LUIZE FÁBREGA JUSKEVICIUS

PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS PARA TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA CONTRIBUIR NA REDUÇÃO DA VULNERABILIDADE INDIVIDUAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Clara Padoveze

SÃO PAULO
2016

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.

Assinatura: _____

Data:____/____/____

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Juskevicius, Luize Fábrega
Precauções específicas para transmissão de microorganismos: elaboração e validação de instrumento para contribuir na redução da vulnerabilidade individual / Luize Fábrega Juskevicius. São Paulo, 2016.
161 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Clara Padoveze
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Infecções bacterianas – prevenção e controle. 2. Vulnerabilidade. 3. Educação em saúde. I. Título.

Nome: Luize Fábrega Juskevicius

Título: Precauções específicas para transmissão de microorganismos: elaboração e validação de instrumento para contribuir na redução da Vulnerabilidade individual.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:____/_____/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr. (a): _____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. (a): _____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. (a): _____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais **Roberto** e **Glaucia**, irmã **Gabrielle**, minhas inspirações e fonte de força para buscar novas conquistas.*

*Aos meus queridos avós, em especial minha avó **Marilda**, por todo seu amor e ensinamentos.*

AGRADECIMENTOS

A toda minha família, sempre presente, por todo o incentivo para seguir em frente.

Ao Fábio por toda a paciência, amor e compreensão ao longo deste processo.

À Profª Drª Maria Clara Padoveze, minha querida orientadora, pelo modelo profissional e pessoal e por ter acreditado em mim, respeitando minhas limitações e incentivando novas conquistas.

Aos colegas do grupo de estudos, em especial à Amanda, Débora, Reginaldo, Talita, Cassimiro, Marcia, Eni, Adriana e Caroline meu muito obrigado por todas as colaborações valiosas e apoio.

Ao grupo AMIL , a coordenação de CCIH por permitirem e apoiarem a realização deste trabalho.

A equipe de CCIH do Hospital Universitário de São Paulo pelo apoio no momento da coleta de dados.

A Caroline Maria Herrera Domingues e Daila Sousa Lima pela contribuição durante toda a coleta de dados.

Aos Hospitais ABC Materno Infantil e Cirúrgico por toda ajuda e liberação durante a construção deste trabalho.

Ao grupo de pesquisa "Vulnerabilidades, adesão e necessidades em saúde" da Escola de Enfermagem da USP em especial a Profª Drª Renata Ferreira Takahashi e Profª Drª Maria Rita Bertolozzi, pela disponibilidade e contribuições.

Aos especialistas que participaram da validação de conteúdo do roteiro para orientação de indivíduos em Precauções Específicas, pelas contribuições e troca de experiências.

A todos os queridos amigos que de alguma forma contribuíram para o meu equilíbrio e me deram forças durante este processo.

Juskevicius LF. Precauções específicas para transmissão de microorganismos: elaboração e validação de instrumento para contribuir na redução da vulnerabilidade individual [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: A propagação das infecções em serviços de saúde pode ocorrer devido ao não cumprimento das precauções padrão e precauções específicas por parte dos profissionais da assistência a saúde, indivíduos e visitantes. Estudos demonstraram baixa adesão às medidas de precaução pelos profissionais da assistência a saúde, o que pode ter relação com os aspectos do comportamento humano, como a falsa percepção de um risco invisível e a subestimação do compromisso individual nas taxas de infecções relacionadas à assistência a saúde. Com relação aos indivíduos e familiares a orientação inadequada, que se restringe apenas em dizer o que deve ou não ser feito pelo familiar e indivíduo, não esclarece o objetivo principal das precauções, fazendo com que a adesão aos procedimentos não ocorra ou ocorra de maneira inadequada. A partir da década de 1980, teóricos em saúde coletiva propuseram o conceito de *vulnerabilidade* para ser utilizado como quadro de referência para apoiar o manejo de agravos em saúde. No presente estudo, o conceito de vulnerabilidade foi utilizado como referencial teórico para a abordagem dos aspectos que envolvem o conhecimento e engajamento do indivíduo nas situações que requerem precauções específicas. **Objetivo:** elaborar e validar com especialistas um roteiro de orientação escrito sobre precauções específicas para indivíduos adultos, tendo como quadro de referência o conceito de vulnerabilidade. **Métodos:** trata-se de um estudo do tipo metodológico. O estudo foi aplicado em três fases sequenciais: a coleta de dados por meio de aplicação de um

questionário dirigido aos indivíduos, a elaboração do roteiro de orientação aos profissionais de saúde e a validação desse material. O estudo foi desenvolvido em dois hospitais, sendo um deles universitário público de nível assistencial secundário e o outro um hospital geral privado com atendimento a convênios de saúde. Participaram do estudo indivíduos adultos que se encontravam em situação de precauções específicas para a transmissão de doenças durante a internação, no período do estudo. Foram convidados a participar como juízes na validação profissionais de saúde com conhecimento reconhecido na área de prevenção de transmissão de doenças ou na temática de vulnerabilidade. O Índice Validade de Conteúdo (IVC) de 0,75 foi utilizado como critério para validação dos tópicos desenvolvidos no instrumento de orientação. **Resultados:** foram entrevistados 39 indivíduos, em média sete dias após a instituição das precauções específicas. A maior parte estava em precaução para contato. Menos da metade sabia que necessitava de algum cuidado específico; dentre estes, menos da metade sabia como se transmitia seu agravo. O roteiro educacional foi desenvolvido de modo a proporcionar maior conhecimento nos aspectos usualmente negligenciados pelos profissionais e estimular o cuidado centrado na individualidade. Todos os itens tiveram um índice de validade de conteúdo acima de 75%. **Conclusão:** o roteiro educacional apresenta potencial para instrumentalizar os profissionais da assistência à saúde para a elaboração de ações educativas para indivíduos adultos em precauções específicas. Espera-se que este roteiro possa ser aplicado rotineiramente pelos profissionais nos serviços de saúde, visando a minimizar os efeitos indesejados decorrentes das situações de precauções específicas para transmissão de doenças.

Palavras-chave: Precauções universais. Vulnerabilidade em saúde. Educação em saúde.

Juskevicius, LF. Specific precautions for transmission microorganisms: development and validation instrument to contribute to the individual vulnerability reduction [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: The spread of infections in health services may occur due to health care professionals, patients and visitors' noncompliance with standard precautions and specific precautions. Studies have shown low adherence from health care professionals to precautionary measures, which may be related to aspects of human behavior, such as false perception of an invisible risk and underestimation of the individual commitment in reference to infections rates related to health care. With regard to patients and families, inadequate guidance - which is limited only to saying what the family member and patient should or should not do - does not clarify the main purpose of the precautions, hindering adherence to precautions or making them occur inappropriately. From the 1980s on, public health theorists proposed the concept of *vulnerability* to be used as a framework to support health hazard management. In this study, the concept of vulnerability will be used as a theoretical framework to address the aspects concerning the patient's knowledge and engagement in situations that require specific precautions. **Purpose:** to develop and validate with experts a guidance reference in writing on specific precautions for adult patients, using the concept of vulnerability as a referential framework. **Method:** this is a methodological study design, which will be implemented in three sequential phases: data collection by means of a survey to patients, development of a guidance instrument and validation of this material. The study will be developed in two hospitals, one of them, a state university hospital of secondary care level and the other, a private general hospital covering health

insurance plans. Patients participating in the study were adults under specific precautions concerning transmission of diseases during hospitalization at the time of the study. Health professionals with recognized expertise in diseases transmission prevention or on the topic of vulnerability were invited to participate as judges for validation. The Content Validity Index (CVI) of 0.75 was used as a criterion for validation of the topics developed in the guidance tool. **Results:** Thirty-nine patients were interviewed, on average seven days after the imposition of specific precautions. Most were under contact precautions. Less than half knew they needed some special care; among these, less than half knew how their hazard was transmitted. The educational guide was developed to provide more knowledge on the aspects usually neglected by professionals and to foster care centered on the patient's individuality. All items had a content validity index above 75%. **Conclusion:** the educational guide has the potential to enable health care professionals for the development of educational activities for adults under specific precautions. This guide is expected to be applied routinely by professionals in health services, in order to minimize the undesirable effects of the cases of specific precautions to disease transmission.

