentro do contexto da Atenção Básica à Saúde e, portanto, as intervenções propostas podem não estar em consonância com as necessidades da população adstrita ao seu território. Saber em qual contexto emergiu a necessidade da criação da Atenção Domiciliar e como foram estabelecidos os critérios de subdivisão das modalidades de atendimento é fundamental para auxiliar o profissional a entender a estrutura de funcionamento desse tipo de atendimento do SUS.

A Atenção Domiciliar foi instituída pela Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde. Este documento considera a AD como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar, ou seja, é uma modalidade de atendimento prestada em domicílio integrada às redes de atenção à saúde, com garantia de continuidade de cuidados. Tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado na Atenção Básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de internação, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2011).

Segundo Giacomozzi; Lacerda (2006), a Atenção Domiciliar à saúde diferencia-se de outros tipos de assistência por constituir-se de uma modalidade ampla que envolve ações de promoção à saúde em sua totalidade, incluindo a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, que influenciam o processo saúde-doença dos indivíduos, além de envolver ações preventivas e assistenciais das outras categorias de assistência, quais sejam, atendimento, visita e internação domiciliar.

A Atenção Domiciliar está dividida em três modalidades de atendimento: AD1, destinada aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados, com dificuldade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitem de cuidados de menor complexidade, incluindo os de recuperação nutricional, de menor freqüência, com menor necessidade de recursos de saúde, dentro da capacidade de atendimento das UBS e que não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3. Na modalidade AD2 estão enquadrados os usuários que demandam procedimentos de maior complexidade e que podem ser realizados no domicílio, como: curativos complexos, acompanhamento domiciliar em pós-operatório, medicação endovenosa ou subcutânea, entre outros. E ainda, a modalidade AD3 destina-se aos usuários que necessitam de oxigenoterapia, diálise ou paracentese (BRASIL, 2011).

Para efeito de organização, foi instituído o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) para gerenciar e operacionalizar as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), responsáveis pelo atendimento nas modalidades AD2 e AD3, cuja composição profissional consta de 2 (dois) médicos, 2 (dois) enfermeiros, 1 (um) fisioterapeuta e 4 (quatro) auxiliares/técnicos de enfermagem. Além destas equipes, existem ainda as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), constituídas por, no mínimo, três dos profissionais a seguir: assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; cirurgião dentista; psicólogo; farmacêutico e terapeuta ocupacional. Estas últimas poderão ser implantadas para dar suporte e complementação às ações de saúde da Atenção Domiciliar nos municípios onde já existam EMAD. O SAD deve ser cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e só podem ser implantados em municípios cuja população seja igual ou superior a 100 (cem) mil habitantes, ou municípios que tenham população superior a 40 (quarenta) mil habitantes e inferior a 100 (cem) mil habitantes, desde que estejam localizados em regiões metropolitanas (BRASIL, 2011).

É importante destacar que na presente pesquisa foram elaboradas as competências do enfermeiro para atuar na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar, modalidade 01 (AD1), por tratar-se do atendimento que é realizado no cotidiano das equipes da ESF do município de Teresina-PI, o qual, ainda não foi contemplado com as modalidades mais complexas da AD (AD2 e AD3), tendo em vista

que para sua inserção são necessários recursos materiais e humanos além dos existentes nas UBS, como: veículo exclusivo para o transporte dos usuários e profissionais, recursos de informática, telefone, estrutura física fora da UBS e equipes de saúde específicas. Além disso, a implantação das modalidades AD2 e AD3 necessita de financiamento exclusivo, projeto de implantação, descrição detalhada da inserção do SAD na Rede de Atenção à Saúde, incluindo sua grade de referência, entre outras exigências do Ministério da Saúde.

Porém, o que se pode perceber nos relatos de alguns enfermeiros que participaram do Painel Delphi e na elaboração das competências é que apesar de não estarem instituídas as modalidades de atendimento mais complexas, são realizados cotidianamente procedimentos que vão além da responsabilidade das equipes da ESF, como a realização de curativos complexos e medicação endovenosa. Isso ocorre, segundo os sujeitos da pesquisa, pela necessidade de cuidados de saúde do usuário e pelas dificuldades de atendimento em outros locais, como os hospitais, devido à grande demanda por vários outros tipos de procedimentos ainda mais complexos. É o que se pode verificar a seguir, na opinião de um dos especialistas, sujeito da pesquisa:

> "A assistência prestada no domicílio é muito dinâmica e complexa, porque muitas vezes realizamos procedimentos um tanto quanto complexos e que, na minha opinião, deveriam ser realizados nos ambulatórios dos hospitais, mas não podemos deixar de prestar o cuidado que o indivíduo necessita na ocasião da visita domiciliar, então, realizamos desde curativos simples à inserção de sondas vesicais, por exemplo" (suj_23).

Dessa forma, fica explícito que as competências do enfermeiro para atuar na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar podem estender-se para além da modalidade realizada pela ESF, ou ainda para todo tipo de atendimento realizado na Atenção Básica, pois o enfermeiro deve ser competente na sua atuação em qualquer nível de atenção à saúde.

COMPETÊNCIA CX 03

Dominar conhecimentos sobre como o meio pode influenciar e modificar as situações cotidianas. Pensar no trabalho como um todo, envolvendo vários aspectos e atores sociais, como o indivíduo, a família, a comunidade e o domicílio, os quais podem interferir nos processos de saúde, como podem ser modificados, por aspectos sociais, econômicos, espirituais e emocionais.

Embora com mudanças lentas, o modelo de formação dos enfermeiros no Brasil segue um padrão tradicional orientado nos anos iniciais, de conhecimentos teóricos, oriundos das disciplinas básicas, com uma sucessão de etapas subsidiadas no método clínico, em um contexto marcadamente hospitalar. Nesse padrão, o conhecimento científico transmitido no ciclo básico é descontextualizado e aparece como neutro, numa concepção linear e cumulativa do saber, em analogia a um edifício, em que não se pode supor o teto sem uma base (AGUIAR, RIBEIRO, 2010).

A competência citada coaduna com os princípios gerais da ABS reafirmados na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), destacando a importância em se conhecer o sujeito e o entorno onde as relações são estabelecidas, de forma a desenvolver intervenções contextualizadas, apontando para um olhar mais abrangente sobre as práticas de prevenção e controle das infecções ali desenvolvidas.

Trazendo as discussões sobre a prevenção e o controle das infecções para o espaço de atuação do enfermeiro na Atenção Domiciliar, é possível supor que não adianta o profissional se esforçar, por exemplo, em convencer indivíduo, família e/ou comunidade a desenvolverem ações de prevenção somente por meio de orientações sobre os benefícios que um ambiente domiciliar biologicamente seguro pode trazer para sua saúde. É imprescindível que o profissional se questione e ao mesmo tempo fomente discussões em conjunto com a equipe de saúde e também com os usuários da Atenção Domiciliar, sobre quais fatores influenciam a adesão dos indivíduos às práticas de prevenção e controle de infecções.

O enfermeiro deve perceber o contexto domiciliar sob uma perspectiva abrangente, que ultrapassa o espaço físico, considerando este ambiente como um conjunto de eventos e seres humanos correlacionados entre si, mas que representam suas particularidades. Ao adentrar esse espaço, o profissional deve considerar os fatores sociais (econômicos, espirituais e culturais), os recursos disponíveis na casa, as condições de higiene e de segurança, o grau de esclarecimentos da família e não somente os problemas clínicos apresentados pelo paciente (LACERDA, OLINISKI, 2003).

As competências da dimensão conhecimento contextual demonstram algumas exigências que são requeridas do enfermeiro com relação a conhecer as características do espaço e das pessoas com as quais irá atuar, entendendo que o contexto da Atenção Domiciliar possui particularidades que nenhum espaço habitual

(hospital, ambulatório, consultório, laboratório, entre outros) da prática profissional de enfermagem possui, pois se constitui de uma prática menos reducionista, avançando para além da simples intervenção, que busca a integração com a comunidade, numa atuação interdisciplinar dos profissionais que compõem a equipe com vista à integralidade das suas ações.

4.2.2 Dimensão das Habilidades

4.2.2.1 Dimensão da habilidade de gestão (HG)

As competências, elencadas neste estudo e selecionadas para representar a dimensão da habilidade de gestão são essenciais para a atuação do enfermeiro, pois o permite concretizar o cuidado no ambiente laboral. Essas competências requerem ainda do profissional que ele seja capaz de racionalizar e gerir os recursos físicos, humanos e materiais para o "bom" desempenho de sua atuação na Atenção Domiciliar.

> ***COMPETÊNCIA HG 01***
>
> *Ser capaz de trabalhar em equipe, de forma a prestar uma assistência integral, multi-inter-transdisciplinar, considerando a complexidade e a dinâmica do trabalho em Atenção Domiciliar, bem como as diferentes realidades, saberes e conhecimentos que envolvem a comunidade. Resolver os problemas de forma coerente, aliando o saber técnico às necessidades das pessoas, de forma a aumentar a confiança dos indivíduos na equipe.*

> ***COMPETÊNCIA HG 02***
>
> *Ser capaz de administrar e gerenciar os serviços de saúde, os recursos físicos e materiais e o manejo das informações referentes à prevenção das doenças e promoção da saúde, envolvendo os outros profissionais. Realizar a sistematização do trabalho, visando o uso*

adequado e eficaz dos recursos físicos, humanos e materiais para a prevenção e o controle das infecções.

COMPETÊNCIA HG 03

Ser capaz de garantir meios para melhorar significativamente as condições de saúde e qualidade de vida da população, permitindo maior acesso a serviços de qualidade, por meio de ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Do conjunto de competências citadas acima, podemos destacar algumas ações que demonstram a complexidade que se apresenta a atuação profissional do enfermeiro no contexto da Atenção Domiciliar, tais como: trabalhar em equipe, resolver problemas, administrar, gerenciar, supervisionar, garantir meios. Todos esses aspectos só podem ser desenvolvidos exitosamente se houver a participação de outros atores envolvidos nesse contexto, como a família, o indivíduo, a comunidade e a equipe de saúde, permitindo assim, o compartilhamento de responsabilidade e poder e a superação das limitações.

Essas competências novamente coadunam com a Política Nacional de Atenção Básica, na qual a Atenção Domiciliar está inserida, destacando questões relacionadas à densidade e complexidade das ações em saúde, além de estarem baseadas em alguns dos principais fundamentos da PNAB, como se pode verificar a seguir:

I – possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II – efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III – desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2006).

Em relação aos aspectos de densidade e complexidade tecnológica é importante advertir que, muitas vezes a AD, no contexto da Atenção Básica, é tomada de forma simplista como um conjunto de ações de baixa complexidade, pelo fato de utilizar tecnologias de menor densidade no seu desenvolvimento, sendo que ao tomar-se a ABS por seu princípio de integralidade da assistência e vínculo, pode-se perceber a utilização de tecnologias de alta complexidade nesse contexto. Para Pereira (2008), este último exige um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes às relações que são permanentemente estabelecidas no e em cada encontro entre profissionais e usuários, exigindo a habilidade em suportar e lidar com os diferentes e as diferenças.

Além disso, ao tratar de complexidade é preciso compreender que a mesma envolve todos os atos de cuidar, e não somente em serviços que dispõe e operam equipamentos sofisticados, pois envolve uma relação entre pessoas ao se trabalhar com as necessidades de saúde em suas múltiplas dimensões (PEREIRA, 2008).

Outro aspecto descrito nas competências anteriores está relacionado aos princípios básicos da ABS segundo as diretrizes curriculares do curso de enfermagem, os quais envolvem ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde:

> "Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo (BRASIL, 2003d, p-01).

De acordo com as competências elaboradas pelos sujeitos da pesquisa e com o referencial teórico utilizado, não há dúvida de que o enfermeiro tem plenas condições de atuar em todas estas dimensões de cuidado.

COMPETÊNCIA HG 04

Ser capaz de realizar a supervisão do cuidado prestado no domicílio pela equipe de enfermagem sob sua responsabilidade, utilizando-se de princípios da administração participativa, pois de uma maneira geral, esses profissionais, assim como os enfermeiros, são capacitados

durante sua formação acadêmica, para atuar no controle e prevenção das infecções em ambiente hospitalar, muitas vezes, não reconhecendo o domicílio como fonte potencial para infecções.

COMPETÊNCIA HG 05

Ser capaz de supervisionar a realização dos processos de esterilização e desinfecção do material a ser utilizado na Atenção Domiciliar, com o objetivo de manter a qualidade dos mesmos.

As competências citadas ressaltam a necessidade de o enfermeiro reconhecer o seu papel de líder da equipe de enfermagem, ou mesmo da equipe de saúde que realiza a Atenção Domiciliar, ao ser capaz de supervisionar o cuidado realizado pelos técnicos em enfermagem no sentido de garantir a qualidade da assistência prestada no domicílio, na medida em que, juntamente com esses profissionais, reconhece os riscos de infecção no domicílio, prevenindo e controlando a transmissão de agentes infecciosos por meio da manutenção da qualidade dos artigos utilizados na prestação dos serviços de saúde, entre outras providências.

Essas competências coadunam com tendências contemporâneas da administração em que é imprescindível tornar as relações interpessoais cada vez mais próximas reduzindo, significativamente, a distância entre as chefias centrais e a base da estrutura organizacional, ampliando as relações de poder, indo além das relações verticais. Como alternativa ao modelo de gerência clássica, a administração participativa constitui uma forma de administração onde as pessoas tenham reais possibilidades de participar, com liberdade de discutir, sugerir, modificar, alterar, questionar uma decisão, um projeto ou uma simples proposta (FLEURY; FLEURY, 2001).

COMPETÊNCIA HG 06

Ser capaz de realizar a Vigilância das Infecções na Atenção Básica mantendo-se constantemente vigilante para diagnosticar precocemente o surgimento de possíveis epidemias na sua área de atuação, por meio da realização do diagnóstico situacional (número e acompanhamento de casos), produção de relatórios e indicadores para o controle interno dos casos de infecção, bem como planilhas com dados estatísticos.

Como na dimensão do conhecimento conceitual, a Vigilância das Infecções surge novamente no cenário da Atenção Domiciliar, como competência do enfermeiro para atuar na prevenção e controle das infecções, porém, na dimensão das habilidades, pois além de conhecer os conceitos e diretrizes da Vigilância Epidemiológica, esse profissional deve ter a capacidade de, na dinâmica do seu trabalho na Atenção Básica, desenvolver os diferentes métodos que compõem a Vigilância Epidemiológica, como obter taxas, identificar surtos, avaliar eficácia e efetividade, determinar áreas, avaliar fatores e divulgar informações.

A Vigilância Epidemiológica pode ser definida como um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1998).

Este conceito aplica-se perfeitamente a vigilância de infecções em Atenção Domiciliar, na medida em que possibilita o conhecimento da realidade epidemiológica e a determinação de parâmetros aceitáveis; a identificação de epidemias antes de uma propagação mais prejudicial; a avaliação, a eficácia e a efetividade das medidas de prevenção aplicadas; a determinação de áreas, situações e serviços que merecem atuação especial do enfermeiro na prevenção e controle das infecções; a avaliação de fatores que possam estar associados ao aumento ou diminuição da ocorrência do evento estudado; e a divulgação de informações pertinentes.

Além disso, outro aspecto importante para a prevenção e o controle das infecções em Atenção Domiciliar é possível por meio da realização da vigilância. Trata-se do conhecimento da cadeia de infecção. O agente e seu reservatório, porta de saída do agente de seu reservatório, modo de transmissão do agente infeccioso, porta de entrada no hospedeiro e a susceptibilidade do hospedeiro são fatores interrelacionados que compõem a cadeia de transmissão.

Entre os principais meios de transmissão tem-se o contato direto: pessoa-a-pessoa, por meio das mãos, beijo, atividade sexual; contato indireto: a transmissão ocorre por meio de objetos e fômites que estão presentes no domicílio, ou que fazem parte dos instrumentos médicos e de enfermagem; e por via aérea: gotículas de saliva que contém microorganismos que podem reisitir por um longo período fora da cavidade bucal (MURRAY et al., 2005; CDC, 2006).

Diante da importância mostrada sobre a Vigilância Epidemiológica das Infecções, é imperativo que as instituições que realizam cuidados domésticos comecem a coletar dados de forma organizada e publiquem os seus resultados. Isso permitirá que a assistência deixe de ser baseada apenas no senso comum e passe a ser desenvolvida por meio de uma base científica sólida (FRIEDMAN et al., 1999).

Esta dimensão enfatiza a importância da formação de equipes multidisciplinares, em que todos os profissionais estariam envolvidos com um mesmo tipo de trabalho. A base desse modelo gerencial é a constituição de "unidades de produção", com a presença de equipes profissionais autônomas, que estejam comprometidas e responsáveis com a saúde da população e, ao mesmo tempo consigam atingir certo grau de satisfação no trabalho.

4.2.2.2 Dimensão da habilidade de planejamento (HP)

Esta categoria apresenta a habilidade de um profissional nas ações de planejamento e implementação de atividades e procedimentos, construção de situações futuras, bem como da articulação para soluções dos problemas que podem surgir e de situações de ensino-aprendizagem. Segundo Coutinho (2011), planejar se constitui numa ação deliberada, por meio da qual o profissional planeja suas ações em função de objetivos e metas, utilizando os recursos possíveis, prevendo os resultados que deseja atingir no futuro. Portanto, é de fundamental importância que ele se aproprie dos objetivos do SUS e, particularmente dos objetivos dos serviços ofertados na ABS, em especial, na Atenção Domiciliar.

> ***COMPETÊNCIA HP 01***
>
> *Ser capaz de reconhecer a missão da Atenção Domiciliar e planejar as ações e metas de prevenção e controle das infecções de forma coerente, ou seja, ter a habilidade de saber fazer as intervenções frente às demandas oriundas do atendimento no domicílio.*

COMPETÊNCIA HP 02

Ser capaz de estabelecer métodos, cumprir a programação, saber como organizar e estruturar sua atuação profissional, estimulando e favorecendo a atuação multidisciplinar. Buscar a utilização lógica e racional dos recursos disponíveis.

Ao desempenhar suas atribuições de acordo com alguns aspectos da competência citada acima, o enfermeiro deve levar em consideração que uma ação de planejamento deve ser estruturada a partir da reflexão na ação, da reflexão sobre a ação e da reflexão sobre a reflexão da ação. Nesse sentido, o contexto e o cotidiano do trabalho na AD se tornam um espaço vivo para reflexões que levem o profissional e a equipe a estabelecerem propostas que atendam às reais necessidades da população adscrita (ÁVILA, 1988).

Além disso, é importante considerar o que a ABS defende no que diz respeito à inclusão de saberes específicos de todos os profissionais, os quais precisam ser refinados e considerados para a reversão do modelo de atenção à saúde vigente. Esta postura, no entanto, não garante que todos os interesses das diferentes profissões (médicos, enfermeiros, educadores físicos, entre outros) poderão ser conciliados, mas é preciso que haja um rompimento dos limites históricos de cada profissão, criando áreas de interação e possibilidades de diálogo entre cada uma das categorias, configurando assim uma atuação multi-interdisciplinar.

COMPETÊNCIA HP 03

Ser capaz de desenvolver estratégias e metodologias de formação (cursos técnicos, mini-cursos, oficinas, eventos científicos), para que possa articular as reais necessidades de saúde da população às intervenções e procedimentos existentes para a prevenção e o controle das infecções em Atenção Domiciliar.

COMPETÊNCIA HP 04

Ser capaz de capacitar profissionais da Atenção Domiciliar para atuar na prevenção e controle de doenças infecciosas. Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, devem

> *aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja beneficio mútuo entre os atuais e futuros profissionais.*

As competências citadas acima referem-se a uma das habilidades que o enfermeiro necessita no seu contexto de trabalho para colocar em prática sua capacidade de planejamento. Trata-se de uma das ferramentas mais eficientes na consolidação do planejamento reflexivo, que é o processo de educação permanente. De acordo com as diretrizes do NASF, esta ação estratégica de educação possibilita, principalmente a análise coletiva do processo de trabalho a partir dos problemas enfrentados no cotidiano, considerando as experiências e as vivências de cada um, envolvendo a transformação das práticas e a organização do trabalho de forma simultânea, o que poderá reverter em diferentes reflexões para serem agregadas à ação de planejamento (BRASIL, 2009).

Para o desenvolvimento de estratégias de educação permanente para os profissionais da Atenção Básica, inclusive os que atuam na Atenção Domiciliar, é fundamental o apoio das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, os quais também são responsáveis pelo desenvolvimento e financiamento desse processo. Os conteúdos mínimos da educação permanente devem priorizar áreas e situações estratégicas para a solução dos problemas da população e, ainda, conteúdos específicos para cada área de atuação dos profissionais que compõem a equipe da ESF (BRASIL, 2006).

Dessa forma, como foi discutido na dimensão do conhecimento, o enfermeiro, para dominar uma gama de conhecimentos conceituais a respeito dos processos de transmissão, prevenção e tratamento das infecções em Atenção Domiciliar, precisa desenvolver a habilidade de buscar atualização de conhecimentos, bem como a habilidade em saber transmitir seus conhecimentos para outros profissionais da equipe, de acordo com as necessidades de saúde da população adscrita. Portanto, não se exige que o enfermeiro “saiba tudo”, mas é necessário que ele saiba atuar com aquilo que é mais prevalente em seu território, ou até mesmo com problemas menos prevalentes, mas que estão estreitamente ligados associados à especificidade da sua área de atuação. É importante salientar que, as situações que

emergem no cotidiano dos serviços, que colocam o profissional em contato com o seu “não saber”, podem se constituir em um dispositivo para buscar a aproximação e a ampliação de novos conhecimentos.

> ***COMPETÊNCIA HP 05***
>
> *Ser capaz de desenvolver estratégias eficientes de educação em saúde para a comunidade, planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento.*

> ***COMPETÊNCIA HP 06***
>
> *Ser capaz de desenvolver estratégias de ensino sobre prevenção, controle e tratamento das infecções para os cuidadores leigos existentes nos domicílios, os quais são os responsáveis pelo cuidado integral de idosos e pessoas acamadas.*

Em situações de educação em saúde em que haja um envolvimento efetivo dos membros da comunidade, inclusive dos cuidadores leigos, os enfermeiros poderão compartilhar saberes e práticas específicas de sua área que possibilitem aos usuários atuar como facilitadores nas ações de prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar, conforme descrito nas competências acima citadas.

Em relação aos cuidadores leigos, é necessário que o enfermeiro desenvolva ações de educação em saúde por meio do diálogo, indagações, reflexões, questionamentos e ações compartilhadas, podendo assim, contribuir para mudanças no estilo de vida destes e das pessoas que cuidam. Temas como a agudização das doenças crônicas, conhecimentos básicos de saúde, diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas são importantes para compor os programas de educação em saúde, pois esses indivíduos não possuem discernimento para direcionar a construção de um novo conhecimento voltado para as práticas assistenciais

COMPETÊNCIA HP 07

Ser capaz de planejar e desenvolver ações de Atenção à Saúde, como promoção e proteção à saúde, tanto a nível individual quanto coletivo, assegurando uma prática de saúde asséptica, de forma contínua e em longo prazo, integrada às demais instâncias do sistema de saúde, considerando as principais infecções que surgem na comunidade, como: infecções respiratórias, infecções urinárias, infecções cutâneas, etc.

Na Política Nacional de Promoção da Saúde, quando se promovem iniciativas de prevenção e controle de doenças infecciosas e outros agravos à saúde na rede de Atenção Básica, na comunidade e no domicílio, uma das preocupações está na constituição de mecanismos de sustentabilidade e continuidade das ações (BRASIL, 2006), conforme também destaca a competência HP 13, na qual o enfermeiro deve ter a habilidade em conduzir ações que garantam uma prática de saúde biologicamente segura e que atinja o maior número de usuários dos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde iniciou recentemente um processo sistemático de formação para gestores e profissionais do SUS, com o objetivo de dar apoio a estes atores na tarefa de planejar e avaliar iniciativas promotoras da saúde nas diversas regiões do país (CASTRO et al., 2010). Neste processo, foi enfatizada a importância de analisar alguns fundamentos para a prática de promoção da saúde, dentre eles o conceito de sustentabilidade, que, segundo esses autores, representa para um profissional de saúde o ato de saber se as ações em saúde “sobreviverão”, em outro sentido, saber se elas continuarão a existir mesmo após a transição de governos que se sucedem; saber se haverá consolidação das ações, de modo que produzam mudanças significativas nas condições de vida da população; e, por fim, saber se essas iniciativas conseguirão manter seus efeitos por um longo período de tempo.

Esse conceito confirma a complexidade que existe em se implantar uma ação de promoção da saúde, bem como, que a abertura para a participação social informada e solidária é tão importante quanto a inovação na busca de ações integradas e no desenvolvimento da leitura sistemática do território e das necessidades locais, entendendo a complexidade não como uma impossibilidade, dificuldade ou complicação, mas como um atributo de múltipla determinação, histórico e contextualizado (CASTRO, et al., 2010).

Dessa forma, as ações de promoção à saúde poderão ter uma maior sustentabilidade se, nos momentos de decisão para implantação ou implementação das mesmas, a população se constituir como ator social desse processo, exercendo assim, o princípio do controle e participação social.

A habilidade de planejamento também está relacionada à capacidade de o enfermeiro implementar medidas, desenvolver ações, adotar posturas e realizar procedimentos com o objetivo de minimizar os riscos de transmissão de agentes infecciosos para o usuário, família e/ou comunidade, por meio da busca e manutenção do ambiente domiciliar e comunitário biologicamente seguro e redução das taxas de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

> ***COMPETÊNCIA HP 08***
>
> *Ser capaz de implementar medidas de precaução-padrão na Atenção Domiciliar, que tenham como objetivo principal prevenir a transmissão de infecções na família, medidas que devem ser adotadas por todos os profissionais e orientações que devem ser repassadas no atendimento, independentemente, da suspeita ou não de infecções.*

> ***COMPETÊNCIA HP 09***
>
> *Ser capaz de implementar as medidas de biossegurança em todas as situações durante o atendimento domiciliar, compreendendo a importância destas para a proteção do profissional, do cliente sob seus cuidados e do ambiente.*

As competências citadas acima coadunam com as políticas públicas de prevenção e controle das infecções em assistência à saúde, atualmente mais adotadas em estabelecimentos que possuem programas e comissões específicas para o controle desses agravos, como é o caso do PCIH e da CCIH existentes principalmente, em hospitais para agudos, pois, diferentemente do que acontece na Atenção Domiciliar, nestas instituições existem protocolos a serem seguidos, com normas estabelecidas e fiscalizadas pelos membros das comissões.

Na Atenção Domiciliar, profissionais experientes neste contexto passam por muitos desafios relacionados a atividades de controle e prevenção de infecções, por

tratar-se de um ambiente desafiador e imprevisível, tornando os esforços para o controle e prevenção de infecções em atenção à saúde em casa, envolvento todo o espectro de cuidados, uma preocupação prioritária (KENNELEY, 2007).

Segundo publicações internacionais, pela escassez de estudos na área de prevenção e controle da infecção na Atenção Domiciliar, deve-se adotar o senso comum a respeito das precauções. Enfermeiros que atuam na atenção domiciliar devem adotar as precauções padão, que vão da simples lavagem correta das mãos até a adesão de técnicas corretas e assépticas de procedimentos, passando pelo uso dos EPI's, esterilização dos equipamentos, limpeza do ambiente e gerenciamento dos resíduos sólidos. Pesquisa mostrou que 11% dos enfermeiros que atuam na comunidade admitiram rencapar as agulhas após o uso, apesar de saberem que o risco de acidente é alto quando realizam essa prática insegura. Isso porque, no ambiente comunitário não existe um local adequado para o escoamento dos resíduos de saúde no domicílio (KENNELEY, 2007; COLE, 2007).

Para as políticas de prevenção e controle das IRAS, além da implantação de um PCIH e uma CCIH, todos os serviços que prestam assistência à saúde ainda devem estruturar um Programa de Biossegurança, com o objetivo de minimizar os riscos ocupacionais nessas instituições e garantir a sua implantação em todas as áreas de atuação dos profissionais da área da saúde, inclusive o domicílio. O Programa de Biossegurança deverá conter uma estratégia efetiva de prevenção de acidentes e redução dos riscos ocupacionais, nos casos de exposições ocorridas (ANVISA, 2004b).

COMPETÊNCIA HP 10

Ser capaz de implementar a política de uso racional de antimicrobianos, por meio do uso de formulários de restrição de prescrição, participação em auditorias prospectivas em antimicrobianos, manutenção de um feedback para a equipe de saúde, com os objetivos de melhorar a eficácia do tratamento, reduzir os custos relacionados aos medicamentos, minimizar os eventos adversos, e reduzir o potencial surgimento de resistência bacteriana.

Essa competência está relacionada à capacidade de o enfermeiro colocar em prática seus conhecimentos a respeito do uso racional de antimicrobianos (tema citado anteriormente na dimensão do conhecimento conceitual). O uso indevido de medicamentos, como por exemplo, os antibióticos podem provocar efeitos inesperados se utilizados incorretamente, podendo causar desde reação alérgica até lesão de órgãos internos, como fígado e rins. Além disso, o uso indevido de antibióticos pode promover a ocorrência de resistência dos microorganismos, fazendo com que os efeitos deste tipo de medicamento não atinjam o resultado esperado.

Mais de sessenta anos após Alexander Fleming ter alertado para a importância do entendimento dos mecanismos da resistência e, embora esse conhecimento tenha avançado, a resistência microbiana ainda é um importante problema, impondo dificuldades no tratamento de infecções virais, bacterianas, fúngicas e, até mesmo, parasitárias. Assim, desde a descoberta da penicilina, o sucesso da terapia antimicrobiana tem sido, de certa forma, ofuscado pela resistência microbiana (ANVISA, 2012).

A evolução da natureza das doenças infecciosas determina implicações para o cuidado na comunidade, como a mudança na epidemiologia do *Staphylococcus aureus* meticilina-resistente (MRSA), responsável por infecções não mais restritas ao ambiente hospitalar, surgindo também em indivíduos saudáveis residentes na comunidade. Estas questões levantam preocupações importantes a respeito dos cuidados à saúde na comunidade, inclusive sobre o uso racional de antimicrobianos, sendo de fundamental importância que a equipe de saúde avalie adequadamente o ambiente em que o atendimento será realizado (KLUYTMANS-VANDENBERGH; KLUYTMANS, 2006).

Segundo a ANVISA (2004b), a utilização inadequada dos antimicrobianos aumenta a pressão seletiva, o que colabora para o aparecimento de microorganismos multirresistentes, dentre eles: Gram-negativos resistentes às cefalosporinas de 3° geração (ceftriaxona, ceftazidima, cefoperazona e cefotaxima) e à amicacina; Enterococos, resistentes à ampicilina, à gentamicina ou à vancomicina; *S. epidermidis* e *S. aureus* resistentes à oxacilina e à vancomicina. Além disto, a transmissão cruzada dentro da instituição de assistência à saúde aumenta a disseminação dessas bactérias, principalmente por meio dos profissionais da área da saúde.

Dessa forma, é fundamental que o enfermeiro seja capaz de atuar na Atenção Domciliar com vistas à redução da resistência microbiana, por meio da implantação e implementação de um programa de uso racional de antimicrobianos, juntamente com a equipe de saúde, adotando para isto medidas preconizadas por políticas públicas específicas para esta finalidade, como o uso de formulários de requisição de antimicrobianos, participação em auditorias prospectivas em antimicrobianos, manutenção de um feedback para a equipe de saúde, com os objetivos de melhorar a eficácia do tratamento, reduzir os custos relacionados aos medicamentos e minimizar os eventos adversos.

COMPETÊNCIA HP 11

Ser capaz de implementar o manuseio e descarte correto dos resíduos provenientes do atendimento no domicílio e orientar a família quanto aos riscos de contaminação proveniente desses artigos, se descartados junto ao lixo comum domiciliar. Manter os coletores para descarte o mais próximo possível do local onde o procedimento está sendo realizado, não preenchendo os mesmos acima de 2/3 de sua capacidade, lacrá-los e descartá-los de forma e em local adequados.

COMPETÊNCIA HP 12

Ser capaz de implementar os procedimentos de administração de medicamentos de maneira segura.

COMPETÊNCIA HP 13

Ser capaz de implementar a técnica de higienização das mãos corretamente, no sentido do centro da mão para as extremidades, utilizando água e detergente líquido, antes e após qualquer procedimento realizado durante o atendimento no domicílio, inclusive entre os procedimentos realizados numa mesma pessoa, para que sejam removidas as impurezas e os detritos presentes nas mãos, as quais são o principal veículo de transmissão de infecções.

O conjunto de competências acima relacionado refere-se às técnicas assépticas e medidas de segurança que devem ser adotadas em todo e qualquer procedimento realizado na Atenção Domiciliar, com o objetivo de minimizar os riscos de transmissão de infecções para o usuário, família e/ou comunidade, a qual ocorre quando os micro-organismos patogênicos (bactérias, vírus, fungos ou protozoários) invadem e penetram no corpo, por meio de artigos e fômites hospitalares, ou mesmo, por meio das mãos dos profissionais, num momento de diminuição da defesa do organismo, reproduzindo-se e causando o que é chamado de "doença infecciosa".

No que concerne ao descarte dos resíduos dos serviços de saúde, a resolução RDC nº 306 de 07 de dezembro de 2004 do Ministério da Saúde, recomenda algumas medidas individuais que devem ser adotadas por todos os profissionais da área da saúde, quais sejam:

a) manipular, com cuidado, as agulhas e instrumentos cortantes;
b) não utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimentos que utilizem materiais pérfurocortantes;
c) não reencapar as agulhas e não entortá-las, quebrá-las ou retirá-las da seringa com as mãos;
d) seguir as recomendações para montagem e preenchimento das caixas coletoras de pérfurocortantes;
e) desprezar todo material perfurocortante, mesmo que estéril, em recipientes adequados, não ultrapassando o limite indicado (BRASIL, 2004b).

Além da inexistência de local adequado no domicílio para o descarte dos resíduos dos serviços de saúde, outras dificuldades foram relatadas por enfermeiras da comunidade, como a impossibilidade de realizar técnica asséptica em procedimentos no domicílio, pelo fato de não terem o controle da limpeza do mesmo. Porém, deve-se considerar que a técnica asséptica não é um procedimento ritualista, mas adaptativo, no qual o enfermeiro é o responsável pelas suas decisões e ações. Rhinehart (2001) afirma que a lavagem das mãos, instalações corretas, materiais de limpeza e as superfícies de trabalho adequadas são, por vezes, difícil de se conseguir no ambiente domésdico.

Quanto aos procedimentos relacionados à adiminitração de medicamentos aos usuários na Atenção Domiciliar, o enfermeiro deve ser capaz de realizá-los com a técnica asséptica, não esquecendo de detalhes fundamenatais para a qualidade

de sua assistência, como a higienização correta das mãos, o uso dos EPI's necessários, a exposição e higiene do local a ser aplicado a medicação, a conferência da medicação e do material a ser utilizado, bem como a explicação ao paciente sobre o procedimento a ser realizado. Essas medidas são essenciais para evitar a transmissão de microorganismos.

Com relação à higienização das mãos, o enfermeiro que atua na Atenção Domiciliar deve realizá-la antes e após o contato com o paciente; após contato com sangue, outros líquidos orgânicos, e itens contaminados; após a retirada de luvas, entre um paciente e outro e no mesmo paciente, caso haja risco de contaminação cruzada entre diferentes sítios anatômicos (ANVISA, 2004a).

COMPETÊNCIA HP 14

Ser capaz de desenvolver e implementar protocolos de prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar, pois atualmente só existem protocolos para o diagnóstico e tratamento de infecções nas instituições hospitalares.

COMPETÊNCIA HP 015

Ser capaz de desenvolver e participar de comissões de controle de infecções na Atenção Básica, com o objetivo de diminuir a necessidade de encaminhamento de usuários acometidos por doenças infecciosas aos hospitais.

Essas duas competências coadunam novamente com as políticas públicas de prevenção e controle das IRAS, como as diretrizes da Portaria n 2616 de 1998 e da Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 1998), as quais determinam a criação de programas, comissões e serviços de prevenção e controle desses agravos à saúde em todas as instituições que prestam assistência, como discutido anteriormente na competência da dimensão do conhecimento conceitual a respeito do conteúdo desses documentos.

Apesar de as IRAS representarem um relevante problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo, a Atenção Básica à Saúde, especialmente a Atenção Domiciliar ainda enfrentam uma realidade adversa daquilo que se pode julgar satisfatório na prevenção e controle destas, pois existe uma enorme carência de

recursos humanos e materiais nas Unidades Básicas de Saúde, ausência de comissões e programas para o controle das infecções nesse contexto, ou ainda, profissionais exercendo a função sem conhecimento adequado da atividade - o que pode resultar em elevadas taxas de infecção nesses serviços, ocorrência de surtos não detectados na população adscrita, emergência na comunidade de bactérias resistentes a diversos antibióticos e elevado risco ocupacional.

Com o crescente interesse da mídia no número significativo de mortes, ou em outros resultados adversos, causados por esse tipo de infecção, as organizações de assistência à saúde vêem-se compelidas a assegurar a alocação de recursos adequados para prevenir e controlar esse evento. Desde as instalações hospitalares mais modestas aos sistemas mais complexos de assistência à saúde, os programas de controle de infecções devem fazer parte da estratégia global e do planejamento organizacional de longo prazo (ARIAS; SOULE, 2008).

No que concerne ao Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) trata-se de um conjunto de ações desenvolvidas, deliberadas e sistematizadas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Cabe à CCIH a elaboração do PCIH, que deve incluir, no mínimo, as seguintes atividades: vigilância epidemiológica (VE); normas para uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médicos hospitalares; padronização de medidas de precaução e isolamento; normas e rotinas técnicas operacionais; treinamento dos profissionais da saúde em relação à prevenção e ao controle das infecções (ANVISA, 2004a).

Atualmente, a prevenção e o controle das IRAS são os temas de segurança relacionados aos pacientes hospitalares que exercem mais pressão sobre as organizações de assistência à saúde, pelo seu alto custo, tanto em vidas humanas como em recursos financeiros. Dessa forma, é imprescindível a implantação de programas eficientes de prevenção e controle de infecções compatíveis com as características e com os desafios organizacionais, bem como avaliações periódicas de risco e a utilização de abordagens de trabalho em equipe para evitar a propagação de infecções (ARIAS; SOULE, 2008).

Portanto, a prevenção e o controle das infecções é um tema que deve ser adotado como premissa básica na determinação dos princípios e diretrizes de toda e qualquer organização que desenvolva assistência à saúde, inclusive de organizações que prestam cuidado domiciliar, como é o caso da equipe da ESF, que

desenvolve a modalidade de Atenção Domiciliar tipo 1. Não obstante, o enfermeiro, como um profissional comprometido com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade, deve incentivar a criação e adoção dos programas de prevenção e controle das infecções na Atenção Domiciliar, ou mesmo desenvolver e implementar programas específicos para esse contexto, baseados nas dificuldades e diversidades existentes no domicílio, por meio da criação de normas e protocolos a serem seguidos na AD.

> ***COMPETÊNCIA HP 16***
>
> *Ser capaz de desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento (programas, projetos, eventos científicos) que objetivem a qualificação da prática profissional, no que concerne à prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar. Ser capaz de inovar as práticas atuais com o uso da tecnologia.*

Essa competência ressalta a importância de o enfermeiro atuar na prevenção e controle das infecções baseado em evidências científicas e contribuir para o avanço da enfermagem enquanto ciência, na medida em que é capaz de desenvolver várias formas de produção do conhecimento como projetos, pesquisas e programas que ressaltem a importância da prevenção e controle das infecções na Atenção Domiciliar.

> ***COMPETÊNCIA HP 17***
>
> *Ser capaz de atuar junto aos programas da Atenção Básica com vistas à prevenção e o controle das infecções por meio da realização da consulta de enfermagem nos programas de pré-natal/puerpério, puericultura, hiperdia, prevenção do câncer de colo do útero, entre outros.*

Por fim, a última competência dessa dimensão diz respeito à atuação do enfermeiro nos programas existentes na Atenção Básica em que esses profissionais já desenvolvem suas atividades cotidianas. É importante mais uma vez enfatizar que, apesar de não existir uma política pública de saúde desenvolvida por órgãos

governamentais competentes sobre a prevenção e controle das infecções no âmbito da ABS, seja no domicílio, na Unidade Básica de Saúde ou na comunidade, e por muitas vezes os profissionais se utilizarem de conhecimentos prévios sobre a prevenção de infecções hospitalares, ou mesmo basearem-se no senso comum para prevenir as infecções durante o trabalho que realizam nesses ambientes, acredita-se ser de fundamental importância a inclusão de novas competências do enfermeiro para atuar na Atenção Domiciliar, visando a redução máxima dos riscos de aquisição de infecções por parte dos indivíduos para os quais estão prestando assistência.

Diante disso, é importante enfatizar que todo profissional que atua na Atenção Primária à Saúde, como é o caso da equipe da ESF, tem a responsabilidade de garantir que suas práticas contribuam para uma prestação de cuidados seguros ao paciente. Em particular enfermeiros, não somente tem a resposabilidade profissional, como também a obrigação moral de proteger o paciente, minimizando os riscos de aquisição de infecções em ambientes comunitários, como é o caso do domicíliar.

Face ao exposto, é fundamental que o enfermeiro, ao realizar atividades de planejamento de prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar, adote algumas condutas para balizar suas ações, tais como: buscar ampliação de conhecimentos sobre as infecções mais prevalentes no território da sua população de referência; discutir casos de transmissão de infecção na comunidade e domicílio, de forma individual, com o profissional de referência daquele indivíduo ou grupo específico; ou, de forma coletiva, discutir o caso numa reunião de equipe. Ao adotar esta última conduta, o enfermeiro podrá ampliar seus conhecimentos e informações, de modo a potencializar a adesão dos usuários às práticas de prevenção e controle de infecções. Portanto, é essencial articular e mobilizar diversos recursos – conhecimentos, habilidades e atitudes que permitam tornar essas práticas prazerosas e resolutivas naquilo que elas propõem.

4.2.2.3 Dimensão da habilidade de comunicação (HC)

A dimensão de comunicação expressa a capacidade de transmitir os conteúdos de forma clara e concisa. Fleury e Fleury (2001) ao discutir o conceito de

competência, destacam a importância da comunicação na elaboração de um modelo de gestão para as organizações, pois comunicar é compreender o outro e a si mesmo, e para isto o profissional deve estar preparado para partilhar normas e fazer acordos sobre objetivos organizacionais comuns. Na Atenção Domiciliar, estes acordos ocorrem tanto na relação entre os profissionais de saúde de uma mesma equipe, quanto na relação entre profissional, usuário e família.

Nas três competências elencadas para essa dimensão, os dados revelam algumas possibilidades e pressupostos para que a habilidade de comunicação entre os atores da Atenção Domiciliar ocorra de maneira crítica, responsável e efetiva.

> ***COMPETÊNCIA HC 01***
>
> *Ser capaz de fazer o usuário compreender a importância da prevenção e controle das infecções para a manutenção da saúde. Ser capaz de expor claramente as idéias e opiniões, escolher as palavras, de forma que as pessoas envolvidas na situação se sensibilizem com a mensagem. Ser capaz de efetivar a comunicação não apenas por meio de orientações aos usuários, mas também por meio de palestras, reuniões de equipe, anotações em prontuários, etc.*

Conforme a competência descrita acima, o enfermeiro deve utilizar diversos recursos no processo de comunicação, com o objetivo de que o conteúdo seja entendido e que o mesmo se torne significativo para o usuário. Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), uma das estratégias de sua implementação é a inclusão de ações de promoção da saúde na agenda de atividades da comunicação social do SUS. Neste sentido, sugere o apoio e o fortalecimento de ações inovadoras, por meio de diferentes linguagens, como: canções, literatura de cordel, jornal, *hip hop*, teatro, e outras formas de manifestação (BRASIL, 2006).

Apesar de as práticas de prevenção e controle das infecções estarem comprovadamente associadas a vários benefícios em instituições hospitalares, como a redução do tempo de internação, dos recursos e dos óbitos, a diminuição do sofrimento dos pacientes e dos familiares, essa realidade ainda está muito distante do cenário da ABS, principalmente, no que diz respeito à adoção destas pelos

usuários em seus domicílios. Como principal motivo para a não adoção de uma postura prevencionista pode-se considerar a falta de informação sobre as medidas de prevenção, bem como sobre os benefícios que estas podem proporcionar se adotadas corretamente, pois é fundamental que o indivíduo compreenda seu papel na manutenção do ambiente domiciliar e peridomiciliar, no qual ele vive, biologicamente seguro.

Para uma mudança no estilo de vida das pessoas, de forma a ocorrer transformações no seu comportamento, são descritos cinco estágios para que isso ocorra: estágio de pré-contemplação; contemplação; preparação; ação e manutenção. O segundo estágio (contemplação) é o momento em que as pessoas geralmente permanecem, por um longo período de tempo, avaliando os custos e benefícios da mudança de comportamento e, logo, uma comunicação precisa é fundamental neste momento, pois a informação recebida neste estágio sobre as dificuldades e facilidades para a prática de prevenção e controle das infecções, aliada ao apoio de familiares se tornam um fator importante para incentivar o indivíduo a passar para o próximo estágio (NAHAS, 2003).

É o que se pode perceber na fala de um dos sujeitos que participaram do Painel Delphi sobre a forma como a comunicação deve ocorrer entre o enfermeiro e os usuários na Atenção Domiciliar:

> "A comunicação deve ser simples e direta, principalmente para a clientela com menor nível de instrução. Uma comunicação eficaz permite sensibilizar as pessoas para a adesão de posturas preventivas relacionadas às infecções, bem como conhecer os problemas do paciente que muitas vezes não são confidenciados, por vergonha. Uma comunicação eficaz pode ainda se dar por meio de um toque, tom de voz ou um olhar diferenciado, além de exigir muita cordialidade durante o contato com o cliente". (suj_23).

COMPETÊNCIA HC 02*:*

Ser capaz de "ver além do que se apresenta", bem como saber interpretar as situações em sua particularidade. Estabelecer um contínuo diálogo, com sensibilidade para fazer acordos e contratos de trabalho e rever tais aspectos, sempre que houver necessidade. Ter a capacidade de perceber as situações e evitar possíveis conflitos, por meio de uma escuta qualificada, de forma afetiva e discreta. Acolher os usuários sem impor conteúdos técnicos e científicos, mas estabelecer um vínculo de confiança, com respeito e segurança.

Ao se discutir a habilidade de comunicação é imprescindível destacar a importância da escuta sensível, compreendendo que muitos dos problemas em saúde podem ser detectados com maior completude a partir das informações que os usuários trazem, e que por vezes, a mensagem só pode ser entendida nas entrelinhas, devido à vergonha que o indivíduo pode ter em expor uma situação de saúde constrangedora.

Para visualizar essa habilidade, pode-se destacar o relato de um médico utilizado por Starfield (2004), para escrever sobre um dos atributos essenciais da ABS chamado de acessibilidade e primeiro contato:

> "O melhor que podemos fazer pelos pacientes é entender o que dizem, e um pré-requisito é ouvir. É óbvio que cuido de suas enfermidades – estou disponível para fazê-lo da forma que eles necessitarem – mas essas é uma pequena parte do que eu faço. "(p. 207).

Com essa postura, o profissional tem condições de aprender a partir das experiências de vida dos próprios usuários, confirmando o que Paulo Freire afirmou, "ninguém ensina nada a ninguém, mas todos aprendem com todos" (FREIRE, 2000) e, nesse sentido, o exercício de ouvir o outro é fundamental no processo. Assim, se um enfermeiro tem a intenção de produzir Atenção à Saúde de forma qualificada, é necessário, então, que ele se comprometa a tratar os indivíduos não somente como se fossem portadores de determinada doença, mas entendê-los de maneira mais complexa, para além de suas enfermidades, tornando o exercício da escuta sensível uma competência essencial a ser desenvolvida.

Ainda, sobre a competência HC 02, é possível afirmar que a escuta ampliada para ouvir o usuário é uma ferramenta a ser contemplada sempre no contexto da Atenção Domiciliar, pois é fundamental para identificar diferentes necessidades de ordem biológica, psicológica e sociocultural, considerando-as de forma indissociável ao lembrar de um dos princípios essenciais da AD, a integralidade das ações.

COMPETÊNCIA HC 03

Ser capaz de discutir junto à equipe de trabalho e usuários os problemas de saúde da comunidade para compreender o que desencadeou o processo infeccioso e poder gerar indicadores que permitam avaliar a qualidade da assistência prestada pelos serviços de Atenção Domiciliar e fundamentar ações futuras.

Conforme descrito pela competência citada acima, a gama de informações que os profissionais da equipe de saúde e os usuários devem dominar e compreender, respectivamente, é muito vasta, o que pode parecer impossível. Dessa forma, o enfermeiro deve preocupar-se em dominar conhecimentos relevantes e saber manejá-los junto aos outros profissionais da equipe e aos usuários com o intuito de sensibilizá-los a desenvolverem práticas de prevenção e controle das infecções tanto na prestação dos cuidados em Atenção Domiciliar, quanto em seu convívio com familiares e membros da comunidade, respectivamente.

Um indicador da dimensão das habilidades que pode estar totalmente relacionada à habilidade de comunicação é a capacidade de realizar avaliação, pois, o enfermeiro, ao estabelecer um diálogo com a equipe, acerca dos resultados de um processo de avaliação da qualidade da assistência prestada pela mesma, esta poderá ficar mais motivada para desenvolver ações de prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar, objetivando a recuperação da saúde dos usuários que recebem essa modalidade de atendimento.

As ações para a prevenção e controle das infecções em AD, realizadas pelo enfermeiro são muito importantes, como foi possível perceber pela discussão das competências até aqui descritas. No entanto, o trabalho deve ser planejado de forma a também possibilitar a autonomia dos usuários que participam desse processo, tornando-os cada vez menos dependentes dos profissionais de saúde e auxiliando-os no desenvolvimento do autocuidado, o que pode ser alcançado por meio de uma comunicação ampliada.

Outro aspecto importante relacionado à habilidade de comunicação, diz respeito ao domínio do conhecimento científico e seu uso nas ações de saúde, pois, como referem Knuth et al. (2010), as recomendações científicas consolidadas poderão servir para fundamentar as estratégias de comunicação com a comunidade, porém, não devem ser apropriadas como fórmulas prontas, de caráter prescritivo e, muito menos, como forma de culpar os indivíduos por não conseguirem seguí-las.

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de a habilidade de comunicação receber um destaque especial no processo de formação dos enfermeiros para desenvolverem uma assistência à saúde de qualidade, pois esta competência, pensada em sua complexidade e capacidade de viabilizar todo o

processo das relações entre as pessoas, exige a apropriação de um vasto conhecimento conceitual, procedimental e contextual.

4.2.2.4 Dimensão da habilidade de avaliação (HA)

Essa dimensão de competências refere-se à habilidade de averiguação das ações desenvolvidas, da percepção dos resultados obtidos, da análise de causas de sucesso e insucesso, bem como da caracterização do indivíduo e do contexto.

A avaliação de programas de controle de infecções nas organizações que prestam assistência à saúde permite minimizar os riscos de desenvolvimento de IRAS. O risco de incidência deste agravo existe em todas as organizações, pois independentemente do tipo de entidade que desenvolve assistência à saúde, os princípios de transmissão, prevenção e controle de infecções são idênticos. Portanto, a implantação e avaliação de programas de controle de infecções na Atenção Domiciliar permitirão a identificação de forma sistemática dos riscos, bem como resposta adequada a estes de forma a manter a segurança dos usuários.

COMPETÊNCIA HA 01

Ser capaz de registrar e avaliar o programa de controle de infecções em Atenção Domiciliar, incluindo metas, objetivos e níveis de eficiência, para que se possa alcançar a qualidade da assistência da maneira mais viável. Analisar os resultados do seu trabalho e do trabalho do grupo, bem como receber avaliações do grupo.

COMPETÊNCIA HA 02

Ser capaz de realizar avaliação individual e coletiva dos usuários que recebem assistência em Atenção Domiciliar, considerando a forma em que eles vivem, as possibilidades e as práticas de prevenção e controle de infecções habituais, bem como, o contexto social e cultural em que eles estão inseridos.

As duas competências citadas acima descrevem habilidades que corroboram com as recomendações do Manual de Controle de Infecções da APIC/JCAHO (ARIAS; SOULE, 2008), principalmente, quando afirma que a avaliação permite a melhoria da qualidade da assistência ao tempo em que identifica atividades bem sucedidas do programa de controle de infecções e atividades que precisam ser modificadas para melhorar os resultados.

Segundo este Manual, as organizações são obrigadas a avaliar e a revisar formalmente as metas e os programas pelo menos uma vez por ano, ou quando houver alterações significativas nos riscos, bem como rever as prioridades dos usuários, das equipes e do ambiente de tratamento, nesse caso, o domicílio. Além disso, as avaliações devem ser aplicadas às mudanças no escopo dos programas de controle de infecções (por exemplo, inclusão de novos serviços) e aos problemas emergentes e reemergentes das comunidades com potencialidade para afetar as organizações que prestam assistência à saúde (por exemplo, agentes altamente infecciosos) (ARIAS; SOULE, 2008).

Por outro lado, essas mesmas competências ampliam as possibilidades dessa habilidade, ao incluírem aspectos relacionados ao contexto social e cultural em que as pessoas vivem, bem como demonstram a necessidade de autoavaliação do enfermeiro e da avaliação do enfermeiro pela equipe de trabalho.

Conforme foi citado na competência HA 02 e partindo do princípio de que a Atenção Domiciliar toma o contexto social e cultural como uma linha mestra, qualquer instrumento aplicado com o objetivo de avaliar as atividades de prevenção e controle das infecções neste contexto, deverá certamente, incluir aspectos relacionados às questões sociais e culturais. Vale ressaltar que, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) ainda revela outros itens (econômicos, étnicos, psicológicos e comportamentais), como determinantes na ocorrência de problemas de saúde, bem como do surgimento de fatores de risco nas pessoas e na comunidade (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

De acordo com o Regulamento Técnico em Consulta Pública contendo as Normas de Funcionamento de serviços que prestam Assistência Domiciliar, o SAD deve desenvolver e implementar um programa de prevenção e controle de infecções e dos eventos adversos na AD, visando a redução máxima possível da incidência e da gravidade desses eventos (ANVISA, 2003). Portanto, a preocupação com o Controle de Infecções (CI) deve fazer parte dos indicadores de qualidade a serem

seguidos na AD, pois algumas intercorrências relacionadas ao paciente podem resultar de um mau controle dos procedimentos envolvidos no cuidado, como broncoaspirações, surgimento de úlceras por pressão infectadas, infecções relacionadas a cateteres, entre outras.

COMPETÊNCIA HA 03

Ser capaz de desenvolver ações de supervisão e avaliação quanto a higiene (ambiente, roupas, mobiliário), organização, iluminação (direta e indireta), areação, presença de vetores (baratas, ratos), presença de animais domésticos, condições de segurança física do ambiente (barras, tapetes aderentes no banheiro) e higiene peridomiciliar, com o objetivo de manter o ambiente domiciliar biologicamente seguro.

COMPETÊNCIA HA 04

Ser capaz de identificar fatores do paciente durante o atendimento de enfermagem no domicílio relacionados ao surgimento das infecções, tais como: uso de medicamentos, hidratação, integridade cutânea, higiene pessoal, alimentação, condições habitacionais, nível de escolaridade, por meio do histórico de enfermagem e anamnese.

COMPETÊNCIA HA 05

Ser capaz de identificar sinais e sintomas sugestivos de algumas doenças infecciosas, bem como, prescrever os cuidados de enfermagem durante o atendimento no domicílio.

Estas competências estão relacionadas à capacidade de o enfermeiro intervir, por meio de ações diretas, como anamnese, supervisão e avaliação, com vistas a eliminar os principais fatores ambientais e individuais de riscos à saúde humana, bem como conhecer e estimular a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento, visando ao fortalecimento da participação da população na promoção da saúde e qualidade de vida. Tais ações estão direcionadas, principalmente, para a manutenção dos ambientes domiciliar e peridomiciliar

seguros, a sensibilização dos usuários quanto à responsabilidade por sua própria saúde e o diagnóstico e prescrição de enfermagem para as necessidades decorrentes de doenças infecciosas.

Em relação ao controle dos fatores de risco ambientais, tem-se como apoio na Atenção Básica a Vigilância Ambiental que foi implantada em todo o território nacional por meio da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), para realizar o monitoramento e o controle de uma variedade de problemas decorrentes do desequilíbrio do meio ambiente, visando a eliminar ou a reduzir a exposição humana a fatores ambientais prejudiciais à saúde (BRASIL, 2002c).

> "A Vigilância Ambiental em Saúde é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde" (BRASIL, 2002c, p. 7).

Existem desafios para se determinar atividades de prevenção e controle das infecções na atenção domiciliar, pois, no Brasil, ainda não se tem estratégias de controle consistentes, pelo fato de não existirem dados da vigilância de infecções adquiridas nesse contexto. Como ocorre na maioria das áreas do conhecimento, por exemplo em controle de infecções, grande parte do que se sabe em controle de infecções em Atenção Domiciliar, foi produzido fora do País, especialmente no Canadá, Estados Unidos e Comunidade Européia. Além disso, segundo Hallett (2000), enfermeiros comunitários sentem-se incapazes de manter um controle eficaz das infecções no ambiente domiciliar, pelo fato das condições sociais, culturais e ambientais serem diferentes em cada domicílio.

Muitos pacientes que recebem cuidado no domicílio podem estar contaminados por agentes infecciosos multirresistentes adquiridos em hospitalizações anteriores, especialmente os que permaneceram no hospital internados por longo tempo. Parte da flora bacteriana do próprio paciente atua como oportunista à espera de condições ambientais propícias para a proliferação e invasão, principalmente pacientes com doenças crônicas, como diabetes e doença renal e idosos (MURRAY et al., 2005).

Daí a importância de o enfermeiro ter a capacidade de intervir previamente na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar, realizando a supervisão do ambiente e a anamnese do paciente quanto os fatores de risco individuais como

a presença de doenças crônicas, o uso de medicamentos, a alimentação, entre outros, além da orientação quanto aos cuidados que os usuários precisam adotar para diminuir ou eliminar tais fatores.

Assim, o controle de infecção no contexto da AD no Brasil, pela falta de uma normatização única para implementá-lo, adota suas próprias normas e rotinas baseadas na experiência hospitalar prévia de profissionais ou mesmo no senso comum, envolvendo ações preventivas e educativas, que incluem desde orientações sobre biossegurança e prevenção de acidentes, até medidas de isolamento e cuidados com limpeza e desinfecção de artigos de assistência à saúde e ambiente.

4.2.2.5 Dimensão da habilidade de "incentivação" (HI)

É a capacidade de influenciar os interesses e os motivos dos indivíduos, de maneira a incentivá-los a uma participação efetiva nas ações propostas, ultrapassando dificuldades e barreiras. Essa habilidade de incentivar deve estar baseada em um planejamento prévio e de caráter intencional, utilizando para isso, de recursos e estratégias pedagógicas necessárias para atingir o objetivo desejado, considerando sempre a participação ativa do sujeito nesse processo.

> ***COMPETÊNCIA HI 01***
>
> *Ser capaz de favorecer a autonomia dos usuários para resolver os problemas de saúde com segurança, principalmente os urgentes, incentivando pessoas a terem uma postura de prevenção das infecções, por meio do empoderamento e corresponsabilidade dos mesmos. Entender que para a prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar é necessário utilizar tecnologias, priorizando a inclusão e estimulando a participação da comunidade.*

> ***COMPETÊNCIA HI 02***
>
> *Ser capaz de favorecer a socialização e autonomia para reduzir a ocorrência das infecções, por meio da sensibilização do indivíduo e sua família quanto à importância da prevenção de doenças*

infecciosas, a qual ocorre quando adotamos hábitos de higiene pessoal e do domicílio.

COMPETÊNCIA HI 03

Ser capaz de promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social, utilizando adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para isso.

As três competências citadas acima coadunam mais uma vez com a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) ao favorecer ou permitir a participação do usuário nas atividades de promoção à saúde, indicando que o envolvimento de todos nesse processo poderá auxiliá-los a desenvolver aspectos fundamentais relacionados ao conceito de promoção à saúde, como: a socialização, a autonomia, o empoderamento e a corresponsabilidade.

A PNPS descreve dois objetivos que confirmam a intencionalidade de inclusão e participação dos usuários, os quais devem fazer parte do trabalho do enfermeiro na prevenção e controle das infecções em AD, para que o mesmo esteja em conformidade com esta política de saúde, quais sejam: a ampliação da autonomia e extinção das desigualdades e o estímulo a alternativas inovadoras de inclusão (BRASIL, 2006).

Na promoção da autonomia, a atenção deve ser transversal, multiprofissional e interinstitucional. Dessa maneira, a garantia da validação e sustentabilidade da dignidade existencial humana sobrepõe o modo de sobrevida biológica, a atitude e a atenção humana precedendo a competência e habilidade técnica, mas não as excluindo. Para a efetividade do processo, é fundamental o desenvolvimento de estratégias operacionais e educacionais, políticas, socioculturais e de gestão em todos os níveis de atenção à saúde para que concretizem de maneira articulada e compartilhada, com adição de novos conhecimentos, valores e responsabilidade no seu conteúdo (BRASIL, 2006).

Outro documento que corrobora com os aspectos indicados pelos sujeitos da pesquisa relacionados à participação efetiva de todos é a Carta de Otawa, na qual a promoção da saúde foi conceituada como o processo de capacitação dos indivíduos

e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de forma a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, Westphal (2006), ao discutir a possibilidade de capacitação da comunidade presente nesse conceito, argumenta que este processo deve ser entendido em dois sentidos: um mais subjetivo, focado nas condições de vida, entendendo que a participação dos usuários na formulação de políticas públicas favorece a resolução de problemas de moradia, alimentação, saúde, entre outros. No que concerne ao outro sentido, o mesmo está relacionado à aspectos de desenvolvimento pessoal, tais como: integração social e autorrespeito.

Assim, uma participação social de forma mais efetiva do indivíduo, família e comunidade permitirá o fortalecimento dos processos de produção das necessidades da vida por seus próprios atores sociais. Por exemplo: ao identificar que para a manutenção do ambiente domiciliar e peridomiciliar biologicamente seguro, é necessário, entre outras providências, evitar o acúmulo de lixo nas ruas e quintais, bem como realizar as necessidades fisiológicas em local adequado, um grupo de pessoas que participa ativamente da associação de bairro, poderá conseguir a construção de banheiros com fossa séptica e a implantação de coleta domiciliar de lixo onde ainda não existe, entendendo que este envolvimento com os problemas possibilita o surgimento de um sentimento de “pertencer à resolução dos problemas”, motivando assim a adesão e a “incentivação” de práticas de prevenção e controle das infecções por parte dos usuários. Nesta perspectiva, o enfermeiro estará se aproximando e ao mesmo tempo incentivando as pessoas a recorrerem e executarem um dos princípios da ABS, que é o controle social.

4.2.3 Dimensão das atitudes subsidiando a competência (AT)

Essa dimensão de competências está diretamente relacionada à ética profissional, pois as atitudes referem-se ao comportamento que o enfermeiro adota diante das mais diversas situações no seu cotidiano de trabalho, baseado em seus valores morais e éticos. As atitudes, segundo Feitosa; Nascimento, (2003), referem-se às características pessoais que não estão necessariamente ligadas ao exercício

específico de uma função e podem ser transferidas de uma situação para outra, em diferentes contextos. Ou seja, são consideradas competências não técnicas, ao se caracterizarem por um conjunto de habilidades pessoais que se enunciam em termos de atitudes e valores.

Foi possível evidenciar, durante a apresentação e discussão dos dados, a diversidade de conhecimentos e habilidades que o enfermeiro deve dominar e ser capaz de desempenhar, respectivamente. Isso requer do profissional o ato constante de assumir diferentes atitudes e tomar diversas decisões diante das adversidades que se apresentam no cotidiano do trabalho. Assim, um profissional que se encontra numa situação, para a qual ainda não existe um protocolo próprio ou mesmo uma política pública própria a serem seguidos, que é o caso da prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar, deverá desenvolver esta característica "não técnica" da dimensão das atitudes, de forma mais pessoal, adequando sua expectativa e imagem pessoais frente às situações da assistência realizada no domicílio.

Diante da originalidade que caracteriza a atuação do enfermeiro na Atenção Domiciliar, principalmente pela falta de um programa de controle de infecções nesse contexto, as competências elencadas nesta pesquisa destacam atitudes fundamentais para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho neste contexto de maneira que valorize a consciência individual e coletiva, bem como o compromisso social e profissional, configurados pela responsabilidade, ética, valores e princípios necessários ao bom desempenho laboral.

COMPETÊNCIA AT 01

Demonstrar confiabilidade ao decidir a conduta mais apropriada para prevenir e tratar as infecções na Atenção Domiciliar, baseando-se em evidências científicas, planejando o cuidado a partir da perspectiva das famílias como corresponsáveis pela prevenção de infecções.

COMPETÊNCIA AT 02

Demonstrar liderança, compromisso, responsabilidade e empatia com a equipe e a população. Passar segurança durante a realização do trabalho. Ter domínio e comprometimento frente às situações de

> *conflito para decidir um caminho a ser seguido, delegando tarefas para mobilizar outros profissionais na busca da qualidade da assistência. Fazer com que a equipe gere resultados desejados.*

As competências citadas acima referem-se a atitudes mínimas que o enfermeiro deve adotar no cotidiano do trabalho em Atenção Domiciliar, pois o domicílio, como espaço de ABS, apresenta uma interface importante com a população atendida pelo sistema de saúde como um todo, permitindo evidenciar condições de vida geradoras de necessidades. Nesse espaço, o compromisso social do enfermeiro compreende a responsabilização pelos direitos de cidadania do usuário, a resolubilidade das situações adversas por meio da demonstração de confiabilidade e liderança, e a prestação de serviços com acolhimento e qualidade.

Como processo sociocultural e histórico e como prática humanística por excelência, a prestação de cuidados na saúde pública, requer conhecimentos, técnicas e uma prática de serviço baseada em valores como a consideração à vida e à saúde como bens supremos do ser humano dotado de direitos e responsabilidades, a solidariedade e a utilização eficiente dos recursos disponíveis, a participação e a equidade no acesso aos bens e serviços que produzem saúde (MACEDO, 2001).

Além disso, no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (BRASIL, 2003d).

Ainda, segundo as diretrizes curriculares nacionais do curso de bacharelado em enfermagem, o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada (BRASIL, 2003d).

Não obstante, em uma abordagem que enfatiza a importância dos valores, a prestação de cuidados em Atenção Domiciliar, no contexto da Atenção Básica, é associada com a ética, baseada em certos valores e princípios como o compromisso, a demonstração de confiança e liderança, os quais afirmam a saúde

como um direito humano fundamental e como uma expressão de justiça social. Dessa forma, a liderança, o comprometimento e a confiabilidade, como competências, devem permear a prática de enfermagem na Atenção Domiciliar em todos os âmbitos, seja no gerenciamento do processo de trabalho de enfermagem, no relacionamento com o usuário, família e comunidade, no manejo de dados e informações e, principalmente, na busca pela manutenção da saúde do indivíduo, livre de riscos biológicos.

COMPETÊNCIA AT 03

Demonstrar compromisso com a constante busca por atualização do conhecimento na área de atuação e boa informação relacionada à saúde, por meio de capacitação profissional. Manter-se atualizado sobre aspectos pertinentes às áreas de infectologia e saúde pública.

A competência acima está relacionada à necessidade de capacitação profissional do enfermeiro para atuar na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar, devido à complexidade que envolve o trabalho neste contexto. Dessa forma, é fundamental que o enfermeiro demonstre seu compromisso em buscar constantemente atualização do conhecimento, por meio da educação permanente, a qual faz parte das competência citadas nas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de enfermagem. Assim, o enfermeiro que atua na Atenção domiciliar deve desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional, além de desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional.

COMPETÊNCIA AT 04

Demonstrar, por meio de relações humanizadas, ser um profissional que se baseia num conceito ampliado de saúde, entendendo o ser humano de forma integral e não somente o seu aspecto biológico. Incluir aspectos importantes no cotidiano das relações tais como: respeito, carinho, atenção, responsabilidade com as pessoas e com o serviço de saúde desenvolvido. Adotar os princípios da Política de

Humanização do SUS na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar.

COMPETÊNCIA AT 05

Demonstrar o reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, além do direito de condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

As atitudes descritas nas competências citadas constituem esforços na direção de se constituir uma nova ordem racional, pautada no reconhecimento do respeito, carinho e atenção às pessoas que recebem assistência no domicílio, no sentido de se garantir o direito básico do SUS, que é o direito universal à saúde.

Para isso, a ética deve reger todas as ações de saúde pública e as relações entre políticas econômicas e sociais, bem como a investigação e a prestação de serviços na esfera da saúde. Nesse contexto, o enfermeiro, para implementar um modelo de atenção que garanta a universalidade, equidade e resolubilidade do trabalho, deve promover o comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo, a partir do seu envolvimento com sua área de atuação (WITT, 2005).

Ao reconhecer a saúde como direito a condições dignas de vida, o enfermeiro deve atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2003a).

COMPETÊNCIA AT 06

Demonstrar iniciativa para gerir os imprevistos frente às diferentes realidades, bem como a homogeneidade e heterogeneidade dos grupos em seus aspectos sociais, culturais, físicos e também das condições de trabalho.

COMPETÊNCIA AT 07

Demonstrar criatividade para lidar com as dificuldades presentes no cenário de trabalho sem comprometer a qualidade do serviço prestado. Capacidade de apreender a Atenção Domiciliar em sua complexidade e na variabilidade dos seus problemas, desenvolvendo habilidades, conhecimentos específicos e flexibilidade.

Segundo Starfield (2004), na atenção primária, cenário na qual a Atenção Domiciliar está inserida, os problemas e necessidades são muito pouco definidos e diferenciados. A diversidade decorrente dessa situação, ao mesmo tempo em que impede que o planejamento seja organizado, prescrevendo todos os atos da equipe de saúde, requer algum tipo de planejamento e programação das ações de saúde para lidar com a complexidade dos seus problemas, elaborados a partir do diagnóstico da população, com o uso da informação em saúde.

No entanto para desenvolver ações de planejamento e programação, o enfermeiro deve demonstrar iniciativa e criatividade frente à complexidade que envolve o trabalho na Atenção Domiciliar, pois é essencial que se entenda que a mesma não está na dificuldade em se operar equipamentos e realizar procedimentos invasivos, mas nas singularidades embutidas em todo ato de cuidar, pois envolve trabalhar com pessoas e lidar com as necessidades de saúde em suas múltiplas dimensões, como é possível visualizar no depoimento a seguir:

> "Na Atenção Domiciliar é preciso fazer com que as coisas aconteçam e não apenas esperar acontecer."

Nesse sentido, um profissional que desenvolve suas ações pautadas numa visão prevencionista deverá ser capaz de demonstrar criatividade, ao reinventar formas de relação entre os indivíduos, equipe e serviços, pois além de buscar o domínio de conhecimentos e habilidades, não poderá ter receio em resolver problemas utilizando-se de novas formas e abordagens, até mesmo de criar e reinventar soluções para as mais diversas situações adversas do cotidiano do trabalho em Atenção Domiciliar. Essa postura não desconsidera o conhecimento acumulado, nem mesmo as práticas consagradas, mas chama a atenção para o entendimento de que o contexto da AD é permeado de singularidades e complexidades, as quais, ao mesmo tempo, impõem dificuldades e possibilidades.

4.3 Proposta de diretrizes para práticas de prevenção e controle da infecção em Atenção Domiciliar

Segundo definição do dicionário Aurélio diretrizes são orientações, às vezes em formato de planejamento ou programa, baseadas em evidências da literatura e elaboradas para se determinar condutas e procedimentos a serem adotados. Prioriza pontos críticos e chaves no processo de decisão (FERREIRA, 2010).

Diretrizes apresentam, entre outros benefícios, a possibilidade da união de esforços na luta por um objetivo comum a ser alcançado ao mobilizar pessoas e seus respectivos compromissos. Dessa forma, os resultados positivos passam a ser motivos de "retroalimentação" para o grupo, no sentido de incentivá-lo a continuar adotando cuidados preconizados até que estes passem a ser uma rotina introjetada em cada profissional, determinando assim um padrão de excelência na assistência à saúde (BRASIL, 2012).

Porém, o maior desafio para a implantação de uma diretriz está na dificuldade de manutenção do padrão de qualidade, pois o trabalho não termina com o alcance da meta, ele tem que ser alimentado diariamente com novos desafios e conhecimentos, monitorando e divulgando continuamente os resultados, com o objetivo de incentivar e sensibilizar os profissionais na busca de uma melhora qualidade da assistência.

A maioria das diretrizes para controle da infecção é elaborada para garantir a segurança dos pacientes e profissionais em instituições hospitalares, porém, as infecções não se limitam a esses locais. Elas podem ser adquiridas em qualquer entidade de assistência à saúde, inclusive no domicílio dos usuários, podem ser introduzidas pela comunidade nas instalações hospitalares ou transferidas entre as organizações (ARIAS, SOULE, 2008).

De acordo com o Regulamento Técnico em Consulta Pública os serviços que prestam assistência no domicílio devem desenvolver e implementar um programa de prevenção e controle de infecções, visando a redução máxima possível da incidência e gravidade desse evento. Portanto, a preocupação com o controle de infecção deve fazer parte dos indicadores de qualidade a serem seguidos envolvendo desde ações educativas até a implementação de programas de vigilância aos casos de infecção adquirida no cuidado domiciliar (ANVISA, 2006).

As diretrizes do Programa Melhor em Casa, o qual direciona a implantação e implementação da Atenção Domiciliar no âmbito da Atenção Básica à Saúde, ressaltam

a importância da sistematização de alguns processos, com a construção e utilização de protocolos, levando em consideração as singularidades no encontro entre equipe de saúde e paciente, além de apontar procedimentos comuns na prática da AD. Orientados por diretrizes de natureza clínica, técnica, organizacional e política, os protocolos têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas e práticas exitosas. É importante salientar que esses instrumentos devem seguir as diretrizes do SUS e os pressupostos da AD. São estratégias essenciais, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto na padronização das ações e do processo de trabalho. Dessa forma, podem ser considerados elementos importantes para a obtenção da qualidade dos serviços (BRASIL, 2012).

Em relação às diretrizes de organização para a prevenção e o controle da infecção na AD, estas devem envolver ações de biossegurança, as quais também são primordiais para a prevenção de acidentes biológicos entre os profissionais da equipe de saúde, por meio do uso adequado de precauções padrão. Deve ser elaborado um protocolo de Biossegurança pela Comissão de Controle de Infecção Domiciliar (CCID), o qual deve ser implantado para o efetivo funcionamento dessa modalidade de assistência, juntamente com as equipes do SAD, e deve conter os padrões de biossegurança, controle de antimicrobianos e precauções, orientando as EMAD/EMAP, usuários, cuidadores e familiares (BRASIL, 2012).

Com a expansão dos cuidados domiciliares por meio da implementação do Programa Melhor em Casa, aumenta-se a preocupação com o controle de infecção vinculada a procedimentos invasivos (cateteres e sondas) e o uso racional de medicamentos no domicílio. Dessa forma, a CCID deve propiciar a orientação para as EMAD e EMAP quanto à prestação da assistência segura e da infraestrutura adequada, observando medidas de prevenção de infecção, incluindo os usuários e familiares nas orientações sobre estas medidas. O objetivo final é reduzir ao máximo os índices de infecção (BRASIL, 2012).

Como foi possível inferir ao decorrer deste estudo, existem poucas pesquisas que mensuram os riscos biológicos na assistência a saúde no contexto domiciliar, no entanto, entende-se que o domicílio como espaço para "o cuidar" também pode apresentar riscos aos profissionais e aos usuários, por isso deve se considerar todos os princípios de segurança supracitados. Não há uma normatização única para o controle da infecção nesta atividade. Vários guias internacionais têm tentado orientar

e organizar as práticas desenvolvidas no contexto da AD, baseados em experiências hospitalares prévias dos seus profissionais ou no senso comum.

Dessa forma, é imperativo que as organizações de cuidado domiciliar formulem instrumentos que normatizem o controle da infecção na AD, incluindo não apenas aspectos relacionados à segurança na realização dos procedimentos, mas envolvendo as singularidades do contexto familiar de modo a tentar romper com a prática fragmentada do trabalho em saúde ao atuar com a visão centrada no usuário.

4.3.1 Construção das diretrizes na atenção domiciliar a partir das competências elaboradas pelos enfermeiros

A construção das diretrizes, envolve uma forma de organização das práticas de prevenção e controle da infecção no ambiente domiciliar. Nesse contexto, o PSF, é uma estratégia para a diminuição de riscos, bem como para ampliação dos espaços de atuação dos profissionais de saúde, de modo especial da enfermagem. Inicialmente, nos parece interessante uma avaliação quanto:

• caracterização da população: variáveis demográficas (número de habitantes com distribuição por sexo, idade, local de residência, entre outras variáveis); variáveis socioeconômicas (renda, inserção no mercado de trabalho, ocupação, condições de vida, etc.); variáveis culturais (grau de instrução, hábitos, comportamentos, etc.);

• caracterização das condições de vida: ambientais (abastecimento de água, coleta de lixo e dejetos, esgotamento sanitário, condições de habitação, acesso a transporte, segurança e lazer); características dos sujeitos (formas de organização social, religiosa e política);

• caracterização do perfil epidemiológico: indicadores de morbidade; indicadores de mortalidade;

• descrição dos problemas: O quê? (problema); Quando? (atual ou potencial); Onde? (territorialização); Quem? (que indivíduos ou grupos sociais).

Assim, o Quadro 4 apresenta a proposta de uma diretriz preliminar para prevenção e controle da infecção no domicílio, construído a partir das competências elaboradas por enfermeiros que atuam na AD1, e especialistas que estudam o tema

Prevenção e Controle da Infecção ou AD, as quais são resultado da avaliação de concordância entre os mesmos.