Keywords: Universal precautions. Health Vulnerability. Health education.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DO PERCURSO METODOLÓGICO DO ESTUDO. SÃO PAULO, 2015 50

LISTA DE TABELAS

TABELA 7.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS ADULTOS EM PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS SEGUNDO HOSPITAL DE INTERNAÇÃO (N=39). SÃO PAULO, SP, BRASIL, 2015 62

TABELA 7.2 – DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS EM PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS DE ACORDO COM O TIPO DE PRECAUÇÃO (N=39). SÃO PAULO, SP, BRASIL, 2015 62

TABELA 7.3 – DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS EM PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS DE ACORDO COM A CONDIÇÃO CLÍNICA DE COLONIZAÇÃO, INFECÇÃO OU SOB INVESTIGAÇÃO (N=39). SÃO PAULO, SP, BRASIL, 2015 63

TABELA 7.4 – PRINCIPAIS INFORMAÇÕES SOBRE O CONHECIMENTO DOS INDIVÍDUOS ACERCA DAS PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS (N=39). SÃO PAULO, SP, BRASIL, 2015 64

TABELA 7.5 – USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SEGUNDO A PERCEPÇÃO DO INDIVÍDUO E O TIPO DE PRECAUÇÃO ESPECÍFICA (N=39). SÃO PAULO, SP, BRASIL, 2015 65

TABELA 7.6 – INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELOS PROFISSIONAIS AOS INDIVÍDUOS EM PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (N=26) SÃO PAULO, SP, BRASIL, 2015 66

TABELA 7.7 – PRINCIPAIS INFORMAÇÕES SOBRE AS CRENÇAS DOS INDIVÍDUOS EM RELAÇÃO ÀS PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS INSTITUÍDAS (N=39) SÃO PAULO, SP, BRASIL, 2015 67

TABELA 7.8 – SENTIMENTOS RELATADOS PELOS INDIVÍDUOS EM RELAÇÃO ÀS PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS (N=39) SÃO PAULO, SP, BRASIL, 2015 68

LISTA DE SIGLAS

USP	Universidade de São Paulo
IRAS	Infecção relacionada à assistência a saúde
PE	Precauções específicas
PAS	Profissionais da assistência à saúde
PP	Precauções padrão
HIV	Human immunodeficiency virus
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome
HP	Hospital Paulistano
HU	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
CCIH	Controle de infecção hospitalar
SCIH	Serviço de controle de infecção hospitalar
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
IVC	Índice de validação de conteúdo
EPI	Equipamento de proteção individual
OMS	Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO 21

2 INTRODUÇÃO 25

2.1 QUESTÃO DA PESQUISA 29
2.2 JUSTIFICATIVA 30

3 REFERENCIAL TEÓRICO 31

3.1 O USO DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE COMO QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO PARA O MANEJO DE AGRAVOS EM SAÚDE 33
3.2 AUTONOMIA E ACESSO A INFORMAÇÃO DE QUALIDADE COMO POTENCIALIZADORES NA REDUÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À PE 35
3.3 INFORMAÇÕES PUBLICADAS SOBRE AS NECESSIDADES DE INDIVÍDUOS EM SITUAÇÕES DE PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS OU OBJETOS DE ORIENTAÇÃO PARA ESSES INDIVÍDUOS 38
3.4 AS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA OS INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE PE..... 39

4 OBJETIVOS 41

4.1 OBJETIVO GERAL..... 43
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 43

5 METODOLOGIA 45

5.1 TIPO DE ESTUDO..... 47
5.2 CENÁRIO 47
5.3 POPULAÇÃO-ALVO 48
5.3.1 Critérios de inclusão e exclusão 48
5.4 PROCEDIMENTOS PARA PREVENÇÃO DE RISCO DE PROPAGAÇÃO DE MICROORGANISMOS..... 49
5.5 PERCURSO METODOLÓGICO..... 50
5.5.1 Fase 1 51
5.5.1.1 Instrumento de coleta de dados 52
5.5.2 Fase 2 52
5.5.3 Fase 3 53

6 ASPECTOS ÉTICOS 55

7 RESULTADOS 59

7.1 FASE 1 61
7.1.1 Características dos pacientes em PE nos hospitais pesquisados..... 61
7.1.2 Descrição dos itens que compõem os fatores de conhecimento dos indivíduos em PE 63
7.1.3 Descrição dos itens que compõem os fatores de comportamento dos indivíduos em PE..... 67

7.2 FASE 2. ELABORAÇÃO DO ROTEIRO EDUCATIVO 68
7.3 FASE 3. ETAPA 1 – VALIDAÇÃO ESPECIALISTAS EM PE ... 69
7.3.1 Fase 3. Etapa 2 – Validação de especialistas em vulnerabilidade 70

8 DISCUSSÃO 73

9 CONCLUSÃO 81

10 PRODUÇÃO CIENTÍFICA DESTE PROJETO 85

REFERÊNCIAS 89

APÊNDICES 97

APÊNDICE A – IDENTIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO, PERCEPÇÃO E PRÁTICAS DAS PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS 98
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 106
APÊNDICE C – CARTA CONVITE PARA ESPECIALISTAS - FASE 3 109
APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO 112
APÊNDICE E – ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA INDIVÍDUOS EM PE – VERSÃO PORTUGUÊS 113
APÊNDICE F – ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA INDIVÍDUOS EM PE – VERSÃO INGLÊS 125
APÊNDICE G – ARTIGO APROVADO PARA A REVISTA DE ENFERMAGEM UFPE ON LINE 137
APÊNDICE H – ARTIGO SUBMETIDO PARA A REVISTA COGITARE ENFERMAGEM 144

ANEXOS 155

ANEXO 1 – APROVAÇÃO CEP/ EEUSP 156
ANEXO 2 – APROVAÇÃO CEP / HU 158
ANEXO 3 - APROVAÇÃO CEP / HP 159
ANEXO 4 – QUADRO VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO ESPECIALISTAS PE 160
ANEXO 5 – QUADRO VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO ESPECIALISTAS VULNERABILIDADE 161

1 APRESENTAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

Em minha prática profissional como enfermeira de controle de infecções relacionadas à assistência a saúde (IRAS), durante mais de cinco anos, me deparei com a dificuldade na prevenção de eventos adversos relacionados à assistência a saúde, principalmente no que tange as precauções específicas (PE).

Em 2012, momento em que ingressei no grupo de pesquisa da Profª Maria Clara Padoveze e no grupo de pesquisa cadastrado no CNPq - Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde, eu e minha orientadora escolhemos o tema “redução da vulnerabilidade individual de indivíduos em PE” como objeto de estudo. Após uma primeira revisão sobre o tema, consideramos que essa dificuldade poderia ser minimizada com o envolvimento dos indivíduos em situação de PE na prevenção de eventos adversos.

Acreditamos que indivíduos e familiares envolvidos nos cuidados de saúde tornam-se parceiros na segurança do paciente, porém até o presente momento não encontramos manuais e ações voltadas para educação de indivíduos em PE utilizando algum referencial teórico, apenas práticas impositivas, que não buscam considerar os conhecimentos e crenças dos envolvidos.

Encontramos no referencial teórico da *vulnerabilidade*, o apoio necessário para uma nova abordagem na educação de indivíduos em PE, a dimensão individual da vulnerabilidade envolve aspectos como o conhecimento, crenças, valores, cultura, habilidades e atitudes possibilitando uma abordagem individualizada.

Levando-se em consideração a necessidade de materiais utilizando um referencial teórico, nasceu o objeto de pesquisa.

Sendo assim, a elaboração de um material para educação de indivíduos em PE tornou-se o foco da pesquisa. Entre muitas ideias, discussões e leituras, inicialmente o material seria voltado diretamente para o indivíduo em PE, porém assim estaríamos limitando o uso da ferramenta, por fim, resolvemos criar um roteiro

com elementos essências, para que os profissionais da assistência à saúde (PAS) possam utilizar para elaborar ações educativas para indivíduos adultos em PE. A intenção da pesquisa foi a elaboração e validação deste roteiro.

2 INTRODUÇÃO

2 INTRODUÇÃO

Observou-se que, durante o século XIX, na Europa, a emergência de recomendações para a higiene de mãos e outras medidas de controle de infecções levaram à diminuição da ocorrência de febre puerperal e outras infecções adquiridas nos hospitais (Rabelo, Souza, 2009). Tempos depois, constatou-se que a utilização de outras precauções além da higiene das mãos poderiam ser necessárias para evitar a transmissão de infecções. Após a constatação da importância da utilização de precauções orientadas para evitar a transmissão de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), surgiram manuais nacionais e internacionais contendo recomendações sobre o uso das precauções padrão (PP) e das precauções específicas (PE); estas últimas são classificadas em três categorias: aerossóis, gotículas e contato (Sieguel et al., 2007; Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, 2012).

A propagação das infecções pode ocorrer devido ao não cumprimento das PP e PE por profissionais da assistência à saúde (PAS), acompanhantes e visitantes. Estudos demonstraram baixa adesão às medidas de precaução pelos PAS, o que pode ter relação com aspectos do comportamento humano como a falsa percepção de um risco invisível e a subestimação do compromisso individual nas taxas de IRAS (Oliveira, Cardosoll, Mascarenhas, 2009).

Com relação aos indivíduos e seus familiares, a orientação fragmentada, que se restringe a dizer o que deve ou não ser feito por eles, não esclarece o objetivo principal das precauções, fazendo com que a adesão aos procedimentos não ocorra ou ocorra de maneira inadequada (Rabelo, Souza, 2009). O acesso a informação de qualidade tem potencial para diminuir os impactos psicológicos negativos relacionados a PE.

As PE criam barreiras físicas e sociais, o que pode aumentar os níveis de estresse no indivíduo. Nesse contexto, os PAS devem

atender às necessidades do indivíduo ao mesmo tempo que lidam com seus próprios medos de contrair uma doença (Cardim, 2008).

Indivíduos em PE estão mais sujeitos a eventos adversos, uma vez que os PAS entram menos em seus quartos e suas visitas têm um tempo reduzido em comparação com as dos que não estão em PE (Cardim, 2008; Morgan et al., 2013).

Dentre todas as precauções, os eventos adversos relacionados às PE caracterizam-se por possuir componentes amplos e inter-relacionados, que não podem ser avaliados e tratados de forma isolada. Entretanto, as razões dos eventos adversos relacionados às PE têm sido pouco exploradas e uma visão tecnicista do processo é geralmente mais prevalente. Dessa forma, consideramos importante investir em outras formas de pensar em relação às intervenções em saúde.

A partir da década de 1980, teóricos em saúde coletiva propuseram o conceito de *vulnerabilidade* para ser utilizado como quadro de referência para apoiar o manejo de agravos em saúde. Em primeira instância, o conceito foi utilizado com enfoque no vírus da imunodeficiência humana (HIV, em inglês) e na síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS, em inglês), almejando o alcance de resultados em saúde mais efetivos e que minimizassem os seus efeitos estigmatizantes (Bertolozzi et al., 2009). Em relação a HIV/AIDS, o uso do conceito de vulnerabilidade permitiu uma nova abordagem pelos profissionais de saúde para a elaboração de propostas de intervenção, contribuindo para os avanços obtidos (Meyer et al., 2006).

O conceito de vulnerabilidade tem potencial para renovar as práticas de saúde, entre elas as práticas sociais e históricas, através da transdisciplinaridade (Sanchez, Bertolozzi, 2007). Ele é composto por três dimensões indissociáveis; são elas: dimensão individual, social e programática.

A vulnerabilidade individual está relacionada com o comportamento relacionado com a experiência de vida, o seu meio

social, os graus de consciência sobre determinada situação e o poder para a transformação (Nunes, 2006). O comportamento individual é um determinante da vulnerabilidade, o que justifica focar as ações no indivíduo, embora isso não seja suficiente para o controle da situação. Consideramos que a vulnerabilidade do indivíduo em relação às PE (aerossóis, gotícula e contato) pode ser influenciada por fatores individuais como conhecimento, percepção e até mesmo engajamento.

Os indivíduos em PE apresentam dois focos de vulnerabilidade: um que o envolve, decorrente de uma assistência inadequada; e outro que envolve os outros indivíduos, a infecção cruzada. Acreditamos que o acesso à informação adequada pode reduzir a vulnerabilidade individual aos eventos adversos e contribuir para minimizar a vulnerabilidade dos outros pacientes.

Ao que parece, o conceito de vulnerabilidade possui potencial para apoiar as abordagens que visam a reduzir os eventos adversos relacionados às PE, na medida em que oferta um suporte teórico ampliado, menos tecnicista e mais centrado nas necessidades dos indivíduos.

2.1 QUESTÃO DA PESQUISA

Considerando que o conhecimento dos indivíduos pode ser importante para reduzir a sua vulnerabilidade aos eventos adversos, as seguintes questões são propostas para o desenvolvimento desta pesquisa:

- ✓ Quais elementos são necessários para a construção de um roteiro com informações essenciais para a realização de ações educativas sobre precauções específicas para indivíduos e seus acompanhantes?
- ✓ Quais comportamentos e atitudes o indivíduo precisa ter para reduzir a sua vulnerabilidade aos eventos adversos relacionados à condição de PE?

- ✓ O roteiro construído terá validade de conteúdo em seu objetivo de fornecer elementos essenciais para a realização de ações educativas sobre PE para indivíduos e seus familiares a fim de diminuir a sua vulnerabilidade individual aos eventos adversos?

2.2 JUSTIFICATIVA

Constatada a importância do conhecimento, da percepção e do engajamento do indivíduo a fim de melhorar a sua adesão às PE e diminuir a sua vulnerabilidade aos eventos adversos, o presente estudo se propõe a elaborar e validar um roteiro com elementos essenciais para a realização de ações educativas sobre PE para os indivíduos e seus familiares.

Acreditamos que o conceito de vulnerabilidade pode servir como um potente quadro referencial teórico para a elaboração deste instrumento, já que considera a percepção do indivíduo e pode ser influenciada por fatores como conhecimento e acesso à informação. É importante destacar que, embora existam alguns materiais de orientação para o indivíduo em PE, nenhum instrumento de orientação possuindo este referencial teórico específico foi localizado em publicações. Tais materiais, em geral, fornecem informações aos indivíduos sem considerar suas percepções e crenças.

Além disso, encontra-se pouco na literatura sobre a percepção do indivíduo em relação às PE. Pretendemos criar um roteiro para a elaboração de ações educativas, pois acreditamos que indivíduos em PE que recebem informações insuficientes ou inadequadas estão mais vulneráveis aos eventos adversos.

Por fim, este material pode ser utilizado nos hospitais onde o estudo foi desenvolvido e em outras instituições com o perfil semelhante de indivíduos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O USO DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE COMO QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO PARA O MANEJO DE AGRAVOS EM SAÚDE

O termo vulnerabilidade é utilizado na literatura científica em saúde com definições distintas. Na década de 1980 observou-se um aumento nos estudos que trataram da vulnerabilidade como quadro conceitual. Nessa década o quadro analítico da vulnerabilidade foi proposto para dar resposta à epidemia de HIV/AIDS, desenvolvendo esforços para produção e divulgação de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus da suscetibilidade de indivíduos e coletividades a infecção, adoecimento e morte por essa doença (Nichiata et al., 2008).

Esse conceito vem sendo utilizado para apoiar outros agravos em saúde, a fim de compreender os comportamentos que levam à vulnerabilidade e intervir para atender às necessidades de saúde (Bertolozzi, Scatena, França, 2015).

Segundo Ayres et al., 2003, a vulnerabilidade pode ser analisada em suas três dimensões interdependentes: individual, programática e social. Essas dimensões são aqui consideradas em separado para finalidades analíticas e didáticas, porém na vida real são indissociáveis. A dimensão individual diz respeito à percepção individual de risco e ao comportamento para a autoproteção. A dimensão programática se refere aos esforços e às ações da própria organização, visando à prevenção e à promoção da saúde. Por sua vez, a dimensão social diz respeito ao acesso à informação de forma mais ampla e a gastos com serviços sociais, e focaliza suas ações na redução das iniquidades sociais (Nichiata et al., 2008; Bertolozzi et al., 2009; Ayres et al., 2006).

Diferentemente do conceito de risco, que se baseia em elementos numéricos e na probabilidade de um desfecho em saúde,

o conceito de vulnerabilidade utiliza os elementos associados ao processo saúde-doença e expressa a síntese dos potenciais de enfrentamento e adoecimento relacionados ao indivíduo no contexto do coletivo. Além disso, o conceito de vulnerabilidade considera fatores não só individuais, mas também sociais e coletivos que podem contribuir para aumentar a chance do dano (Paz, Santos, Eidt, 2006; Bertolozzi et al., 2009; Meyer et al., 2006).

Os PAS ainda não estão familiarizados com o conceito de vulnerabilidade, pois a utilização desse termo se dá no sentido da suscetibilidade, sem se diferenciar do conceito de risco. A ampliação da utilização do conceito de vulnerabilidade por enfermeiros pode levar à consciência necessária para uma abordagem mais ampla das necessidades de saúde (Tomm-bonde, 2012).

A vulnerabilidade individual é permeada por aspectos que vão desde o que o indivíduo detém de informação até cultura, gênero, país, segmento social, faixa etária, entre outros (Ayres et al., 2003; Bertolozzi et al., 2009). Esses mesmos aspectos, quando abordados adequadamente, poderão contribuir para um comportamento protetor, minimizando assim a vulnerabilidade dos indivíduos.

A educação em saúde pode ser uma ferramenta potente para estimular os comportamentos protetores e reduzir a vulnerabilidade. Embora se saiba disso, a educação em saúde continua sendo desenvolvida meramente por meio da transmissão de saberes que os PAS detêm e replicam à população, cujos saberes e experiências não são levados em consideração no processo de ensino-aprendizagem (Meyer et al., 2006).

Em relação à aplicação do conceito de vulnerabilidade, observou-se que a utilização do conceito em outras áreas buscou desenvolver e identificar fundamentos para compreender a realidade de vida e saúde, a favor da conquista da autonomia de grupos que mais necessitam (Nichiata et al., 2008; Paz, Santos e Eidt, 2006).

Dando foco à dimensão individual, pode-se descrevê-la como as informações que os indivíduos dispõem sobre um problema; a capacidade de absorver essas informações e utilizá-las em seus próprios cotidianos; o interesse e as possibilidades de transformar essas preocupações em práticas, considerando seus desejos, crenças e valores. Vulnerabilidade individual é o que uma pessoa faz, por meio da informação que detém, expondo-se ou não à aquisição de um agravo à saúde (Paz, Santos, Eidt, 2006). Não basta apenas acesso a informação; é necessário haver qualidade do conhecimento que cada indivíduo tem, além de interesse, capacidade e habilidade para a autoproteção (Meyer et al., 2006).

Acreditamos que o conceito de vulnerabilidade em sua dimensão individual apresenta características importantes para descrever a condição dos indivíduos em relação às PE, como o comportamento e a percepção individual em relação ao risco de exposição a doenças infecciosas. Entretanto, em nossa busca bibliográfica não foi localizado qualquer estudo que tenha utilizado o conceito de vulnerabilidade como quadro de referência para manejo das precauções, sejam elas PP ou PE.