Quadro 4: Descrição das diretrizes de Prevenção e Controle da Infecção em Atenção Domiciliar, segundo as competências relacionadas pelos enfermeiros e nível de evidencia

Diretrizes gerais	**Competências** Relacionadas pelos enfermeiros (p. - 79 a 83)	**Nível de Evidência**
Identificar a família/usuário[9] e avaliar comportamento de risco para infecção	10, 20, 42, 46	
Avaliar o ambiente domiciliar[10] e peridomiciliar e determinar fatores de risco para infecção	6, 27, 44	
Avaliar as Políticas de Saúde e discriminar as que mais atendem a especificidade da situação	3, 9, 19, 25	
Aplicar princípios de assepsia, em especial, atentar para a HM. Cumprir criteriosamente as medidas[11] de	15, 18, 28, 29, 31, 32,35, 36, 37, 45, 47	

[9] **Práticas de prevenção e controle da infecção Relacionadas ao usuário:**

a) Identificar o usuário
b) Supervisionar e orientar quanto à higiene pessoal
c) Implementar a política de uso racional de antimicrobianos, incentivar a utilização de formulários de restrição de medicamentos, participar de auditorias prospectivas em antimicrobianos
d) Administrar medicamentos (endovenosos, intramusculares e intradérmicos) utilizando a técnica correta
e) Higienizar as mãos antes e após a realização dos procedimentos, inclusive entre os realizados numa mesma pessoa
f) Realizar anamnese, diagnóstico e prescrição de enfermagem com o objetivo de diagnosticar previamente o surgimento de infecção
g) Prevenir e tratar úlceras por pressão
h) Manter conexões de forma segura e correta (cateteres e sondas), evitando infiltração ou contaminação das mesmas
i) Realizar os procedimentos de enfermagem de forma segura e asséptica
j) Comunicar-se efetiva, com escuta sensível
k) Estimular a autonomia do usuário para a realização do autocuidado
l) Estimular a participação da família no cuidado ao usuário, por meio de orientações e atividades de educação em saúde
m) Prevenir dermatites e afecções cutâneas relacionadas ao uso de estomas (colostomia, traqueostomia, gastrostomia, entre outros)
n) Realizar curativos para a manutenção do leito da ferida limpo, livre do risco de infecção
o) Coletar material biológico utilizando instrumentos adequados e técnica asséptica, inclusive durante o envio das amostras
p) Acondicionar e transportar os medicamentos de forma segura

[10] **Relacionadas ao ambiente**:

a) Avaliar a insfraestrutura (iluminação, ventilação, organização do mobiliário) do domicílio
b) Organizar o ambiente e o material de trabalho
c) Avaliar a limpeza do ambiente domiciliar e peridomiciliar para identificação de riscos biológicos como a presença de vetores e animais domésticos
d) Manusear e descartar corretamente os resíduos provenientes do atendimento no domicílio

[11] **Relacionadas ao profissional**:

Diretrizes gerais	**Competências** Relacionadas pelos enfermeiros (p. - 79 a 83)	**Nível de Evidência**
biossegurança e fornecer destino adequado aos RSS com risco biológico resultantes dos procedimentos técnicos realizados		
Atentar para as recomendações referentes à Política de Saúde do Trabalhador/Saúde Ocupacional	34	
Implementar a monitorização dos casos de infecção comunitária[12], assim como a ocorrência de cepas multirresistentes	11, 4, 30, 33, 38, 41	
Promover a mudança de comportamento por meio de estratégias educativas	7, 8, 12, 13, 14, 17, 21, 24, 39,	
Intervir nas situações clínicas de infecção[13] com vistas à recuperação e promoção da saúde	1, 5, 16,22, 26, 43	

a) Usar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) em todo e qualquer atendimento (seguir precauções padrão),
b) Receber imunização para as doenças transmissíveis
c) Seguir as condutas padronizadas em caso de acidentes com exposição à material biológico

[12] **Relacionadas à organização do serviço de Atenção Domiciliar**:
a) Implantar e participar da Comissão de Controle de Infecção no Domicílio (CCID)
b) Implantar e participar do Programa de Vigilância das Infecções no Domicílio
c) Implantar e participar do Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde
d) Supervisionar os procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos utilizados para a realização da assistência
e) Realizar atividades de Educação Permanente para a equipe multiprofissional de atendimento no domicílio, especialmente a equipe de enfermagem
f) Avaliar periodicamente os programas de vigilância e controle de infecção

[13] **Terapia infusional:**
a) Escolha do cateter: dar preferência a utilização de cateteres de teflon e poliuretano ao de PVC
b) Escolha do local de inserção: cateterizar principalmente membros superiores
c) Tempo para troca do cateter:
d) Preparo da medicação parenteral: realizá-lo com técnica asséptica, em uma área limpa de menor fluxo de pessoas, e utilizá-la imediatamente
e) Estocagem e transporte de medicamentos: devem ser acondicionados em sacos plásticos limpos observando a manutenção da temperatura dos mesmos

Cuidado com feridas:
a) Observação de sinais de infecção: a cada troca de curativo observar a ferida para vigilância de infecção, ou qualquer sinal sugestivo como a presença de dor, hiperemia ou secreção purulenta

Diretrizes gerais	**Competências** Relacionadas pelos enfermeiros (p. - 79 a 83)	**Nível de Evidência**
Aplicar as evidências científicas na cuidado ao ambiente/família/indivíduo com vistas à redução da transmissão microbiana	23, 48	Preferencialmente Níveis 1 e 2
Gerir recursos humanos e materiais necessários ao desenvolvimento do trabalho na Atenção Domiciliar, com vistas à redução dos riscos biológicos no domicílio	4, 40	

Fonte: Elaborada pela autora

No entanto, diretrizes baseadas em evidências para o controle dos riscos ambientais recomendam a limpeza como atividade fundamental e prioritária.

b) Monitoramento das soluções de irrigação de feridas: observar a presença de partículas que indiquem a contaminação da solução; se qualquer problema for identificado, descartar a mesma

Cuidado com o trato urinário:

a) Limitação do uso de cateteres urinários: limitar o seu uso, dando preferência a técnicas alternativas de drenagem urinária
b) Instalação do cateter: deve ser feita com técnica asséptica, mantendo o sistema fechado
c) Troca do cateter urinário: indicada quando houver alteração estrutural ou funcional (obstrução do tubo de drenagem, vazamentos, presença de grumos) do mesmo. Geralmente deve ser trocada a cada 30 dias
d) Manutenção do cateter urinário: manter o sistema de drenagem fechado, com válvula anti-refluxo; não desconectar o tubo de drenagem do saco coletor; descontaminar com álcool a 70% a conexão do tubo coletor antes da coleta de exames; não deixar o tubo de drenagem em uma posição inferior ao saco coletor, muito menos no chão; para esvaziar o saco coletor utilizar um frasco limpo
e) Irrigação do cateter urinário: a irrigação do tubo e saco coletor para desfazer possíveis obstruções no cateter unrinário não deve ser uma prática rotineira, pois ocasiona a quebra do sistema fechado de drenagem. Quanto ao meato urinário,está recomendada a higiene do local apenas com água e sabão

Cuidados com circuitos respiratórios:

a) Posição do paciente no leito: manter decúbito do paciente elevado entre 30 e 45 graus, para evitar aspiração do conteúdo gástrico
b) Imunização realizar vacinas contra pneumococo e influenza no paciente
c) Controle do volume enteral: controlar o volume de dieta enteral do paciente, pois aumento do volume gástrico facilita a regirgitação
d) Posição de sonda enteral: verificar rotineiramente a posição da sonda enteral (caso o paciente estiver utilizando-a)
e) Administração de medicamentos: observar indicações para utilização de medicamentos que elevem muito o pH gástrico ou antibióticos profiláticos, as quais são restritas e padronizadas
f) Troca dos circuitos respiratórios: trocar os circuitos a cada 7 dias e desprezar o condensado de maneira a não contaminar o circuito
g) Aspiração do trato respiratório: aspirar as vias aéreas, utilizando líquido estéril para a sucção das secreções e reaproveitando a sonda, desde que seja feita limpeza da mesma entre cada uso
h) Cuidados com a traqueostomia: realizar higiene da cânula e do orifício da traqueostomia quantas vezes forem necessárias para manter a pele limpa e seca para prevenir escoriações ao redor do estoma. Ao realizar a troca do cânula traqueal externa, fazê-la com técnica asséptica

Cuidados com alimentação enteral:

a) Preparo da alimentação: realizar higienização das mãos antes do preparo;
b) Manter utensílios domésticos limpos
c) Infundir as dietas em até 8 horas após o preparo das mesmas; conservar em geladeira por até 24 horas, caso não sejam consumidas.
d) Limpeza das sondas: higienizar o lúmen das sondas com água entre as infusões de dieta

Protocolos de controle ambiental que obtiveram êxito mostram alta variabilidade nos desfechos, e as intervenções são dificilmente mantidas se não houver um programa paralelo de educação. Destaca ainda, séries de estudos em que medidas de higiene ambiental, por exemplo, para alérgenos, acompanhavam a redução no nível de exposição a aeroalérgenos com resultados clínicos positivos. Assim, medidas de higiene do ambiente devem ser mantidas continuamente na prevenção das doenças. O desafio a longo prazo é manter a aderência às instruções.

A enfermagem deve atentar para questões associadas as práticas básicas de higiene, princípios de assepsia, o manejo de resíduos, até aspectos mais complexos quando prestam assistência no domicílio. Além disso, apesar do trabalho ser em equipe, os profissionais de enfermagem, muitas vezes, ocupam lugares de liderança, tornando-se responsáveis pelas unidades e tendo, portanto, que responder por questões técnicas como a gestão das práticas de prevenção e controle da infecção. Há uma série de aspectos relacionados à assistência domiciliar, seja por parte de profissionais, usuários e/ou cuidadores, que precisam ser discutidos e que representam grande desafio para os serviços públicos e privados que prestam assistência no domicilio. Dentre esses desafios estão: a qualificação dos profissionais e dos usuários e/ou cuidadores que geram esses resíduos; a disponibilização de recursos materiais, a determinação de quem e como se fará a implantação das práticas.

Destacamos que a maior parte desses desafios não depende apenas da gestão local, mas da articulação e vontade política do município, principalmente, quando se depara com os resíduos gerados com risco biológico no domicilio. O enfrentamento do gerenciamento adequado dos resíduos nos domicílios deve envolver e ampliar a participação coletiva de gestores da saúde e meio ambiente, trabalhadores da saúde, coleta urbana e comunidade em debates e discussões que levem a propostas de políticas públicas voltadas para as especificidades do manejo dos RSS nos domicílios. Por fim, os resultados desse estudo mostram a importância da atuação da equipe de enfermagem na execução e orientação do manejo adequado de RSS no domicílio e o enfrentamento dos desafios para contribuir na formulação de políticas públicas direcionadas para esse foco (ALVES et al., 2012).

A relação de cuidado entre os sujeitos envolvidos na atenção domiciliar tem se mostrado um importante desafio para os profissionais, por se tratar de um ambiente não legitimado socialmente como campo de práticas da saúde,

diferentemente dos hospitais e outras instituições de saúde, onde a equipe técnica se sente familiarizada e protegida pelas normas das instituições. A produção do cuidado no domicílio exige dos profissionais maior implicação em reconhecer e respeitar a singularidade de cada família e desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas diferenciadas, de acordo com a necessidade de cada paciente. A atenção domiciliar incorpora novas práticas adequadas a esse novo ambiente, necessitando das tecnologias duras, leve-duras e leves, sendo as relações desenvolvidas em domicílio um bom exemplo de tecnologia leve, com a produção de vínculo, autonomia e acolhimento (MERHY, 2002).

Assim, a competência profissional na AD em saúde com ênfase na prevenção e controle dos riscos de infecção permanece um tema inquietante no contexto atual caracterizado por dificuldades e incertezas quanto ao reconhecimento da situação e a tomada de decisão sobre as intervenções apropriadas diante da precariedade de condições de materiais. A competência profissional, portanto, implica em ação pertinente, mobilização e combinação de recursos, conexão entre situações, aprendizado e envolvimento com soluções e resultados para os problemas organizacionais. Sem duvida, a competência no contexto da formação dos profissionais em saúde, é um termo complexo que envolve a articulação de aprendizados nas esferas cognitiva, psicomotora e socioafetiva.

O Brasil é um país de dimensões continentais nas quais convivem conquistas, potencialidades e um quadro de desigualdades em sua estrutura social e econômica, seja do ponto de vista geográfico, seja do acesso a bens e serviços. na área da saúde. Entretanto, o SUS tem uma proposta avançada de atenção à saúde que se depara tanto com dificuldades específicas de consolidação das diretrizes dessa atenção como de enfrentamento de uma situação de saúde marcada pela superposição de danos e riscos epidemiológicos de natureza aguda e condições crônicas relacionadas a um maior ou menor grau de desenvolvimento e de urbanização, condicionados por transformações demográficas e epidemiológicas.

É no descompasso entre a formação dos novos profissionais de saúde e as necessidades dos usuários do sistema que está o grande entrave da relação Serviços e Ensino. Mesmo diante da necessidade de uma formação e atuação mais integral busca-se incansavelmente subsídios para afirmar que a integralidade das ações em saúde deve ser precedida pela aplicabilidade de alguns princípios entre os quais a prevenção de riscos de infecção.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho representa uma importante contribuição para a segurança e qualidade do cuidado de enfermagem no ambiente domiciliar, especialmente no que concerne as práticas de prevenção e controle da infecção. Com base nesse entendimento, o estudo teve a aproximação com a realidade por meio das opiniões dos enfermeiros. Para tal, a técnica Delphi se mostrou eficaz na busca por consenso seja ele de caráter teórico ou prático. Tem-se alguns itens que mostram a inter-relação com a prática hospitalar, entre eles: HM, usoo de luvas bem com de EPI e aplicação da técnica asséptica.

As ações preventivas de infecção estão atreladas aos fatores de risco. Por outro lado é necessário que cada país e região tenha seu instrumento validado para avaliação de risco. Essa determinação de risco estimula a população a tomar decisões fundamentadas epidemiologicamente, fomenta comportamentos de prevenção e complementa o sistema de vigilância.

As atividades, em menor ou maior escala, devem articular os setores e autoridades sanitárias dos órgãos da administração direta e indireta do SUS, bem como: Ministério da Saúde, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Ministério da Ciência e Tecnologia, Ministério das Comunicações, Defesa, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Educação e Cultura, Fazenda, Integração Nacional, Justiça, Meio Ambiente, Pesca e Agricultura, Planejamento, Orçamento e Gestão, Relações Exteriores, Transportes, Turismo, e Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Dependendo da característica do evento monitorado, um número maior ou menor de órgãos estará envolvido.

Acresce-se a necessidade de fomentar ou incrementar as comissões: de Controle de Infecção, Educação Continuada em Enfermagem, Controle de Qualidade e Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, dentre outras, capazes de conjuntamente promover a melhoria de qualidade da assistência à saúde prestada à população.

É oportuno mencionar que alguns fatores podem estar interferindo na qualidade do cuidado de enfermagem prestado, entre eles: o quadro de pessoal, dificuldade na uniformização do procedimento, bem como, o caráter com que as

políticas publicas está sendo veiculadas e, ainda, a dificuldade de participação dos profissionais nos processos educativos oferecidos. Assim, competência dos enfermeiro para com as praticas de prevenção e controle da infecção no ambiente domiciliar permanece um tema inquietante no contexto atual de assistência.

A relação de cuidado entre os sujeitos envolvidos na AD tem se mostrado um importante desafio para os profissionais, por se tratar de um ambiente não legitimado socialmente como campo de práticas da saúde, diferentemente dos hospitais e outras instituições de saúde. A produção do cuidado no domicílio exige dos profissionais maior implicação em reconhecer e respeitar a singularidade de cada família e desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas diferenciadas, de acordo com a necessidade de cada situação.

É importante destacar Merhy (2002) que reconhece a necessidade de incorporar tecnologias no ambiente domiciliar sejam elas duras, leveduras e leves, sendo as relações desenvolvidas em domicílio um exemplo de tecnologia leve, com a produção de vínculo, autonomia e acolhimento.

Assim, a competência profissional na AD em saúde com ênfase na prevenção e controle dos riscos de infecção, permanece um tema inquietante no contexto atual caracterizado por dificuldades e incertezas quanto ao reconhecimento da situação e a tomada de decisão sobre as intervenções apropriadas diante muitas vezes, da precariedade de condições. A competência profissional, portanto, implica em ação pertinente, mobilização e combinação de recursos, conexão entre situações, aprendizado e envolvimento com soluções e resultados para os problemas organizacionais. Diante do exposto, acredita-se que a prática baseada em evidências científicas é uma abordagem fundamental, no sentido de fornecer relevantes subsídios para nortear ações.

Sem perder a importância de aspectos básicos a enfermagem deve atentar para questões associadas as práticas básicas de higiene, princípios de assepsia, o manejo de resíduos e outras práticas mais complexas quando prestam assistência no domicílio. Além disso, apesar do trabalho ser em equipe, os profissionais de enfermagem, muitas vezes, ocupam lugares de liderança, tornando-se responsáveis pelas unidades e tendo, portanto, que responder por questões técnicas como a gestão das práticas de prevenção e controle da infecção.

Há uma série de aspectos relacionados à assistência domiciliar, seja por parte de profissionais, usuários e/ou cuidadores, que precisam ser discutidos e que

desafiam os serviços públicos e privados que prestam assistência no domicilio. Dentre os quais estão: a qualificação dos profissionais e dos usuários e/ou cuidadores.

Destacamos que a maior parte desses desafios não depende apenas da gestão local, mas da articulação e vontade política do município, principalmente quando se depara com a falta de saneamento básico e a elevação dos riscos biológicos no domicilio. O enfrentamento das situação nos domicílios deve envolver e ampliar a participação coletiva de gestores da saúde e meio ambiente, trabalhadores da saúde, coleta urbana e a comunidade em geral. Por fim, os resultados desse estudo mostram a importância da atuação da equipe de enfermagem na execução e orientação dos riscos para infecção no domicílio e o enfrentamento dos desafios para contribuir na formulação de políticas públicas direcionadas para esse foco.

O Brasil é um país de dimensões continentais nas quais convivem conquistas, potencialidades, desigualdades em sua estrutura social e econômica, seja do ponto de vista geográfico, seja do acesso a bens e serviços. Não obstante, depara-se tanto com dificuldades específicas como de enfrentamento de uma situação de saúde marcada pela superposição de danos e riscos epidemiológicos de natureza aguda e condições crônicas relacionadas a um maior ou menor grau de desenvolvimento e de urbanização, condicionados por transformações demográficas e epidemiológicas.

É no descompasso entre a formação dos profissionais de saúde e as necessidades dos usuários do sistema, que está o grande entrave da relação qualidade da assistência a saúde e segurança. Mesmo diante da necessidade de uma formação e atuação mais integral, busca-se incansavelmente subsídios para afirmar que a integralidade das ações em saúde deve ser precedida pela aplicabilidade de alguns princípios entre os quais a prevenção de riscos de infecção.

Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos posteriores, tendo como foco o impacto das diretrizes no processo de trabalho e nas ações preventivas, bem como no ensino de graduação.

Entendemos que pesquisas acerca da prevenção de infecção no ambiente doméstico são relevantes no sentido de elucidar questionamentos ainda sem respostas, auxiliar a tomada de decisão frente às controvérsias, apoiar a adoção de estratégias educacionais pautadas em práticas básicas de higiene, uso de

tecnologias de informação e comunicação, o que sem dúvida, repercutirá na segurança e qualidade aos usuários e familiares.

Destaca-se algumas limitações do estudo que devem ser apontadas, entre elas: o número limitado de participantes/enfermeiros em todas as etapas do estudo, ausência de instrumentos validados de avaliação da competência profissional voltados a prática de prevenção e controle da infecção. Ainda, consideramos a relevância da participação dos peritos que pudessem emitir sugestões pertinentes à temática.

Por outro lado, há que se considerar que a utilização da *Técnica Delphi* constituiu-se em um instrumento valioso na busca de consenso entre os enfermeiros.

Ao finalizar esta pesquisa, iniciamos reflexões mais críticas e compartilhadas sobre a prática assistencial da enfermagem no ambiente domiciliar. Embora com dificuldades, o serviço de enfermagem em AD, dispõe, sem dúvida de um terreno fértil de intervenções educativas e de mudanças de comportamento.

REFERÊNCIAS[14]

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Módulos 1, 2 e 5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, 2004a. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/iras.html>. Acessado em 18 abr. 2013.

_____. **Infecções Relacionadas aos Serviços de Saúde**. Orientação para Público em Geral. Conhecendo um pouco mais sobre infecção. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br /servicosaude/controle/iras.html>. Acessado em 18 abr. 2013.

_____. **Legislação e criação de um programa de prevenção e controle de infecção hospitalar**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, 2004b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/iras.html>. Acessado em 15 jan. 2012.

_____. **Resolução Diretoria Colegiada (RDC) nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Diário Oficial da União, Brasília, 30 de janeiro de 2006. Seção 1, p. 78.

AGUIAR, A. C. A Pesquisa e a Educação Médica no Brasil Hoje: reflexões sobre Metodologia e Estratégias. In: MARINS, J. J. N. et al. (orgs). **Educação Médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abem, 2004. p. 30.

ALBUQUERQUE-COSTA, P. et al. Administrative measures for preventing Mycobacterium tuberculosis infection among healthcare workers in a teaching hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Journal of Hospital Infection**, Londres, v. 72, n. 1, p. 57-64, 2009.

ALVES, S. B. et al. Manejo dos resíduos gerados na assistência domiciliar pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 128-134, 2012.

AMARAL, N. N. et al. Assistência Domiciliar à saúde (*Home Health Care*): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 485-93, 2001.

[14] De acordo com as Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: Documento eletrônico Parte I (ABNT)/ Sistema de Bibliotecas Da USP, 2009. 102 p.

ANDRADE, D.; ANGERAMI, E. L. S. *Reflexões acerca das infecções hospitalares* às *portas* do *terceiro milênio.* **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 32, p. 492-497, 1999.

ARAÚJO, F. M. L. **Desenvolvimento de competências profissionais**: as incoerências de um discurso. 2001. 218 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

ARIAS, K. M.; SOULE, B. M. (Orgs.). **Manual de Controle de Infecções da APIC/JCAHO**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (APECIH). **Prevenção e Controle de infecções associadas à assistência médica extra-hospitalar**: ambulatórios, serviços, diagnósticos, assistência domiciliar e serviços de longa permanência. São Paulo: APECIH, 2004.

ÁVILA, H. A.; SANTOS, M. P. S. A utilização de cenários na formulação e análise de políticas para o setor público. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 17-33, 1988.

BARBOSA, L. A. et al. A educação em saúde como instrumento na prevenção de parasitoses. **Revista Brasileira em Promoção à Saúde**, Fortaleza, v. 22, n. 4, p. 272-278, 2009.

BEAUCHAMP T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BORGES, E. L. **Tratamento tópico de úlcera venosa:** proposta de uma diretriz baseada em evidências. 2005. 305f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BOYCE, J. M.; PITTET, D. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA. Hand Hygiene Task Force. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, New Jersey, v. 23, p. 3-40, 2002. Supplement 1.

BRANDÃO, H. P.; GUIMARÃES, T.; BORGES-ANDRADE, J. E. Competências profissionais relevantes à qualidade no atendimento bancário. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n.6, p. 61-81, 2001.

BRASIL. Carta aberta do Ministro da Saúde: O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 201-204, 2009a.

_____. Conselho Nacional de Educação. Institui diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem. Resolução nº 3 de 7 de novembro de 2001. In: ALMEIDA, M. **Diretrizes curriculares dos cursos universitários da área da saúde**. Londrina: REDE UNIDA, 2003d, p. 8-15.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Vigilância ambiental em Saúde**/Fundação Nacional de Saúde. Brasília: FUNASA, 2002c.

_____. **Lei nº 8.974**. Dispõe sobre a criação da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança. Diário Oficial da União, 1995. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>. Acessado em 20 nov. 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Censo 2010. Características das moradias**. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/moradias>. Acessado em 20 jan. 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050** – Revisão, 2008. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 20 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde**. 2. ed. Brasília,1994. 50 p.

_____. Ministério da Saúde. **Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde** – versão preliminar. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão na Educação na Saúde. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998.** Diário Oficial da União 13 de maio de 1998. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616_98.htm>. Acesso em 26 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 356, de 20 de fevereiro de 2002**. Regulamenta a Assistência Domiciliar no Brasil. Diário oficial da União de 22 de fevereiro de 2002a, Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 343, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui a Comissão de Biossegurança em Saúde. Brasília, 2002b. Disponível em <http://www.portal.saude.gov.br>. Acessado em 09 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde:** Declaração de Alma-Ata, Carta de Otawa, Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Projeto Promoção da Saúde. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 306 de 07 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União 10 de dezembro de 2004. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Cadernos de Atenção Básica; nº 27**- Diretrizes do NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 108 p.: – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13).

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde** (SIA/SUS), 2003c. Disponível em: <http://*www.saude.gov.br*>. Acessado em 12 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção domiciliar**. Brasília. 2 v., 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações: 30 anos**. Série C. Projetos e Programas e Relatórios. Brasília, 2003b.

_____. **Norma Regulamentadora nº 32**. Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, Brasília, 2005.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BUSSAD, W. O.; MORETTIN, P. A. **Estatística básica**. São Paulo: Atual, 1987.

CAMARGO, B. V. Alceste: um programa informativo de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Orgs.) **Perspectivas teóricas – metodológicas em representações sociais.** João Pessoa: Universitária, 2005. p. 511-540.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 229-266.

CARVALHO, L. C. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

CASTRO, A. M. et al. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde**. Brasília, DF: CEAD/FUB, 2010.

CASTRO, R. et al. Comorbidades e sinais de alerta da pneumonia adquirida na comunidade: análise de pacientes com mais de 50 anos. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, v. 33, n. 2, p. 70-73, 2008.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 429-434, 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. CDC Surveillance Summaries, **Morbidity and Mortality Weeky Report**, Atlanta, v**.** 48, n. 8, p. 1-156, 1999.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. CDC. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committed (HICPAC). **Morbidity and Mortality Weeky Report**, Atlanta, v. 24, n. 7, p. 1-73, 2006. Disponível em:<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/ar/MDROGuideline2006.pdf>. Acessado em 3 jan. 2013.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CHINNES, L. F. **Applying infection prevention principles in nonacute settings**. Presented at the Association for Professionals in Infection Control 33rd Annual educational Conference and International Meeting, p. 11-15. Tampa, Flórida, 2006.

COLE, M. Infection control: worlds apart primary and secondary care. **British Journal of Community Nursing**, Londres, v. 12, n. 7, p. 301-6, 2007.

COSTA, B. et al. Assistência de enfermagem domiciliar à família e portadores de transtorno mental: relato de experiência. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 354-358, 2010.

COUTINHO, A. P. Controle de infecções associadas à assistência médica extra-hospitalar: ambulatórios, hospitais de retaguarda e assistência domiciliar. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – APECIH. **Prevenção e Controle de infecções associadas à assistência médica extra-hospitalar**: ambulatórios, serviços, diagnósticos, assistência domiciliar e serviços de longa permanência. São Paulo: APECIH, 2004, p. 11-19.

COUTINHO, S. S. **Competências do Profissional de Educação Física na Atenção Básica**. 2011. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

COUTO, R. C.; PEDROSO, E. R. P.; PEDROSA, T. M. G. História do controle da infecção hospitalar no Brasil e no mundo. In: COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. **Infecção hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 3-8.

CRUZ, I. C. F.; BARROS, S. R. T. P; FERREIRA, H. C. Enfermagem em Home Care e sua inserção nos níveis de atenção à saúde: a experiência da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro. v. 1, n. 4, p. 35-38, 2001.

DA CRUZ, I. B. M.; ALHO, C. S. Envelhecimento populacional: panorama epidemiológico e de saúde do Brasil e do Rio Grande do Sul. In: JECKEL, N. E.; DA CRUZ, I. B. M. (Orgs.). **Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento II.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000, p. 175-191.

DAL BEN, L. W.; GAIDZINSKI, R. R. Proposta de modelo para dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 97-103, 2007.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 5-15, 2001.

DESAULNIERS, J. B. R. Formação, competência e cidadania. **Educação e Sociedade**, Campinas, v.18, n. 60, p. 51-63, 1997.

DESLANDES, S. F. et al. Use of the Nominal Group Techinique and the Delphi Method to draw up evalution indicators for strategies to deal with violence against children and adolescents in Brazil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, p. 529-537, 2010.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. Diretrizes e estratégias da Rede IDA. **Boletim informativo da Rede IDA**, v. 9, n. 7, p. 6-7, 1992.

DURAND, T. L´alchimie de la compétence. **Revue Française de Gestion**, Paris, n. 127, p. 84-102, 2000.

EDDY, D. Practice policies, what are they? **JAMA**, v. 263, p. 877-880, 1990.

FABRÍCIO, S. C. C. et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 721-726, 2004.

FATER, K. H.; READY, R. An education-service partnership to achieve safety and quality improvement competencies in nursing. **Journal of Nursing Education**, New York, v. 50, n. 12, p. 693-696, 2011.

FEIJÓ, R. B.; SÁFADI, M. A. P. Imunizações: três séculos de uma história de sucessos e constantes desafios. ***Jornal de Pediatria,*** *Rio de Janeiro, v. 82, n. 3, p. 1-3, 2006.*

FEITOSA, W. M. N. **As competências do profissional de Educação Física**: um estudo Delphi, 2002. 131 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

FEITOSA, W. M. N.; NASCIMENTO, J. V. As competências específicas do profissional de educação física que atua na orientação de atividades físicas: um estudo Delphi. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 11, n. 4, p. 19-26, 2003.

FERNANDES, A. T. **Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. website . 2013. Disponível em: <http://www.ccih.med.br/right.html>. Acesso em 20 mai 2013.

FERNANDES, A. T.; RIBEIRO FILHO, N. (Orgs.). **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5. ed. São Paulo: Positivo, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana Salud Publica**, México, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.

FIGUEIREDO, M. L. F. et al . Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio.**Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 464-469, 2008.

FIGUEIREDO, R. M.; MAROLDI, M. A. C. Internação domiciliar: risco de exposição biológica para a equipe de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 145-50, 2012.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Revista da Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 183-196, 2001. Número especial.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 23. ed. São Paulo: Graal, 2007.

FREITAS, H. et al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração,** São Paulo, v. 35, n. 3, p. 105-12, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

FREITAS, T. A. R. et al. Proposta de cuidado domiciliar a crianças portadoras de doença renal crônica. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 111-9, 2011.

FRIEDMAN, C. et al. Requirements for infrastructure and essential activies of infection control and epidemiology in out-of-hospital settings: a consensus panel report. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, New Jersey, v. 20, n. 10, p. 695-705, 1999.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da Assistência Domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-53, 2006.

GONÇALVES, A. M. et al. Cuidadora domiciliar: por que cuido? **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 4, p. 315-320, 2005.

GONTIJO, L. P. T. **Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde**. 2007. 228 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GOODMAN, R. A.; SOLOMON, S. T. Transmission of infectious diseases in outpatient heath care settings. **JAMA**, Chicago, v. 256, p. 2377-2381, 1991.

GOPAL, R. G. et al. Marketing hand hygiene in hospitals-a case study. **Journal of Hospital Infection**, Londres, v. 50, n. 1, p. 42-47, 2002.

GUERRERO, G. P; BECCARIA, L. M; TREVIZAN, M. A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares**. Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.6, 2008.

GURGEL, C. B. F; ROSA, C. A. P. História da Medicina: a Varíola no Brasil Colonial (Séculos XVI E XVII). **Revista de Patologia Tropical**, Goiânia, v. 41, n. 4, p. 119-135, 2012.

HALEY, R. W. et al. The nationwide nosocomial infection rate: a new need vital statistics. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 121, n. 2, p. 159-167, 1985.

HERMANN, A. P. et al. A formação para o cuidado domiciliar: aspectos encontrados na produção científica brasileira. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 748-54, 2009.

HIGGINSON, R. IV therapy and infection control in patients in the community. **British Journal of Nursing**, Londres, v. 20, n. 3, p. 62-65, 2011.

HIRSCHFELD, M. J.; OGUISSO, T. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do Home Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 452-459, 2002.

HOSPITAL GERAL. **Comunidade**. Prestação de cuidados em domicílio – o Home care. 2012. Disponível em :<http:// www.hospitalgeral.com.br>. Acessado em 13 jun. 2012

JARVIS, W. R. Infection Control and Changing Health-care Delivery Systems. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 7, n. 2, p. 170-3, 2001.

JORGE, M. S. B. et al. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação no tratamento de pessoas com transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p.135-142, 2008.

KAYO, E. K.; SECURATO, J. R. Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 51-61, 1997.

KENNELEY, I. L. Infection Control and Prevention in Home Healthcare. **Home Healthcare Nurse**, Philadelphia, v. 5, n. 7, p. 459-69, 2007.

KLUYTMANS-VANDENBERGH, M. F. Q.; KLUYTMANS, J. A. J. W. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: current perspectives. **Clinical Microbiology and Infection**, Switzerland, v. 12**,** p. 9–15, 2006. Supplement 1.

KNUTH, A. G. et al. Rede Nacional de Atividade Física do Ministério da Saúde: resultados e estratégias avaliativas. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 229-33, 2010.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 307-313, 2003.

LALUNA, M. C. M. **Os sentidos da avaliação na formação de enfermeiros orientada por competências.** 2007. 226 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-79, 2005.

LINSTONE, H. A.; TUROFF, M. **The Delphi Method**: techiniques and applications. California: University of Southern California, 2002.

LIONELLO, C. D. L. et al. O fazer das enfermeiras da estratégia saúde da família na atenção domiciliária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 103-10, 2012.

MACEDO, C. G. La salud publica em lãs Americas: documento conceptual y operacional. In: OPS. **Educácion em salud publica**: nuevas perspectivas para las Americas. Washington: OPS, 2001. p. 1-16.

MACHADO, A. L. G.; JORGE, M. S. B.; FREITAS, C. H. A. A vivência do cuidador familiar de vítima de acidente vascular encefálico: uma abordagem interacionista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 246-251, 2009.

MACHADO, A. L. G.; SILVA, M. J.; FREITAS, C. H. A. Assistência domiciliária em saúde: um olhar crítico sobre a produção científica de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 64, n. 2, p. 365-9, 2011.

MANANGAN, L. P. et al. Center for Disease Control and Prevention. Feasibility of national surveillance of health-care-associated infections in home care settings. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 8, n. 3, p. 233-36, 2002.

MARQUES, G. Q.; FREITAS, I. B. A. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 825-832, 2009.

MARTINS, S. K. et al. O enfermeiro docente e o ensino do cuidado domiciliar na graduação. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 10, n. 2, p. 84-89, 2005.

MARTIUS, K. F. P. **Natureza, Doenças, Medicina e Remédios dos Índios Brasileiros (1844)**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1939.

MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M. Satisfação profissional em uma UTI adulto: subsídios para a gestão da equipe de enfermagem. **Nursing**, Barueri, v. 56, n. 56, p. 22-27, 2003.

McGOLDRICK, M. Preventing Infections in Patients Using Respiratory Therapy Equipment in the Home. **Home Healthcare Nurse**, Philadelphia, v. 28, n. 4, p. 212-220, 2010.

McGOWAN, J. E. J. Economic impact of antimicrobial resistance. **Emerging Infection Diseases**, Atlanta, v. 7, n. 2, p. 286-292, 2001. Disponível em:<http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol7no2/pdfs/mcgowan.pdf>. Acessado em 17 abr. 2013.

MEDEIROS, E. A. S.; WEY, S. B.; GUERRA, C. **Diretrizes para a prevenção e o controle de infecções relacionadas à assistência à saúde**. Comissão de Epidemiologia Hospitalar, Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2005.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OUVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & health care**. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Willkins. 2005; p 3-24.

MERHY, E. E. **Saúde:** Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MESQUITA, S. R. A. M. et al. Programa Interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 555-561, 2005.

MONK-TUTOR, M. R. The U.S. home infusion market. **American Journal of Health-System Pharmacy**, Bethesda, v. 55, n. 2, p. 2019-2025, 1998.

MORITZ, R. D. et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 422-428, 2008.

MUKAI,S. T. **Direito à moradia e a concessão especial para fins de moradia**. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://direitopublicoponto.com>. Acessado em 30 jun. 2013.

MURRAY, P. R. et al. **Staphylococcus and related organisms**: Medical Microbiology. 5 ed. St. Louis: Mosby, 2005.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3. ed. Londrina: Midiograf, *2003.*

NASCIMENTO, J. V. **A formação inicial universitária em educação física e desportos**: uma abordagem sobre o ambiente percebido e a auto-percepção de competência profissional de formandos brasileiros e portugueses. 1998. 367 f. Tese (Doutorado em Ciências do Desporto e de Educação Física) – Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade de Coimbra, Coimbra, 1998.

NICHIATA, L. Y. I. et al. Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 61-70, 2004.

NICOLLE, L. E. Infection Control in long-term care facilities. **Infction Control and Hospital Epidemiology**, New Jersey, v. 21, n. 6, p. 537-45, 2000.

OLIVEIRA, R.; MARUYAMA, S. A. T. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel de estado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 775-783, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção primária em saúde nas Américas**. Washington, DC, 2007.

PAIVA, F. F. S.; ROCHA, A. M.; CARDOSO, L. D. F. Satisfação profissional entre enfermeiros que atuam na assistência domiciliar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1452-1458, 2011.

PANERAI, R. B.; PEÑA-MOHR, J. **Health technology assessment methodologies for developing countries**. Washington, D. C.: Pan American Health Organization, 1989.

PEREIRA, C. A. C. et al. Diretrizes para pneumonias adquiridas na comunidade em adultos imunocompetentes. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 30, p. 1-24, 2004. Suplementar 4.

PEREIRA, M. J. B. et al. A assistência domiciliar – conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1001-1010, 2005.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de Atenção Básica em Saúde do Distrito Oeste do Município de Ribeirão Preto**. 2008. 236 f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no Serviço de Assistência Domiciliar** – potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem. 2001. 236 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PERSEGONA, K. R. et al. A dimensão expressiva do cuidado em domicílio: um despertar a partir da prática docente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 386-391, 2007.

PIERANTONI, C. R.; RIBEIRO, E. C. O. A Importância do processo de Educação Permanente na formação do médico: o docente como inovador/mediador/indutor de condições de auto-aprendizagem. In: ARRUDA, B. K. G. (orgs). **A Educação Profissional em Saúde e a Realidade Social.** Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco/ Ministério da Saúde; 2001. p.179-200.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M.; CONSUELO, D. V. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 181-190, 2002. Número especial.

PITTET, D. et al. Infection control as a major World Health Organization priority for developing countries. **The Journal of Hospital Infection**, Londres, v. 68, n. 4, p. 285-292, 2008.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde** (PNCI), 2006. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>. Acessado em 01 dez. 2011.

PORTUGAL. Ordem dos enfermeiros. **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Grafinter, 2003.

PORTUGAL. Ordem dos enfermeiros. **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica**. Lisboa: Grafinter, 2010.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**: conceitos, processo e prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

PUSCHEL, V. A. A.; IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. Competências psicossociais para a assistência domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 58, n. 4, p. 466-470, 2005.

PUSCHEL, V. A. A.; IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. Instrumento para a abordagem psicossocial do indivíduo e da família na assistência domiciliar – condições de aplicabilidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 203-212, 2005.

RAMOS, M. N**. A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2002.

REINERT, M. **ALCESTE**: Analyse de Donnes Textuelles. Paris: Societé IMAGE, 1998.

RHINEHART, E. Infection Control in Home Care. **Emerging Infction Diseases**, Atlanta, v. 7, n. 2, p. 208-11, 2001.

RIBEIRO, A. S. M**. Análise Quantitativa de Dados Textuais -** Manual. Laboratório de Psicologia do Desenvolvimento Social. Instituto de Psicologia – UNB. Brasília, 2004.

RIBEIRO, E. C. O. **Representações de alunos e docentes sobre as práticas de cuidado e de formação: uma avaliação de experiências de mudança em escolas médicas**. 2003. 232f. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

RIBEIRO, E. C.; MOTTA, J. I. Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Brasília, v. 12, p. 39-44, 1996.

RODRIGUES, M. R.; ALMEIDA, R. T. Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio – um estudo de caso. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 20-24, 2005.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SAKANO, L. M; YOSHITOME, A. Y. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 495-498, 2007.

SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 659-664, 2007.

SANTOS, A. M. R. et al. As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 441-47, 2008.

SANTOS, L. R.; LEON, C. G. R. M. P.; FUNGHETTO, S. S. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 855-63, 2011. Número especial.

SANTOS, E. M.; MORAES, S. H. G. A visita domiciliária na estratégia saúde da família: percepções de enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 3, p. 492-497, 2011.

SÃO PAULO. **Assistência Domiciliar no Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) de São Paulo**, 2002. Disponível em: <http://www.iamspe.sp.gov.br/idn-saopaulo.htm>. Acessado em 22 jun. 2012.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Divisão de Infecção Hospitalar. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Manual de orientações e critérios diagnósticos.** Sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares do Estado de São Paulo. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/pdf/ih11_dados10.pdf>. Acesso em 20 mai. 2013.

SASSÁ, A. H. et al. Visitas domiciliares como instrumento na assistência ao recém-nascido de muito baixo peso e sua família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 713-721, 2011.

SCHWARTZMANN, P. V. et al. Pneumonia comunitária e pneumonia hospitalar em adultos. **Medicina (Ribeirão Preto),** Ribeirão Preto, v. 43, n. 3, p. 238-48, 2010.

SCHÖN, D. **Educando o profissional reflexivo**: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed; 2000.

SHAH, S. S. et al. Central venous catheter – associated bloodstream infectious in pediatric oncology home care. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, New Jersey, v. 11, n. 7, p. 99-101, 2002.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde:** o debate no campo da saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

SILVA, K. L. et al. Home care as change of the technical-assistance model. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p.166-176, 2010.

SILVA, K. L. et al . Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 408-414, 2012.

SILVA, S. G. A. A. et al. O ciclo hermenêutico e dialético e a técnica Delphi como proposta metodológica para avaliação da ocorrência de Distúrbios Osteomoleculares Relacionados ao Trabalho – DORT. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 22, n. 1, p. 103-12, 2009.

SILVA, R. F.; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 207-16, 1999.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1629-1638, 2006.

SÓ e SILVA, F. **Manual do home care**. 2. ed. São Paulo: Rimed, 2000.

SOUSA, P. A.; FRADE, M. H. L. B. C.; MENDONÇA, D. M. M. V. Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo Delphi. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 368-381, 2005.

SOUZA, M. Controle de riscos nos serviços de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, p. 197-202, 2000. Número especial.

SPÍNOLA, A. W. P. **Delfos**: proposta tecnológica alternativa. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP, 1984.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2004.

STETLER, C. B. et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, Liverpool, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.

STONE, S. P. Soil, seed and climate: developing a strategy for prevention and management of infections in UK nursing homes. **The Journal of Hospital Infection**, Londres, v.4, p. 29-38, 1999. Supplement 1.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do Home Health Care no Brasil. **Revista Administração em Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 15-18, 2000.

TEIXEIRA, P.; VALLE, S. **Biossegurança**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1996.

THOMAS, J. T.; NELSON, S.; SILVERMAN, S. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

UMSCHEID, C. G. et al. Estimating the proportion of healthcare-associated infectios that are reasonably preventable and the related mortality and costs. **Infection Control and Hospital Epidemiology,** New Jersey, v. 32, n. 2, p. 101-114, 2011.

WAIDMAN, M. A. P.; ELSEN, I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.3, p.341-349, 2005.

WEBSTER, N. **Webster's third new international dictionary of the english language, unabridged**. Springfield : G. & C. Merriam, 1981.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**, São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-667.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica**: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública. 2005. 336 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Patient Safety. **WHO guidelines on hand hygiene in health care**: a summary. Geneva: World Health Organization, 2009.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, p. 54-65, 2000.

ZANON, U.; NEVES, J. **Infecções Hospitalares** - Prevenção, Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro : Ed. Médica e Científica, 1987.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Artigo

Assistência de enfermagem no domicílio: um olhar crítico sobre a produção de conhecimento científico

Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle[15]

Denise de Andrade[16]

RESUMO

O presente estudo analisou a produção científica sobre a assistência de enfermagem no domicílio com o intuito de determinar as temáticas de interesse. O método de pesquisa adotado foi a revisão integrativa da literatura. Para a seleção dos artigos utilizaram-se as bases de dados MEDLINE, LILACS, CINAHL e COCHRANE, utilizando-se os descritores: “assistência domiciliar”; “enfermagem” e similares em inglês, e limitação temporal de janeiro de 2009 a maio de 2013. A produção envolveu 187 artigos dos selecionou-se 31. Destacaram-se os estudos descritivos, com 65,8% das publicações. E o ano de 2010 com o maior número de artigos publicados. Os temas foram classificados em quatro áreas relacionadas a assistência domiciliar de enfermagem: pacientes em condições clínicas especiais; gestão/prática, ensino/capacitação, riscos ocupacionais. Infere-se, que ainda são incipientes as pesquisas e os instrumentos para conduzir a prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, principalmente aquelas relacionadas ao controle de infecção, visto que apenas dois artigos trataram dos riscos biológicos para a equipe de saúde e do manejo adequado dos resíduos sólidos dos serviços de saúde no domicílio, respectivamente.
Palavras-chave: Assistência Domiciliar; Enfermagem

Nursing care at home: a critical look at the scientific

ABSTRACT

The present study aimed to search and analyze the scientific literature on the nursing care at home, in general, in order to identify, among others, issues related to infection control in this environment. The research method was a literature review. For the selection of items we used the databases MEDLINE, LILACS, CINAHL and Cochrane, using the keywords: "home care", "nursing" and similar in English and temporal limitation from January 2009 to May 2013. It involved 187 articles were selected from 31. Highlights were descriptive studies, with 65.8% of the publications. And the year 2010 with the highest number of articles published. The subjects were classified into four areas related to nursing home care: patients in special clinical conditions, management / practice, teaching / training, occupational hazards. It is inferred, which are incipient research and tools to drive the provision of nursing care at home, especially those related to infection control, since only two articles dealt with the biological risks to health staff and management are solid waste of health services at home, respectively.
Keywords: Home care; Nursing

[15]Professora Assistente. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Piaui. Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). e-mail: andreiavalle@usp.br.

[16]Professora Associada. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). e-mail: dandrade@usp.br.

INTRODUÇÃO

Os avanços do setor saúde ainda apresentam dificuldades para sustentar a qualidade e a segurança da assistência. A incorporação de novas tecnologias assistenciais possibilitou que tratamentos, antes disponibilizados apenas em hospitais, pudessem ser administrados no ambiente domiciliar [(1)].

Além disso, o envelhecimento da população, a necessidade de garantia da continuidade da assistência e o alto custo do tratamento hospitalar mostram a necessidade de se pensar em nas estratégias/modalidades de atuação e novos espaços que incluem a atenção domiciliar, e a preparação para o autocuidado [(2)].

Nesse contexto, a assistência domiciliar (AD) surge como modelo de atenção integral à saúde dos usuários, corroborando com princípios e diretrizes das políticas públicas de saúde, como o acesso universal e contínuo a serviços de qualidade por meio da vinculação dos mesmos às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa modalidade de assistência está regulamentada, no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria n 2416, de 23 de março de 1998, e o funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar em nosso País pela Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária [(3,4)].

A assistência domiciliar é a provisão de serviços de saúde às pessoas de qualquer idade em seus lares, realizada por equipes especializadas, ou mesmo, pela equipe da ESF, em cenários e contextos peculiares, com os objetivos de promoção, tratamento e recuperação da saúde, envolvendo assim, atividades que vão da educação e prevenção à reabilitação e manutenção da saúde dos sujeitos no contexto das suas residências. Em virtude das características singulares que detém, a AD destaca-se como modalidade de cuidado que pressupõe conhecimentos, habilidades e atitudes ampliadas, direcionadas ao indivíduo, família e comunidade[(5,6,7)].

Dessa forma, a abordagem do cuidado no ambiente domiciliar representa um desafio para o enfermeiro, por possuir características no seu processo de trabalho que se diferenciam muito do modelo hospitalar para o qual, na maioria das vezes, sua formação profissional foi direcionada. Ao adentrar esse espaço, o profissional inclui-se de forma a desenvolver ações e, principalmente, interações com a família, considerando não somente os problemas de saúde do indivíduo, mas observando outros fatores sociais (econômicos, educacionais e culturais), bem como recursos disponíveis na casa, como as condições de higiene domiciliar e peridomiciliar[(8,9,10)].

Sob essa perspectiva, acredita-se que a AD possui “potência instituinte” para transformar a prática de saúde, em especial, da enfermagem, direcionando a construção de estratégias de cuidado mais acolhedoras, marcadas pelo compromisso e responsabilização, como também pela preocupação com o desenvolvimento da autonomia. [11].

Diante do exposto almeja-se analisar a produção científica sobre a atuação da enfermagem na assistência domiciliar com vistas a estabelecer a sua contribuição na redução dos riscos de infecção.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura baseada em publicações indexadas nas seguintes bases de dados: *Index Medicus* Eletrônico da *National Library of Medicine* (MEDLINE), com acesso pela Bireme, Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e COCHRANE *Collaboration* do Reino Unido.

Os critérios de inclusão foram artigos sobre a enfermagem na atenção domiciliar, publicados de 2009 a 2013, em periódicos indexados nas tres bases e; nos idiomas: português, inglês ou espanhol. Identificou-se 277 artigos, dos quais, após a pré-análise excluí-se 244 artigos (repetidos - em mais de uma base de dados, abordarem apenas o tema assistência domiciliar e não incluírem a enfermagem (tabela 1).

Tabela 1: Número de artigos identificados, excluídos e selecionados, segundo a base de dados

Base de Dados	Artigos identificados	Artigos excluídos	Artigos selecionados
LILACS	95	81	14
MEDLINE	67	63	4
CINAHL	60	57	3
COCHRANE	55	45	10
Total	277	246	**31**

Fonte: Elaborada pela autora

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 31 artigos publicados no período de 2009 a 2013 teve o ano de 2010 com maior produção (33,7%) e, quanto ao idioma das publicações (70,6%) eram em português. 65,8% das publicações eram descritivas, 13,4% estudos quase-experimentais, 10,5% survey, 10,3% estudos de revisão, reflexões, relatos de experiência e estudos de caso.

Um aspecto importante a ser ressaltado é o tipo de delineamento das pesquisas analisadas. Os estudos descritivos corresponderam a 66% dos artigos. Os enfermeiros, seja pela proximidade de seu objeto de estudo ou de trabalho, realizam pesquisas descritivas para explorar diversas áreas temáticas, que incluem aspectos relacionados ao profissional, à clientela e aos serviços de Assistência Domiciliar.

No que concerne às temáticas (Tabela 2) observou-se que assuntos associados à prática de enfermagem/gestão e a assistência domiciliar a pacientes em condições clinicas especiais foram os mais freqüentes.

Tabela 2: Distribuição dos artigos segundo área temática e ano de publicação

Áreas temáticas	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**TOTAL**
Pacientes em condições clínicas especiais	2	3	1	1	2	**09**
Gestão	3	7	2	2	1	**15**
Ensino	1	2	00	0	1	**4**
Fatores de Riscos	0	1	1	1	00	**3**
TOTAL	6	13	4	4	4	**31**

Fonte: Elaborada pela autora.

Com relação às produções atreladas pacientes em condições clínicas especiais que recebem assistência de enfermagem, é importante lembrar que nos princípios da política de atenção à saúde no domicílio, prioriza o cuidado para usuários com dificuldade de locomoção, por exemplo: idosos acamados, crianças, pacientes psiquiátricos ou com doenças crônicas incapacitantes. Situações essa contempladas nessa revisão, ou seja, três publicações de idosos acamados, três de doentes mentais, duas crianças e de recém- nascidos com baixo peso, uma de pessoas acometidas de AVC.

Pacientes em condições clínicas especiais

A interpretação dos trabalhos revelou a intenção dos estudiosos em: 1- desenvolver uma proposta de cuidado para crianças com doença crônica a partir das dificuldades enfrentadas no domicilio; 2- relatar as principais dificuldades de familiares e portadores de transtorno mental identificadas durante a realização de visitas domiciliares; 3- descrever o processo de desenvolvimento do plano de assistência a idosos acamados e avaliar fatores associados [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 30].

No tocante as dificuldades de familiares para com o cuidado à criança portadora de doença crônica, em relação ao nível psicobiológico, a descrença, não aceitação e despreparo para o enfrentamento da doença tornam-nos incapazes de compreender a necessidade da criança, bem como de aderir ao tratamento frente à condição crônica. No nível psicossocial a rotina familiar é prejudicada, pelas exigências de retorno ao hospital e dificuldades financeiras decorrentes da adesão ao tratamento. Já no nível espiritual a principal dificuldade está na ansiedade aumentada pela presença de sentimentos de angústia e medo[12].

Nesse sentido, ao direcionar as ações de cuidado dentro das fases do processo de enfermagem para clientes portadores de doenças crônicas, sejam estes crianças ou não, é possível estabelecer prioridades, como: ações que minimizem a ansiedade, as quais podem ser alcançadas à medida que a família é esclarecida e compreende como lidar com a doença; estabelecer uma interação dialógica com a família para que a mesma tenha compreensão do processo saúde-doença e os cuidados necessários no domicílio para prevenção de complicações, o que pode trazer contribuições para promover a autonomia desses sujeitos e para a construção de modos de operar o cuidado que tenham a integralidade e a humanização como eixos norteadores[12].

Quanto ao cliente portador de distúrbio mental, o desconhecimento por parte da família acerca dos sintomas e tratamento da doença, dificuldades do paciente em conseguir e manter o emprego, conflitos de relacionamento, sobrecarga e falta de apoio da família foram as principais dificuldades identificadas em estudos que abordaram o cuidado de enfermagem ao portador desse transtorno.

Em relação à assistência de enfermagem a pacientes com transtorno mental, estudos apontam para a visita domiciliar como uma importante estratégia para consolidação da reforma psiquiátrica no que diz respeito à desinstitucionalização e a reinserção deste na família e na sociedade. Conhecer o contexto em que a família

esta inserida permite desenvolver uma assistência que reconheça as possibilidades e necessidades de cada membro e habilitá-los para o enfrentamento e a adaptação de vida em face do transtorno [13,14,15].

Além disso, é fundamental que a formação profissional do enfermeiro o direcione para adoção de um olhar diferenciado, isento dos estigmas e preconceitos que permeiam a vivência do portador na família e sociedade e, que a rede de atenção à saúde passe a dar suporte à família e ao portador de transtorno mental, provendo assistência integral e digna. Os grupos de autoajuda também contribuem para o resgate da dignidade do ser humano e são instrumentos facilitadores no desenvolvimento de estratégias de reabilitação psicossocial [15].

A respeito dos idosos acamados que recebem assistência no domicílio, é evidente a faixa etária acima de 80 anos, bem como a presença do sexo feminino entre os pacientes, com manifestações de complicações de doenças cardiovasculares e neoplasias e diminuição da capacidade funcional e autonomia. O papel do cuidador principal é assumido por um familiar, geralmente filhas e esposas, com poucos anos de estudo e sem formação específica [16,17].

Foi possível identificar, novamente, dificuldades relacionadas à falta de informação, entre outros geradores de ansiedade na família de idosos acamados como a obtenção de transporte para deslocamento deste para os serviços de saúde. Porém, o apoio dos profissionais de saúde é fundamental para que as famílias mantenham-se capazes de assumir as demandas diárias de cuidado a esses indivíduos[17].

No que concerne ao plano de assistência de enfermagem para idosos acamados no domicílio, o mesmo deve estar relacionado, principalmente, aos cuidados com feridas, sondas de alimentação, manutenção da traqueostomia, entre outros procedimentos. A elaboração de uma proposta de assistência de enfermagem deve incluir aspectos relevantes como a educação em saúde para o cuidador familiar, educação permanente, a sistematização da assistência, a busca por parcerias e o fortalecimento da intersetorialidade[17,18,19].

Os desafios impostos pelo comprometimento da enfermagem, no trabalho vivo de saúde aos pacientes em condições clínicas especiais, exigem da equipe a busca de novas estratégias de organização do trabalho. Essas estratégias devem romper com o modelo biológico e médico centrado, restrito à área física do domicílio. Esse compromisso cidadão do cuidado evidencia que somente a técnica não é

suficiente para dar conta do direito à qualidade da vida e da morte digna. As práticas educativas internas à equipe, aliadas ao trabalho vivo em ato, favorecem a conciliação da ética e da técnica, diminuindo a fragmentação e a dicotomização do cuidado da equipe de enfermagem e de cuidadores leigos.

Gestão / prática da assistência de enfermagem no domicílio

A construção dessa categoria temática ocorreu a partir da observação do interesse dos autores em investigar: conhecer o fazer dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção domiciliar, bem como a sistematização da assistência de enfermagem no domicílio; conhecer a satisfação profissional e a relação entre família e enfermeiro na assistência domiciliar; identificar critérios para a organização da assistência de enfermagem no domicílio, como o dimensionamento dos recursos humanos; avaliar os instrumentos e categorias do cuidar no domicílio, como a visita domiciliar, o cuidado informal e a aplicação de modelos assistenciais; expor a experiência de alguns serviços de saúde que realizam assistência domiciliar, tomando algum indicador para avaliar o cuidado prestado [1,5,6,7-11, 19,20, 22-29].

Os trabalhos trazem conceitos elaborados sistematicamente, os quais traduzem as formas de organização da assistência profissional e informal no domicílio. Destacam-se os conceitos de atenção domiciliar, também denominada atendimento domiciliar, constituindo-se de um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas no domicílio com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde do indivíduo; visita domiciliar, entendida como atendimento realizado por profissional e/ou equipe de saúde na residência do cliente, com o objetivo de avaliar suas necessidades, de seus familiares e do ambiente para construir um plano de cuidados[20,21]; internação domiciliar, categoria mais específica que envolve a utilização de aparato tecnológico em domicílio, de acordo com as necessidades de cada indivíduo, sendo caracterizada pela permanência da equipe de saúde na residência por, no mínimo, quatro horas diárias, com acompanhamento contínuo[5]; cuidado informal, assistência que emerge das relações interpessoais e se constrói no cotidiano familiar e social, realizada por um membro do grupo familiar, amigo ou vizinho residentes no local onde o cuidado é prestado, o qual não tem formação específica, nem recebe remuneração pela ajuda oferecida[22,23].

A partir do entendimento desses conceitos, as narrativas acerca das experiências de alguns serviços de assistência domiciliar em saúde estabelecem como critérios de avaliação os custos com recursos materiais, como dietas e medicamentos[24,25] e as formas como os serviços públicos ou privados se organizam para instituir a mudança no modelo de atenção à saúde, acreditando-se que essa modalidade de assistência possui potência para essa transformação[11].

Tecendo considerações acerca da avaliação da assistência domiciliar, observa-se que as pesquisas elegeram a visita domiciliar como importante estratégia assistencial, pois permite a observação do contexto familiar e a disponibilidade de recursos na comunidade. Aliam-se à visita, a aplicação de modelos assistenciais e de instrumentos de abordagem à família, como formas de apreender as expressões de vida e de saúde/doença apresentadas pelo indivíduo e família, em virtude do vazio teórico-instrumental existente[19].

A apreensão das expressões de vida dos cuidadores informais torna-se uma difícil tarefa para os profissionais de saúde, quando a formação acadêmica é limitante, ou seja, não consegue ampliar a abordagem do sujeito para além da dimensão clínica tradicional[16]. Essa dimensão consiste no fazer profissional voltado para a doença, pautado em saberes e técnicas que não valorizam o sujeito como ser capaz de adquirir conhecimentos para cuidar de si e interferir na evolução do seu processo saúde/doença.

A assistência domiciliar para ser efetiva necessita de profissionais com uma visão ampliada de clínica, a qual volte seu olhar para o ser humano e suas subjetividades. O envolvimento da família no tratamento dos pacientes no domicílio remete à necessidade da elaboração de novas formas de cuidado em saúde[19].

Além disso, é preciso atenção ao dimensionamento de recursos humanos. Nessas circunstâncias, destacam-se os profissionais de enfermagem na implementação da assistência domiciliar e na manutenção da sua qualidade, tendo em vista que o trabalho da enfermagem no contexto domiciliar consiste em cuidar, ajudar a cuidar, orientar e encaminhar. Os seus conhecimentos e o vivenciar das situações possibilitam-lhe saber como agir. Não há como prever uma rotina de atendimento pela dinâmica de cada domicílio. Exigem-se do profissional capacidade de readaptação constante, criatividade e atitude interdisciplinar[6].

Aliada a esta racionalização de recursos humanos, a reestruturação produtiva é evidenciada, no contexto da atenção domiciliar, pelos modos e meios de

organização do cuidado. Assim, a definição dos profissionais que compõem a equipe de atenção domiciliar pode sinalizar uma tentativa, de redução de gastos. Neste sentido nas diferentes modalidades de cuidado no domicílio tem-se configurado a opção por profissionais com formação generalista, como o enfermeiro. Esta opção de um lado justifica-se por este apresentar uma formação capaz de realizar múltiplas atividades (gestão, supervisão, procedimentos, identificação de situações de risco ou vulnerabilidade, articulação dialógica com a família) e, por outro, por representar redução de custos frente ao profissional médico[25].

Considerando-se esses aspectos, é importante que o enfermeiro conheça as reais necessidades de cuidado de seus clientes, a partir da determinação do grau de dependência em relação à equipe de enfermagem[26]. O desempenho da equipe de enfermagem relaciona-se diretamente à adequação do tempo de permanência do profissional no domicílio, de acordo com as necessidades do paciente/família

Fatores de risco a saúde ocupacional e cuidados com resíduos

Os estudiosos investigaram também sobre as ações que envolvem risco biológico para a equipe de saúde no domicílio e o manejo adequado dos resíduos do serviço de saúde nesse ambiente [2,33].

No tocante ao fazer dos enfermeiros as pesquisas revelaram a visita domiciliar (VD) como atividade-fim para o cuidado ao paciente na atenção domiciliar, inclusive reportando-a como única modalidade de assistência nesse contexto. Essa concepção reduzida pode implicar na prática do enfermeiro somente contemplando a dimensão biológica, não atendendo aos pressupostos de atenção à saúde preconizados pelo modelo da ESF[10].

A VD oferece oportunidade para compreender o modo de vida do usuário, conhecer o ambiente e as relações intrafamiliares, abordar questões além da doença física e que contemplem também os problemas sociais e emocionais, proporcionando orientações mais direcionadas as reais necessidades de saúde do usuário, e buscando singularidades na forma de cuidar. Ao realizar a VD, o profissional utiliza uma visão diferenciada do processo de adoecimento das pessoas, com maior aproximação da família e sua integração nos cuidados, possibilidade de visualizar e compreender o contexto domiciliar e nele interagir[27,28].

Na ESF, as principais ações desenvolvidas na VD são cadastramento das famílias, orientações, vigilância à saúde e acompanhamento dos casos clínicos,

conforme avaliação da equipe de saúde. Além dessas ações os enfermeiros procuram acolher todas as demandas dos usuários, relacionadas, principalmente, às doenças crônicas dos idosos e as necessidades de indivíduos acamados. Dentre as atividades destacam-se: educação em saúde, terapia medicamentosa, dieta enteral e orientações para a autonomia[10]. O trabalho do enfermeiro na assistência domiciliar pressupõe ainda a articulação com outros profissionais, o envolvimento com a equipe multidisciplinar, o exercício das atividades de supervisão, planejamento e liderança[29].

Para prestar um atendimento adequado no domicílio, é necessário que os enfermeiros sejam capazes de avaliar o nível de dependência do indivíduo, seus limites e suas potencialidades, para que possam identificar as suas reais necessidades. Dentro das equipes da ESF evidencia-se a importância da assistência de enfermagem, que para ser eficiente e efetiva deve ser sistematizada por meio do Processo de Enfermagem, no qual este representa o principal instrumento metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional dos enfermeiros[30].

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é constituída de fases interdependentes e inter-relacionadas, nas quais ocorre a coleta e análise dos dados e identificação dos possíveis diagnósticos de enfermagem, planejamento da assistência a ser prestada, implementação de ações e/ ou intervenções e avaliação dos resultados alcançados. Assim, a utilização da SAE é uma necessidade verificada mundialmente, com vista à uniformização da comunicação entre os profissionais e a melhoria da qualidade da assistência oferecida, possibilitando facilitar, viabilizar e prestar de forma mais adequada o cuidado ao cliente no domicílio[31].

A implementação de um plano de cuidados efetivo torna possível minimizar as dificuldades e dependências dos indivíduos que recebem assistência de enfermagem no domicílio, levando-os a conquistarem uma melhor condição de saúde, e assim, adquirirem o mínimo de autonomia necessária para o autocuidado e independência, pelo menos nas atividades da vida diária (AVD).

A respeito da satisfação profissional em atuar na assistência domiciliar, o componente considerado mais importante para obtê-la é a autonomia, por conferir maior profissionalização e prestígio a ocupação, suprindo a necessidade individual de inserção social. Outros fatores estão ainda relacionados à satisfação profissional,

como o fato do trabalho ser diurno, uma vez que a escala de plantões noturnos e o excesso de atividades burocráticas do enfermeiro são apontados como um dos motivadores da insatisfação por parte desses profissionais. Além disso, a escolha do local de trabalho e a interação com a equipe de saúde influenciam positivamente na satisfação e produtividade no trabalho [1,32].

Quanto à relação entre o enfermeiro e o indivíduo que recebe os cuidados em sua residência, os estudos apontam para a valorização da família como uma atitude fundamental para estabelecer vínculo e confiança. Cumprir com as combinações, sensibilizar-se com as situações conflitantes encontradas no domicílio e mostrar-se flexível às atividades planejadas junto à família são ações importantes para o desenvolvimento de uma relação positiva, que visa, entre outras coisas, a manutenção da saúde dos usuários[9]. Além disso, outros aspectos positivos são resultantes da interação com os profissionais no domicílio. Dentre estes, a visualização do trabalho do enfermeiro, a garantia de tranqüilidade e segurança com a presença do enfermeiro, ser auxiliado em momentos de urgência e ser ensinado a cuidar[7].

Sobre o envolvimento familiar nos cuidados e no exercício profissional em saúde, as pesquisas ressaltam a importância da contribuição da família para o trabalho dos enfermeiros, atribuindo-a um papel co-participativo nesse processo. Os enfermeiros referem ser fundamental a presença dos familiares em seu acolhimento durante a assistência domiciliar e no estabelecimento de vínculo, cujas interações entre profissionais, pacientes e familiares contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração, as quais facilitam a efetividade na atenção à saúde[9].

No que concerne aos aspectos de organização da assistência de enfermagem no domicílio, as pesquisas trazem, de forma sistemática, os critérios adotados por gerentes e enfermeiras para o dimensionamento do pessoal de enfermagem, a identificação dos riscos biológicos e os instrumentos utilizados para garantir a segurança do profissional durante o atendimento nessa modalidade de assistência à saúde.

O dimensionamento de recursos humanos de enfermagem para trabalhar na assistência domiciliar deve adotar critérios para o cálculo de profissionais, por constituir-se de um grande desafio para o gerenciamento do cuidado. As narrativas acerca das experiências de alguns profissionais que gerenciam serviços de atenção à saúde no domicílio estabelecem como critérios de dimensionamento: elegibilidade

do paciente, tempo despendido na assistência e perfil de competência profissional. A partir desses critérios é possível indicar um caminho na construção de um modelo de dimensionamento de pessoal de enfermagem em assistência domiciliar, considerando, as etapas: identificação da carga média de trabalho diária na assistência domiciliar; determinação da proporção da categoria profissional da enfermagem; jornada de trabalho da equipe de enfermagem e índice de segurança técnica[6].

Outro aspecto importante a ser discutido e que emergiu do interesse de alguns pesquisadores é a análise das ações que envolvem riscos biológicos para a equipe de saúde que realiza assistência no domicílio, bem como o manejo dos resíduos gerados por essa atividade, os quais também compõem a prática da enfermagem nesse contexto. É fundamental salientar que apenas dois artigos apresentaram resultados para esse aspecto da temática, demonstrando que apesar do crescente interesse de profissionais da saúde e de pesquisadores por compreender as especificidades da assistência domiciliar em saúde, a produção científica ainda se apresenta de forma incipiente no tocante à prevenção e controle da infecção no ambiente domiciliar.

Em relação aos riscos presentes na assistência domiciliar, segundo pesquisadores, os profissionais da equipe de saúde estão sujeitos à exposição por material biológico em mucosa, pele não-íntegra e percutânea, uma vez que também manipulam sangue e material perfurocortante com maior frequência. Situações de risco no descarte e manipulação inadequados de perfurocortante e sangue, a adesão ao uso de luvas e aos óculos de proteção, a higienização das mãos também devem ser observadas. Características dos domicílios, como espaço físico, recursos para a acomodação do paciente, que podem facilitar ou dificultar a realização de procedimentos e adesão às precauções, devem ser objeto de estudo para a enfermagem[2].

Ao analisar o manejo dos resíduos dos serviços de saúde (RSS) gerados pela assistência nos domicílios adscritos a unidades de atenção básica à saúde, pesquisadores apontam para inadequações que estão relacionadas às dificuldades inerentes às características diferenciadas da assistência domiciliar. Ao prover o domicílio, há que se pensar na logística reversa dos insumos oferecidos, inclusive nos resíduos oriundos dos cuidados na atenção à saúde. Essa logística é complexa e envolve qualificação do profissional e dos usuários/família; estruturação física e de

recursos humanos e materiais e, ainda, transporte seguro que não estão contemplados nas legislações vigentes[33].

Os resíduos gerados no domicílio são provenientes dos procedimentos mais realizados no domicílio, quais sejam: administração de medicamentos, principalmente insulina; curativos; higienização da traqueostomia e troca de alimentação enteral; além dos resíduos perfurocortantes e matérias contaminados que também compõem o grupo dos RSS gerados pela assistência domiciliar[33].

Segundo a legislação vigente[34], toda instituição geradora de resíduos deve elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e, resíduos infectantes, químicos e perfurocortantes devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.

O enfrentamento do gerenciamento adequado dos resíduos nos domicílios deve envolver e ampliar a participação coletiva de gestores de saúde e meio ambiente, trabalhadores da saúde, coleta urbana e comunidade em debates e discussões que levem a propostas de políticas públicas voltadas para as especificidades dessa atividade. Além disso, a atuação da equipe de enfermagem é fundamental para execução e orientação quanto ao manejo adequado dos resíduos dos serviços de saúde no domicílio e para o enfrentamento dos desafios que possam contribuir na formulação de políticas públicas direcionadas para esse foco[33].

Ensino da assistência domiciliar de enfermagem

Essa temática reúne a produção do conhecimento relacionada aos princípios éticos que regem o cuidado domiciliar, bem como aos aspectos de formação profissional para atuar nesse contexto. A leitura dos trabalhos revelou a preocupação dos pesquisadores em: 1- refletir a observância dos princípios éticos, inclusive sobre a negligência profissional durante o atendimento no domicílio; 2- identificar aspectos abordados na formação para o cuidado domiciliar; 3- refletir a respeito da necessidade de um enfoque diferenciado com relação ao cuidado domiciliar, buscando despertar o docente de enfermagem para o ensino na graduação a partir de novas perspectivas [28,36,37]

O cuidado de enfermagem no domicílio é uma estratégia de atenção à saúde que visa enfatizar a autonomia do paciente, pois realça as habilidades funcionais

deste e incentiva a participação da família no cuidado. O aumento na implantação de serviços que prestam assistência à saúde no domicílio justifica-se pela hipertrofia dos serviços de emergência, altos custos hospitalares, óbitos, entre outros[9].

As pesquisas trazem de forma sistemática a abordagem dos princípios da ética, baseada em modelos difundidos na área da saúde, especialmente no modelo biomédico ou principialismo[35]. Essa abordagem é conhecida mundialmente e orienta-se por quatro princípios: o princípio da beneficência, diz respeito à obrigação moral de agir em benefício dos outros, ou seja, fazer ou promover o bem, assim como impedir ou eliminar males ou danos; o princípio da não maleficiência, que preconiza acima de tudo não causar mal ou danos as pessoas; o princípio da justiça, obrigação ética de tratar cada pessoa de acordo com o que é certo e adequado e dar o que lhe é devido; e, por fim, o princípio da autonomia, condição de liberdade ou independência para a escolha de alternativas sem qualquer tipo de controle e a capacidade do indivíduo agir intencionalmente.

Ao refletir sobre as questões éticas no cuidado percebe-se a necessidade das organizações e seus profissionais proporcionarem ao paciente e à sua família um atendimento que realmente contemple as necessidades de saúde no domicílio, observando aspectos ético-legais até então encobertos pelo “manto corporativo hospitalar”, como omissões, negligência, abuso de poder e imperícias[36]. Os princípios constituem um referencial ético concreto, que apresenta um valor metodológico importante, permitindo reduzir incertezas no campo das ações biomédicas.

A partir do entendimento desses princípios, percebe-se a relação destes com os fatores que justificam a implantação dos serviços de assistência domiciliar. Em relação aos princípios da beneficência e da não maleficiência, constata-se que a permanência hospitalar prolongada e as re-hospitalizações contribuem para o aumento dos custos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e, principalmente, para o maior risco de transmissão de infecção nosocomial para o paciente, justificando-se, portanto a internação domiciliar, a qual proporciona uma melhor qualidade de vida para o indivíduo e sua família[9].

A respeito do princípio da justiça, uma vez que as instituições de saúde visam à redução dos custos com internações e uma maior utilização de seus leitos e, a indicação do cuidado domiciliar para alguns usuários apresenta-se como uma alternativa de assistência à saúde. Além disso, a assistência domiciliar oportuniza a

autonomia do paciente e da família no que se refere ao autocuidado nesse espaço, uma vez que o primeiro deixa de ser o paciente e a família deixa de ser o acompanhante, passando todos a ocupar uma posição na estrutura familiar[9].

Tecendo considerações acerca do ensino para a formação de enfermeiros competentes e qualificados para atuarem na assistência domiciliar, observa-se que as pesquisas buscam compreender e direcionar os docentes para os conteúdos que precisam ser abordados e considerados sobre o cuidado domiciliar, com o intuito de formar futuros profissionais capazes de atuar nessa área da prática de enfermagem. As produções mencionam que para as enfermeiras atuarem no domicílio é imprescindível a experiência profissional, o conhecimento científico e a busca por aperfeiçoamento e autonomia profissional. Além da necessidade de compreender temas relacionados às especificidades do indivíduo e da família, como: crenças, valores, hábitos, mitos e conflitos. Para isso, é fundamental que a construção do corpo de conhecimentos seja apoiada em disciplinas que ultrapassem o fazer mecanicista, como psicologia, sociologia, filosofia e educação[8].

O ensino do cuidar deverá abordar aspectos que atinjam dimensões além do físico-concreto e que enfatizem o cuidado, como algo que ultrapasse um simples ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um movimento de atenção, de zelo e de desvelo. Envolve também sentimentos como se ocupar, preocupar-se e assim sentir-se responsável pelo outro, desenvolvendo ainda um envolvimento afetivo. Dessa forma, o ensino de enfermagem tem a responsabilidade de preparar profissionais para atuar de forma diferenciada, desenvolvendo múltiplas capacidades para agir de forma a atender paradigmas emergentes deste século[37].

Considerando-se esses aspectos, para que a assistência domiciliar de enfermagem torne-se uma estratégia benéfica para todos os seguimentos da sociedade, é necessário relacionar seu desenvolvimento à luz dos princípios éticos, bem como despertar para a necessidade de formar profissionais de enfermagem qualificados e conscientes da essencialidade e particularidades do cuidado no domicílio, no intuito de que estes se sensibilizem da importante diferença que podem fazer como enfermeiros nesse cenário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa proporcionou a reflexão sobre a assistência de enfermagem no domicílio, destacando a importância que a integralidade da atenção esteja compreendida entre os objetivos do currículo, que no processo de ensino-aprendizagem as capacidades que compõem esta competência estejam bem definidas, que os cenários de prática privilegiem a vivência com o usuário da saúde, família, comunidade, a realidade social. Neste caso, as estratégias de avaliação formativa, desenhadas para permitir a reflexão sobre a ação, integram a aquisição da competência.

Infere-se, desse estudo de revisão, que ainda são incipientes as pesquisas e os instrumentos para conduzir a prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, principalmente aquelas relacionadas ao controle de infecção, visto que apenas dois artigos trataram dos riscos biológicos para a equipe de saúde e do manejo adequado dos resíduos sólidos dos serviços de saúde no domicílio, respectivamente.

Entende-se que a enfermagem deve ampliar suas investigações acerca da prevenção e controle de infecções na assistência domiciliar, bem como outros aspectos, e assim, contribuir para a divulgação do conhecimento da profissão e para o reconhecimento da necessidade de inclusão dessa temática na formação profissional, uma vez que essa modalidade de assistência está em ascensão e que, o enfermeiro, enquanto responsável por ela, necessita de capacitação para oferecer um cuidado humano e de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Paiva FFS, Rocha AM, Cardoso LDF. Satisfação profissional entre enfermeiros que atuam na assistência domiciliar. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(6): 1452-8.

2. Figueiredo RM, Maroldi, MAC. Internação Domiciliar: risco de exposição para a equipe de saúde. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(1): 145-50.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 26 mar.1998. Seção 1, p. 106.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Diário Oficial da União, Brasília, 30 jan. 2006.

5. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. Florianópolis; Out-Dez, 2006; 15(4): 645-53.

6. Dal Ben LW, Gaidzinski RR. Proposta de modelo para dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária. Rev Esc Enferm USP; 2007; 41(1): 97-103.

7. Machado ALG, Silva MJ, Freitas CHA. Assistência domiciliária em saúde: um olhar crítico sobre a produção científica de enfermagem. Rev Bras Enferm**.** Brasília 2011; 64(2): 365-9.

8. Hermann AP, Méier MJ, Wall ML, Bernardini E, Lacerda MR. A formação para o cuidado domiciliar: aspectos encontrados na produção científica brasileira. Cogitare Enferm, 2009; 14(4): 748-54.