3.2 AUTONOMIA E ACESSO A INFORMAÇÃO DE QUALIDADE COMO POTENCIALIZADORES NA REDUÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À PE

O indivíduo e a sua família podem colaborar para o diagnóstico, participar do tratamento e decidir sobre as terapias aplicadas, pois a autonomia do indivíduo deve ser compreendida como um valor (Morais, 2010).

Condições singulares de cada indivíduo, tais como a faixa etária, o gênero e o segmento social, bem como suas experiências passadas e seus valores culturais, determinam suas particularidades diante de situações. A possibilidade de cada pessoa de obter, processar e compreender informações básicas de saúde e serviços

necessários para tomar decisões apropriadas para a própria saúde depende muito desses fatores. Como exemplo, Kisten (2012) verificou que, quanto menor a alfabetização do indivíduo, maiores os índices de reinternação e menor o índice de acertos em administração das medicações. Esse autor aponta também que pessoas com menor escolaridade têm mais dificuldade de relatar o que sentem (Kisten, 2012). Portanto o comportamento que leva a vulnerabilidade não é uma ação voluntária e depende de vários fatores como os citados acima (Bertolozzi, Scatena, França, 2015).

Com relação às PE há uma especificidade que torna a condição peculiar e impõe uma dupla condição ao indivíduo: sua percepção de risco em relação a si mesmo e aos outros. Uma vez que tenha sido instalada a PE, o indivíduo pode sentir-se vulnerável e desenvolver sentimentos que envolvem o temor de um agravamento da sua condição de saúde. Ao mesmo tempo, ele pode sentir-se como uma ameaça à comunidade, na medida em que o seu agravo é transmissível e requer uma condição especial na assistência em saúde.

Por sua vez, os demais indivíduos atendidos na mesma unidade e que não estão em PE podem sentir-se ameaçados pelo risco potencial de exposição de si próprios (Skyman, Sjostrom, Helstrom, 2010; Day et al., 2011). Constatou-se que os familiares têm uma representação importante nas situações de PE e por isso necessitam de orientações direcionadas quanto à sua participação na assistência (Rabelo, Souza, 2009).

Rabelo e Souza (2009) apresentam que os familiares de indivíduos em PE têm uma visão simplista do significado das precauções: que seriam apenas uma forma de evitar a transmissão de infecção entre os indivíduos; além disso, os EPI (equipamentos de proteção individual) não são citados pelos familiares como medida de proteção, apenas a higiene de mãos (Rabelo, Souza, 2009).

Segundo Roidad et al. (2014), familiares de indivíduos em PE demonstram não sentir medo de visitar seu parente em PE e parte deles gostaria de saber mais sobre o assunto; apenas metade acredita ser importante a paramentação por parte deles (Roidad et al., 2014).

Apesar de as PE apresentarem uma grande contribuição para a redução da transmissão de doenças, expor indivíduos a essa condição especial vem sendo associado a impactos negativos e eventos adversos.

Estudos apresentam que as PE de contato podem ter um impacto negativo no bem-estar psicológico, na segurança e na satisfação de atendimento do indivíduo, confirmando a necessidade de inclusão dele e de seus familiares em todo o processo (Abdad, Fearday, Safdar, 2013).

Um estudo realizado no Hospital Universitário de Sahlgrenska, na Suécia, observou que a equipe evitava o quarto em PE de contato e só adentrava-o para realizar algum atendimento ou quando chamada. Alguns indivíduos também relataram a falta de informações sobre as precauções instituídas, o estágio da sua doença ou quando poderiam ser dispensados das condições de isolamento causado pelas PE (Skyman, Sjostrom, Hellstrom, 2010).

Outro estudo demonstrou que indivíduos em PE para contato têm duas vezes mais chances de ter transtorno de delírio em comparação com os que não estão em PE. Esse estudo verificou que os indivíduos que estavam sob PE para contato eram mais velhos, com maior tempo de permanência no hospital e maiores chances de transferência para Unidade de Terapia Intensiva ou de morte (Day et al., 2012).

Verifica-se, portanto, que a complexidade processual envolvendo as PE é destacada na literatura; entretanto, nenhuma base teórica definida para apoiar as intervenções vem sendo utilizada pelos estudiosos da área para minimizar os eventos adversos relacionados às PE.

3.3 INFORMAÇÕES PUBLICADAS SOBRE AS NECESSIDADES DE INDIVÍDUOS EM SITUAÇÕES DE PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS OU OBJETOS DE ORIENTAÇÃO PARA ESSES INDIVÍDUOS

De acordo com o conceito de vulnerabilidade, as relações desiguais existem, sejam individuais ou de grupos, e estão relacionadas com questões como desigualdade sócio-econômica e maior dificuldade de tomada de decisão nessa população. O direito à autonomia é importante para o respeito dos indivíduos; para isso é necessário garantir o acesso à informação de maneira clara, levando em conta sua experiência de vida (Morais, 2010).

Existem alguns instrumentos publicados de orientação sobre PE para os pacientes, porém nenhum material considerando o referencial teórico da vulnerabilidade foi encontrado. Os materiais encontrados têm visão tecnicista e são voltados para os profissionais.

Em 2012, Padoveze e Silva publicaram na página oficial do Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo (CVE) um texto para orientação da população em relação às PE, esclarecendo sobre o histórico e surgimento das PE, seus tipos, como identificar um indivíduo sob essa condição especial, entre outras questões que o indivíduo e seus familiares podem apresentar.

Um instrumento de orientação sobre PE para indivíduos e familiares foi produzido por uma Comissão de Controle de IRAS da agência de promoção e proteção da saúde de Ontario, Canadá, em 2012. O instrumento tem apresentação em forma de texto e figuras, e esclarece dúvidas sobre a utilização dos EPIs (Canadá, 2012).

3.4 AS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA OS INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE PE

O sentido da autonomia mais importante é a racionalidade legal, que permite que o indivíduo tome decisões; para isso deve haver também a capacidade de entendimento da situação para que seja possível a liberdade de decisões (Morais, 2010).

Capacitar indivíduos a aprender durante toda a vida e se preparar para todos os estágios requer o desenvolvimento de habilidades que podem incluir a dimensão individual/familiar ou dinâmicas grupais, organizacionais e ações políticas (Pagliuta, Cezario, 2011).

A prática educativa em saúde vem do século XVIII, na Europa, quando almanaques sobre cuidados com higiene eram entregues à população de acordo com as epidemias que ocorriam. Porém, ainda hoje, as ações educativas possuem fragilidade em seu embasamento teórico para suas práticas. A educação em saúde tem caráter prescritivo, o que prejudica a comunicação já deficiente entre o indivíduo e o profissional de saúde; isso se intensifica devido às diferenças sociais e culturais entre os dois grupos (Chiesa, Veríssimo, 2001).

A concepção que o profissional tem de saúde e promoção da saúde influencia significativamente a sua prática. O enfermeiro desempenha relevante papel na equipe e deve promover ações de educação, despertando o interesse de ampliar o conhecimento, e desenvolver habilidades e atitudes (Gurgel et al., 2010).

O enfoque educacional não pode ficar preso a tendências modeladoras. A atitude construtivista que parte dos saberes e experiências aos quais visamos com nosso processo educativo é o melhor meio para que as pessoas possam buscar informações que mais façam sentido a elas e achar alternativas para que superem as situações que aumentam a sua vulnerabilidade. Deve-se abandonar as informações estritamente técnicas, transmitidas de forma

unilateral do educador para o educando, para uma troca bilateral, na qual é necessário identificar características daquele a que se pretende passar a informação (Ayres et al., 2006).

Uma revisão integrativa demonstrou que poucos estudos avaliam suas ações educativas a fim de validar a eficácia do método utilizado, que na maioria das vezes é a entrega de panfleto ou folder seguida de orientação falada (Paiva et al., 2015).

Para a elaboração de ações educativas é necessário compreender o indivíduo através do seu comportamento e do seu conhecimento referido, para que o próprio sujeito se fortaleça e supere desafios.

4 OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Elaborar e realizar validação de conteúdo de um roteiro contendo elementos essenciais para orientação sobre precauções específicas para indivíduos adultos em PE, tendo como quadro de referência o conceito de vulnerabilidade.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

I. Identificar, junto a uma amostra de indivíduos em PE e revisão narrativa, conteúdos relevantes para construir o roteiro de orientação sobre PE.
II. Elaborar o roteiro com elementos essenciais para orientação com base nos achados bibliográficos e nos dados coletados por meio das informações fornecidas por indivíduos em PE, utilizando como quadro de referência o conceito de vulnerabilidade.
III. Realizar validação de conteúdo do instrumento de orientação junto a especialistas em PE.
IV. Realizar validação de conteúdo que contemple a dimensão individual do instrumento junto a especialistas em vulnerabilidade.

5 MÉTODOS

5 MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, pois trata do desenvolvimento e da validação de ferramenta de pesquisa (Polit, Beck, 2011).