9. Santos LR, Leon CGRMP, Funghetto SS. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. Ciência & Saúde Coletiva, 2011; 16(supl 1.): 855-63.

10. Lionello CDL, Duro CLM, Silva AM, Witt RR. O fazer das enfermeiras da estratégia saúde da família na atenção domiciliária. Rev Gaúcha Enferm, 2012; 33(4): 103-10.

11. Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S. A assistência domiciliar-conformando o modelo assitencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. Ver Latino-am Enfermagem 2005; 13(6): 1001-10.

12. Freitas TAR, Silva KL, Nóbrega MML, Collet N. Proposta de cuidado domiciliar a crianças portadoras de doença renal crônica. Rev Rene, Fortaleza, 2011; 12(1): 111-19.

13. Jorge MSB, Ramirez ARA, Lopes CHAF, Queiroz MVO, Bastos VB. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação no tratamento de pessoas com transtorno mental. Rev Esc Enferm USP, 2008; 42(1):135 42.

14. Waidman MAP, Elsen I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. Texto Contexto Enferm, 2005; 14(3): 341-9.

15. Costa B, Inoue L, Kohiyama VY, Paiano M, Waidman MAP. Assistência de enfermagem domiciliar à família e portadores de transtorno mental: relato de experiência. Cogitare Enferm. 2010; 15(2): 354-8.

16. Machado ALG, Jorge MSB, Freitas CHA. A vivência do cuidador familiar de vítima de acidente vascular encefálico: uma abordagem interacionista. Rev Bras Enferm 2009; 62(2): 246-51.

17. Marques GQ, Freitas IBA. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. Rev Esc Enferm USP, 2009; 43(4): 825-32.

18. Silveira TM, Caldas CP, Carneiro TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidados familiares principais. Cad Saúde Pública. 2006; 22(8): 1629-38.

19. Püschel VAA, Ide CAC, Chaves EC. Instrumento para a abordagem psicossocial do indivíduo e da família na assistência domiciliar – condições de aplicabilidade. Acta Paul Enferm 2005; 18(2): 203-12.

20. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Rev Latino Am Enferm. 2004;12(5):721-6.

21. Sassá AH, Rosa TCS, Souza SNDH, Rossetto EG. Visitas domiciliares como instrumento na assistência ao recém-nascido de muito baixo peso e sua família. Cien Cuid Saúde, 2011; 10(4): 713-721.

22. Rodrigues MR, Almeida RT. Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio – um estudo de caso. Acta Paul Enferm 2005; 18(1): 20-4.

23. Gonçalves AM, Sena RR, Dias DG, Queiróz CM, Dittz E, Vivas KL, et.al. Cuidadora domiciliar: por que cuido? Rev Mineira Enferm 2005; 9(4): 315-20.

24. Mesquita SRAM, Anselmi ML, Santos CB, Hayashida M. Programa Interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. Rev Latino am Enfermagem 2005; 13(4): 555-61.

25. Silva KL, Sena RR, Silva PM, Braga PP, Souza CG. Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. Acta Paul Enferm**.** 2012; 25(3): 408-14.

26. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Home care as change of the technical-assistance model. Rev Saúde Pública, 2010; 44(1):166-76.

27. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB.Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev Bras Enferm. 2007;60(6):659-64.

28. Persegona KR, Teixeira RC, Lacerda MR, Mantovani MF, Zagonel IPS. A dimensão expressiva do cuidado em domicílio: um despertar a partir da prática docente. Cogitare Enferm. 2007;12(3):386-91.

29. Santos EM, Morais SHG. A visita domiciliária na estratégia de saúde da família: percepções de enfermeiros. Cogitare Enferm. 2011;16(3):492-7.

30. Figueiredo MLF, Luz MHBA, Brito CMS, Sousa SNS, Silva DRS. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. Rev. Bras Enferm, Brasília, 2008; 61(4): 464-69.

31. Sakano LM, Yoshitome AY. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. Acta Paul Enferm. 2007; 20(4): 495-8.

32. . Matsuda LM, Évora YDM. Satisfação profissional em uma UTI adulto: subsídios para a gestão da equipe de enfermagem. Nursing (São Paulo). 2003; 6(56): 22-7.

33. Alves SB, Souza ACS, Tipple AFV, Rezende KCD, Rezende FR, Rodrigues EG. Manejo dos resíduos gerados na assistência domiciliar pela Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 jan-fev; 65(1): 128-34.

34. Brasil. Ministério da Saúde. RDC n. 306 de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União 10 de dezembro de 2004.

35. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.

36. Cruz ICF, Barros SRTP, Ferreira HC. Enfermagem em Home Care e sua inserção nos níveis de atenção à saúde: a experiência da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. Enferm. atual. 2001; 1(4):35-38.

37. Martins SK, Mathias JJS, Meier MJ, Lacerda MR. O enfermeiro docente e o ensino do cuidado domiciliar na graduação. Cogitare Enferm, 2005 mai-ago; 10(2): 84-9.

Apêndice B

Ficha de Identificação dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Preencha os espaços delimitados utilizando um "X" ou a informação solicitada

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Sexo ☐ Masc ☐ Fem

Data Nascimento: _____/ _____/ _____

DADOS RELACIONADOS À ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Instituição onde trabalha: _____

Função exercida: _____

Vínculo empregatício: ☐ Concurso ☐ Contratado

☐ Terceirizado ☐ Outro (citar): _____

Há quanto tempo trabalha na ESF: _____ (Anos, meses)

Há quanto tempo realiza assistência de enfermagem no domicílio:

_____ (Anos, meses)

Carga horária de trabalho semanal na ESF: _____

Carga horária de trabalho semanal realizando Assistência no Domicílio (Atenção Domiciliar):

_____

Tem outros vínculos profissionais? ☐ Sim ☐ Não

Em caso positivo, citar a área: _____

DADOS RELACIONADOS À FORMAÇÃO

Há quanto tempo é formado em Enfermagem? _____ (Anos, meses)

Fez alguma pós-graduação?

Especialização ☐ Sim ☐ Não ☐ Cursando

Citar a área: _____

Mestrado ☐ Sim ☐ Não ☐ Cursando

Citar a área: _____

Doutorado ☐ Sim ☐ Não ☐ Cursando

Citar a área: _____

Outras informações

Apêndice C
Ficha de Identificação para pesquisadores

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Preencha os espaços delimitados utilizando um "X" ou a informação solicitada

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Sexo ☐ Masc ☐ Fem

Data Nascimento: _____/ _____/ _____

DADOS RELACIONADOS À ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Instituição onde trabalha: _____

Função exercida: _____

Vínculo empregatício: ☐ Concurso ☐ Contratado

☐ Terceirizado ☐ Outro (citar): _____

Há quanto tempo trabalha nesta função: _____ (Anos, meses)

DADOS RELACIONADOS À FORMAÇÃO

Qual a sua área de formação? _____

Há quanto tempo é formado? _____ (Anos, meses)

Fez alguma pós-graduação?

Especialização ☐ Sim ☐ Não ☐ Cursando

Citar a área: _____

Mestrado ☐ Sim ☐ Não ☐ Cursando

Citar a área: _____

Doutorado ☐ Sim ☐ Não ☐ Cursando

Citar a área: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES

Participa de algum grupo de pesquisa que discute de forma direta ou indireta o tema Prevenção e Controle de Infecções e/ou Atenção Domiciliar? Em caso positivo, citar:
_____

Ministra alguma disciplina no ensino superior na qual tem a oportunidade de discutir/apresentar o tema Prevenção e Controle de Infecções e/ou Atenção Domiciliar? Citar: _____

Cite no espaço abaixo suas produções científicas relacionadas ao tema Prevenção e Controle de Infecções e/ou Atenção Domiciliar? (dissertação ou tese, livros, periódicos ou qualquer outra produção que julgar importante:

Obs.: se as produções estiverem descritas de forma clara no seu Currículo Lattes, somente inclua esta informação no quadro abaixo, que eu verificarei direto na fonte.

Outras informações

Apêndice D

Carta Convite

Temos a satisfação em convidá-lo (a) a participar da pesquisa de doutorado intitulada "**Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção**" da pós-graduanda Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle, orientada pela Profa. Dra. Denise de Andrade, vinculada ao Programa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

O objetivo geral da pesquisa será: contribuir para com a atenção domiciliar, em especial no que concerne às competências do enfermeiro em atuar nos fatores de risco para infecção e, assim, avançar na proposta das diretrizes de prevenção e controle da infecção.

A pesquisa fará uso do Método Delphi que de acordo com Thomas e Nelson (2002) caracteriza-se, principalmente, pela opinião especializada destinada à obtenção de um consenso relativo sobre um assunto ou assuntos para os quais não se dispõe de dados suficientes. Para tanto, é feita a escolha de um grupo de especialistas que fará parte da construção de uma lista de competências profissionais, em várias rodadas (organograma em anexo), contribuindo para a construção da referida proposta.

Esta primeira etapa terá a participação de um grupo de 49 especialistas, que serão representados por enfermeiros que atuam na Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1) da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Teresina – PI, bem como de pesquisadores que se dedicam a estudar as temáticas Prevenção e Controle de Infecções e Saúde Pública em quatro regiões distintas do país. Gostaríamos de contar com a sua valiosa participação para concretização desta pesquisa, pois acreditamos que esta poderá contribuir significativamente na ampliação das discussões a respeito da atuação efetiva do enfermeiro da ESF na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar.

Queremos destacar que o método de pesquisa empregado neste estudo necessita que todos os especialistas respondam ao primeiro instrumento antes que o próximo possa ser organizado e remetido novamente. Considerando o envolvimento de profissionais da ESF e vinculados ao ensino participando, o cumprimento dos prazos para o envio das respostas são cruciais para o bom andamento do estudo. Portanto, gostaríamos de lhe solicitar encarecidamente que preencha o instrumento 01 e nos encaminhe (por *e-mail*) no prazo máximo de 15 (quinze) dias após o recebimento. Todos os esforços serão feitos no sentido de reter a essência de suas respostas e estas serão tratadas confidencialmente, pois o anonimato faz parte deste tipo de metodologia.

Agradecemos antecipadamente e nos colocamos ao seu inteiro dispor para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos. O contato poderá ser feito com a orientanda pelo e-mail: andreiavalle@usp.br, ou pelos telefones: (86)9921-0502/3218-3619.

Atenciosamente

Profa. Dra. Denise de Andrade Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle

EERP-USP

Apêndice E

Instrumento 1

Questionário de levantamento preliminar de competências

Adaptação de Coutinho (2011)[17]

Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção

Este instrumento visa a fazer um levantamento preliminar com o objetivo de identificar as competências gerais e específicas requeridas do Enfermeiro para atuar na prevenção e no controle das infecções em Atenção Domiciliar.

O termo competência tem sido relacionado à capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade numa dada situação concreta de trabalho e num determinado contexto cultural. Competência compreende um conjunto de saberes e capacidades que os profissionais incorporam por meio da formação e da experiência, somada à capacidade de integrá-los, utilizá-los e transferi-los em diferentes situações profissionais. Dessa forma, afastando-se do entendimento de competência somente como uma lista de atribuições predefinidas para serem cumpridas *a priori.*

As competências gerais referem-se a comportamentos profissionais próprios de desempenhos em diferentes setores ou atividades e usualmente estão relacionadas à interação com saberes/fazeres mais abrangentes. Na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar, seriam aquelas competências que todos os profissionais (de nível superior, técnico e outros) deveriam ter para desenvolver seu trabalho, como por exemplo: liderança, afetividade, comunicação, dentre outras.

Já as competências específicas são aquelas diretamente relacionadas com o exercício de ocupações concretas do enfermeiro, não sendo facilmente transferíveis de um a outro âmbito profissional. No caso desta pesquisa, são aquelas necessárias para o trabalho do enfermeiro para atuar na prevenção e no controle das infecções em Atenção Domiciliar. Como por exemplo: ter conhecimento da técnica correta de manipulação e administração de medicamentos; ter a responsabilidade do descarte correto dos resíduos de saúde provenientes da assistência prestada em domicílio, realizar ações de vigilância das infecções, domínio dos processos pedagógicos para o ensino de técnicas de prevenção e controle de infecções no domicílio, dentre outras.

---

[17] COUTINHO, S. S. **Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde**. Tese (Doutorado). 207 f. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2011.

Este estudo, porém não tem a pretensão de gerar uma lista exaustiva de conceitos ou temáticas a se discutir, e sim, abrir espaço para o debate relacionado especificamente à Enfermagem na prevenção e no controle das infecções em Atenção Domiciliar, como uma forma de ampliar os horizontes desta relação, que, mesmo recente, demonstra um grande potencial na promoção da saúde das pessoas e na interação com outras áreas profissionais presentes no SUS.

Pretende-se também vislumbrar a atuação deste profissional por meio de ações e programas que estejam vinculados à prevenção e ao controle das infecções no sentido mais amplo da Saúde Coletiva, com vistas à redução dos riscos biológicos na comunidade como um todo, por meio de ações curativas, preventivas e educativas.

Para iniciar esta discussão é necessário que listem, no mínimo, três competências gerais e três competências específicas que, segundo a sua experiência e o seu conhecimento são essenciais para o enfermeiro desenvolver seu trabalho de prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar.

Solicita-se também que, após listar cada competência, comente por que você considera que esta é necessária ao trabalho do enfermeiro na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar.

Para o bom andamento da pesquisas, vale lembrar que os dados descritos por você serão tratados de forma anônima e caso tenha conhecimento de algum outro participante da pesquisa, é muito importante que não haja comunicação entre vocês sobre as competências que serão descritas a seguir, evitando-se, desta forma, qualquer tipo de influência na opinião do outro.

COMPETÊNCIAS GERAIS

Competência 1:	Comente por que você considera que esta competência á necessária ao trabalho do enfermeiro na prevenção e no controle das infecções em Atenção Domiciliar:

Competência 2:	Comentário:

Competência 3:	Comentário:

OBS.: replicar o quadro abaixo, para incluir outras competências, caso necessário.

Competência “X”:	Comentário:

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS:

Competência 1:	Comente por que você considera que esta competência á necessária ao trabalho do enfermeiro na prevenção e no controle das infecções em Atenção Domiciliar:

Competência 2:	Comentário:

Competência 3:	Comentário:

OBS.: replicar o quadro abaixo, para incluir outras competências, caso necessário.

Competência “X”:	Comentário:

Apêndice F

Carta de apresentação do Instrumento 2

Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção domiciliar com ênfase nos riscos de infecção

Prezado (a) Enfermeiro (a):

Agradecemos sua colaboração na primeira etapa desta pesquisa e destacamos que esta ação foi fundamental para desencadearmos o processo de coleta de dados.

Relembrando algumas questões descritas no primeiro instrumento, destacamos que o termo **competência**, neta pesquisa, tem sido relacionado à capacidade de articular e mobilizar conhecimento, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade numa dada situação concreta de trabalho e num determinado contexto cultural. No instrumento 01 foi solicitado que você listasse, no mínimo, três competências gerais e três competências específicas que segundo a sua experiência e o seu conhecimento são consideradas essenciais para o trabalho do enfermeiro na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar.

Participaram da primeira etapa da pesquisa 34 enfermeiros (sendo eles, pesquisadores, coordenadores e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família) que listaram um conjunto de 111 competências gerais e 103 específicas.

Em seguida, essas informações foram organizadas segundo a Classificação Hierárquica Descendente resultante do processamento dos dados pelo *software* Alceste 4.8, proposto por Reinert (1998), resultando em 26 competências gerais e 22 específicas que irão compor o INSTRUMENTO 02.

No INSTRUMENTO 02, a principal finalidade será determinar o grau de importância de cada competência (numa escala de 0 a 5), refletindo sobre a atuação do enfermeiro na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar. Cada participante deverá verificar se as competências por ele listadas estão contempladas na lista elaborada na primeira etapa. Para isto, verifique o INSTRUMENTO 01 já preenchido.

Além disso, ao final da lista de competências, você poderá ainda incluir mais alguma(s) competência(s) ou reescrever alguma(s) das competências listadas, caso entenda que é necessário.

Por favor, preencha o INSTRUMENTO 02 conforme as orientações que constam no próprio arquivo e retorne por email **no prazo máximo de 15 dias.**

Agradeço antecipadamente e me coloco à sua inteira disposição para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos, por meio do contato: andreiavalle@usp.br.

Apêndice G
Instrumento 2
Lista Preliminar de competências

Orientações para preenchimento

Nas páginas seguintes, estão listadas todas as competências relativas à atuação do enfermeiro na Prevenção e Controle das Infecções em Atenção Domiciliar, resultantes da primeira etapa desta pesquisa. A ordem de apresentação não segue qualquer hierarquia ou sequência de respostas. Este instrumento limita-se a transcrever as competências e suas descrições. Neste segundo momento, a finalidade da pesquisa será determinar o grau de importância atribuído pelos participantes a cada competência listada. Para tanto, assinale com o número "1"nos espaços com fundo cinza, a opção que corresponde, em sua opinião, aos seguintes aspectos:

a)Grau de importância a ser atribuído para cada competência listada, refletindo sobre a atuação do enfermeiro na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar

(0) NENHUMA importância
(1) Importância MUITO PEQUENA
(2) Importância PEQUENA
(3) Importância RAZOÁVEL
(4) Importância GRANDE
(5) Importância MUITO GRANDE

b) S.C.R. – "Sem condição de resposta"
Essa condição somente deve ser assinalada caso você decida por não opinar a respeito da competência em questão.
Nesse caso, você não poderá assinalar nenhuma das opções anteriores.
Obs.: Nenhuma competência exclui a outra, você deve expressar sua opinião para todas as competências listadas.

EXEMPLOS DE RESPOSTAS

COMPETÊNCIAS		Importância						S.C.R.
		0	1	2	3	4	5	
Ter conhecimento e habilidade quanto à higienização das mãos	Conhecer a técnica correta, o material a ser utilizado, bem como o tempo a ser despendido para a lavagem das mãos e ter habilidade em realizá-la.						1	
Realizar treinamento para cuidadores leigos	Estar apto a desenvolver estratégias de ensino sobre prevenção e controle das infecções para os cuidadores leigos existentes na comunidade, os quais são os responsáveis pelo cuidado integral de idosos e pessoas acamadas.				1			

N	COMPETÊNCIAS GERAIS	Descrição da competência segundo respostas da primeira etapa	Importância						S.C.R.
			0	1	2	3	4	5	
1	Atuar em equipe para fortalecer o SUS	Ser capaz de trabalhar em equipe, de forma a prestar uma assistência integral, multi-inter-transdisciplinar, considerando a complexidade e a dinâmica do trabalho em Atenção Domiciliar, bem como as diferentes realidades, saberes e conhecimentos que envolvem a comunidade. Resolver os problemas de forma coerente, aliando o saber técnico às necessidades das pessoas, de forma a aumentar a confiança dos indivíduos na equipe.							
2	Ter conhecimento	Conhecer o processo histórico de construção e							

	sobre Políticas de Saúde	consolidação do SUS, compreender os princípios e diretrizes que o regem (universalidade, integralidade, equidade, intersetorialidade e participação social). Conhecer e entender os níveis de gestão (municipal, estadual e federal) e de atenção (primário, secundário e terciário) do SUS, bem como as leis e portarias referentes à Atenção Básica.							
3	Reconhecer a Atenção Domiciliar como uma nova modalidade de atendimento do SUS	Conhecer a inserção da Política de Atenção Domiciliar no SUS, suas modalidades de atendimento, recursos disponíveis, equipes de atendimento de acordo com os níveis de complexidade, competências e responsabilidades específicas de cada modalidade de atendimento.							
4	Administração e gerenciamento	Administrar e gerenciar os serviços de saúde, os recursos físicos e materiais e o manejo das informações referentes à prevenção das doenças e promoção da saúde, envolvendo os outros profissionais. Realizar a sistematização do trabalho, visando o uso adequado e eficaz dos recursos físicos, humanos e materiais para a prevenção e o controle das infecções.							
5	Atenção à Saúde	Desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, tanto a nível individual quanto coletivo, assegurando uma prática de saúde asséptica, de forma contínua e integrada às demais instâncias do sistema de saúde, considerando as principais infecções que surgem na comunidade, como: infecções respiratórias, infecções urinárias, infecções cutâneas, etc.							
6	Tomada de decisões	Decidir a conduta mais apropriada para prevenir e tratar as infecções na Atenção Domiciliar, baseando-se em evidências científicas, planejando o cuidado a partir da perspectiva das famílias como co-responsáveis pela prevenção de infecções.							
7	Ter conhecimento sobre as estratégias de educação para o SUS: educação permanente	Desenvolver e investir em estratégias e metodologias de formação (cursos técnicos, mini-cursos, oficinas, eventos científicos), para que possa articular as reais necessidades de saúde da população às intervenções e procedimentos existentes para a prevenção e o controle das infecções em Atenção Domiciliar. Capacitar profissionais da Atenção Domiciliar para atuar na prevenção e controle de doenças infecciosas. Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja beneficio mútuo entre os atuais e futuros profissionais.							
8	Ter conhecimento sobre as estratégias de educação para o SUS: educação continuada	Comprometer-se com a constante busca por atualização do conhecimento na área de atuação e boa informação relacionada à saúde, por meio de capacitação profissional. Manter-se atualizado sobre aspectos pertinentes às áreas de infectologia e saúde pública.							
9	Ter conhecimento sobre as políticas públicas de controle das IRAS	Conhecer a definição para as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), bem como saber diferenciá-la das Infecções Hospitalares (IH). Ter conhecimento sobre as leis e portarias que definem as IRAS, bem como os aspectos relacionados ao seu controle e prevenção.							
10	Ter visão holística	Entender como o meio pode influenciar e modificar as situações cotidianas. Pensar no trabalho como um todo, envolvendo vários aspectos e atores sociais, como o indivíduo, a família, a comunidade e o domicílio, os quais podem interferir nos processos de saúde, como podem ser modificados, por aspectos sociais, econômicos, espirituais e emocionais.							
11	Ter conhecimento sobre as principais	Conhecer os sinais e sintomas, modos de transmissão e tratamento das principais infecções que ocorrem no							

	infecções que acometem o indivíduo na comunidade/domicílio	âmbito da atenção básica e atenção domiciliar, como as infecções respiratórias, infecções cutâneas, infecção urinária, etc.							
12	Liderança	Ter compromisso, responsabilidade e empatia com a equipe e a população. Passar segurança durante a realização do trabalho. Ter domínio e comprometimento frente às situações de conflito para decidir um caminho a ser seguido, delegando tarefas para mobilizar outros profissionais na busca da qualidade da assistência. Fazer com que a equipe gere resultados desejados.							
13	Capacidade e habilidade em comunicar-se	Capacidade de expor claramente as idéias e opiniões, escolher as palavras, de forma que as pessoas envolvidas na situação compreendam a mensagem. A comunicação deve ser simples e direta, principalmente para a clientela com menor nível de instrução. Uma comunicação eficaz permite sensibilizar as pessoas para a adesão de posturas preventivas relacionadas às infecções, bem como conhecer os problemas do paciente que muitas vezes não são confidenciados, por vergonha. Uma comunicação eficaz pode ainda se dar por meio de um toque, tom de voz ou um olhar diferenciado, além de exigir muita cordialidade durante o contato com o cliente. A comunicação não deve ocorrer apenas por meio de orientações aos usuários, mas também por meio de palestras, reuniões de equipe, anotações em prontuários, etc.							
14	Estabelecer vínculo com escuta sensível e afetiva	Ter a capacidade de "ver além do que se apresenta", bem como saber interpretar as situações em sua particularidade. Estabelecer um contínuo diálogo, com sensibilidade para fazer acordos e contratos de trabalho e rever tais aspectos, sempre que houver necessidade. Ter a capacidade de perceber as situações e evitar possíveis conflitos, por meio de uma escuta qualificada, de forma afetiva e discreta. Acolher os usuários sem impor conteúdos técnicos e científicos, mas estabelecer um vínculo de confiança, com respeito e segurança.							
15	Preservar a ética e a moral, buscando a humanização do atendimento	Pautar-se em um conceito ampliado de saúde, entendendo o ser humano de forma integral e não somente o seu aspecto biológico. Incluir aspectos importantes no cotidiano das relações tais como: respeito, carinho, atenção, responsabilidade com as pessoas e com o serviço de saúde desenvolvido. Adotar os princípios da Política de Humanização do SUS na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar.							
16	Reconhecer a saúde da população como um direito	Reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, além do direito de condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. Garantir meios para melhorar significativamente as condições de saúde e qualidade de vida da população, permitindo mais acesso a ações e serviços de qualidade.							
17	Tomar iniciativa sendo criativo e flexível	Ter iniciativa para gerir os imprevistos frente às diferentes realidades, bem como a homogeneidade e heterogeneidade dos grupos em seus aspectos sociais, culturais, físicos e também das condições de trabalho. Criar alternativas para lidar com as dificuldades presentes no cenário de trabalho sem comprometer a qualidade do serviço prestado. Capacidade de apreender a Atenção Domiciliar em sua complexidade e na variabilidade dos seus problemas, desenvolvendo habilidades, conhecimentos específicos, criatividade e flexibilidade. Na Atenção Domiciliar é preciso fazer com que as coisas							

		aconteçam e não apenas esperar acontecer.							
18	Uso de EPI's	Ter atitude de adotar sempre o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), como sapatos fechados e jalecos, durante a realização de procedimentos de enfermagem e de outras áreas na Atenção Domiciliar, com o objetivo principal de evitar a transmissão de infecções pelos vírus Hepatite B, Hepatite C e HIV para os profissionais.							
19	Planejamento	Ter conhecimento da missão da Atenção Domiciliar e planejar as ações e metas de prevenção e controle das infecções de forma coerente, ou seja, ter a habilidade de saber fazer as intervenções frente às demandas oriundas do atendimento no domicílio. Estabelecer métodos, cumprir a programação, saber como organizar e estruturar sua atuação profissional, estimulando e favorecendo a atuação multidisciplinar. Buscar a utilização lógica e racional dos recursos disponíveis.							
20	Avaliação	Registrar e avaliar o programa de Atenção Domiciliar, inclusive os investimentos, custos e benefícios, para que se possa alcançar a qualidade da maneira mais viável financeiramente. Analisar os resultados do seu trabalho e do trabalho do grupo, bem como receber avaliações do grupo.							
21	Capacidade de incentivo/motivação	Ter autonomia para resolver os problemas com segurança, principalmente os urgentes, da maneira que julgar melhor no momento em que surgem, incentivando pessoas a terem uma postura de prevenção das infecções. Entender que para a prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar é necessário utilizar tecnologias, priorizando a inclusão e estimulando a participação da comunidade.							
22	Ter conhecimento sobre a rede de atendimento do SUS	Compreender a estruturação da rede de atendimento da Atenção Básica, identificar unidades de saúde contempladas com o programa de Atenção Domiciliar e seus níveis, para referenciar usuários de acordo com suas necessidades.							
23	Contribuir para manter o ambiente domiciliar biologicamente seguro	Desenvolver ações de supervisão e orientação quanto a higiene (ambiente, roupas, mobiliário), organização, iluminação (direta e indireta), areação, presença de vetores (baratas, ratos), presença de animais domésticos, condições de segurança física do ambiente (barras, tapetes aderentes no banheiro) e higiene peridomiciliar. Implementar medidas de precaução-padrão na Atenção Domiciliar, que tenham como objetivo principal prevenir a transmissão de infecções na família, medidas que devem ser adotadas por todos os profissionais e orientações que devem ser repassadas no atendimento, independentemente, da suspeita ou não de infecções.							
24	Desenvolver estratégias eficientes de educação em saúde para a comunidade	Planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento. Procurar reduzir a ocorrência das infecções, por meio da sensibilização do indivíduo e sua família quanto à importância da prevenção de doenças infecciosas, a qual só ocorre quando adotamos hábitos de higiene pessoal e do domicílio.							
25	Ter conhecimento e contribuir com a política pública para o uso racional de antimicrobianos	Conhecer a política de uso racional de antimicrobianos, ter acesso as suas diretrizes por meio da educação continuada, uso de formulários de restrição de prescrição, participação em auditorias prospectivas em antimicrobianos, manutenção de um feedback para a equipe de saúde, com os objetivos de melhorar a eficácia do tratamento, reduzir os custos relacionados aos medicamentos, minimizar os eventos adversos, e reduzir o potencial surgimento de resistência bacteriana.							

26	Promover estilos de vida saudáveis	Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social, utilizando adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para isso.							

N	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Descrição da competência segundo respostas da primeira etapa	Importância						S.C.R.
			0	1	2	3	4	5	
27	Ter conhecimento sobre o ciclo de transmissão das infecções	Conhecer o ciclo de transmissão das infecções: hospedeiros, vetores, vias de transmissão, portas de entrada no indivíduo susceptível, bem como os fatores intrínsecos (condições da pele, nutrição, doenças crônicas) e extrínsecos (higiene do ambiente domiciliar e peridomiciliar, higiene pessoal) do paciente que facilitam o surgimento da infecção.							
28	Manuseio e descarte dos resíduos de serviços de saúde	Ter conhecimento conceitual e procedimental sobre o manuseio e descarte correto dos resíduos provenientes do atendimento no domicílio, quais sejam, agulhas, seringas, lâminas de bisturi, sondas vesicais e nasogástricas, frascos de medicamentos, entre outros. Realizar o manuseio e descarte correto dos mesmos e orientar a família quanto aos riscos de contaminação proveniente desses artigos, se descartados junto ao lixo comum domiciliar. Manter os coletores para descarte o mais próximo possível do local onde o procedimento está sendo realizado, não preenchendo os mesmos acima de 2/3 de sua capacidade, lacrá-los e descartá-los de forma e em local adequados.							
29	Ter conhecimento e habilidade quanto à higienização das mãos	Conhecer a técnica correta, o material a ser utilizado, bem como o tempo a ser despendido para a higienização das mãos e ter habilidade em realizá-la.							
30	Ter conhecimento sobre Vigilância Epidemiológica	Conhecer o sistema e as doenças de notificação compulsória, as fichas de notificação, avaliação, acompanhamento, referência, contrarreferência e encerramento de casos. Conhecer os conceitos de incidência, prevalência, mortalidade, letalidade, entre outros. Conhecer e estar atento aos fatores determinantes dos agravos à saúde da população, os quais são diferentes em cada região, bem como o tratamento dessas doenças.							
31	Realizar curativos em feridas crônicas e agudas	Ter conhecimento sobre as técnicas corretas e os cuidados de enfermagem e habilidade para realizar curativos em feridas crônicas, como as úlceras por pressão e “pé diabético”, bem como de feridas oriundas de trauma, de modo a facilitar o processo cicatricial e prevenir o surgimento de infecções.							
32	Administração de medicamentos	Conhecer a técnica de preparo e administração de medicamentos, bem como as vias de administração e ter habilidade para realizar esses procedimentos de maneira segura. Realizar a assepsia dos locais de aplicação dos medicamentos intravenosos, intramusculares e intradérmicos. Estar atento para o acondicionamento das seringas e agulhas, aspiração e injeção dos medicamentos para evitar o surgimento de infecções.							
33	Ter conhecimento sobre resistência microbiana	Ter conhecimento conceitual sobre resistência microbiana e sua relação com o uso indiscriminado de antimicrobianos. Conhecer os organismos multirresistentes e os respectivos medicamentos que							

		causam a resistência microbiana, bem como as opções de medicamentos para os quais o microrganismo ainda não criou resistência. Conhecer e orientar sobre os efeitos colaterais desses medicamentos.							
34	Uso de imunobiológicos	Conhecer o calendário vacinal de crianças, adolescentes, mulheres, idosos e outras situações que necessitam da intervenção com imunobiológicos disponíveis na Atenção Básica, para poder orientar a comunidade sobre a importância destes para a prevenção de determinadas doenças infecciosas. Conhecer as doenças infecciosas preveníveis por imunobiológicos e os efeitos adversos pós-vacinação.							
35	Implementar as medidas de biossegurança	Conhecer as medidas de biossegurança, segundo as normas regulamentadoras e portarias, e ter de atitude de adotá-las em todas as situações durante o atendimento domiciliar, compreendendo a importância destas para a proteção do profissional, do cliente sob seus cuidados e do ambiente.							
36	Conhecer a sequência dos procedimentos de enfermagem	Ter conhecimento sobre a sequência correta da realização dos procedimentos de enfermagem em Atenção Domiciliar, iniciando sempre pelo procedimento menos contaminado, seguindo para o mais contaminado, dificultando assim a transmissão de organismos mais resistentes para áreas pouco ou não-contaminadas do paciente.							
37	Realizar a higienização das mãos das mãos	Ter a atitude de realizar a higienização das mãos com a técnica correta, no sentido do centro da mão para as extremidades, utilizando água e detergente líquido, antes e após qualquer procedimento realizado durante o atendimento no domicílio, inclusive entre os procedimentos realizados numa mesma pessoa. A higienização das mãos não deve ser realizada em tempo inferior a 30 segundos, para que sejam removidas as impurezas e os detritos presentes nas mãos, as quais são o principal veículo de transmissão de infecções.							
38	Realizar a Vigilância das Infecções	Estar constantemente vigilante para diagnosticar precocemente o surgimento de possíveis epidemias na sua área de atuação. Realizar o diagnóstico situacional, número de casos, acompanhamento de casos. Produzir relatórios e indicadores para o controle interno dos casos de infecção, bem como planilhas, dados estatísticos e discutir junto à equipe os problemas para compreender o que desencadeou o processo infeccioso e por fim, gerar indicadores que permitam avaliar a qualidade da assistência prestada pelos serviços de Atenção Domiciliar e fundamentar ações futuras.							
39	Realizar treinamento para cuidadores leigos	Estar apto a desenvolver estratégias de ensino sobre prevenção e controle das infecções para os cuidadores leigos existentes na comunidade, os quais são os responsáveis pelo cuidado integral de idosos e pessoas acamadas.							
40	Realizar supervisão da equipe de enfermagem	Ter habilidade de realizar a supervisão do cuidado prestado no domicílio pela equipe de enfermagem sob sua responsabilidade, pois de uma maneira geral, esses profissionais são capacitados, durante sua formação acadêmica, para atuar no controle e prevenção das infecções em ambiente hospitalar, muitas vezes, não reconhecendo o domicílio como fonte potencial para infecções.							
41	Desenvolver protocolos	Estar apto a desenvolver e implementar protocolos de prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar, pois atualmente só existem protocolos para o diagnóstico e tratamento de infecções nas instituições hospitalares. Criar e participar de comissões de controle de infecções na Atenção Básica, com o objetivo de diminuir a necessidade de encaminhamento de usuários acometidos por doenças infecciosas aos hospitais.							

42	Realizar anamnese	Identificar fatores do paciente durante o atendimento de enfermagem no domicílio relacionados ao surgimento das infecções, tais como: uso de medicamentos, hidratação, integridade cutânea, higiene pessoal, alimentação, condições habitacionais, nível de escolaridade, por meio do histórico de enfermagem							
43	Atuar junto aos programas da Atenção Básica com vistas à prevenção e controle das infecções	Realizar consulta de enfermagem nos programas de pré-natal/puerpério, puericultura, hiperdia, prevenção do câncer de colo do útero, entre outros, com vistas à prevenção de infecções, com orientações sobre as infecções comunitárias mais comuns, seus modos de transmissão e medidas de controle.							
44	Diagnosticar as infecções	Ter habilidade e saber diagnosticar previamente as doenças infecciosas durante o atendimento no domicílio, por meio do conhecimento dos sinais e sintomas, modos de transmissão e tratamento das principais infecções que ocorrem no âmbito da atenção básica e atenção domiciliar, como as infecções respiratórias, infecções cutâneas, infecção urinária, infecção de ferida operatória, etc.							
45	Realizar esterilização e desinfecção	Ter conhecimento e habilidade quanto às técnicas de esterilização e desinfecção. Estar atento para a qualidade da esterilização e desinfecção do material a ser utilizado na Atenção Domiciliar, bem como saber realizar de forma correta esses processos, uma vez que o enfermeiro é o responsável técnico pela equipe de enfermagem e artigos a serem utilizados nos procedimentos, como sondas, pinças, lâminas de bisturi, etc.							
46	Ter conhecimento sobre microbiologia, anatomia, fisiologia, patologia, imunologia e farmacologia e suas relações com o surgimento de infecções	Ter e articular o conhecimento de microbiologia, com outros da área biológica como, anatomia, fisiologia, imunologia, patologia, farmacologia e outros que possam ampliar e facilitar o diagnóstico clínico e subsidiar decisões da intervenção do enfermeiro no processo de cuidar em Atenção Domiciliar.							
47	Ter conhecimento e habilidade quanto ao uso de sondas e cateteres	Ter conhecimento sobre as normas de utilização de sondas vesicais, nasogástricas e cateteres, incluindo a forma de inserção e retirada, tempo adequado para troca, manuseio, limpeza, curativo, a fim de evitar que se tornem porta de entrada para infecções. Ter habilidade técnica para realizar esses procedimentos seguindo as normas de controle de infecções.							
48	Ser pesquisador	Desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção (programas, projetos) de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional, no que concerne à prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar. Atualizar-se constantemente em Eventos Científicos. Ser capaz de inovar as práticas atuais com o uso da tecnologia.							

A seguir, reservou-se um espaço para você inserir uma nova competência ou reescrever alguma (s) das competências listadas caso entenda que é necessário. Ao reescrever alguma competência, assinale na primeira coluna o número correspondente a ela. Se for preciso, inclua ao final desta tabela, quantas linhas desejar para inserção de novas competências ou comentários.