O estudo foi aplicado em três fases sequenciais: a coleta de dados por meio de aplicação de um questionário dirigido aos indivíduos em situação de PE, a elaboração do roteiro de orientação e a validação desse roteiro por especialistas. O detalhamento das fases está descrito no tópico referente ao percurso metodológico.

5.2 CENÁRIO

O estudo foi realizado em dois serviços de saúde, a saber:

a) Hospital Paulistano (HP), fundado em 1947, situado na região do centro do município de São Paulo. Pertence ao grupo Amil e presta assistência a convênios e particulares nos serviços de oncologia, cirurgias e clínica médica, e conta com 197 leitos de internação. É um hospital privado que pertence à rede à qual a pesquisadora tem acesso e tem interesse no desenvolvimento de materiais de orientação para os indivíduos em PE;

b) Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU). É um hospital-escola existente na Cidade Universitária que tem como objetivo servir de campo de estudo e prática para os alunos dos cursos na área da saúde da Universidade de São Paulo. Presta assistência como hospital de nível de atenção secundário para a comunidade dos distritos próximos com atendimento integral do SUS. É uma referência para atuação pedagógica e de pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O estudo foi realizado na clínica médica e na clínica cirúrgica dos hospitais de escolha, que contam, respectivamente, com os seguintes locais onde são hospitalizados os indivíduos que atendem aos critérios de inclusão:

a) 1º andar – 17 leitos, 3º andar – 16 leitos, 5º andar – 17 leitos e 6º andar – 10 leitos;

b) 41 leitos – clínica médica e 44 leitos – clínica cirúrgica.

O estudo foi realizado por uma pesquisadora que possui vínculo com a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, na condição de aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

5.3 POPULAÇÃO-ALVO

O estudo teve como público-alvo a população de indivíduos adultos em PE, sendo estes o foco principal da elaboração do roteiro de orientação.

5.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram:

- indivíduos adultos (idade superior a 18 anos) hospitalizados e em PE no momento da coleta de dados, em qualquer momento da internação.

Os critérios de exclusão foram:

- indivíduos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- indivíduos não orientados, não responsivos ou que apresentem comprometimento da sua capacidade cognitiva ou de compreensão;
- indivíduos que se encontrem em fenômenos depressivos clinicamente diagnosticados;

- indivíduos para os quais haja contraindicação médica ou da enfermagem para a abordagem em forma de entrevista.

5.4 PROCEDIMENTOS PARA PREVENÇÃO DE RISCO DE PROPAGAÇÃO DE MICROORGANISMOS

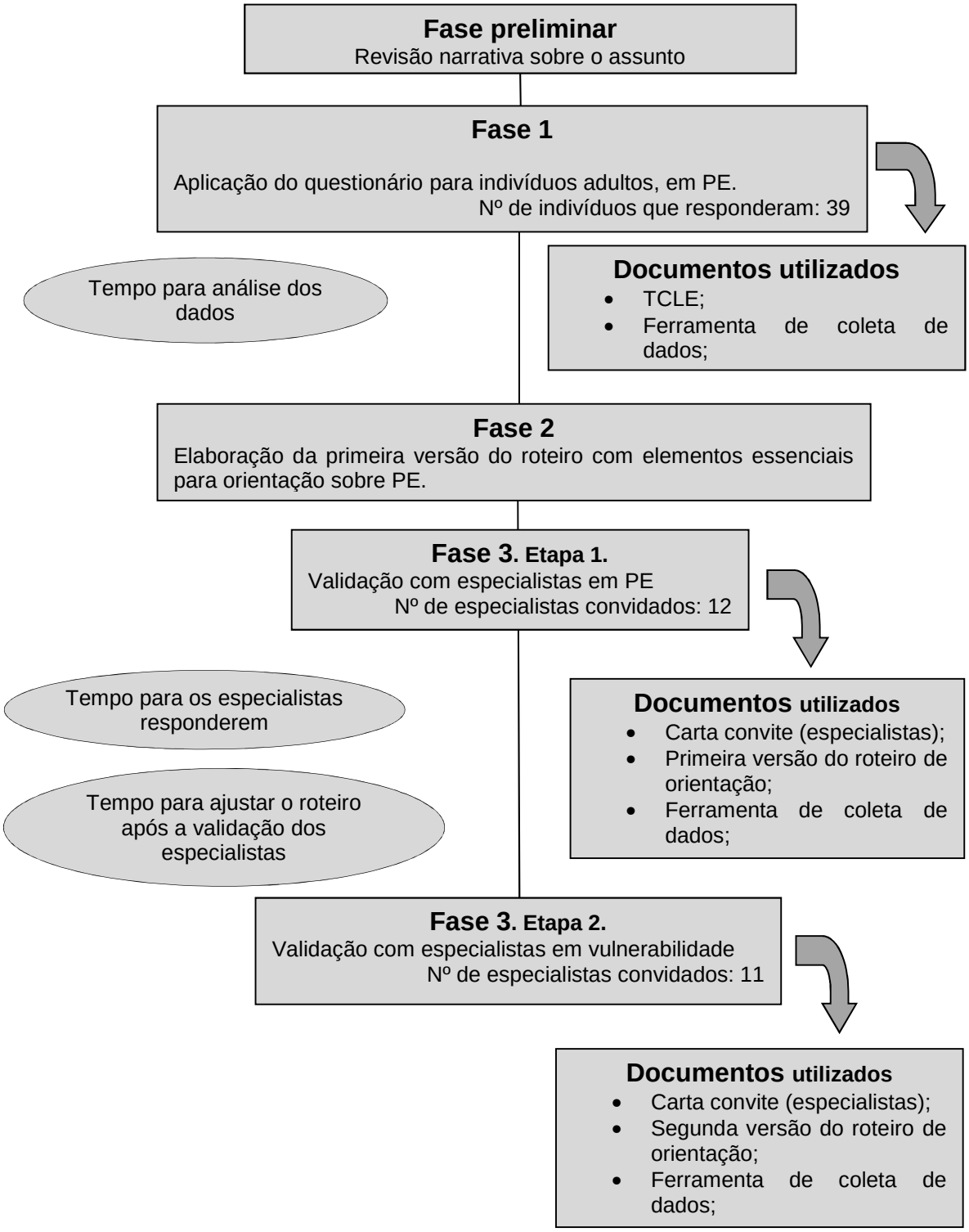
A pesquisadora entrou devidamente paramentada nos quartos com indivíduos em PE que foram entrevistados, seguindo as recomendações das normas vigentes das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) das instituições em questão.

No momento da aplicação do questionário e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os materiais de escrita como caneta e lápis foram descartados a cada uso, e os papéis utilizados dentro do quarto foram embalados em lâminas plásticas na saída do quarto a fim de evitar a disseminação de micro-organismos de um indivíduo para o outro ou do indivíduo para o ambiente externo. Esses documentos foram arquivados dentro de pastas e não foram manuseados diretamente de maneira desprotegida.

A pesquisadora se apresentou ao enfermeiro responsável pelo indivíduo em PE na data da entrevista antes de adentrar o quarto, visando a identificar situações especiais ou particularidades que poderiam comprometer a assistência ou prejudicar a coleta de dados.

5.5 PERCURSO METODOLÓGICO

Figura 1 – Representação esquemática do percurso metodológico do estudo. São Paulo, 2015



Fonte: Elaboração própria (2015).

5.5.1 Fase 1

Tratou-se de um estudo transversal, pois não houve acompanhamento dos indivíduos. O objetivo desta fase foi coletar informações para identificar o que os indivíduos conhecem sobre PE e o que desejam saber sobre o tema.

Nesta fase foi desenvolvido um estudo quantitativo descritivo por meio de aplicação de um questionário (Apêndice A) a fim de apreender o conhecimento vigente, a percepção dos indivíduos sobre PE e suas necessidades de conhecimento para a prevenção de transmissão de doenças infecciosas no âmbito dos serviços de saúde. Os questionários foram consolidados para utilização na Fase 2.

A amostra foi de conveniência, de acordo com a orientação fornecida pelo estatístico assistente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Sr. Bernardo dos Santos), cobrindo o período de dois meses e contemplando todos os indivíduos que estavam hospitalizados na condição de PE.

O procedimento para identificação dos sujeitos do estudo foi contato telefônico diário, em horário administrativo, com os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) dos hospitais a fim de identificar os novos indivíduos em PE e as suas respectivas unidades de internação. A cada novo caso instituído para situação de PE a pesquisadora se dirigiu ao hospital e aplicou o questionário durante a internação, em horário administrativo.

A pesquisadora ou enfermeira treinada entraram devidamente paramentadas no quarto do indivíduo em PE, explicaram os objetivos do estudo e aplicaram as duas vias do TCLE (Apêndice B) e em seguida foi realizada a entrevista através do questionário com questões fechadas.

Esta fase do estudo foi realizada no HU e no HP, nos setores de clínica médica e clínica cirúrgica.

Os dados dos questionários foram analisados por meio da estatística descritiva, utilizando-se tabelas e gráficos, segundo a sua pertinência.

5.5.1.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi composto por três eixos temáticos, a saber:

I. Caracterização do sujeito de estudo;
II. Conhecimento do indivíduo sobre PE;
III. Comportamento do indivíduo em relação às PE.