COMPETÊNCIAS GERAIS

N	Competência	Comente porque você considera que esta competência é necessária ao trabalho do enfermeiro na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar	Importância					
			0	1	2	3	4	5

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

N	Competência	Comente porque você considera que esta competência é necessária ao trabalho do enfermeiro na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar	Importância				
			0	1	2 5	3	4

APÊNDICE H

Planilha com os resultados das competências gerais na segunda rodada da Técnica Delphi – Fase 2

Sujeito / Competencia geral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	Quartil
1	4	5	4	5	4	5	5	5	5	4	3	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	3	5	5	5	4	5	4
2	3	4	2	4	5	4	5	4	3	4	2	5	3	5	3	2	4	3	5	3	4	4	4	3	5	3	5	3	2	5	3	5	4	5	3
3	5	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	5	4	3	5	3	5	3	5	5	5	4	5	4	3	5	5	5	5	4	4
4	4	5	3	5	4	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	4
5	3	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4
6	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4
7	3	4	4	4	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4	4	5	3	5	5	5	5	4	5	3	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4
8	3	4	4	5	4	4	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	4	5	4	5	4	5	5	5	3	5	4	5	4	4	4	4
9	5	4	2	4	4	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	2	5	4	4	3	5	3	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4
10	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	3	5	4	4	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	3	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4
12	4	5	4	5	5	4	5	5	5	4	4	3	4	4	4	5	4	4	4	5	5	4	5	3	5	4	5	5	3	4	5	5	5	4	4
13	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	3	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	4	4
14	4	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	5	4	5	5	3	5	5	5	4	4	4
15	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	2	5	5	3	5	5	5	4	5	4
16	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	3	5	4	4	5	4	5	4	4	2	5	2	5	5	2	5	5	5	5	4	4
17	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	5	5	4	3	5	4	2	5	3	4	3	5	3	4	3	5	5	3	4	5	5	5	4	4
18	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
19	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4	5	4	3	5	5	5	5	4	4
20	4	4	4	5	4	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	5	5	4	4	5	4	5	4	5	4	3	5	5	5	5	4	4
21	3	5	4	5	4	4	5	4	5	4	5	4	4	4	4	5	4	3	5	4	4	3	5	5	4	3	5	5	3	5	5	5	5	4	4
22	3	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4	3	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	3	5	5	2	5	5	5	5	4	4
23	4	5	4	5	4	5	5	4	5	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4
24	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	3	5	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	sr	5	5	4	5	5	5	5	4	4
25	5	4	4	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	3	4	5	5	4	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4
26	3	5	4	5	5	5	4	5	4	4	5	3	4	4	4	4	4	5	4	2	5	5	5	5	5	3	5	5	2	4	5	5	5	4	4

Fonte: MS Excel
Legenda: sr (sem resposta)

APÊNDICE I – Planilha com os resultados das competências específicas na segunda rodada de Técnica Delphi (Fase 2)

Sujeito / Competência específica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	Quartil
27	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	**4**
28	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**4**
29	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**4**
30	4	5	4	5	4	4	5	4	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	**4**
31	4	5	5	5	4	5	4	4	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	**4**
32	4	5	4	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	3	4	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**4**
33	5	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	5	5	3	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**4**
34	4	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	4	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	3	4	5	5	5	5	5	**4**
35	5	5	4	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	4	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**4**
36	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	**4**
37	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	**4**
38	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	**4**
39	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	4	4	5	4	5	5	4	3	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	**4**
40	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	3	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	**4**
41	4	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	3	4	4	4	5	4	5	5	5	4	3	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	**4**
42	3	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	3	5	5	4	4	4	5	5	4	5	5	5	4	5	3	5	5	3	5	5	5	4	5	**4**
43	4	4	4	5	5	4	4	4	2	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	**4**
44	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	4	3	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	**4**
45	3	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	4	4	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	**4**
46	3	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	**4**
47	4	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	**4**
48	3	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4	5	4	5	4	0	5	5	5	4	5	5	4	4	4	3	5	2	5	4	5	5	5	5	**4**

Fonte: MS Excel

APÊNDICE J
Lista definitiva de competências

DIMENSÃO DO CONHECIMENTO CONCEITUAL – CC (09 competências)

COMPETÊNCIA CC 01
Dominar conhecimentos sobre a definição para as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), bem como saber diferenciá-la das Infecções Hospitalares (IH). Ter conhecimento sobre as leis e portarias que definem as IRAS, bem como os aspectos relacionados ao seu controle e prevenção.

COMPETÊNCIA CC 02
Dominar conhecimentos sobre os sinais e sintomas, modos de transmissão e tratamento, bem como o processo saúde doença das principais infecções que ocorrem no âmbito da atenção básica e atenção domiciliar, como as infecções respiratórias, infecções cutâneas, infecção urinária, etc.

COMPETÊNCIA CC 03
Dominar conhecimentos sobre a política de uso racional de antimicrobianos, bem como suas diretrizes e os formulários de restrição de prescrição.

COMPETÊNCIA CC 04
Dominar conhecimentos sobre o ciclo de transmissão das infecções: hospedeiros, vetores, vias de transmissão, portas de entrada no indivíduo susceptível, bem como os fatores intrínsecos (condições da pele, nutrição, doenças crônicas) e extrínsecos (higiene do ambiente domiciliar e peridomiciliar, higiene pessoal) do paciente que facilitam o surgimento da infecção.

COMPETÊNCIA CC 05
Dominar conhecimentos sobre o sistema e as doenças de notificação compulsória, as fichas de notificação, avaliação, acompanhamento, referência, contrarreferência e encerramento de casos. Dominar conhecimentos sobre os conceitos de incidência, prevalência, mortalidade, letalidade, os fatores determinantes dos agravos à saúde da população, os quais são diferentes em cada região, bem como o tratamento dessas doenças.

COMPETÊNCIA CC 06
Dominar conhecimentos sobre resistência microbiana e sua relação com o uso indiscriminado de antimicrobianos, bem como os organismos multirresistentes e os respectivos medicamentos que causam a resistência microbiana, além das opções de medicamentos para os quais o microrganismo ainda não criou resistência e os efeitos colaterais de tais medicamentos.

COMPETÊNCIA CC 07
Dominar conhecimentos sobre o calendário vacinal de crianças, adolescentes, mulheres, adultos, idosos e outras situações que necessitam da intervenção com imunobiológicos disponíveis na Atenção Básica, bem como as doenças infecciosas preveníveis por imunobiológicos e os efeitos adversos pós-vacinação.

COMPETÊNCIA CC 08
Dominar conhecimentos sobre as medidas de biossegurança, segundo as normas regulamentadoras e portarias ministeriais.

COMPETÊNCIA CC 09
Dominar e articular conhecimentos de microbiologia, com outros da área biológica como, anatomia, fisiologia, imunologia, patologia, farmacologia e outros que possam ampliar e facilitar o diagnóstico clínico e subsidiar decisões da intervenção do enfermeiro no processo de cuidar em Atenção Domiciliar.

DIMENSÃO DO CONHECIMENTO PROCEDIMENTAL – CP (08)

COMPETÊNCIA CP 01
Dominar conhecimentos sobre o uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), como sapatos fechados e jalecos, durante a realização de procedimentos de enfermagem e de outras áreas na Atenção Domiciliar, com o objetivo principal de evitar a transmissão de infecções pelos vírus Hepatite B, Hepatite C e HIV para os profissionais.

COMPETÊNCIA CP 02
Dominar conhecimentos sobre o manuseio e descarte correto dos resíduos provenientes do atendimento no domicílio, quais sejam, agulhas, seringas, lâminas de bisturi, sondas vesicais e nasogástricas, frascos de medicamentos, entre outros.

COMPETÊNCIA CP 03
Dominar conhecimentos sobre a técnica correta, o material a ser utilizado, bem como o tempo a ser despendido para a higienização das mãos.

COMPETÊNCIA CP 04
Dominar conhecimentos sobre as técnicas corretas e os cuidados de enfermagem para realizar curativos em feridas crônicas, como as úlceras por pressão e "pé diabético", bem como de feridas oriundas de trauma, de modo a facilitar o processo cicatricial e prevenir o surgimento de infecções.

COMPETÊNCIA CP 05
Dominar conhecimentos sobre a técnica de preparo e administração de medicamentos, bem como as vias de administração e o acondicionamento das seringas e agulhas, aspiração e injeção dos medicamentos para evitar o surgimento de infecções.

COMPETÊNCIA CP 06
Dominar conhecimentos sobre a sequência correta da realização dos procedimentos de enfermagem em Atenção Domiciliar, iniciando sempre pelo procedimento menos contaminado, seguindo para o mais contaminado, dificultando assim a transmissão de organismos mais resistentes para áreas pouco ou não-contaminadas do paciente.

COMPETÊNCIA CP 07
Dominar conhecimentos sobre as técnicas de esterilização e desinfecção do material utilizado na Atenção Domiciliar, como sondas, pinças, lâminas de bisturi, etc.

COMPETÊNCIA CP 08
Dominar conhecimentos sobre as normas de utilização de sondas vesicais, nasogástricas e cateteres, incluindo a forma de inserção e retirada, tempo adequado para troca, manuseio, limpeza, curativo, a fim de evitar que se tornem porta de entrada para infecções.

DIMENSÃO DO CONHECIMENTO CONTEXTUAL – CX (03)

COMPETÊNCIA CX 01
Dominar conhecimentos sobre a inserção da Política de Atenção Domiciliar no SUS, suas modalidades de atendimento, recursos disponíveis, equipes de atendimento de acordo com os níveis de complexidade, competências e responsabilidades específicas de cada modalidade de atendimento.

COMPETÊNCIA CX 02
Dominar conhecimentos sobre como o meio pode influenciar e modificar as situações cotidianas. Pensar no trabalho como um todo, envolvendo vários aspectos e atores sociais, como o indivíduo, a família, a comunidade e o domicílio, os quais podem interferir nos processos de saúde, como podem ser modificados, por aspectos sociais, econômicos, espirituais e emocionais.

COMPETÊNCIA CX 03
Dominar conhecimentos sobre a estruturação da rede de atendimento da Atenção Básica, identificando unidades de saúde contempladas com o programa de Atenção Domiciliar e seus níveis, para referenciar usuários de acordo com suas necessidades.

DIMENSÃO DA HABILIDADE DE GESTÃO – HG (06)

COMPETÊNCIA HG 01
Ser capaz de trabalhar em equipe, de forma a prestar uma assistência integral, multi-inter-transdisciplinar, considerando a complexidade e a dinâmica do trabalho em Atenção Domiciliar, bem como as diferentes realidades, saberes e conhecimentos que envolvem a comunidade. Resolver os problemas de forma coerente, aliando o saber técnico às necessidades das pessoas, de forma a aumentar a confiança dos indivíduos na equipe.

COMPETÊNCIA HG 02
Ser capaz de administrar e gerenciar os serviços de saúde, os recursos físicos e materiais e o manejo das informações referentes à prevenção das doenças e promoção da saúde, envolvendo os outros profissionais. Realizar a sistematização do trabalho, visando o uso adequado e eficaz dos recursos físicos, humanos e materiais para a prevenção e o controle das infecções.

COMPETÊNCIA HG 03
Ser capaz de garantir meios para melhorar significativamente as condições de saúde e qualidade de vida da população, permitindo maior acesso a ações e serviços de qualidade.

COMPETÊNCIA HG 04
Ser capaz de realizar a supervisão do cuidado prestado no domicílio pela equipe de enfermagem sob sua responsabilidade, pois de uma maneira geral, esses profissionais são capacitados, durante sua formação acadêmica para atuar no controle e prevenção das infecções em ambiente hospitalar, muitas vezes, não reconhecendo o domicílio como fonte potencial para infecções.

COMPETÊNCIA HG 05
Ser capaz de supervisionar a realização dos processos de esterilização e desinfecção do material a ser utilizado na Atenção Domiciliar, com o objetivo de manter a qualidade dos mesmos.

COMPETÊNCIA HG 06
Ser capaz de realizar a Vigilância das Infecções na Atenção Básica mantendo-se constantemente vigilante para diagnosticar precocemente o surgimento de possíveis epidemias na sua área de atuação, por meio da realização do diagnóstico situacional (número e acompanhamento de casos), produção de relatórios e indicadores para o controle interno dos casos de infecção, bem como planilhas com dados estatísticos.

DIMENSÃO DA HABILIDADE DE PLANEJAMENTO – HP (17)

COMPETÊNCIA HP 01
Ser capaz de planejar e desenvolver ações de Atenção à Saúde, como promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, tanto a nível individual quanto coletivo, assegurando uma prática de saúde asséptica, de forma contínua e integrada às demais instâncias do sistema de saúde, considerando as principais infecções que surgem na comunidade, como: infecções respiratórias, infecções urinárias, infecções cutâneas, etc.

COMPETÊNCIA HP 02
Ser capaz de desenvolver estratégias e metodologias de formação (cursos técnicos, mini-cursos, oficinas, eventos científicos), para que possa articular as reais necessidades de saúde da população às intervenções e procedimentos existentes para a prevenção e o controle das infecções em Atenção Domiciliar.

COMPETÊNCIA HP 03
Ser capaz de capacitar profissionais da Atenção Domiciliar para atuar na prevenção e controle de doenças infecciosas. Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja beneficio mútuo entre os atuais e futuros profissionais.

***COMPETÊNCIA HP 04**:*
Ser capaz de reconhecer a missão da Atenção Domiciliar e planejar as ações e metas de prevenção e controle das infecções de forma coerente, ou seja, ter a habilidade de saber fazer as intervenções frente às demandas oriundas do atendimento no domicílio.

COMPETÊNCIA HP 05
Ser capaz de estabelecer métodos, cumprir a programação, saber como organizar e estruturar sua atuação profissional, estimulando e favorecendo a atuação multidisciplinar. Buscar a utilização lógica e racional dos recursos disponíveis.

COMPETÊNCIA HP 06
Ser capaz de desenvolver estratégias eficientes de educação em saúde para a comunidade, planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento.

COMPETÊNCIA HP 07
Ser capaz de desenvolver estratégias de ensino sobre prevenção, controle e tratamento das infecções para os cuidadores leigos existentes na comunidade, os quais são os responsáveis pelo cuidado integral de idosos e pessoas acamadas.

COMPETÊNCIA HP 08
Ser capaz de implementar medidas de precaução-padrão na Atenção Domiciliar, que tenham como objetivo principal prevenir a transmissão de infecções na família, medidas que devem ser adotadas por todos os profissionais e orientações que devem ser repassadas no atendimento, independentemente, da suspeita ou não de infecções.

COMPETÊNCIA HP 09
Ser capaz de implementar as medidas de biossegurança em todas as situações durante o atendimento domiciliar, compreendendo a importância destas para a proteção do profissional, do cliente sob seus cuidados e do ambiente.

COMPETÊNCIA HP 10
Ser capaz de implementar a política de uso racional de antimicrobianos, por meio do uso de formulários de restrição de prescrição, participação em auditorias prospectivas em antimicrobianos, manutenção de um feedback para a equipe de saúde, com os objetivos de melhorar a eficácia do tratamento, reduzir os custos relacionados aos medicamentos, minimizar os eventos adversos, e reduzir o potencial surgimento de resistência bacteriana.

COMPETÊNCIA HP 11
Ser capaz de implementar o manuseio e descarte correto dos resíduos provenientes do atendimento no domicílio e orientar a família quanto aos riscos de contaminação proveniente desses artigos, se descartados junto ao lixo comum domiciliar. Manter os coletores para descarte o mais próximo possível do local onde o procedimento está sendo realizado, não preenchendo os mesmos acima de 2/3 de sua capacidade, lacrá-los e descartá-los de forma e em local adequados.

COMPETÊNCIA HP 12
Ser capaz de implementar a realização dos procedimentos de administração de medicamentos de maneira segura. Realizar a assepsia dos locais de aplicação dos medicamentos intravenosos, intramusculares e intradérmicos.

COMPETÊNCIA HP 13
Ser capaz de implementar a higienização das mãos com a técnica correta, no sentido do centro da mão para as extremidades, utilizando água e detergente líquido, antes e após qualquer procedimento realizado durante o atendimento no domicílio, inclusive entre os procedimentos realizados numa mesma pessoa, para que sejam removidas as impurezas e os detritos presentes nas mãos, as quais são o principal veículo de transmissão de infecções.

COMPETÊNCIA HP 14
Ser capaz de desenvolver e implementar protocolos de prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar, pois atualmente só existem protocolos para o diagnóstico e tratamento de infecções nas instituições hospitalares.

COMPETÊNCIA HP 15
Ser capaz de desenvolver e participar de comissões de controle de infecções na Atenção Básica, com o objetivo de diminuir a necessidade de encaminhamento de usuários acometidos por doenças infecciosas aos hospitais.

COMPETÊNCIA HP 16
Ser capaz de desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento (programas, projetos, eventos científicos) que objetivem a qualificação da prática profissional, no que concerne à prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar. Ser capaz de inovar as práticas atuais com o uso da tecnologia.

COMPETÊNCIA HP17
Ser capaz de atuar junto aos programas da Atenção Básica com vistas à prevenção e o controle das infecções por meio da realização da consulta de enfermagem nos programas de pré-natal/puerpério, puericultura, hiperdia, prevenção do câncer de colo do útero, entre outros.

DIMENSÃO DA HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO – HC (03)

COMPETÊNCIA HC 01
Ser capaz de expor claramente as idéias e opiniões, escolher as palavras, de forma que as pessoas envolvidas na situação compreendam a mensagem. A comunicação não deve ocorrer apenas por meio de orientações aos usuários, mas também por meio de palestras, reuniões de equipe, anotações em prontuários, etc.

COMPETÊNCIA HC 02
Ser capaz de "ver além do que se apresenta", bem como saber interpretar as situações em sua particularidade. Estabelecer um contínuo diálogo, com sensibilidade para fazer acordos e contratos de trabalho e rever tais aspectos, sempre que houver necessidade. Ter a capacidade de perceber as situações e evitar possíveis conflitos, por meio de uma escuta qualificada, de forma afetiva e discreta. Acolher os usuários sem impor conteúdos técnicos e científicos, mas estabelecer um vínculo de confiança, com respeito e segurança.

COMPETÊNCIA HC 03
Ser capaz de discutir junto à equipe de trabalho os problemas de saúde da comunidade para compreender o que desencadeou o processo infeccioso e poder gerar indicadores que permitam avaliar a qualidade da assistência prestada pelos serviços de Atenção Domiciliar e fundamentar ações futuras.

DIMENSÃO DA HABILIDADE DE AVALIAÇÃO – HA (05)

COMPETÊNCIA HA 01
Ser capaz de registrar e avaliar o programa de Atenção Domiciliar, inclusive os investimentos, custos e benefícios, para que se possa alcançar a qualidade da maneira mais

viável financeiramente. Analisar os resultados do seu trabalho e do trabalho do grupo, bem como receber avaliações do grupo.

COMPETÊNCIA HA 02
Ser capaz de realizar avaliação individual e coletiva dos usuários que recebem assistência em Atenção Domiciliar, considerando a forma em que eles vivem, as possibilidades e as práticas de prevenção e controle de infecções habituais, bem como, o contexto social e cultural em que eles estão inseridos.

COMPETÊNCIA HA 03
Ser capaz de desenvolver ações de supervisão e avaliação quanto a higiene (ambiente, roupas, mobiliário), organização, iluminação (direta e indireta), areação, presença de vetores (baratas, ratos), presença de animais domésticos, condições de segurança física do ambiente (barras, tapetes aderentes no banheiro) e higiene peridomiciliar, com o objetivo de manter o ambiente domiciliar biologicamente seguro.

COMPETÊNCIA HA 04
Ser capaz de identificar fatores do paciente durante o atendimento de enfermagem no domicílio relacionados ao surgimento das infecções, tais como: uso de medicamentos, hidratação, integridade cutânea, higiene pessoal, alimentação, condições habitacionais, nível de escolaridade, por meio do histórico de enfermagem e anamnese.

COMPETÊNCIA HA 05
Ser capaz de diagnosticar previamente as doenças infecciosas, bem como, prescrever os cuidados de enfermagem durante o atendimento no domicílio.

DIMENSÃO DA HABILIDADE DE "INCENTIVAÇÃO" – HI (03)

COMPETÊNCIA HI 01
Ser capaz de favorecer a autonomia dos usuários para resolver os problemas de saúde com segurança, principalmente os urgentes, incentivando pessoas a terem uma postura de prevenção das infecções, por meio do empoderamento e corresponsabilidade dos mesmos. Entender que para a prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar é necessário utilizar tecnologias, priorizando a inclusão e estimulando a participação da comunidade.

COMPETÊNCIA HI 02
Ser capaz de reduzir a ocorrência das infecções, por meio da sensibilização do indivíduo e sua família quanto à importância da prevenção de doenças infecciosas, a qual ocorre quando adotamos hábitos de higiene pessoal e do domicílio.

COMPETÊNCIA HI 03
Ser capaz de promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social, utilizando adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para isso.

DIMENSÃO DAS ATITUDES – AT (07)

COMPETÊNCIA AT 01
Demonstrar confiabilidade ao decidir a conduta mais apropriada para prevenir e tratar as infecções na Atenção Domiciliar, baseando-se em evidências científicas, planejando o cuidado a partir da perspectiva das famílias como corresponsáveis pela prevenção de infecções.

COMPETÊNCIA AT 02
Demonstrar compromisso com a constante busca por atualização do conhecimento na área de atuação e boa informação relacionada à saúde, por meio de capacitação profissional. Manter-se atualizado sobre aspectos pertinentes às áreas de infectologia e saúde pública.

COMPETÊNCIA AT 03
Demonstrar liderança, compromisso, responsabilidade e empatia com a equipe e a população. Passar segurança durante a realização do trabalho. Ter domínio e comprometimento frente às situações de conflito para decidir um caminho a ser seguido, delegando tarefas para mobilizar outros profissionais na busca da qualidade da assistência. Fazer com que a equipe gere resultados desejados.

COMPETÊNCIA AT 04
Demonstrar, por meio de relações humanizadas, ser um profissional que se baseia num conceito ampliado de saúde, entendendo o ser humano de forma integral e não somente o seu aspecto biológico. Incluir aspectos importantes no cotidiano das relações tais como: respeito, carinho, atenção, responsabilidade com as pessoas e com o serviço de saúde desenvolvido. Adotar os princípios da Política de Humanização do SUS na prevenção e controle das infecções em Atenção Domiciliar.

COMPETÊNCIA AT 05
Demonstrar o reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, além do direito de condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

COMPETÊNCIA AT 06
Demonstrar iniciativa para gerir os imprevistos frente às diferentes realidades, bem como a homogeneidade e heterogeneidade dos grupos em seus aspectos sociais, culturais, físicos e também das condições de trabalho.

COMPETÊNCIA AT 07
Demonstrar criatividade para lidar com as dificuldades presentes no cenário de trabalho sem comprometer a qualidade do serviço prestado. Capacidade de apreender a Atenção Domiciliar em sua complexidade e na variabilidade dos seus problemas, desenvolvendo habilidades, conhecimentos específicos, criatividade e flexibilidade. Na Atenção Domiciliar é preciso fazer com que as coisas aconteçam e não apenas esperar acontecer.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de autorização da FMS de Teresina - PI

FMS
Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Teresina, 27 de julho de 2012

TERMO DE AQUIESCÊNCIA

A Superintendência da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, por meio deste documento, comunica a autorização para a coleta de dados da Pesquisa intitulada "**Competências do enfermeiro na prevenção e controle das infecções em atenção domiciliar**", de autoria da Professora Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle, da Universidade Federal do Piauí, sob a orientação acadêmica da Professora Doutora Denise de Andrade do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo – USP.

Atenciosamente,

Tiago de Sousa Macedo
Superintendente Executivo

ANEXO B
CORPUS ALCESTE

**** *suj_01 *cat_03 *sex_02

Administração e gerenciamento. Os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, devem estar aptos a desenvolverem ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, quer seja em nível individual ou coletivo. Para tal, a atenção às infecções, tida como problema de saúde pública, deve ser executada de forma perspicaz pelo enfermeiro na busca pela administração e gerenciamento de recursos, planos e metas que visem a redução da transmissão de infecções. É considerado o profissional ideal para atuar de forma coletiva por meio da atenção domiciliar, haja vista que este possui em sua formação qualidades indispensáveis à essas competências, tais como o conhecimentos para planejar, tomar decisões, interagir, gestão de pessoal (equipe Estratégia Saúde da Família, por exemplo), além das funções administrativas, destacam-se o planejamento, organização, coordenação, direção e controle dos serviços de saúde. Tomada de decisão. A enfermagem possui inúmeras ferramentas que auxiliam o processo decisório, no entanto para que esta profissão fortaleça-se como ciência e não apenas como arte, baseada em conhecimentos empíricos, o enfermeiro deve, dentro daquilo que é competência sua como o controle das infecções, buscar apodera-se de conhecimentos científicos válidos, ou seja, possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas no controle das infecções, baseadas em evidências científicas. Ao longo dos anos o controle das infecções vem sido tratado como meras receitas de bolos a serem seguidas, observam-se a imprudência e a imperícia do cuidado por parte dos profissionais no manejo específico às infecções, ampliando-se as opções de contágios e contaminação destas, propagando-se assim uma cultura errônea de negligenciamento de ações de controle de infecções. Educação permanente. Quando se trata de infecções, sabe-se que a todo instante novos perfis de doenças podem aparecer modificados e cada vez mais letais à saúde pública. No entanto, os profissionais devem ter a visão de sempre estarem buscando formas de atualização, aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. O enfermeiro deve estimular a educação permanente, a educação em trabalho, em sua equipe desenvolvendo habilidades e atitudes voltadas à transformação do contexto epidemiológico, de forma contínua, buscando soluções para o controle em equipe das infecções em saúde. Sempre ter a atitude de lavagem das mãos. Conduta básica para evitar transmissão de infecções, seja em qualquer ambiente de atendimento em saúde, e que é negligenciada pela maioria dos profissionais da saúde. Conhecimento conceitual. Ter conhecimento básico sobre as formas de transmissão das infecções. Deve-se buscar compreender o ciclo de transmissão de cada infecção para que se possa atuar com estratégias de controle e prevenção das mesmas, por meio da vigilância em saúde. Noção de manuseio e descarte correto dos resíduos de serviço em saúde. A manipulação correta e o descarte dos resíduos infecciosos que podem contribuir para contaminação e propagação de microorganismos é muito importante para a prevenção e o controle das infecções também no contexto domiciliar, pois nesse ambiente também são realizados procedimentos invasivos que podem ser porta de entrada para outras doenças.

**** *suj_02 *cat_03 *sex_01
Liderança. Essa é uma competência geral dos profissionais da Atenção Básica, pois a partir dela surgem outras características importantes ao bom andamento do trabalho nesse ambiente, como a empatia, o compromisso, a responsabilidade e o gerenciamento de forma efetiva e eficaz. O enfermeiro deve portar-se a fim de preservar princípios e valores intrínsecos como a ética e a moral, respeitando os profissionais, o paciente/cliente e a si mesmo no ambiente em que fora exposto. Atenção à saúde. A Atenção Domiciliar requer oferecer uma assistência à saúde que ultrapassa as barreiras de uma instituição. Pelo fato do paciente/cliente poder ser um idoso, uma pessoa debilitada, uma pessoa solitária, devem ser realizadas atividades que possam não concernir à profissão da enfermagem. Porém, o enfermeiro deve ser apto a prestar uma assistência de forma integral, individual ou coletivamente, com vistas à prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde, dando resolutividade aos problemas com responsabilidade e compromisso. Comunicação. O paciente pode simplesmente confirmar que entendeu todas as orientações, mas na verdade estar completamente equivocado. É necessário estabelecer uma comunicação eficaz e efetiva por meio de linguagem acessível, demonstrações e prática assistida para se certificar o bom entendimento. Essa habilidade permite ao enfermeiro estabelecer via de comunicação participativa com a família e comunicar-se com a equipe de saúde sobre alterações observadas, assim como, avaliar periodicamente o desempenho da equipe de enfermagem na prestação do cuidado, registrar procedimentos, observações e cuidados de enfermagem entre outras atividades ligadas à educação em saúde e que requeiram do enfermeiro habilidade de comunicar-se adequadamente.É necessário que o enfermeiro esteja disposto a cumprir suas obrigações dentro do prazo determinado e se faça presente. Conhecimento e atitude de lavagem das mãos. O enfermeiro deve ter a atitude de realizar constantemente a higiene das mãos e antissepsia, pois é sabido na literatura que a veiculação de microrganismos se dá principalmente pelo contato indireto por meio das mãos. Uma ação simples como a higiene das mãos ou o uso de solução alcoólica antisséptica antes de realizar qualquer procedimento ou tocar no paciente previne a veiculação de microrganismos, em qualquer tipo de assistência de enfermagem e em qualquer ambiente, mesmo no domicílio. Conhecimento quanto à vigilância epidemiológica. É necessário que o enfermeiro tenha conhecimento quanto à definição de Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS), o que é diferente da Infecção Hospitalar (IH), e todos os aspectos relacionados a ela, principalmente no que concerne à vigilância epidemiológica: desde a coleta e análise dos dados até a implementação de medidas de prevenção e controle de infecção. Realizar educação em saúde/orientação. Nas ações de prevenção e controle de infecção são necessárias que as pessoas envolvidas no ambiente domiciliar possam colaborar e dar continuidade como por exemplo realizar a higiene das mãos antes de tocar no paciente. Certamente, o paciente debilitado sentirá mais autonomia e melhora da auto-estima. Para isso, é necessário que o enfermeiro tenha a habilidade de desenvolver estratégias eficientes de educação em saúde, realizando palestras, orientando os indivíduos e família quanto às medidas de prevenção e controle das infecções no domicílio e na comunidade.

****** ***suj_03 *cat_02 *sex_01
Comunicação. Considero essa competência necessária, pois é o ponto de partida para conhecer a história da pessoa que está sendo cuidada no domicilio bem como da família e também do território sanitário, incluindo o ambiente domiciliar. A competência de comunicar-se permite levantar dados relativos a possíveis fontes de infecção que podem existir no domicílio resultante, por exemplo, da falta de higiene, do manejo inadequado dos alimentos e da água para consumo. Além disso, a capacidade de escutar e de argumentar pode prevenir o surgimento de doenças infecciosas mais comuns na comunidade e também auxiliar no tratamento. Tomada de decisões. Sensibilidade, “feeling”. Aqui incluo uma condição de “ver para além do que se apresenta” talvez uma capacidade interpretativa. Essa competência pode ajudar na analise da situação em sua particularidade. No caso da assistência domiciliar e da prevenção de infecções, sem essa capacidade o enfermeiro não consegue identificar uma situação que expõe a família e o usuário ao risco de infecções, pois não basta colher dados é preciso interpretá-los com uma leitura ampliada e sensível deles. Liderança. Habilidade em manter vínculo, acolhimento e cumplicidade. A postura acolhedora permite uma abertura da família e também eu diria “postura de cumplicidade” como, por exemplo, manutenção do sigilo, a não exposição de determinadas situações, que podem acarretar o constrangimento do indivíduo acometido por alguma doença infecciosa e transmissível, fato que ocorre muitas vezes quando o enfermeiro tem que adotar as medidas de controle de doenças transmissíveis e de infecções. Isso abre possibilidades de abordagem de temas as vezes difíceis de serem discutidos, geralmente relacionados com a transmissão das infecções como higiene pessoal, número de parceiros sexuais, hábitos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Conhecimento procedimental. Conhecimento sobre as técnicas corretas e os cuidados de enfermagem a pessoas com feridas crônicas. Pela minha experiência profissional, muitos enfermeiros não conhecem profundamente os cuidados com feridas crônicas e seus cuidados e isso atrasa o processo cicatricial e facilita as infecções no domicilio, já que a maioria dos pacientes atendidos na Atenção Domiciliar são idosos, acamados, debilitados e que geralmente apresentam úlceras de decúbito. Conhecimento conceitual. Conhecimento das doenças infecciosas e transmissíveis mais frequentes no território sanitário do domicilio e capacidade de articulação entre aspectos da clinica individual e cuidados coletivos. Considero que essa competência do enfermeiro em muito auxiliaria na prevenção de infecções e cuidados, pois esteja ele vinculado a um hospital, home care, Unidade de Saúde da Família, ou outro serviço que presta assistência domiciliar, deveria preocupar-se com os diagnóstico da região e associar cuidados individuais aos coletivos. Isso poderia controlar infecções, porém é necessário que o enfermeiro tenha um olhar integral sobre o indivíduo e uma boa capacidade de articulação entre serviços e equipes. Realizar a Vigilância das infecções. Conhecimento sobre as doenças de notificação compulsória e a forma de controle das mesmas, ou seja, realizar a vigilância das infecções. Muitas vezes o enfermeiro, ao assistir alguém no domicilio se depara com pessoas e casos de doenças que deveriam ser notificadas e controladas, por exemplo, visitando uma senhora acamada, se depara com um netinho com varicela, mas acaba se fixando apenas na pessoa e nos cuidados individuais, isso dificulta o controle de infecções. É importante ter um olhar sobre a família e sobre o ambiente domiciliar como um todo.

**** *suj_04 *cat_01 *sex_01

Comunicação. Sensibilizar a equipe e a família a participar utilizando-se de tecnologias leves como o acolhimento, a humanização e a co-participação. A utilização destas estratégias pode possibilitar a participação efetiva de todos na prevenção e controle da infecção no domicílio. Educação permanente. Orientar a equipe de enfermagem, o usuário e a família quanto à prevenção de infecções no domicílio. A orientação do enfermeiro à equipe, ao usuário e à família é de extrema importância assim como a participação de todos no processo de prevenção e controle de infecção no domicílio, pois o indivíduo deve ser capaz de cuidar da sua própria saúde e para isso é necessário que o enfermeiro tenha habilidade em transmitir corretamente as informações e sensibilizar as pessoas quanto à importância do controle de infecções na comunidade. É necessário também que se tenham os materiais e medicamentos necessários à realização do cuidado. Tomada de decisão. O enfermeiro deve estar apto a supervisionar o cuidado realizado no domicílio seja pela equipe de enfermagem como pelo cuidador do usuário. A supervisão é importante porque se visualiza como o cuidado é realmente realizado. Por exemplo, a administração de um medicamento, a realização de um curativo, a mudança de decúbito, são procedimentos, que, se realizados sem a técnica correta, favorecem o surgimento de infecções cruzadas. Conhecimento procedimental das técnicas corretas. Conhecer e ter habilidade quanto às técnicas corretas de procedimentos e realizar treinamento para a equipe e os cuidadores quanto aos cuidados demandados no domicílio atuando assim, na prevenção e controle da infecção. De forma geral a equipe de enfermagem é treinada para trabalhar em ambiente hospitalar e quando chega à Estratégia Saúde da Família não reconhece o domicílio como fonte de infecção. No caso dos cuidadores, esse desconhecimento tem interferência muitas vezes pelo nível de escolaridade e condição social dos mesmos. Conhecimento conceitual. Conhecimento sobre a legislação pertinente em Atenção Domiciliar no SUS. O enfermeiro deve estar respaldado legalmente quanto às suas competências na atenção domiciliar. Quais as demandas do usuário/família e quais os cuidados realizados neste ambiente. Quem deve participar do cuidado e, portanto atuar na prevenção e no controle das infecções. Realizar educação em saúde/orientação. Reconhecer o domicílio como fonte de transmissão de infecções. A partir do momento em que o enfermeiro realiza o diagnóstico situacional de sua área e faz o reconhecimento das famílias, deve também reconhecer o domicílio como fonte de transmissão de infecções. Por exemplo, ao visitar um idoso com demência, questiona como os cuidados estão sendo realizados e orienta o cuidador quanto à forma correta de executar tais cuidados. Na Unidade Básica de Saúde, pode realizar ações de prevenção e controle de infecção na puericultura quanto às dermatites e parasitoses; no atendimento ao diabético insulinodependente com pé diabético, deve realizar orientação sobre a maneira correta de fazer os curativos e sobre o descarte correto de perfurocortantes, para que não contamine outras pessoas da família.

**** *suj_05 *cat_01 *sex_01

Liderança. O enfermeiro deve estar apto a fomentar estratégias para a implementação, acompanhamento e avaliação das práticas de prevenção e controle de infecção. Se faz importante pela necessidade de orientação e implementação de ações de biossegurança, que corresponde à adoção de normas e procedimentos seguros e adequados à manutenção da saúde do paciente, dos profissionais, dos outros familiares e da comunidade em geral, que pode estar sujeita também à transmissão das infecções comunitárias. Realizar educação em saúde e educação permanente. Ser um bom educador possibilita ao enfermeiro identificar e treinar o cuidador domiciliar de modo a atender as demandas de cada família em consonância com suas possibilidades e contexto entre outras atividades afins, inclusive junto aos membros da equipe de enfermagem. Colaborar e acompanhar os estabelecimentos de assistência à saúde nas ações de controle de infecção no domicílio. É importante assegurar que o cuidador apreenda as normas, rotinas e práticas dos procedimentos do controle da infecção na assistência ao paciente, para que ele mesmo realize os procedimentos com a técnica correta. Conhecimento conceitual sobre o controle e prevenção das infecções. Ter conhecimento para prestar apoio técnico à família no controle de infecção. A equipe de saúde deve assegurar o apoio a família sempre que houver necessidade e para isso, é necessário ter domínio das técnicas assépticas possíveis de serem orientadas e implementadas no contexto domiciliar. Com vistas à redução dos riscos biológicos no contexto familiar e comunitário, conhecimentos sobre procedimentos assépticos, a exemplo da higienização das mãos, podem e devem ser transmitidos pelo enfermeiro e equipe aos membros da família enquanto procedimentos básicos e eficientes à prevenção de infecções. Realizar educação em saúde/orientação. Processo de Adequação do Ambiente. Faz se necessário porque nem sempre o ambiente do domicílio é adequado para manter o cuidado seguro do paciente, sendo importante a orientação quanto a aeração do ambiente, adequação das vestimentas do paciente, adequação do leito, bem como o descarte de materiais contaminados. Realizar a lavagem das mãos antes e após qualquer procedimento com o paciente, uso de Equipamentos de Proteção Individual, como luvas e máscaras descartáveis quando necessário._É uma medida de precaução universal que permite o controle de infecção em qualquer ambiente, seja no hospital, no domicílio ou na comunidade. Realizar a administração de medicamentos de forma correta, orientar sobre a importância da higienização pessoal, alimentação e hidratação. O uso adequado da medicação na dose e horário correto é imprescindível para evitar complicações. A tríade higienização, alimentação e hidratação é de fundamental importância para a recuperação imunológica do paciente, bem como atender as necessidades humanas básicas do paciente é uma condição indispensável no controle das infecções e manutenção da vida.

**** *suj_06 *cat_03 *sex_01

Liderança. A liderança é uma das habilidades (competências) básicas de todo enfermeiro na prevenção e controle de infecção em serviços de saúde, não apenas domiciliar. Ter o conhecimento e saber colocá-lo em prática orientando outros profissionais os quais atuam na mesma área que este, é o que diferencia em sua atividade profissional cotidiana. A liderança proporciona ao enfermeiro ter empatia com o restante da equipe e com a população de sua área de abrangência, além de compromisso e responsabilidade. Comunicação. As relações interpessoais no cotidiano profissional do enfermeiro no controle e prevenção de infecção é outro aspecto de suma importância. Ao lado da liderança é a argamassa profissional, pois são os canais de comunicação e interação entre os trabalhadores de saúde. A convivência saudável entre as pessoas no ambiente laboral otimizará o fluxo das informações e o controle dos dados na prevenção e controle de infecções na atenção domiciliar. Administração e gerenciamento. Esta competência é importante porque ela fechará o ciclo das competências gerais de um enfermeiro na prevenção e controle de infecção, a liderança, a comunicação e por fim a capacidade de administrar e gerenciar o trabalho em equipe na Atenção Básica. Todas estão interligadas e dependentes uma da outra, consideradas bases fundamentais das características de um profissional que possui o que denominamos atitude de empreender no espaço do trabalho. O enfermeiro realiza, por meio dessa competência uma sistematização do trabalho, visando u uso adequado e eficaz dos recursos físicos, materiais e humanos, como também avaliação da qualidade da assistência. Conhecimento conceitual. Esta competência chamada domínio temática é o conhecimento mínimo que um enfermeiro ou qualquer outro profissional na prevenção e controle de infecção precisa ter e dominar. Conhecer profundamente sua área de atuação profissional é imprescindível, porque sem conhecimento na resolução dos problemas, não se chegará a nenhum resultado. Dessa forma, é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento sobre as normas e técnicas de controle e prevenção das infecções. Realizar a vigilância das infecções. O enfermeiro deve ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança. Esta competência especifica complementará a primeira, domínio da temática, porque o enfermeiro, diante de uma problemática encontrada no cotidiano laboral, com o conhecimento e experiência que possui, poderá encontrar a melhor solução para o problema apresentado por meio da astúcia e criatividade, ou seja, qual a melhor solução que de maneira eficiente obterá o resultado esperado. Planejamento estratégico. Esta competência denominada planejamento estratégico em primeiro momento pode soar como um termo muito administrativo, mas pode ser empregado na atividade profissional do enfermeiro na prevenção e controle de infecção em atenção domiciliar, porque fecha a tripartite de competências especificas. Porque se você tem o domínio da temática, astucia e criatividade na resolução do problema identificado, o planejamento estratégico será quais as intervenções que melhor resolverá o problema, ou seja, são as ações propriamente dita, que aqui podem incluir o descarte correto dos resíduos de serviço de saúde, vigilância das infecções, uso das normas e técnicas de prevenção e controle das infecções.

**** *suj_07 *cat_02 *sex_01

Comunicação. É importante ter essa habilidade para saber preparar a equipe e os cuidadores para prevenção e controle de infecções e elaborar protocolos específicos para o domicilio. O treinamento da equipe e dos cuidadores é uma ação fundamental e de responsabilidade “quase” exclusiva dos enfermeiros no cuidado domiciliar, em especial nos temas relativos aos procedimentos técnicos. Tomada de decisão para atuar no controle e prevenção das infecções com práticas baseadas em evidências. Os profissionais que atuam no domicílio devem embasar suas ações nas melhores práticas e, para tanto, devem produzir e consumir o conhecimento gerado pelo campo. Dessa forma, poderiam se criar protocolos de prevenção e controle das infecções comunitárias, na atenção básica, para que não fosse necessário o paciente ser internado para se tratar de uma infecção que foi adquirida na comunidade. Educação em saúde e educação permanente. Discutir com a família as práticas de cuidado e o papel da família e dos cuidadores na prevenção de infecção. A família ocupa um lugar central no cuidado domiciliar e, portanto, o enfermeiro e os demais profissionais devem ser capazes de planejar o cuidado a partir da perspectiva das famílias como co-responsáveis pela prevenção de infecções. Isso só acontece se o enfermeiro conseguir, por meio da educação em saúde, sensibilizar o indivíduo e a família quanto à importância do controle e prevenção das infecções no domicílio e na comunidade. Realizar a vigilância das infecções. Atuar com vistas à segurança do paciente. O enfermeiro deve atuar considerando todas as ações e práticas necessárias para garantir a segurança do paciente e da comunidade, o que inclui o gerenciamento de riscos e adequada vigilância das situações e condições que levam a infecções. Conhecimento procedimental. Conhecer a técnica correta dos procedimentos a serem realizados no ambiente domiciliar. É de fundamental importância que o enfermeiro tenha conhecimento das técnicas e procedimentos de cuidado, como a administração de medicamentos e curativos, especialmente que saiba aplicar no cuidado domiciliar as orientações especificas para a prevenção de infecções, que não se modelem como as do ambiente hospitalar, mas que sejam adequadas ao contexto, dinâmica e condições do domicilio. Manejo adequado dos resíduos gerados no cuidado domiciliar, que inclui a redução da produção, o transporte adequado e a destinação final dos mesmos. Considerando a quantidade e a qualidade dos resíduos gerados na atenção à saúde, em especial no contexto do domicilio, é necessário um plano efetivo de gerenciamento dos resíduos. Ademais, deve-se considerar a necessidade que o enfermeiro e os demais profissionais saibam discutir com a família, os cuidadores e a rede de cuidados a melhor forma de descarte dos resíduos gerados no cuidado domiciliar, para que não facilite a transmissão de infecções cruzadas na comunidade.

**** *suj_08 *cat_01 *sex_02

Liderança. Essa competência significa mais do que simplesmente chefiar, liderar é fazer com que um grupo de pessoas trabalhem em equipe e gerem os resultados desejados pela empresa. Para isto, um líder deve possuir habilidades como capacidade de motivar e influenciar as pessoas que trabalham com ele e qualidades como dedicação, equilíbrio e vocação. Administração e gerenciamento. Os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, devem estar aptos a desenvolverem ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, quer seja em nível individual ou coletivo. Para tal, a atenção às infecções, tida como problema de saúde pública, deve ser executada de forma perspicaz pelo enfermeiro na busca pela administração e gerenciamento de recursos, planos e metas que visem a redução da transmissão de infecções.Prover condições de trabalho, exames específicos, com resultado rápido, condições para tratamento como antibiótico adequado e acessível. Condições para implantação de precauções e protocolos de controle de infecções na atenção básica quando necessários para quebra a cadeia de transmissão. Educação permanente. Realizar treinamento para a equipe, para revisar as técnicas e evitar procedimentos que contribuem para propagação da doença. Ser um bom educador possibilita ao enfermeiro identificar e treinar o cuidador domiciliar de modo a atender as demandas de cada família em consonância com suas possibilidades e contexto entre outras atividades afins, inclusive junto aos membros da equipe de enfermagem. Realizar a vigilância das infecções. Trabalhar com metas e indicadores. Usar medidas como parâmetros para se conhecer uma situação endêmica e poder intervir numa situação epidêmica. Dessa forma, é importante que se construam protocolos de controle de infecções específicos da atenção básica para atuar na prevenção das infecções comunitárias. Conhecimento procedimental. Ter conhecimento das técnicas corretas de procedimentos, com vistas à manutenção da segurança biológica do paciente e do domicílio. Criar procedimentos operacionais padrão; a padronização de técnicas é a base da assistência em saúde para evitar situações de imperícia. Dimensionamento adequado, para contemplar de forma homogênea todos os clientes sem sobrecarregar a equipe. Realizar o descarte correto dos resíduos de saúde. Ter noção de manuseio e descarte correto dos resíduos de serviço em saúde. A manipulação correta e o descarte dos resíduos infecciosos que podem contribuir para contaminação e propagação de microorganismos é muito importante para a prevenção e o controle das infecções também no contexto domiciliar, pois nesse ambiente também são realizados procedimentos invasivos que podem ser porta de entrada para outras doenças.

**** *suj_09 *cat_02 *sex_01

Comunicação. Promover comunicação eficaz com o paciente, família e cuidadores e os membros da equipe de saúde. A comunicação é necessária para garantir a segurança microbiológica, psicológica e outras do paciente em todas as situações de atendimento. O profissional deve saber ouvir, coletar dados e informações, ter proatividade e analisar como cada informação pode contribuir favoravelmente para o tratamento. O profissional deve saber discernir as informações levando em conta a prioridade, o sigilo e a proteção do doente, da família e do trabalho da equipe. Administração e gerenciamento. Identificar os recursos de apoio, ajuda instrumental, potencialidades dos cuidadores, direitos trabalhistas, direitos de planos ou seguros de saúde, auxílio para transporte e outros que podem ser envolvidos em prol da recuperação do paciente**.** A produção de saúde no domicílio é um trabalho complexo e muitas vezes apresenta muitas particularidades. Considerando o elevado grau de stress que muitas vezes acompanha a doença, existe também um desgaste emocional, elevados custos para a família e o doente, não raramente provocando stress e sobrecarga para o cuidador e/ou a família. È muito importante que haja uma união de esforços, vendo quais são os recursos disponíveis e como obter outros necessários evitando o desgaste excessivo. Atenção à saúde com sensibiliade. Considerar o domicílio como espaço de privacidade da família, ciente de limites dos aspectos culturais, emocionais e psicológicos. Cada família tem as suas características e uma dinâmica do domicílio. Manter a sensibilidade enquanto prestador de assistência e ter uma atitude de respeito com os membros da família, considerando a importância do mesmo para a privacidade das pessoas e atendimento de suas próprias necessidades como alimentação, sono, sexualidade, repouso etc. Estabelecer um contínuo diálogo, com sensibilidade para fazer acordos e contratos de trabalho e rever tais aspectos, sempre que houver necessidade. Liderança. Preservar, preocupar-se, propor medidas e mediar conflitos que visam a privacidade, o pudor e a identidade/ papel do paciente. Muitas vezes a doença provoca fragilidade, exposição, vulnerabilidade individual que são relativos aos aspectos físicos, mas também emocionais e familiares. Frequentemente existem conflitos, pois no momento da doença, emergem problemas emocionais relacionadas ao convívio familiar. É necessário perceber as situações, evitar que aconteçam ou muitas vezes ser um mediador de conflitos.
Avaliação, registro e apresentação dos investimentos, custos e benefícios da atenção domiciliar. No contexto da saúde e perante a crise atual, são necessárias medidas eficazes para atenção a saúde com qualidade e viável financeiramente. A apresentação dos investimentos, custos e resultados são importantes para monitoramento, avaliação e ampliação da atenção domiciliar. Realizar anamnese do paciente durante o atendimento domiciliar. Avaliar o estado geral da pessoa que está sendo assistida como estado emocional, atendimento as necessidades como alimentação, ingestão calórica de proteínas e vitaminas, a hidratação, a higiene pessoal, etc. A recuperação do quadro infeccioso está relaciona com o bom estado geral do paciente, de forma que a atenção deve ser integral, de forma a suprir a necessidades básicas do paciente para que o mesmo recupere seu estado imunológico eficiente. Conhecimento procedimental. Ter conhecimento da técnica correta e realizar a assistência de enfermagem relativa a administração de medicamentos, com vistas ao controle de infecções. A recuperação do quadro infeccioso ou em situações de doenças crônicas depende da administração de medicamentos na dose, horário e maneira corretos. A enfermagem presta assistência por meio da administração de medicamentos, observando e auxiliando tal procedimento, inclusive de acessos venosos difíceis. Dessa forma é importante que os procedimentos estejam isentos de contaminação, tanto o material, como o manuseio destes seja baseado nos princípios e diretrizes existentes nos protocolos de controle e prevenção de infecções cruzadas.

**** *suj_10 *cat_03 *sex_01

Educação permanente. Planejamento, organização e avaliação do trabalho desenvolvido, por meio de atualização e ações de educação permanente da equipe, sistematização da assistência de enfermagem, avaliação por meios de dados epidemiológicos. Construção e validação de protocolos instituídos. Realização de reuniões para estabelecimento de projeto terapêutico singular, estabelecimentos de metas, distribuições de funções e avaliações dos resultados. Busca pela multidisciplinariedade e interdisciplinariedade. Comunicação. O enfermeiro deve possuir essa competência, além de ser ético, honesto e responsável junto a sua equipe de trabalho, clientes, familiares e/ou cuidadores, pois estes requisitos favorecem o vínculo, respeito e aumentam a credibilidade perante os outros profissionais e principalmente perante a comunidade. Uma comunicação efetiva, ou seja, aquela na qual as duas partes compreendem a mensagem permite ao enfermeiro elaborar seu plano de cuidados de forma integral e humanizada, visando a melhoria da qualidade de vida do cliente. Atenção à saúde. O enfermeiro deve ser apto a prestar assistência de forma humanizada, prezar pela humanização da assistência, buscando sempre o respeito ao próximo, por meio da escuta ativa estar atento as diferentes formas/maneiras de comunicação. Liderança. Ë fundamental que o enfermeiro conhecer seus limites e busque sempre o aprimoramento por meio da liderança, organização, observação e potencialidades. O paciente que confia no profissional tem mais probabilidade de seguir suas orientações. Essa competência significa mais do que simplesmente chefiar, liderar é fazer com que um grupo de pessoas trabalhem em equipe e gerem os resultados desejados pela empresa. Para isto, um líder deve possuir habilidades como capacidade de motivar e influenciar as pessoas que trabalham com ele e qualidades como dedicação, equilíbrio e vocação. Ter conhecimento procedimental sobre as técnicas corretas. Conhecimento técnico atualizado sobre os procedimentos técnicos invasivos ou não, pois todos podem proporcionar em diferentes graus o risco de infecção. Prezar pelos procedimentos técnicos de maior risco, como administração de fármacos, nutrição parenteral, cateterismos (venosos, arteriais, vesicais, enterais) e tratamento de feridas. Buscar sempre o aprimoramento de habilidades técnicas e conhecimentos de novas tecnologias sempre baseados em evidencias científicas. Alertar sobre riscos do uso indiscriminados de antimicrobianos e resistência microbiana. Ter atitude quanto ao emprego correto das normas de medidas de prevenção e controle das infecções. Emprego rigoroso de normas de biossegurança, das técnicas de assepsia, antissepsia, desinfecção, higienização das mãos. Emprego adequado de técnica limpa e/ou estéril adequada a cada caso e aos recursos disponíveis. Emprego de técnicas de precauções por rota de transmissão. Emprego de hábitos saudáveis: higiene pessoal, do lar, de alimentos. Manter o ambiente arejado e iluminado. Prevenção de doenças por meio de imunobiológicos. Preservação do meio ambiente por meio do descarte apropriado de resíduos de saúde. Ações de promoção à saúde. Realizar educação em saúde/orientação. Educação junto à equipe e ao cliente/família/cuidador/comunidade, mudança no foco que o enfermeiro é todo saber, um mero repassador de informações/conhecimento. Deve-se mudar esse paradigma para metodologias ativas partir do conhecimento prévio e experiências das pessoas e junto com elas construir novos saberes.

**** *suj_11 *cat_01 *sex_01

Habilidade de comunicação/diálogo**.** Considero importante esta competência, pois o enfermeiro da Atenção Básica trabalha com diversos profissionais (categorias e níveis diferentes) e necessita de uma comunicação adequada e orientada para o entendimento na perspectiva de juntos chegarem a um objetivo comum. Além disso, por meio da comunicação com a família, o enfermeiro é capaz de enfrentar os diversos problemas de saúde existentes, inclusive os relacionados à transmissão de infecções no domicílio. Liderança**.** Habilidade em estabelecer de vínculo. O enfermeiro da Atenção Básica por trabalhar em uma área adstrita e com um número determinado de famílias necessita estabelecer vínculos solidários, pois através dessa competência os usuários poderão confiar no profissional, confidenciar seus problemas e seguir com mais segurança as orientações/prescrições que o enfermeiro fizer. Além disso, através do vínculo estabelecemos um cuidado individualizado, como também relacionado a família e a comunidade. Isso abre possibilidades de abordagem de temas as vezes difíceis de serem discutidos, geralmente relacionados com a transmissão das infecções como higiene pessoal, número de parceiros sexuais, hábitos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros. Tomada de decisões**.** Através do alcance dessa competência o enfermeiro poderá buscar desenvolver as habilidades e capacidades dos seus funcionários/liderados (agentes comunitários de saúde e auxiliar de enfermagem), estimular a qualidade do desempenho das funções da sua equipe, além de buscar a interação de todos os membros da equipe. Conhecimento da técnica correta de realização de curativos**.** Se o enfermeiro domina essa competência, o mesmo em sua atividade poderá evitar a infecção ou reduzi-la através de uma técnica correta, sem riscos de contaminação, evitando assim uma piora do quadro clínico do cliente. Ter conhecimento sobre o destino correto dos resíduos de saúde e realizar a técnica correta no descarte de imunobiológicos ao vacinar os acamados. O enfermeiro necessita ter habilidade para descartar os imunobiológicos, as seringas e agulhas utilizadas em campanhas de vacinas aos idosos acamados de maneira correta, pois através dessa competência este profissional irá evitar/reduzir infecções, além de evitar contaminações com materiais perfuro cortantes. Realizar educação em saúde e orientação. O profissional enfermeiro deve dominar esta competência e tomar essa atitude perante seu desempenho, pois diariamente o mesmo trabalha através da orientação e da educação em saúde por meio de grupos de discussão, de palestras e dramatizações. Assim, as fragilidades, as deficiências, bem como as noções errôneas que alguns usuários possuem de seus saberes e práticas devem ser esclarecidas com o intuito de se prevenir e controlar as infecções no domicílio e na comunidade. Além disso, através da orientação alcançamos a promoção da saúde e a prevenção de outros agravos.

*** *suj_12 *cat_01 *sex_01

Atenção à saúde. Habilidade em ter uma visão holística do indivíduo para a promoção da saúde. O enfermeiro precisa vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística, levando em consideração os múltiplos determinantes da saúde, identificando os riscos de infecção aos quais o paciente está exposto no domicílio e garantindo medidas de prevenção e controle das infecções e promoção da saúde. Tomada de decisões**.** Tal competência é necessária porque o enfermeiro necessita tomar decisões fundamentadas, através do pensamento crítico em qualquer que seja o contexto de prestação de cuidados, como por exemplo, no domicílio. Comunicação**.** É importante que o enfermeiro repasse a informação relevante, correta e compreensível para garantir poder ao indivíduo e família a cuidarem solidariamente de sua saúde, bem como responder apropriadamente às dúvidas e solicitações do paciente. Tal habilidade permite ao enfermeiro estabelecer via de comunicação participativa com a família e comunicar-se com a equipe de saúde sobre alterações observadas, assim como, avaliar periodicamente o desempenho da equipe de enfermagem na prestação do cuidado, registrar procedimentos, observações e cuidados de enfermagem entre outras atividades ligadas à educação em saúde e que requeiram do enfermeiro habilidade de comunicar-se adequadamente. Integralidade das ações. Integrar as ações de enfermagem a de outros profissionais com responsabilidade. É importante que o enfermeiro aceite sua responsabilidade enquanto profissional e responda por suas ações bem como consultando outros profissionais quando as necessidades do individuo/família estiverem aquém da sua área de exercício. Conhecimento sobre as normas de controle e prevenção das infecções e perícia. Para prevenção e controle das infecções, o enfermeiro precisa, na prestação de cuidados, aplicar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas na prática de enfermagem, baseando-se nas evidências. Não expondo o paciente a riscos desnecessários. Manter o ambiente domiciliar seguro. O enfermeiro precisa manter um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco. Garantindo a segurança da administração de substâncias terapêuticas e implementando procedimentos de controle de infecção, como o uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individual e outras normas de biossegurança, como a lavagem das mãos e o destino correto dos resíduos de saúde.

**** *suj_13 *cat_01 *sex_01

Comunicação. Habilidade em estabelecer vinculo com o paciente. Essa competência facilita a adesão ao tratamento e às medidas de controle de infecção por parte do próprio paciente e familiares que também executam o cuidado. O enfermeiro da Atenção Básica por trabalhar em uma área adstrita e com um número determinado de famílias necessita estabelecer vínculos solidários, pois através dessa competência os usuários poderão confiar no profissional, confidenciar seus problemas e seguir com mais segurança as orientações/prescrições que o enfermeiro fizer. Além disso, através do vínculo estabelecemos um cuidado individualizado, como também relacionado a família e a comunidade. Isso abre possibilidades de abordagem de temas as vezes difíceis de serem discutidos, geralmente relacionados com a transmissão das infecções como higiene pessoal, número de parceiros sexuais, hábitos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros. Tomada de decisões. O uso da criatividade é importante porque frequentemente lidamos com a falta de recursos e de estrutura do serviço prejudicando o bom andamento do cuidado domiciliar. Dessa forma, precisamos elaborar estratégias de enfrentamento dos problemas com os recursos que temos, utilizando-se da criatividade para tomar decisões importantes. Atenção à saúde. Proporcionar a promoção da saúde para os indivíduos e famílias. A utilização de medidas que minimizam os riscos de infecção como orientações e supervisões quanto a nutrição adequada, repouso, higiene e conforto, utilizando recursos disponíveis na comunidade é fundamental para melhorar a qualidade de vida dos mesmos. Conhecimento sobre as técnicas de procedimentos corretas e das precauções padrão. O profissional deve adotar uma postura de precaução para não ser veiculo transmissor de doenças e nem se infectar. Deve manter o ambiente domiciliar seguro, livre de riscos de infecção para o paciente, família e comunidade. Conhecimento sobre as infecções comunitárias mais comuns. O conhecimento técnico científico sobre a patologia do paciente favorece a elaboração de um plano de cuidados adequado. Deve-se buscar compreender o ciclo de transmissão de cada infecção para que se possa atuar com estratégias de controle e prevenção das mesmas, por meio da vigilância em saúde. Realizar educação em saúde/orientação ao paciente e à família. O cuidador e/ou paciente deve ser orientado de forma clara para que esteja apto a realizar o cuidado seguindo medidas de controle de infecção, como a lavagem correta das mãos, mesmo na ausência do enfermeiro.

**** *suj_14 *cat_01 *sex_01

Liderança**.** O paciente que confia no profissional tem mais probabilidade de seguir suas orientações. Essa competência significa mais do que simplesmente chefiar, liderar é fazer com que um grupo de pessoas trabalhem em equipe e gerem os resultados desejados pela empresa. Para isto, um líder deve possuir habilidades como capacidade de motivar e influenciar as pessoas que trabalham com ele e qualidades como dedicação, equilíbrio e vocação. Atenção à saúde. Habilidade em estabelecer e manter vínculo com o indivíduo, família e comunidade por meio da assistência de enfermagem. A empatia permite compreender as dificuldades de cada um e traçar estratégias adequadas de acordo com as possibilidades do paciente. Tal habilidade embora de caráter amplo, guarda direta relação com a atuação da enfermagem em qualquer nível de assistência, mas na atenção domiciliar, implica no acompanhamento de famílias em programas de atendimento domiciliar; na viabilização de apoio emocional/espiritual e educação em saúde levando em conta uma visão holística do ser assistido e seu contexto familiar (sócio econômico e cultural); na realização de acolhimento/consulta/anamnese de enfermagem; na realização da avaliação sistemática da evolução do cliente, diagnóstico e prescrição dos cuidados de enfermagem; na prestação de cuidados de enfermagem de baixa, média e alta complexidade entre outras atividades. Comunicação. O paciente pode simplesmente confirmar que entendeu todas as orientações, mas na verdade estar completamente equivocado. É necessário estabelecer uma comunicação eficaz e efetiva por meio de linguagem acessível, demonstrações e prática assistida para se certificar o bom entendimento. Essa habilidade permite ao enfermeiro estabelecer via de comunicação participativa com a família e comunicar-se com a equipe de saúde sobre alterações observadas, assim como, avaliar periodicamente o desempenho da equipe de enfermagem na prestação do cuidado, registrar procedimentos, observações e cuidados de enfermagem entre outras atividades ligadas à educação em saúde e que requeiram do enfermeiro habilidade de comunicar-se adequadamente. Domínio do conhecimento técnico-científico sobre as normas de controle e prevenção das infecções. O conhecimento técnico-científico é inerente ao trabalho de enfermagem, não se dissociam, sem seu domínio é impossível trabalhar com prevenção e controle de infecções em qualquer ambiente. É importante que o enfermeiro tenha conhecimento sobre o uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual, bem como do destino correto dos resíduos de saúde, da lavagem das mãos e das técnicas de procedimentos corretas. Realizar educação em saúde/orientação. O ensino é imprescindível para trabalhar com prevenção e controle de infecções, pois na maioria das vezes trata-se de pacientes ou cuidadores leigos. Ser um bom educador possibilita ao enfermeiro identificar e treinar o cuidador domiciliar de modo a atender as demandas de cada família em consonância com suas possibilidades e contexto entre outras atividades afins, inclusive junto aos membros da equipe de enfermagem. Realizar vigilância das infecções. Ter a capacidade para acompanhar e avaliar os casos de infecções comunitárias por meio da elaboração de protocolos de controle desses agravos na Atenção Básica. É preciso monitorizar as ações dos pacientes para prevenção e controle de infecções conforme orientação do profissional de saúde e avaliar a necessidade de intervenções, para se evitar a transmissão de infecções cruzadas no domicílio ou na comunidade.

**** *suj_15 *cat_03 *sex_01

Liderança**.** O enfermeiro irá conduzir uma equipe e portanto precisa dessa competência no sentido de orientar, supervisionar e ser exemplo diante de seus subordinados. O enfermeiro deve mostrar segurança em suas ações e conhecimentos de forma que sua equipe atue com qualidade, precisão e segurança. Além disso, a liderança transmite confiança aos pacientes e seus familiares. Comunicação. A equipe deve ser bem orientada quanto às suas tarefas, suas funções e os resultados esperados com suas ações. Isso deve ser passado claramente pelo enfermeiro para que todos as realizem da mesma forma, segundo protocolos, por exemplo. A comunicação também é importante na orientação da família, com uma linguagem clara, dentro da sua situação econômica e cultural, de forma que ela fique à vontade com o enfermeiro para esclarecimento de todas as suas dúvidas e se sensibilize verdadeiramente com as orientações repassadas. Educação permanente. A segurança do enfermeiro na educação da equipe e da família a ser assistida está relacionada ao grau de conhecimento do enfermeiro sobre a área que está atuando, nesse caso, conhecimentos sobre o controle e prevenção das infecções. Para isso, ele deve estudar bastante para que suas orientações sejam claras e seguras de forma que as famílias e sua equipe possam segui-las, pois percebem que o enfermeiro sabe do que está falando. Essa atualização do conhecimento só é possível por meio da educação permanente, ou seja, o enfermeiro deve estar sempre se atualizando sobre as novas descobertas científicas da sua área de atuação. É necessário também conhecer sobre a realidade das famílias assistidas, para compreender suas necessidades. Educação em saúde/orientação. Realizar educação em saúde/orientação com domínio dos processos pedagógicos de aprendizado. As suas orientações devem ser claras, tanto para a equipe quanto para as famílias assistidas. A linguagem deve ser de acordo com o nível intelectual dessas pessoas e deve-se usar de todos os instrumentos didáticos possíveis e existentes para que compreendam o que está sendo passado. A não compreensão de uma tarefa gera a não realização ou a sua realização imperfeita. Conhecimento relacionado às normas de prevenção de infecções. Sem esse conhecimento, fica inviável estabelecer medidas de prevenção e orientação da sua clientela e equipe. Se o enfermeiro não tiver esse conhecimento, a sua supervisão não será eficaz, pois ele não saberá apontar as falhas e corrigi-las. Por isso é importante ter conhecimento sobre o uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individual, sobre a lavagem das mãos e outras normas. Descarte correto dos resíduos de saúde**.** O descarte de lixo em geral é um problema para a sociedade atual. No caso de artigos “contaminados”, a vigilância deve ser maior. Há meios para que esse descarte seja feito com danos ecológicos mínimos que deve ser do conhecimento do enfermeiro para realizá-los bem como realizar a orientação sobre os mesmos para a família de forma a se evitar infecções cruzadas.

**** *suj_16 *cat_01 *sex_01

Atenção à saúde. Para se prestar uma assistência de qualidade é necessário antes de tudo ter responsabilidade pelo o que você faz, como você faz e como você vê o cliente que recebe este cuidado. A atenção à saúde deve ser uma competência do enfermeiro, prestada de forma integral, visando a prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde, seja do indivíduo, da família ou da comunidade, com o objetivo de resolver o problema com ética e responsabilidade. Educação permanente. Antes de tudo precisamos assistir o cliente de forma digna, com uma assistência de qualidade e para isso precisamos utilizar o conhecimento científico adquirido em todas as ações de assistência ao cliente. Dessa forma, a atualização desse conhecimento, por meio da educação permanente é fundamental para que alcancemos o objetivo de promover a saúde do indivíduo e da família. O enfermeiro deve sempre participar de programas de educação permanente voltados para sua área de atuação. Comunicação. A partir do momento em que se presta o cuidado a um cliente, o enfermeiro precisa está ciente do seu papel junto ao cliente e a comunidade, principalmente se essa assistência acontece em seu domicilio. Por tanto a ética e o respeito ao paciente deve sempre ser preservada, o que se consegue por meio de uma comunicação efetiva, na qual estamos aptos a escutar interpretar as situações sem julgamentos prévios. A comunicação também permite manter um vínculo com o indivíduo, quando ele passa a confiar e confidenciar seus problemas de saúde mais importantes. Conhecimento conceitual. Ter conhecimento técnico-científico no desenvolvimento das atividades, habilidade e domínio técnico. É importante que o enfermeiro ao realizar as suas atividades, desenvolva-as com autonomia, demonstrando assim sua capacidade de aplicar seus conhecimentos teóricos. Principalmente, na prevenção e no controle das infecções no atendimento domiciliar. Descarte correto dos resíduos de saúde. Fazer o correto descarte do material utilizado no procedimento prestado ao cliente no domicílio. Após a realização de qualquer procedimento na atenção domiciliar, é imprescindível o descarte correto de todo material utilizado, pois isso auxilia na prevenção e controle das infecções. Realizar vigilância das infecções. Elaborar estratégias de enfrentamento das infecções comunitárias, atuando de forma respeitosa e ética no desenvolvimento das atividades. A atenção à saúde do cliente deve ser respeitada em toda e qualquer assistência prestada. Pois quando se executa ações em busca de uma melhoria na qualidade de vida desse paciente, deve-se manter o compromisso de executar as tarefas de forma ética e respeitosa. O enfermeiro da Atenção Básica deve estar apto a desenvolver atividades de prevenção e controle das infecções por meio da vigilância e adotar medidas de erradicação das doenças que mais acometem a comunidade.

****** ***suj_17 *cat_01 *sex_01

Tomada de decisões. O profissional de enfermagem deve coordenar suas tarefas com planejamento e organização, realizando plano de ações e cronograma das atividades a serem realizadas em determinado espaço de tempo (semanal/mensal/semestral/anual), bem como a distribuição de tarefas e definição de recursos necessários. Além disso, deve avaliar e sistematizar essas ações para tomar decisões importantes. Comunicação. O enfermeiro deve ser apto a manter um relacionamento interpessoal e comunicação efetivos, além de cultuar uma boa relação com toda a equipe, desde os profissionais de saúde, da administração e limpeza; trabalhar em equipe, gerenciando conflitos que possam vir a existir; comunicar-se de forma eficaz mantendo um “feedback” coletivo. Administração e gerenciamento. O enfermeiro deve ser apto a identificar o que precisa ser feito, tendo atitude de agir no momento certo e necessário, utilizando-se dos recursos materiais, físicos e humanos que disponibiliza; ser criativo na produção e execução de tarefas e procedimentos. Liderança. O enfermeiro deve agir com ética profissional, sustentando-se em valores éticos e morais, para garantir assim, credibilidade e confiança no desenvolvimento diário de seu trabalho. Além disso, por meio da liderança ele consegue a empatia dos outros profissionais e de sua equipe, facilitando assim o gerenciamento dos recursos de forma efetiva e eficaz. Conhecimento conceitual. Ter conhecimento e domínio da teoria/técnica científica. Porque este é o pré-requisito essencial para se desenvolver qualquer atividade com qualidade e responsabilidade, de forma profissional, sem por em risco a saúde do paciente ou da comunidade. Por exemplo, saber administrar medicamentos, vacinas, fazer curativos, inalações, retirada de pontos, passagem de sondas, coleta de materiais para exames e demais cuidados de enfermagem que estejam relacionados com a pele não íntegra. Realizar vigilância das infecções. Realizar ações diárias de prevenção e combate à infecção. Realizar limpeza, desinfecção e esterilização de materiais; realizar o descarte correto dos perfurocortantes; manter o ambiente limpo e organizado; realizar a lavagem das mãos antes e após os procedimentos realizados; utilizar luvas em procedimentos com a pele não íntegra; realizar a coleta e destino adequado dos resíduos, dentre outros. Conhecimento procedimental das técnicas corretas de prevenção e controle das infecções. Ter habilidade técnica e emocional. O profissional, além de saber a forma correta de realizar determinado procedimento, deve também dispor de habilidade, ou seja, realizar o procedimento com êxito, saber fazer da melhor forma possível. Ademais, deve ainda manter o controle emocional diante de várias situações-problema.

**** *suj_18 *cat_01 *sex_01

Educação permanente. O enfermeiro deve sempre adquirir entendimento sobre o tema em questão, pois ele é o mentor intelectual da aplicação e avaliação da prevenção e controle das infecções no domicílio. Dessa forma, ele tem que estar sempre se atualizando sobre as normas e técnicas de prevenção e controle das infecções, pois esse é um problema de saúde pública que está presente também na Atenção Básica. Tomada de decisões. O enfermeiro deve ser apto a supervisionar a realização de procedimentos feitos por outros profissionais que estão sob a sua responsabilidade após orientações de protocolos já estabelecidos, para, em seguida, tomar decisões importantes para a melhoria da qualidade da assistência prestada. Atenção à saúde. O enfermeiro deve saber fazer um diagnóstico do domicílio e identificar os fatores de risco que estão contribuindo para a não prevenção e controle das infecções e a partir daí, prestar assistência de forma integral, visando à prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, família e comunidade, com o objetivo de resolver os problemas de maneira rápida e eficaz. Realizar a vigilância das infecções. Implantar estratégias que irão prevenir e controlar as infecções no domicílio, por meio do controle dos casos sob investigação epidemiológica, evitando um caos na saúde pública. A vigilância das infecções é uma competência do enfermeiro e deve ser realizada baseada em protocolos que orientem essa atitude. Elaborar protocolos para a prevenção e o controle das infecções na Atenção Básica. O enfermeiro deve ser apto a padronizar a realização de procedimentos no domicílio para toda a equipe, baseado em evidências científicas e na experiência profissional, com vistas à manutenção do ambiente domiciliar e comunitário biologicamente seguro, livre de riscos de infecção, além de estabelecer metas na realização dos procedimentos no domicílio. Realizar educação em saúde/orientação. A prevenção e controle da infecção são necessários a todos os profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família. Compete mais ao enfermeiro, porque, ele está em maior contato com a comunidade. O enfermeiro precisa ter muito conhecimento desse controle, pois, muitos procedimentos são realizados em domicílio com pacientes acamados. Como por exemplo, curativos, vacinas, verificação de pressão arterial, em alguns casos, controle da glicemia. É necessário que o enfermeiro oriente a equipe, principalmente, os Agentes Comunitários de Saúde que realizam muitas visitas diárias, entram em contato com pacientes de diversas patologias. Orientar quanto à higienização das mãos do profissional e das pessoas que convivem diretamente com esses pacientes.

**** *suj_19 *cat_03 *sex_01

Administração e gerenciamento. O enfermeiro deve estar apto a participar, enquanto membro integrante da equipe, do planejamento e auxiliar a implementação de ações preventivas de infecção comunitária em sua área de atuação. Faz-se necessária, pois o enfermeiro é o profissional que deve ter conhecimento sobre as necessidades e dificuldades da população de sua área, além de ser um elo da equipe entre os usuários, agentes comunitários de saúde e também os outros profissionais. Entende-se que o enfermeiro tem uma visão ampliada dos problemas de saúde da população de sua área, portanto é fundamental que ele participe do planejamento das ações de prevenção deste tipo de infecção. Educação permanente. O enfermeiro deve estar apto a treinar e atualizar os técnicos/auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde sobre as medidas de controle e prevenção de infecções comunitárias, além de participar de cursos de atualização que envolvam a área no qual trabalha, por meio de programas de educação permanente. O enfermeiro enquanto profissional responsável pela equipe de enfermagem deve se atualizar quanto a conhecimentos científicos e promover a atualização e supervisão dos demais profissionais de enfermagem. Liderança. Essa competência significa mais do que simplesmente chefiar, liderar é fazer com que um grupo de pessoas trabalhem em equipe e gerem os resultados desejados pela empresa. Para isto, um líder deve possuir habilidades como capacidade de motivar e influenciar as pessoas que trabalham com ele e qualidades como dedicação, equilíbrio e vocação. Além disso, essa competência permite ao enfermeiro manter um vínculo de confiança com o indivíduo e família assistidos. Educação em saúde/orientação. Participar, junto com a equipe, das ações de educação em saúde, por meio da realização de palestras, oficinas e outras formas de conscientização da população para adoção de medidas de prevenção e controle de infecções comunitárias. O enfermeiro enquanto profissional conhecedor das medidas de prevenção e controle das infecções deve promover ações de educação em saúde a população em geral. Realizar educação em saúde dos usuários no momento da consulta de enfermagem. Enquanto profissional de saúde que realiza a consulta de enfermagem deve abordar a temática durante sua realização de modo a conhecer a realidade dos usuários, promover educação e dar as orientações necessárias. Realizar vigilância das infecções. Manter, junto com sua equipe, vigilância sobre a população de sua área, tais como, sua moradia, hábitos, coleta de lixo, dentre outros. O enfermeiro enquanto profissional responsável pela saúde de sua população deve vigiar e principalmente conhecer a realidade destes usuários, principalmente no que diz respeito ao surgimento de doenças infecciosas na sua área de abrangência e implementar ações, de acordo com protocolos para controlar a propagação das infecções na comunidade. Realizar o descarte correto dos resíduos de serviço de saúde. Elaborar o plano de descarte de resíduos sólidos em sua unidade de saúde. O enfermeiro, enquanto profissional de saúde responsável pelo descarte correto dos resíduos sólidos, deve elaborar este plano de acordo com a realidade da equipe e da área e seguir as orientações para evitar a contaminação das famílias.

****** ***suj_20 *cat_01 *sex_01
Atenção à saúde. Implica no acompanhamento de famílias em programas de atendimento domiciliar; na viabilização de apoio emocional/espiritual e educação em saúde levando em conta uma visão holística do ser assistido e seu contexto familiar (sócio econômico e cultural); na realização de acolhimento/consulta/anamnese de enfermagem; na realização da avaliação sistemática da evolução do cliente, diagnóstico e prescrição dos cuidados de enfermagem; na prestação de cuidados de enfermagem de baixa, média e alta complexidade entre outras atividades. Liderança. É importante por permitir influenciar e motivar a comunidade de maneira positiva, além de permitir que o enfermeiro gerencie a equipe de forma efetiva e eficaz sem perder a empatia e o compromisso. Comunicação. Competência necessária por proporcionar o intercâmbio de informações, principalmente considerando o conhecimento construído na própria comunidade. Além de proporcionar a criação de um vínculo de confiança com a família e indivíduo que recebem o cuidado. Através da comunicação é possível construir relações e, desse modo, favorece a construção de interações sociais e produtivas para promoção e prevenção da saúde em suas várias interfaces na comunidade. Conhecimento procedimental quanto à prevenção e controle das infecções em feridas. O enfermeiro deve ser apto a desenvolver atividades e procedimentos de controle de infecção no domicílio. Isso permite identificar e intervir em situações de risco específicas, como por exemplo, risco para infecção de uma úlcera em um cliente com pé diabético em tratamento domiciliar. Conhecimento quanto ao descarte correto dos resíduos dos serviços de saúde. O enfermeiro deve estar apto a orientar, supervisionar e promover o descarte correto dos resíduos de saúde provenientes da assistência prestada pela equipe de saúde em domicílio. É uma competência necessária por evitar o descarte e a manipulação incorretos desses resíduos em domicílio, evitando o contato acidental da comunidade com agentes infectantes. Realizar a vigilância das infecções. Realizar atividades de intervenção e controle de infecções em pessoas em situação de internação domiciliar. Isso permite prevenir infecções e planejar de forma sistemática ações que promovam um ambiente seguro para o cliente no domicílio, por meio da criação de protocolos específicos para o controle de infecções na Atenção Básica.