O questionário aplicado ao indivíduo utilizou questões de múltipla escolha com alternativas simples ou compostas. O agrupamento das questões em eixos temáticos melhora o fluxo do questionário, dando mais sentido a ele. A ordem em que as questões são apresentadas também pode afetar as respostas; deve-se iniciar o questionário com as perguntas mais interessantes e, além disso, as questões devem seguir uma sequência lógica para que o pensamento possa ter fluidez (Hulley, 2003).

5.5.2 Fase 2

Nesta fase ocorreu a elaboração do roteiro com elementos essenciais para a orientação de indivíduos em PE, com base nos resultados obtidos na Fase 1 e na consulta de material bibliográfico.

Com o objetivo de obter uma melhor organização das orientações no roteiro, optou-se por apresentá-las em três tópicos: *Como abordar o indivíduo, O que abordar com o indivíduo e Captação da compreensão do indivíduo*.

O texto introdutório é seguido da descrição do objetivo, do público-alvo, de propostas do roteiro, e de um quadro contendo os três tópicos citados, sugestões de abordagem e justificativas para cada item de cada tópico.

O roteiro foi elaborado a fim de apoiar a orientação dos PAS aos indivíduos em PE com o objetivo de reduzir a vulnerabilidade individual aos eventos adversos.

O conceito de vulnerabilidade foi utilizado como referencial teórico na elaboração do instrumento, dando foco ao acesso à informação e levando em consideração a experiência dos indivíduos em relação às PE.

O material foi elaborado considerando os três eixos temáticos propostos para a coleta de dados na Fase 1.

5.5.3 Fase 3

O objetivo desta fase foi a validação de conteúdo do roteiro de orientação elaborado e a validação da perspectiva da vulnerabilidade, por meio de consulta a especialistas.

A validade de conteúdo avalia a capacidade de um instrumento representar o universo que se propõe a representar (Alexandre, Coluci, 2011).

Os grupos de especialistas foram formados por profissionais de saúde (enfermeiros) com experiência clínica e conhecimentos sobre PE, e especialistas que possuem reconhecido saber quanto ao referencial teórico de vulnerabilidade. Esses especialistas foram convidados a participar do estudo por meio de carta convite (Apêndice C).

A literatura recomenda um mínimo de cinco e um máximo de dez especialistas (Alexandre, Coluci, 2011). Para o presente estudo foram convidados a participar de cada etapa de validação 12 especialistas em PE e 11 especialistas em vulnerabilidade, podendo ser considerado aceitável a desistência ao longo desta fase de até quatro profissionais em cada etapa.

Os especialistas em PE validaram o instrumento referente o seu conteúdo por meio de julgamento, através de uma verificação detalhada, analisando a sua clareza, pertinência, objetividade,

abrangência e representatividade. Nesta fase os especialistas poderiam sugerir a retirada, o acréscimo ou a modificação dos itens (Polit, Beck 2011).

Para validação de conteúdo foi utilizada escala do tipo *likert* com 4 opções de resposta: (1) concordo totalmente, (2) concordo parcialmente, (3) discordo parcialmente e (4) discordo totalmente (Apêndice D).

Os especialistas em vulnerabilidade validaram o instrumento referente à perspectiva da vulnerabilidade, verificando se ele tinha potencial para reduzir a vulnerabilidade individual para eventos adversos dos indivíduos em precauções específicas.

Para validação da perspectiva da vulnerabilidade, também foi utilizada escala do tipo *likert* com 4 opções de resposta: (1) concordo totalmente, (2) concordo parcialmente, (3) discordo parcialmente e (4) discordo totalmente.

Foi utilizado o índice de validade de conteúdo (IVC), que mede a porcentagem de juízes que concordaram sobre determinado aspecto do instrumento. O escore é calculado por meio da soma de concordância dos itens 1 e 2 marcados pelos especialistas. O IVC, segundo a literatura, deve ser de 0,75 a 0,9 de concordância em cada item. Para o presente estudo serão consideradas validadas as assertivas do instrumento que apresentarem um IVC de 0,75. Os itens que receberem pontuação 3 ou 4 foram revisados (Polit, Beck, 2011; Silva, 2005; Alexandre, Coluci, 2011), considerando as observações ponderadas pelos especialistas. Foi realizada a validação das assertivas de cada um dos eixos propostos e do conjunto da obra.

6 ASPECTOS ÉTICOS

6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob parecer nº 41497015.3.0000.5392, do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo e do Hospital Paulistano, e foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes de acordo com a resolução 466/12. Os questionamentos que surgiram ao longo da pesquisa foram respondidos pelo próprio pesquisador.

7 RESULTADOS

7 RESULTADOS

7.1 FASE 1

Dos 39 indivíduos em PE que responderam à pesquisa, 25 (64,1%) foram entrevistados no HP e 14 (35,9%) no HU.

As entrevistas foram realizadas em média após onze dias de internação (variação de 1 a 87) e sete dias após a instituição de PE (variação de 0 a 73).

Os principais diagnósticos de internação dos indivíduos entrevistados foram pós-operatório, neoplasia, infecção do trato urinário, gastroenterite e tuberculose pulmonar.

As principais condições que motivaram a instituição de PE foram indivíduos transferidos de serviços externos, tuberculose pulmonar, e colonização e infecção da corrente sanguínea por agente etiológico multirresistente. Os agentes etiológicos infecciosos mais encontrados nos pacientes foram *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenêmicos, *Pseudomonas aeruginosas* multirresistentes, *Klebsiella pneumoniae* multirresistente e *Enterococcus faecalis* resistente à vancomicina.

7.1.1 Características dos pacientes em PE nos hospitais pesquisados

Após a análise dos questionários, foi possível identificar as características dos indivíduos de cada cenário, conforme apresentado na Tabela 7.1.

Todos os indivíduos em PE entrevistados encontravam-se em quarto individual.

A média de anos de estudo foi de 14 anos no HP e 7 anos no HU, e a média de idade foi, respectivamente, de 44 e 52 anos.

Tabela 7.1 – Caracterização dos indivíduos adultos em precauções específicas segundo hospital de internação (n=39). São Paulo, SP, Brasil, 2015

	Hospital Paulistano		**Hospital Universitário da Universidade de São Paulo**	
Variável	**nº**	**(%)**	**nº**	**(%)**
Sexo				
Feminino	12	48,0	6	42,9
Masculino	13	52,0	8	57,1
Unidade de internação				
Clinica médica	19	76,0	8	57,1
Clinica cirúrgica	3	12,0	6	42,9
Precaução instituída				
Documentada em prontuário	15	60,0	10	71,4
Não documentada	10	40,0	4	28,6

Fonte: Elaboração própria (2015).

Na Tabela 7.2, é possível observar a distribuição dos tipos de PE; a maioria dos entrevistados encontrava-se em PE para contato (82%).

Tabela 7.2 – Distribuição dos indivíduos em precauções específicas de acordo com o tipo de precaução (n=39). São Paulo, SP, Brasil, 2015

Precauções específicas	**nº**	**(%)**
Precaução contato	32	82,0
Precaução aerossóis	4	10,2
Precaução gotícula	1	2,5
Precaução contato+gotícula	1	2,5
Precaução contato+aerossóis	1	2,5

Fonte: Elaboração própria (2015).

Na Tabela 7.3, verificam-se os indivíduos distribuídos em PE e a condição da suspeita no momento da coleta de dados: se PE instituída por colonização, infecção ou agente etiológico sob investigação.

Tabela 7.3 – Distribuição dos indivíduos em precauções específicas de acordo com a condição clínica de colonização, infecção ou sob investigação (n=39). São Paulo, SP, Brasil, 2015

Precauções específicas	Colonização		Infecção		Sob investigação	
	nº	(%)	nº	(%)	nº	(%)
Precaução contato	4	12,5	19	59,4	9	28,1
Precaução gotícula	0	0	0	0	1	100,0
Precaução aerossóis	0	0	2	50,0	2	50,0
Precaução contato+ gotícula	0	0	0	0	1	100,0
Precaução contato+ aerossóis	0	0	1	100,0	0	0

Fonte: Elaboração própria (2015).

7.1.2 Descrição dos itens que compõem os fatores de conhecimento dos indivíduos em PE

Quando os sujeitos da pesquisa foram questionados sobre o conhecimento da situação de PE, a maioria relatava saber o motivo de sua hospitalização (94,8%). Porém, apenas 48,7% soube dizer se o diagnóstico ou outros motivos da internação necessitavam de algum cuidado específico para entrar no quarto; dentre estes, menos da metade soube responder como se transmitia seu agravo (43,5%).

Dos indivíduos que manifestaram que necessitavam de cuidados específicos para entrar em seu quarto, mais da metade foi orientada sobre a utilização de EPIs por algum profissional (66,6%), 15,0% observaram a necessidade de uso de EPIs devido a uma placa de instrução de uso de EPIs na porta do quarto e 45,0% observaram a utilização de EPIs pelos PAS.

Em 38,4% dos casos, os entrevistados apontaram ter recebido orientação pelos PAS sobre o uso de EPIs, porém menos da metade destes recebeu informações sobre higiene de mãos (41,0%); dentre aqueles que receberam alguma informação sobre higiene de mãos, todos foram orientados sobre quando e por que higienizar as mãos.