**** * suj_21 *cat_03 *sex_01

Atenção à saúde. Assistir/cuidar o cliente e família no domicilio para a prevenção e o controle das infecções. O enfermeiro deve ser capaz de prestar assistência/cuidado aos clientes e família, pois requer o conhecimento da condição e hábitos de vida deste cliente e da sua família para o planejamento da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Educação permanente. Participar de programas de educação permanente e atividades educativas visando a promoção e prevenção das infecções junto a equipe, cliente, família e ou comunidade. O enfermeiro deve ser capaz de trabalhar com sua equipe identificando necessidades para desenvolver estratégias educativas por meio da participação do cliente, família e ou comunidade no contexto de sua vida cotidiana e seus problemas de saúde. Educação em saúde/orientação. Ministrar palestras e treinamentos à equipe, cliente e ou comunidade. A elaboração de palestras educativas incentiva a equipe a participar ativamente de atividades e praticas de cuidado para a prevenção e o controle das infecções. Realizar vigilância das infecções e epidemiológica em saúde. O enfermeiro deve ser capaz de identificar os fatores de risco para o desenvolvimento das infecções e levantar dados sócio-demográficos e epidemiológicos para controlar determinantes, riscos e danos. Conhecimento procedimental sobre cicatrização de feridas. Ter conhecimento sobre o processo de cicatrização das feridas e domínio das técnicas de curativos utilizadas. O conhecimento do processo de cicatrização e o domínio das técnicas de curativos são importantes para o restabelecimento da saúde do cliente. Elaborar protocolos de prevenção e controle das infecções na Atenção Básica. Participar na elaboração de manuais e protocolos de prevenção e controle das infecções. A participação do enfermeiro na elaboração de manuais e protocolos voltados para as necessidades dos clientes facilita o planejamento das ações de prevenção e controle das infecções.

**** *suj_22 *cat_03 *sex_01

Atenção à saúde. O enfermeiro deve prestar os cuidados aos indivíduos visando à prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde de forma ética e responsável e exigir de sua equipe que a assistência seja prestada com qualidade ao paciente, bem como não seja realizado qualquer mal ao paciente, o que se encaixa perfeitamente na transmissão de microorganismos para os pacientes por negligência, como não higienizar as mãos antes e após qualquer procedimento, por exemplo. Liderança. O enfermeiro tem que ser líder na sua equipe de trabalho e demonstrar empatia e compromisso, gerenciando de forma efetiva e eficaz os recursos disponíveis no espaço laboral. Educação permanente. O enfermeiro tem que ter conhecimentos básicos sobre infecções relacionadas à saúde, medidas de isolamento, processamento de artigos, para poder exercer sua profissão sem cometer atos de imperícia e imprudência. Para isso, é necessário que ele participe constantemente de programas de educação permanente na área de prevenção e controle das infecções. Conhecimento e atitude procedimental quanto à lavagem das mãos. O enfermeiro deve orientar sua equipe sobre a importância da higienização das mãos antes e após qualquer procedimento realizado em seus usuários na Atenção Domiciliar, tendo em vista que infecções relacionadas à assistência à saúde não são adquiridas apenas em hospitais. Ressalto ainda que o próprio enfermeiro tenha que praticar a higienização das mãos, ficando atento para exercer os princípios da beneficência e não-maleficência. Descarte correto dos resíduos de serviço de saúde. Orientar o gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde (perfurocortantes) no domicilio dos pacientes crônicos que necessitam do uso desse material, como por exemplo, diabéticos insulinodependentes. O enfermeiro também deve tomar cuidado com a segregação dos resíduos gerados pela realização de procedimentos efetuados pela equipe de saúde no domicilio de seus clientes, de forma que a legislação seja cumprida e se evite acidentes. Conhecimento conceitual sobre esterilização e desinfecção. Deve-se atentar para qualidade da esterilização e desinfecção do material a ser utilizado na atenção domiciliar, uma vez que o enfermeiro é responsável técnico por esses processos que visam a evitar as infecções relacionadas a assistência à saúde.

**** *suj_23 *cat_01 *sex_01

Tomada de decisões. O enfermeiro deve inspecionar de forma discreta o ambiente domiciliar e o seu entorno quanto ao destino do lixo, a fonte de abastecimento de água, fossa séptica, presença de animais domésticos, poluição ambiental e orientar o que for possível. Após isso deve tomar decisões quanto ao plano de assistência para cada caso, utilizando-se dos recursos disponíveis na unidade de saúde. Comunicação. É importante que o profissional comunique aos outros colegas sobre caso, para que este adote as normas de prevenção e controle das infecções necessárias no atendimento. Além disso, por meio da comunicação com a família, o enfermeiro é capaz de enfrentar os diversos problemas de saúde existentes, inclusive os relacionados à transmissão de infecções no domicílio. Atenção à saúde. O enfermeiro deve estar apto a realizar triagem das visitas domiciliares junto aos Agentes Comunitários de Saúde, seguindo os graus de importância, prioridade, necessidade e intercorrências de saúde, sejam elas de natureza clínica ou cirúrgica. Após essa triagem inicial, repassar ao médico da equipe os possíveis casos elegíveis, para a seleção do quantitativo em tempo hábil e oportuno. Além disso, prestar assistência de forma integral seja para o indivíduo ou família visando a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Ter conhecimento procedimental sobre as técnicas de controle e prevenção das infecções. Seguir sempre a lógica do 'menos contaminado' para o 'mais contaminado' principalmente em situações extremas em que não é possível, ou não é disponibilizado, a realização da lavagem das mãos. Isso previne infecção e disseminação de germes dos profissionais para os pacientes. Realizar educação em saúde/orientação. Orientar aos pacientes com diabetes em uso regular de insulina, a armazenarem de todas as seringas e agulhas descartadas em um recipiente de alumínio com tampa e fazer o devido descarte na caixa de perfurocortante da unidade de saúde, como forma de tentar educá-los para que evitem 'queimadas' ou que utilizem esse material inadequado para outros fins. Evita práticas como o compartilhamento de agulhas e seringas e disseminação de doenças como HIV, hepatite B, hepatite C. Orientar quanto à medidas básicas de higiene para prevenção de doenças infecto-contagiosas bem como as principais formas de transmissão. Dessa forma a população ficará mais consciente dos problemas de saúde e tomará a medida de proteção adequada. Realizar vigilância das infecções. Realizar vigilância epidemiológica de maneira ampla para os casos suspeitos ou confirmados de patologias que constam na lista de notificação compulsória. Permite identificar o caso índice oportunamente, encaminhá-lo para diagnóstico e tratamento, buscar informações sobre os contatos dos casos índices, para romper a cadeia de transmissão. Oferecer vacinação pertinente ao agravo em casos de surtos. Esclarecer sobre a importância do isolamento durante o período de transmissibilidade da doença e a necessidade de realização dos testes confirmatórios, além de medidas de higiene.

**** *suj_24 *cat_01 *sex_01

Atenção à saúde. O enfermeiro deve ser apto a prestar assistência de qualidade de forma integral, individual ou coletivamente, com responsabilidade para resolver os problemas. É importante ter responsabilidade com a saúde do paciente, pois nossos atos podem ajudar a prevenir infecções ou levá-las ao paciente. Administração e gerenciamento. Nem sempre dispomos em nossa unidade de saúde e/ou no domicílio do paciente de todos os instrumentos para realizar práticas, como curativo, retirada de sonda e às vezes temos que improvisar, sem comprometer a qualidade do serviço, nem levar infecção ao paciente. Dessa forma, é importante que o enfermeiro tenha a habilidade de administrar e gerenciar o cuidado prestado ao indivíduo e família utilizando-se dos recursos físicos, humanos e materiais que possui, de forma efetiva e eficaz. Comunicação. É importante usarmos linguagem clara e acessível para explicar aos clientes as técnicas de prevenção de infecções. Sensibilizar a equipe e a família a participar utilizando-se de tecnologias leves como o acolhimento, a humanização e a co-participação. A utilização destas estratégias pode possibilitar a participação efetiva de todos na prevenção e controle da infecção no domicílio. Realizar educação em saúde/orientação. O enfermeiro deve ter habilidade em repassar os conhecimentos teóricos e práticos sobre a prevenção e controle das infecções ao cliente e ao cuidador, bem como à sua equipe de trabalho, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, pois muitos pacientes e principalmente cuidadores realizam curativo no domicílio e precisam estar aptos a realizar de maneira segura os procedimentos. Conhecimento procedimental das técnicas de prevenção e controle das infecções. O enfermeiro deve ter conhecimento da técnica de administração de medicamentos, pois é importante para não levar infecção ao paciente. Realizar o descarte correto dos resíduos de serviços de saúde. O enfermeiro deve ter responsabilidade no descarte dos resíduos de saúde, principalmente decorrentes do atendimento no domicílio para que não contamine o solo e a comunidade. É importante para que os resíduos não sejam descartados no lixo comum e infectem outras pessoas.

**** * suj_25 *cat_02 *sex_01

Comunicação. Ter habilidades relacionais e de comunicação com os integrantes da família e outros moradores do domicilio. Considerando o ambiente domiciliar para além do espaço geográfico e também para além de onde se tem produtos e materiais de consumo e permanente, considero que este espaço é revestido de aspectos culturais, emocionais, valores estimativos, e repercussões socioeconômicas. Nesta direção considero que o profissional deva ter habilidades relacionais e de comunicação para ir conseguindo coletar dados das características sociais, econômicas, culturais, emocionais e de valores estimativos, pois para conseguir informações dessa natureza precisa-se ter habilidade de comunicação e relacional e com estas ir construindo as intervenções e adaptações nas condutas e procedimentos que possibilitem aumentar a adesão as orientações e recomendações. O profissional que chega de forma autoritária e sem considerar essas características, geralmente está transferindo apenas o local do tratamento – do serviço de saúde para a casa/domicilio e desconsidera ou desconhece que esses locais são portadores de dimensões tão próprias e singulares de cada família que se estas não forem consideradas a possibilidade de adesão será muito menor. Liderança. Ter capacidade de escuta, numa perspectiva de ouvir não somente o dito, mas capturar o não dito e mediar com habilidade relacional e comunicacional os hábitos e condutas culturais do individuo e ou família, construindo adequações desses hábitos e condutas (caso esses comprometam o processo de prevenção e ou controle da doença). Essa competência tem estreita relação com a anterior. Considero que o profissional precise aprender e desenvolver essa capacidade de escuta para além do dito, pois muitas vezes as dificuldades do usuário e ou família estar adotando ou deixando de seguir algumas recomendações pode estar em situações não explicitadas, ou porque eles ficam acanhados ou porque acreditam que outras informações possam não ter importância para o tratamento ou prevenção. Precisamos aprender a ouvir sem censura, sem interromper aquele(a) que esta falando, precisamos a aprender a conferir com o outro se o que entendi do que ele falou é realmente o que ele falou, precisamos aprender ouvir sem fazer julgamentos, precisamos aprender com o saber do outro e a partir desse saber procurar trazer com habilidade comunicacional e relacional o conhecimento que consideramos necessário, e que naquele momento pode ser importante/fundamental para a processo de prevenção, tratamento e de mudança de hábitos e condutas do usuário e ou da família. Administração e gerenciamento. Ter habilidade em mobilizar e articular diferentes saberes e recursos, inclusive os de outros setores que não sejam da saúde, que possam contribuir para a intervenção nas necessidades detectadas. Em muitas situações de atenção domiciliar detectamos necessidades que extrapolam o conhecimento do profissional de saúde, no estudo em foco de enfermagem e neste caso precisamos saber a quem recorrer. Destaco que saberes podem estar no âmbito do conhecimento biológico, (aqui incluo as profissões da área biológica) além das outras áreas como epidemiologia com o conhecimento da vigilância epidemiológica e sanitária, o conhecimento da aera de ciências humanas, psicologia, da terapia ocupacional, também da área de direito (conhecer e mobilizar recursos de direito do usuário) e ainda dos saberes populares. Mobilizar grupos organizados e outras entidades (religiosas ou de outra natureza) da comunidade que possam ajudar a melhorar as condições de vida do individuo e da comunidade. Tomada de decisões. Ter conhecimento do funcionamento da rede de atenção dos serviços de saúde. A depender do estado e da evolução clinica do caso você precisa saber como acionar e articular os recursos que possibilitem garantir a continuidade da atenção. Habilidade de observação acurada do ambiente domiciliar e das relações entre os integrantes da família e ou outros moradores do domicilio. No ambiente domiciliar você precisa ter a observação muito aguçada para poder relacionar a situação com as possíveis intervenções que se torne necessária adotar. Um quadro na parede, onde se tem como foco o acumulo de poeira, pode-se ter uma contra indicação para o controle e prevenção de infecção, por outro lado ele pode ter um valor estimativo para o usuário do serviço de saúde e ou para a família que você precise mediar a elaboração da intervenção. O cachorro pode não ser indicado ficar no espaço onde o usuário do serviço de saúde fique, no entanto este animal pode ter um significado muito afetuoso com o usuário e, portanto você precisa observar como se dá essas relações para poder fazer as orientações/intervenções. O foco de alguma contaminação pode estar na geladeira que tem problema nas condições de higiene e funcionamento da mesma. O cuidador pode ter hábitos que comprometam a higiene no processo do cuidado. E assim muitos outros exemplos poderiam ser identificados. Ter conhecimento de procedimentos técnicos, e saber executá-los dentro dos princípios científicos e desenvolver a criatividade na realização de adaptações técnicas respeitando os princípios e diretrizes. Saber realizar os procedimentos técnicos é fundamental quando o usuário do serviço de saúde tem essa necessidade, em ambiente algum se pode prescindir de conhecer e saber executar cuidados técnicos exigidos no cuidado ao usuário do serviço de saúde. E exercê-los com segurança. A criatividade

justifica-se, pois no domicilio você trabalha com condições que não são as dos estabelecimentos de saúde e nesse caso o profissional precisa ter a curiosidade e criatividade presentes e aguçadas, para fazer as adaptações sem comprometer a segurança do usuário do serviço de saúde e dos familiares presentes no domicilio. Integralidade das ações. Ter e articular o conhecimento de microbiologia, com outros da área biológica, como anatomia, fisiologia, imunologia, patologia, farmacologia e outros que possam ampliar o diagnostico clinico e subsidiar decisões da intervenção. O conhecimento de microbiologia na prevenção e controle das infecções é fundamental para se alcançar esse objetivo (prevenir e controlar infecções), mas somente este pode não ser suficiente, uma vez que sinais e sintomas apresentados pelo usuário do serviço de saúde podem sinalizar como o processo infeccioso está evoluindo, assim reconhecer os sinais e sintomas passa a ser um recurso muito significativo na evolução do processo. O uso dos fármacos pode também interferir no processo de evolução da infecção, assim se torna necessário conhecer e atualizar sobre o uso das drogas antimicrobianas e outras. Realizar vigilância das infecções. Ter conhecimento de epidemiologia e vigilância epidemiológica e sanitária. O conhecimento desses saberes articuladamente pode contribuir tanto para a prevenção, como para o controle das infecções. O foco infeccioso pode estar em alimentos, na água, entre outros focos que podem ser objetos de intervenção da vigilância sanitária. A epidemiologia pode fornecer recursos que ajudem no diagnostico da doença e das causas da permanência da situação e os recursos da vigilância epidemiológica podem atuar no controle da infecção em âmbito coletivo.

**** *suj_26 *cat_01 *sex_01
Tomada de decisão. A enfermagem possui inúmeras ferramentas que auxiliam o processo decisório, no entanto para que esta profissão fortaleça-se como ciência e não apenas como arte, baseada em conhecimentos empíricos, o enfermeiro deve, dentro daquilo que é competência sua como o controle das infecções, buscar apodera-se de conhecimentos científicos válidos, ou seja, possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas no controle das infecções, baseadas em evidências científicas. Atenção à saúde. O enfermeiro deve ser apto a prestar uma assistência humanizada. A percepção, por parte do cliente e de sua família, de que o profissional exerce suas atividades levando em consideração a particularidade da situação auxilia na melhor aceitação das orientações feitas e, conseqüentemente, no sucesso do processo de educação em saúde. A atenção domiciliar é oportunidade para exercer o conceito de integralidade. O contato com o paciente em seu habitat favorece ambiente para prática de educação em saúde especifica para as condições de morar do paciente, o que considero muito importante na prevenção de infecções. Comunicação. A comunicação eficaz, sem ruídos entre o profissional, a família e o cliente são essenciais para a prevenção e controle das infecções. Afinal, para que o cliente e a família realizem as atividades propostas pelo enfermeiro aqueles deverão ter compreendido o que este quis dizer. Conhecimento procedimental do descarte correto dos resíduos de serviços de saúde. Conhecimento dos protocolos de descarte de material. O não conhecimento dos protocolos de descarte de material favorece a contaminação ambiental e de pessoas que por ventura tenham contato com este material. Conhecimento conceitual das normas de prevenção e controle das infecções. Conhecimento dos materiais e medicamentos utilizados na atenção domiciliar. Saber com o que se está trabalhando é o primeiro passo para entender a melhor rotina a ser implantada. Conhecimento procedimental das técnicas de controle e prevenção das infecções em feridas. Conhecimento das técnicas de realização de curativos. A perda da principal barreira de proteção do organismo não raro é porta de entrada para infecções. Acredito que o conhecimento das técnicas de curativo é importante por propiciar ambiente adequado para recuperação da lesão e, consequentemente, reduzir o risco de infecções.

**** *suj_27 *cat_01 *sex_01

Educação permanente. O enfermeiro deve incentivar a educação continuada sobre prevenção e controle de infecções a todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência domiciliar, como também participar de programas de educação permanente que aborde temas dessa área. A educação permanente permite a atualização dos profissionais de saúde para a adoção de medidas corretas no controle da infecção. Habilidade de comunicação/diálogo**.** Considero importante esta competência, pois o enfermeiro da Atenção Básica trabalha com diversos profissionais (categorias e níveis diferentes) e necessita de uma comunicação adequada e orientada para o entendimento na perspectiva de juntos chegarem a um objetivo comum. Além disso, por meio da comunicação com a família, o enfermeiro é capaz de enfrentar os diversos problemas de saúde existentes, inclusive os relacionados à transmissão de infecções no domicílio. Liderança**.** Habilidade em estabelecer de vínculo. O enfermeiro da Atenção Básica por trabalhar em uma área adstrita e com um número determinado de famílias necessita estabelecer vínculos solidários, pois através dessa competência os usuários poderão confiar no profissional, confidenciar seus problemas e seguir com mais segurança as orientações/prescrições que o enfermeiro fizer. Além disso, através do vínculo estabelecemos um cuidado individualizado, como também relacionado a família e a comunidade. Isso abre possibilidades de abordagem de temas as vezes difíceis de serem discutidos, geralmente relacionados com a transmissão das infecções como higiene pessoal, número de parceiros sexuais, hábitos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros. Conhecimento procedimental de técnicas de controle e prevenção das infecções. O enfermeiro deve ter conhecimento da técnica correta da lavagem das mãos, pois as mesmas se constituem no principal veiculo para disseminação de microorganismos, assim, conhecer a técnica correta é fundamental para realização desse procedimento. Atitude de realizar lavagem das mãos de acordo com a técnica correta. O enfermeiro deve realizar a lavagem correta das mãos antes e após a realização de qualquer procedimento no domicílio, pois de nada não adianta saber a técnica correta da lavagem das mãos se o enfermeiro não realizar esse procedimento sempre que necessário. Conhecimento conceitual da importância do uso dos equipamentos de proteção individual. O Enfermeiro deve reconhecer a importância do uso de equipamentos de proteção individual para sua proteção e a do cliente sob seus cuidados, para evitar infecções cruzadas. Esses equipamentos são de grande importância na prevenção de acidentes, assim é fundamental que o enfermeiro reconheça a importância da utilização desses equipamentos pois só assim esse profissional fará seu uso de forma rotineira.

**** *suj_28 *cat_01 *sex_01

Liderança. Porque o enfermeiro historicamente lidera a equipe de trabalho além de motivar, planejar e implementar as ações de saúde. Por meio da liderança o enfermeiro promove o gerenciamento do trabalho na Atenção Básica de forma efetiva e eficaz, utilizando-se dos recursos físicos, humanos e materiais que possui no seu cotidiano._Comunicação. Porque todo líder precisa usar a competência de comunicação para adesão do trabalho em equipe, o que abre novas possibilidades e, quando realizada com efetividade, melhora os indicadores de saúde. Além disso, uma comunicação efetiva promove um vínculo de confiança com a família e o cliente, fazendo com que este relate seus problemas de saúde às vezes confidenciais e que poderiam atrapalhar o trabalho da equipe de saúde. Atenção à saúde. O enfermeiro deve estar apto a prestar assistência de qualidade ao cliente. Porque vai se preocupar em prevenir e reduzir os agravos aos pacientes. O que se faz com amor se faz melhor e os vínculos afetivos com a equipe e pacientes, o enfermeiro faz o trabalho melhor, mais leve e com resultados positivos._Conhecimento conceitual das normas de controle e prevenção das infecções. O enfermeiro precisa ter conhecimento técnico científico para prevenir e controlar as infecções em Atenção Domiciliar, principalmente no que diz respeito à técnica correta de realizar curativos, administração de medicamentos e descarte dos resíduos de serviço de saúde. Realizar educação em saúde/orientação. O enfermeiro precisa ser determinado para fazer educação em saúde e orientar a comunidade sobre as formas de se prevenir infecções no domicílio, além de supervisionar a equipe e as residências no combate a infecção em Atenção Domiciliar. Planejamento estratégico de controle e prevenção das infecções. Planejar com foco no cliente. Talvez seja a mais necessária porque todas as competências precisam de planejamento, determinação dos objetivos, desenvolvimento, avaliação e replanejamento. O foco de todo o trabalho é o indivíduo. É o que vai fazer a diferença no alcance dos resultados. O profissional compromissado se preocupa com os resultados, busca soluções e consequentemente, se realiza quando atinge as metas.

**** *suj_29 *cat_01 *sex_01

Comunicação. É importante, pois é meio essencial para que aconteça o processo educativo. Promover comunicação eficaz com o paciente, família e cuidadores e os membros da equipe de saúde. A comunicação é necessária para garantir a segurança microbiológica, psicológica e outras do paciente em todas as situações de atendimento. O profissional deve saber ouvir, coletar dados e informações, ter proatividade e analisar como cada informação pode contribuir favoravelmente para o tratamento. O profissional deve saber discernir as informações levando em conta a prioridade, o sigilo e a proteção do doente, da família e do trabalho da equipe. Liderança. É essencial para o gerenciamento da situação de risco. Habilidade em estabelecer de vínculo. O enfermeiro da Atenção Básica por trabalhar em uma área adstrita e com um número determinado de famílias necessita estabelecer vínculos solidários, pois através dessa competência os usuários poderão confiar no profissional, confidenciar seus problemas e seguir com mais segurança as orientações/prescrições que o enfermeiro fizer. Além disso, através do vínculo estabelecemos um cuidado individualizado, como também relacionado a família e a comunidade. Isso abre possibilidades de abordagem de temas as vezes difíceis de serem discutidos, geralmente relacionados com a transmissão das infecções como higiene pessoal, número de parceiros sexuais, hábitos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros. Tomada de decisão. Capacidade de intervir num meio desfavorável. . A enfermagem possui inúmeras ferramentas que auxiliam o processo decisório, no entanto para que esta profissão fortaleça-se como ciência e não apenas como arte, baseada em conhecimentos empíricos, o enfermeiro deve, dentro daquilo que é competência sua como o controle das infecções, buscar apodera-se de conhecimentos científicos válidos, ou seja, possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas no controle das infecções, baseadas em evidências científicas. Conhecimento procedimental das técnicas de prevenção e controle das infecções. Conhecer a técnica correta de manipulação e administração de medicamentos. Sem este conhecimento fica impossível o enfermeiro orientar e educar a comunidade para o cuidado domiciliar. Realizar ações de vigilância das infecções. É necessário, para manter sobre controle as infecções e poder intervir no momento exato, para evitar um mau maior. Realizar educação em saúde/orientação. Saber ensinar as técnicas de prevenção e controle de infecções no domicílio, tanto para os clientes como para a equipe de saúde e de enfermagem. O enfermeiro precisa ter em mente uma boa maneira para repassar seu conhecimento para a comunidade, por isso devemos ter conhecimento pedagógico para por em prática de forma eficaz a prevenção e controle das infecções.

**** *suj_30 *cat_03 *sex_01

Conhecimento conceitual. Ter conhecimento sobre as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS e compreendê-las no seu contexto histórico, político e social. Para executar de fato a competência, ter habilidade, atitude faz-se necessário que conheça o objeto, e atualmente há uma dinamicidade nas ações que precisa ser socializada por todos. Administração e gerenciamento. Gerenciar programas de controle das IRAS identificando-se como partícipe neste processo. Os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, devem estar aptos a desenvolverem ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, quer seja em nível individual ou coletivo. Para tal, a atenção às infecções, tida como problema de saúde pública, deve ser executada de forma perspicaz pelo enfermeiro na busca pela administração e gerenciamento de recursos, planos e metas que visem a redução da transmissão de infecções. É considerado o profissional ideal para atuar de forma coletiva por meio da atenção domiciliar, haja vista que este possui em sua formação qualidades indispensáveis à essas competências, tais como o conhecimentos para planejar, tomar decisões, interagir, gestão de pessoal (equipe Estratégia Saúde da Família, por exemplo), além das funções administrativas, destacam-se o planejamento, organização, coordenação, direção e controle dos serviços de saúde. As infecções sejam qual o espaço for hospitalar ou atenção básica os programas e políticas de prevenção estão para ser implementados e gerenciados por todos os profissionais. E na atenção básica o controle e prevenção das infecções não estão de forma efetiva. Educação permanente. Elaborar pesquisa relacionada à prevenção e controle das IRAS na perspectiva de conhecer e refletir a realidade das instituições de saúde. Para desenvolver o trabalho na prevenção e controle das infecções é necessário intervir, avaliar e divulgar por meio dos estudos, baseado em evidências científicas. Os profissionais que atuam no domicílio devem embasar suas ações nas melhores práticas e, para tanto, devem produzir e consumir o conhecimento gerado pelo campo. Dessa forma, poderiam se criar protocolos de prevenção e controle das infecções comunitárias, na atenção básica, para que não fosse necessário o paciente ser internado para se tratar de uma infecção que foi adquirida na comunidade. Elaborar protocolos de prevenção e controle das infecções na Atenção Básica. Identificar as normas técnico-operacionais de prevenção e controle das IRAS por meio do conhecimento e elaborar os protocolos para o controle e prevenção das infecções na Atenção Básica. Os protocolos são uma realidade na assistência ao indivíduo e comunidade, uma vez que as ações estão descritas e são de conhecimentos dos profissionais de saúde. Realizar vigilância das infecções. Realizar atividades de vigilância epidemiológica das infecções, por meio da busca ativa dos casos, objetivando medidas de controle. A vigilância das infecções possibilita a coleta, organização e análise de dados que podem informar e influenciar práticas que minimizam os riscos, bem como disponibiliza maiores informações aos pacientes e aos profissionais de saúde, principalmente para os enfermeiros. Realizar Educação em saúde/orientação. Elaborar estratégias para a prevenção e controle na atenção básica, por meio de educação em saúde. As estratégias de monitorização das infecções é algo difícil e para isso é necessário que os profissionais trabalhem essas formas para o efetivo controle das infecções, principalmente no que diz respeito à conscientização da comunidade quanto ao cuidado que devem ter com sua própria saúde.

**** *suj_31 *cat_01 *sex_01

Liderança. Essa competência é primordial para que o enfermeiro realize qualquer uma de suas atribuições. Essencial para o bom desempenho de suas atividades principalmente na atenção domiciliar onde ele precisa que a família siga suas orientações. Comunicação. Na atenção domiciliar o enfermeiro precisa desenvolver um vinculo com a família para que a relação de confiança leve ao pleno desenvolvimento das orientações e que assim sempre que for preciso a família possa recorrer a esse profissional pra tirar duvidas e solicitar ajuda quanto a assistência do paciente. Esse vínculo de confiança só é possível por meio de uma comunicação eficaz estabelecida pelo enfermeiro, dessa forma é primordial que o enfermeiro tenha essa competência. Educação permanente. Condição imprescindível para que o enfermeiro possa exercer sua profissão, se ele não demonstrar conhecimento dificilmente vai conseguir a confiança da família e que os demais profissionais sigam o seu plano terapêutico. Para manter-se bem informado sobre as normas de prevenção e controle das infecções é necessário que o enfermeiro participe dos programas de educação permanente. Conhecimento procedimental quanto às técnicas de prevenção e controle das infecções. Conhecimento da técnica para a realização dos mais diversos tipos de curativos. O enfermeiro na atenção domiciliar precisa dominar e conhecer os mais diversos tipos de curativos uma vez que esse é um dos principais motivos de solicitação de sua presença no domicilio de um paciente acamado. Então precisará orientar o uso correto de materiais e indicar o tipo de curativo. Conhecimento conceitual sobre as normas de controle e prevenção das infecções por sondas e cateteres. Conhecimento sobre tempo de uso ou troca de sondas e cateteres. O enfermeiro precisa orientar sobre o tempo correto de troca de sondas nasogástrica e vesical e cateteres, afim de evitar que os mesmos fiquem um tempo inadequado e se tornem porta de entrada para infecções. Realizar vigilância das infecções. O enfermeiro deve ser capaz de identificar os fatores de risco para o desenvolvimento das infecções e levantar dados sócio-demográficos e epidemiológicos para controlar determinantes, riscos e danos. Por isso ele deve ser apto a realizar a vigilância das infecções.

**** *suj_32 *cat_03 *sex_01

Comunicação. Tal habilidade permite ao enfermeiro estabelecer via de comunicação participativa com a família e comunicar-se com a equipe de saúde sobre alterações observadas, assim como, avaliar periodicamente o desempenho da equipe de enfermagem na prestação do cuidado, registrar procedimentos, observações e cuidados de enfermagem entre outras atividades ligadas à educação em saúde e que requeiram do enfermeiro habilidade de comunicar-se adequadamente. Educação permanente e educação em saúde). Ser um bom educador possibilita ao enfermeiro identificar e treinar o cuidador domiciliar de modo a atender as demandas de cada família em consonância com suas possibilidades e contexto entre outras atividades afins, inclusive junto aos membros da equipe de enfermagem. Além disso, é importante que o enfermeiro não deixe de se atualizar com novos conhecimentos na área que atua. Atenção à saúde. Habilidade em manter vínculo com o indivíduo, família e comunidade por meio da assistência de enfermagem. Tal habilidade embora de caráter amplo, guarda direta relação com a atuação da enfermagem em qualquer nível de assistência, mas na atenção domiciliar, implica no acompanhamento de famílias em programas de atendimento domiciliar; na viabilização de apoio emocional/espiritual e educação em saúde levando em conta uma visão holística do ser assistido e seu contexto familiar (sócio econômico e cultural); na realização de acolhimento/consulta/anamnese de enfermagem; na realização da avaliação sistemática da evolução do cliente, diagnóstico e prescrição dos cuidados de enfermagem; na prestação de cuidados de enfermagem de baixa, média e alta complexidade entre outras atividades. Realizar o descarte correto dos resíduos de saúde. Ter conhecimento e responsabilidade quanto ao descarte adequado dos resíduos de saúde provenientes da assistência domiciliar. A saúde individual e coletiva depende também do descarte adequado dos resíduos de saúde, veiculo de inúmeras doenças infecciosas. Conhecimento procedimental. Ter domínio das técnicas assépticas possíveis de serem orientadas e implementadas no contexto domiciliar, com vistas à redução dos riscos biológicos no contexto familiar e comunitário. Ter conhecimentos sobre procedimentos assépticos, a exemplo da higienização das mãos, podem e devem ser transmitidos pelo enfermeiro e equipe aos membros da família enquanto procedimentos básicos e eficientes à prevenção de infecções. Realizar a vigilância das infecções. O enfermeiro deve ser apto a realizar a vigilância epidemiológica das infecções e de outras doenças por meio de protocolos próprios da Atenção Básica, assim como já é realizado no hospital. Essa é uma competência do enfermeiro, pois estar vigilante às doenças de notificação compulsória é uma competência do enfermeiro, principalmente por ele ser o líder da equipe de saúde.

**** *suj_33 *cat_02 *sex_01

Liderança. O trabalho em saúde e o cuidado no domicilio, diferentemente daquele produzido no hospital e em outros ambientes tradicionais de atenção à saúde, tem uma especificidade importante quanto à organização dos papés na produção desse cuidado. Nesse ambiente, o enfermeiro e a equipe de saúde como um todo compartilha o saber com o cuidador e membros da família e que irão intervir sobre o corpo do usuário do serviço de Atenção Domiciliar. Assim, para que medidas de prevenção e controle de infecções sejam eficazes, o cuidador e a família devem ser ouvidos e envolvidos no planejamento das ações, participando na elaboração dos planos de cuidado e as suas possibilidades/capacidades/conhecimentos devem ser cuidadosamente analisados. Só assim será possível garantir que as recomendações continuarão a serem seguidas na ausência do enfermeiro e da equipe**.** Atenção à saúde. O enfermeiro deve ter capacidade de adaptar os seus conhecimentos para os diversos arranjos e possibilidades que cada domicilio oferece. Realizar um cuidado de baixa complexidade em domicílios em condição de privação econômica (numa favela, por exemplo), pode ser tão ou mais complexo e arriscado em termos de risco de infecção que um cuidado de alta complexidade e grande quantidade de procedimentos invasivos em um domicilio adaptado, com boas condições de higiene e conforto material. Assim, o enfermeiro deve ser capaz de adequar seus conhecimentos de transmissão de doenças em condições que na maior parte das vezes não são ideais para, com criatividade e inventividade, atuar na prevenção e controle de infecções. Comunicação. O enfermeiro deve ter capacidade de escuta apurada e de observação para identificar procedimentos, falhas, erros que podem ser as causas das infecções no domicilio. Assim, a escuta e observação atenta dos usuários, dos cuidadores e familiares, pode lhe fornecer chave preciosa para interceder em problemas dessa natureza**.** Conhecimento procedimental quanto aos protocolos de prevenção e controle de infecções na Atenção Básica. Ter compreensão da estruturação da rede e da inserção da Atenção Domiciliar nesta. Para que o enfermeiro possa referenciar o usuário no caso, por exemplo, de complicação de uma infecção, o enfermeiro deve ter uma ampla compreensão da estruturação da rede de cuidados em saúde. Ele deve compreender os protocolos de atendimento e de referenciamento e saber quais órgãos precisam ser notificados em caso de infecção. Realizar educação em saúde/orientação. Desenvolver papel educativo na prevenção e controle de infecções na Atenção Domiciliar. O enfermeiro tem um papel fundamental e prioritário na educação da equipe, da família, do cuidador e do próprio usuário do serviço para a prevenção e controle de infecções em ambiente domiciliar, ensinando-lhes técnicas que vão desde a higienização correta das mãos até descarte de resíduos potencialmente contaminados e perfuro- cortantes. Realizar vigilância das infecções. Produção de relatórios e indicadores para controle interno dos casos de infecção. É necessário que o enfermeiro seja habilitado para realizar funções que nos hospitais competem à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que vão desde a notificação dos casos até a produção de planilhas, estudos estatísticos, relatórios, discussões de caso que permitam não apenas compreender o que desencadeou o processo infeccioso, como gerar indicadores que permitam avaliar a qualidade da atenção prestada pelos programas e serviços de AD e fundamentar ações futuras dos seus gestores.

*** *suj_34 *cat_01 *sex_01

Liderança. A empatia é fundamental para se ter acesso ao domicílio e criar um vínculo de confiança entre o enfermeiro e a família. O acesso ao domicílio é facilitado quando o enfermeiro demonstra empatia e consegue realizar seu trabalho imparcialmente, sem julgamento do modo de viver da família. Comunicação. O processo de comunicação é a principal ferramenta no cuidado domiciliar, pois o enfermeiro deve utilizar linguagem acessível e compreensível à população que não dispõe de conhecimento técnico ou mesmo, não dispõe de orientação adequada para prevenção de infecções nos cuidados domiciliares. Tomada de decisões. Capacidade de Trabalhar em equipe. O trabalho em equipe permite que a família receba um cuidado multidisciplinar, o conhecimento de cada membro da equipe deve ser valorizado e utilizado por toda a equipe. A capacidade de trabalhar em equipe proporciona um cuidado integral, aumenta o vínculo de confiança da população com a equipe. Ter conhecimento procedimental da técnica correta para controle e prevenção das infecções. Para controlar as infecções no domicílio, é primordial que o enfermeiro tenha o conhecimento da técnica correta do procedimento a ser realizado para que não exponha a população à patógenos que podem ser evitados se forem utilizadas as técnicas adequadas. Descarte correto dos resíduos de serviço de saúde. Ter conhecimento sobre e responsabilidade do descarte adequado dos resíduos infectantes. O descarte adequado dos resíduos infetantes permite a redução da infecção no domicílio e no ambiente, o enfermeiro deve utilizar recipiente próprio para descartar o material infetante, no cuidado domiciliar, a caixa para descarte do material deve ser levada até o domicílio e nenhum material deve ser deixado no domicílio, pois isso pode provocar um acidente com alguém da família ou comunidade, promovendo uma infecção cruzada. Realizar educação em saúde/orientação. Todo o cuidado realizado no domicílio deve ser acompanhado de atividade de educação em saúde para que a família possa contribuir na redução das infecções a nível domiciliar quando o profissional estiver ausente, pois o enfermeiro presta os cuidados domiciliares e deve orientar a família a utilizar técnicas limpas, com isso, ajuda a evitar infecções.

ANEXO C

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Plataforma Brasil

PROJETO DE PESQUISA

Título: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES EM ATENÇÃO DOMICILIAR

Área Temática:

Área 9. A critério do CEP.

Versão: 3

CAAE: 05872412.9.0000.5393

Pesquisador: ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA VALLE

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 102.196

Data da Relatoria: 02/10/2012

Apresentação do Projeto:

As autoras abordam a questão da existencia de grandes desafios para se determinar atividades de prevenção e controle das infecções na atenção domiciliar, pois ainda não existem estratégias de controle consistentes, pelo fato de não existirem muitos dados da vigilância de infecções adquiridas na atenção domiciliar. Neste aspecto, propoem o desenvolvimento de um estudo para investigar as competências necessárias para uma atuação profissional de forma contextualizada, com vistas à prevenção e controle das infecções no âmbito da ABS, mais especificamente na Atenção Domiciliar.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Elaborar e analisar as competências requeridas do enfermeiro para atuar na prevenção e no controle das infecções em Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), a partir de profissionais que trabalham nessa modalidade de atendimento desenvolvida no âmbito da Estratégia Saúde da Família e de pesquisadores que estudam o tema Prevenção e Controle de Infecções e Assistência Domiciliar.
Sendo objetivos especificos:
- Organizar as competências profissionais indicadas pelos sujeitos da pesquisa, nas três dimensões das competências profissionais: conhecimentos, habilidades e atitudes.
- Analisar os limites e potencialidades das competências elaboradas com ênfase nos princípios e diretrizes daPrevenção e Controle de Infecções e da Assistência Domiciliar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esclarecem que as pesquisas podem acarretar riscos e/ou benefícios, porém, no projeto em questã não há exposição a riscos e oferece como benefício a produção de conhecimento científico acerca das práticas de prevenção e o controle das infecções em Atenção Domiciliar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa aborda tema relevante e as pesquisadoras atenderam às pendências do TCLE (acrescentando o tempo necessário para o participante responder aos instrumentos), de modo que a proposta atende às questões éticas contidas na Resolução 196/96.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: 1636-0233 **Fax:** 1636-0205 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados corretamente.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado parecer e aprovado ad referendum.

RIBEIRAO PRETO, 19 de Setembro de 2012

Assinado por:
Lucila Castanheira Nascimento

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: 1636-0233 **Fax:** 1636-0205 **E-mail:** cep@eerp.usp.br