Não houve manifestação por parte dos entrevistados de necessidade de restrição de visitas na maioria dos casos (97,4%). Apesar de receber visitas normalmente, grande parte referiu que a família e visitantes não receberam orientações sobre a PE (43,5%). Os resultados foram categorizados e estão apresentados na Tabela 7.4.

A percepção dos entrevistados em relação à frequência de uso de EPIs pelos PAS está descrita na Tabela 7.5, em que constam os resultados da avaliação da frequência de uso de todos os EPIs, inclusive daqueles utilizados em precauções padrão. Considerando o uso esperado de EPIs para cada tipo de precaução, verificou-se a congruência entre o uso requerido e o uso relatado pelos indivíduos. Na precaução por aerossóis a máscara N-95 teria sido usada em 100,0% das vezes; na precaução por contato o uso correto de avental e luvas foi citado em mais da metade dos relatos (62,5%); nos casos de precaução por contato + aerossóis e contato + gotícula, o uso do avental foi observado como inadequado em 100,0% das vezes; o uso de luvas e máscaras teria sido adequado em todos os casos.

Tabela 7.4 – Principais informações sobre o conhecimento dos indivíduos acerca das precauções específicas (n=39). São Paulo, SP, Brasil, 2015

Questões	**Sim n (%)**
Sabe por que foi hospitalizado?	37 (94,8)
Sabe se o diagnóstico necessita de algum cuidado específico?	19 (48,7)
Sabe como se transmite a sua doença?	17 (43,5)
Os profissionais orientaram você sobre o motivo de utilizarem equipamentos de proteção individual?	26 (66,6)
Recebeu informações sobre higiene das mãos?	16 (41,0)
Acredita que pode receber visitas normalmente, sem nenhuma restrição?	38 (97,4)
Os familiares e visitantes receberam alguma orientação de como agir em relação às precauções específicas?	17 (42,8)
Já ficou internado anteriormente em precauções específicas?	15 (38,4)

Fonte: Elaboração própria (2015).

Tabela 7.5 – Uso de equipamentos de proteção individual pelos profissionais de saúde segundo a percepção do indivíduo e o tipo de precaução específica (n=39). São Paulo, SP, Brasil, 2015

Tipo de PE*	Total de indivíduos em PE*	EPIs**	Frequência			
			Sempre	Às vezes	Procedimentos	Nunca
Precaução aerossóis	4	Avental	0	0	0	4
		Luvas	2	0	1	1
		Máscara comum	0	0	0	4
		Máscara N-95	4	0	0	0
Precaução contato	32	**Avental**	20	4	6	2
		Luvas	20	4	8	0
		Máscara comum	1	2	7	22
		Máscara N-95	0	0	0	32
Precaução gotícula	1	Avental	0	0	0	1
		Luvas	0	0	1	0
		Máscara comum	1	0	0	0
		Máscara N-95	0	0	0	0
Precaução contato + aerossóis	1	**Avental**	0	1	0	0
		Luvas	1	0	0	0
		Máscara comum	0	0	0	1
		Máscara N-95	1	0	0	0
Precaução contato + gotícula	1	**Avental**	0	1	0	0
		Luvas	1	0	0	0
		Máscara comum	1	0	0	0
		Máscara N-95	0	0	0	0

*PE: Precaução específica. **EPIs: Equipamentos de proteção individual; Nota: itens em negrito se referem aos EPI requeridos para cada PE segundo a norma da CCIH.
Fonte: Elaboração própria (2015).

Em relação à educação em saúde sobre PE, está exposta na Tabela 7.6 a percepção dos entrevistados sobre as informações recebidas. Os profissionais que forneceram as orientações a eles foram enfermeiros, médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem.

As informações foram fornecidas em sua maioria no momento da internação (46,1%) ou após a instituição da PE (50,0%); uma pequena parte recebeu orientação apenas após questionar um PAS (3,8%). Importante salientar que todos os entrevistados que

relataram ter recebido orientação sobre PE no momento da internação tiveram a PE instituída nesse mesmo momento.

A orientação sobre PE por parte dos PAS foi apenas falada na grande maioria dos casos (92,0%); nenhum dos indivíduos entrevistados relatou ter recebido algum tipo de material escrito sobre o assunto ou alguma orientação demonstrativa.

Tabela 7.6 – Informações fornecidas pelos profissionais aos indivíduos em precauções específicas sobre o uso de equipamentos de proteção individual (n=26) São Paulo, SP, Brasil, 2015

Variáveis	**nº**	**%**
O que foi explicado?		
O que usar	15	57,6
Quando usar	10	38,4
Como usar	15	57,6
O que acontece se não usar	18	69,2
Qual profissional fez a orientação?		
Auxiliar/técnico de enfermagem	10	38,4
Enfermeiro	18	69,2
Médico	10	38,4
Quando foi a orientação?		
No momento da internação	12	46,1
Após a instituição da PE	12	46,1
Após questionar um PAS	1	3,8
Como foi a orientação?		
Apenas falada	24	92,0
Ilustrada, com placa ou impressa	2	7,6

Nota: Nas variáveis “O que foi explicado? e Qual profissional fez a orientação” os indivíduos poderiam apontar mais de uma alternativa.

Fonte: Elaboração própria (2015).

Os entrevistados consideraram que sabem o suficiente sobre as PE em 41,0% dos casos; 41,0% apontam saber parcialmente e querer saber mais e 17,9% dizem não ter nenhuma informação sobre o assunto.

7.1.3 Descrição dos itens que compõem os fatores de comportamento dos indivíduos em PE

Os entrevistados foram questionados sobre o seu comportamento em relação a PE, considerando crenças e sentimentos.

Uma pequena parte dos entrevistados (7,2%) acreditava que os PAS entravam menos vezes no quarto devido a PE (Tabela 7.7).

Os entrevistados perceberam que os PAS ficavam o mesmo tempo no quarto de PE em 48,7% dos casos, e não notaram diferença em 43,5% das vezes. Apenas 2,5% acreditam que os PAS ficavam mais tempo no quarto devido a PE e 5,1% acreditavam que ficavam menos tempo pelo mesmo motivo.

Os sentimentos relacionados à situação de PE foram em sua maioria positivos, como sentir-se bem cuidado e seguro, e por um entrevistado foi citado também o aumento do conforto e da privacidade. Os sentimentos negativos tiveram menor impacto: ansiedade, raiva, culpa, solidão, estresse e medo. Outros sentimentos negativos foram espontaneamente citados pelos entrevistados: mágoa, tristeza, constrangimento, confusão, nervosismo, preocupação e descrença da situação de PE (Tabela 7.8).

Tabela 7.7 – Principais informações sobre as crenças dos indivíduos em relação às precauções específicas instituídas (n=39) São Paulo, SP, Brasil, 2015

Questões	**Sim n (%)**
Acredita que as medidas especiais para PE* podem proteger a si próprio?	26 (66,6)
Acredita que as medidas especiais para PE* podem proteger sua família?	29 (74,3)
Acredita que as medidas especiais para PE* podem proteger os outros pacientes?	32 (82,0)
Acredita que os profissionais entram menos vezes no quarto devido a PE*?	3 (7,6)

*PE: Precauções específicas

Fonte: Elaboração própria (2015).

Tabela 7.8 – Sentimentos relatados pelos indivíduos em relação às precauções específicas (n=39) São Paulo, SP, Brasil, 2015

Sentimentos	Sim n (%)
Estar bem cuidado	29 (74,3)
Segurança	24 (61,5)
Indiferença	3 (7,6)
Ansiedade	7 (17,9)
Raiva	1 (2,5)
Culpa	3 (7,6)
Solidão	6 (15,3)
Estresse	7 (17,9)
Medo	9 (23,0)

Nota: Os indivíduos podiam relatar mais de um sentimento.

Fonte: Elaboração própria (2015).

Sobre o uso de EPIs por parte da equipe, 82,0% dos entrevistados acreditavam que todos os profissionais deveriam utilizar os EPIs ao entrar no quarto ou entrar em contato com o leito.

Apesar disso, 84,6% não fizeram nada quando a equipe não se paramentou e apenas um entrevistado questionou o profissional que não utilizou os EPIs; um orientou que o profissional os utilizasse e outro indivíduo não soube como abordar o profissional e teve receio da sua reação.

Dos indivíduos que necessitavam sair do quarto para algum procedimento, 45,4% relataram não utilizar nenhum tipo de precaução.

Quanto aos hábitos pessoais de higiene de mãos, 94,8% dos indivíduos referiu higienizar as mãos após usar o banheiro e 79,4%, antes de se alimentar.

7.2 FASE 2. ELABORAÇÃO DO ROTEIRO EDUCATIVO

Os elementos supracitados apoiaram a construção do roteiro educativo. Com o objetivo de obter uma melhor organização do

roteiro, optou-se por apresentá-lo em três tópicos: *Quando abordar o paciente, Como abordar o paciente,* e *Acompanhamento e avaliação* (Apêndice D).

7.3 FASE 3. ETAPA 1 – VALIDAÇÃO ESPECIALISTAS EM PE

Foram enviadas cartas convites e o roteiro educacional para doze especialistas em PE; oito especialistas retornaram suas contribuições. As contribuições direcionavam-se aos quesitos de abrangência, representatividade e clareza do material.

Participaram do estudo enfermeiras com atuação profissional em controle de infecção e docência/pesquisa, com uma média de 17 anos de formação. Participaram das contribuições especialistas de hospitais públicos dos municípios de São Paulo e Campinas, hospitais particulares e universidades do município de São Paulo e São Carlos, e do Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo.

Na primeira rodada, todos os especialistas avaliaram o material como de fácil compreensão na primeira leitura. A informação foi considerada apropriada (75,0%) e importante (100%) para conduzir PAS na elaboração de ações educativas para indivíduos adultos em PE. Os itens de abrangência e representatividade no universo das PE obtiveram 75,0% e 87,0% de concordância, respectivamente.

Contribuições complementares por parte dos especialistas foram incorporadas, como frisar que o roteiro tem caráter educativo e não pretende comprometer nenhuma conduta médica. Outra sugestão foi direcionar o roteiro apenas para enfermeiros. Esta última sugestão não foi acatada porque nos resultados das entrevistas com indivíduos em PE notou-se que grande parte das orientações eram fornecidas por técnicos/auxiliares de enfermagem e até mesmo por médicos.

Quanto ao momento de abordar o indivíduo, foi sugerido descrever de forma mais clara qual o ideal para a orientação do indivíduo quanto às PE. Em relação ao tópico "*Como abordar o indivíduo",* quatro especialistas sugeriram descrever como pode ser a orientação à família e a visitantes, e também acrescentar a orientação sobre o tempo de permanência em PE. Ainda no mesmo tópico, dois especialistas citaram a importância de esclarecer para o indivíduo a diferença entre infecção e colonização. Uma especialista sugeriu o acréscimo da informação sobre a importância da higiene ambiental; uma, o esclarecimento sobre como serão as próximas internações do indivíduo em consequência da PE vigente; e duas, acrescentar informações e orientações sobre as condutas para sair do quarto.

As sugestões para o tópico "*Captação da compreensão do indivíduo"* foram de descrever com mais clareza qual a sugestão de avaliação da captação do conhecimento adquirido pelo indivíduo e de realizar avaliação semanal desse conhecimento.

Houve uma sugestão de acrescentar uma quarta coluna com a descrição de informações essenciais para cada item descrito em cada tópico, porém não foi incorporada uma quarta coluna, apenas um tópico sobre os elementos essenciais que devem ser abordados. Por fim, uma especialista sugere a abordagem do conhecimento e das fragilidades dos PAS que iriam utilizar o roteiro para abordagem de indivíduos sobre PE, assim como a avaliação do conhecimento deles sobre o tema.

Após as contribuições obtidas dos especialistas na primeira etapa, o roteiro foi ajustado e submetido a validação por especialistas em vulnerabilidade.

7.3.1 Fase 3. Etapa 2 – Validação de especialistas em vulnerabilidade

Posteriormente, enviamos a carta convite e o roteiro educacional para onze especialistas no conceito de vulnerabilidade;

nove especialistas retornaram suas contribuições. As contribuições tratavam-se da abrangência, representatividade e clareza do material.

Na segunda rodada, participaram do estudo enfermeiras com atuação profissional em docência/pesquisa, saúde laboral e gestão de serviços, com uma média de 28 anos de formação. Participaram com contribuições especialistas de universidades públicas dos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul.

Para esses especialistas, a informação foi considerada apropriada (88,0%) e importante (100%) para conduzir PAS na elaboração de ações educativas para indivíduos adultos em PE. Os itens de abrangência e representatividade no universo da vulnerabilidade individual obtiveram 66,6% e 77,0% de concordância, respectivamente.

Com o intuito de alcançar o máximo de concordância possível, o método de validação sofreu um procedimento adicional por meio de entrevistas pessoais com duas especialistas em vulnerabilidade a fim de obter melhor ajuste da ferramenta. Após essa etapa, o item de abrangência recebeu IVC de 77,0% de concordância.

Em um contexto geral, os especialistas fizeram comentários quanto à abordagem do roteiro, sugerindo que se buscasse uma abordagem dialógica evitando impor as informações ao indivíduo. Um especialista acredita que o roteiro seja muito extenso para uma primeira abordagem. Em relação ao público-alvo, uma das especialistas sugeriu inserir elementos qualificadores, como nível superior completo, sugerindo direcionar o roteiro apenas para PAS com nível de formação superior.

E, por fim, no tópico de *“Captação da compreensão do indivíduo”*, uma especialista sugeriu observar a forma como o indivíduo traduz a informação captada e outra sugeriu que a avaliação seja realizada mais de uma vez ao longo da internação.

8 DISCUSSÃO

8 DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta uma proposta de roteiro para elaboração de ações educativas que visa a apoiar a transformação das relações atuais entre os PAS, particularmente os enfermeiros, e os usuários do serviço de saúde, na medida em que oferta uma ferramenta que favorece a autonomia e o engajamento dos indivíduos.

Segundo a revisão realizada por Logtin et al. (2010), a participação e o envolvimento do indivíduo nos cuidados de saúde têm recebido grande importância na minimização de eventos adversos (Logtin et al., 2010). Entretanto, apesar de os indivíduos entrevistados estarem conscientes do motivo da sua internação, metade deles referiu não ter recebido orientações sobre as PE, e relataram que na sua perspectiva apresentam conhecimento insuficiente sobre elas. Isso aponta para uma maior necessidade de informação e apropriação da sua situação por parte dos indivíduos. Segundo Morais (2010) e Rabelo e Souza (2009), o familiar pode colaborar com a minimização de eventos adversos, devendo ser envolvido nas ações educativas (Morais, 2010; Rabelo, Souza, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a importância do papel do indivíduo na sua segurança. Em 2004, a organização criou o *Patients for patient safety*, um programa que busca engajar os indivíduos na segurança do paciente, considerando a perspectiva do sujeito e de seus familiares. Segundo a OMS, o cuidado é mais seguro quando os pacientes e seus familiares são envolvidos (WHO, 2004).

Olivi e Oliveira (2003) discutem que os enfermeiros não têm uma visão integral do indivíduo como agente de sua própria recuperação. Além disso, descrevem que os PAS não conhecem ao certo a expressão “educação em saúde”, confundindo-a com educação continuada; apesar disso, os PAS demostram interesse em exercer alguma atividade de educação de indivíduos. Portanto,

parece que os PAS necessitam de mais informações sobre o tema, para que possam se sensibilizar e praticar a educação em saúde de qualidade (Olivi, Oliveira, 2003).

No modelo de atenção paternalista, os únicos considerados qualificados são os PAS, portanto os seus conhecimentos determinam todas as decisões, sendo o indivíduo apenas um receptor do cuidado. Já no modelo de parceria, o paciente e sua família contribuem nas condutas terapêuticas e têm direitos a fim de garantir sua segurança (Guez, 2009).

Os PAS tendem a manter o controle, por falta de tempo ou até mesmo por falta de conhecimento, enquanto, por sua vez, os usuários dos serviços de saúde tendem a recusar-se a assumir a responsabilidade da sua saúde por medo de sua falta de capacidade e conhecimento sobre o agravo de saúde.

Para que os PAS e indivíduos iniciem uma cultura de parceria no cuidado, é requerida a aceitação desse novo modelo por ambas as partes. Entretanto, alguns fatores estão envolvidos nessa aceitação, como o tipo de doença, a idade e as crenças do paciente, e a cultura e o conhecimento dos PAS e dos indivíduos atendidos sobre o agravo de saúde.

A fim de fortalecer a confiança dos PAS para a aceitação desse novo modelo, é necessário um processo de educação permanente, para que ocorra o desenvolvimento de uma comunicação efetiva; já o indivíduo sob cuidados de saúde deve ser encorajado a conhecer seus direitos e buscar esclarecimentos sobre seu agravo e sua terapêutica.

Existe a necessidade de preparação por parte dos PAS para minimizar suas inseguranças e permitir mais autonomia dos indivíduos. Essa dificuldade de comunicação pode ser superada através do diálogo. No que tange aos indivíduos em PE, o uso do presente roteiro pode se converter em uma ferramenta a fim de reduzir a vulnerabilidade individual aos eventos adversos através da superação do modelo de educação impositiva.

A educação em saúde corrente tem sido baseada apenas na prática de uma educação modeladora, na qual são transmitidas para o indivíduo informações prescritivas sem levar em consideração suas experiências. O modelo de educação dialógica propõe uma comunicação entre educando e educador; essa dimensão da educação pressupõe que cada indivíduo é a interação de tudo ao seu redor (Ayres, 2002). Ayres (2002) também diz que a atitude construtivista é o melhor meio para que os indivíduos busquem informações que façam sentido para eles e que, através disso, encontrem formas de superar as situações que aumentam a sua vulnerabilidade.

Conforme apresentado nos resultados, houve diferença de nível de escolaridade entre os locais de coleta de dados. Kisten (2012) aponta que alguns fatores, como o grau de escolaridade, podem influenciar na compreensão das informações e na tomada de atitude dos indivíduos (Kisten, 2012). Considerando esse fato, o roteiro aqui elaborado propõe um resgate aos saberes dos indivíduos antes da introdução de conhecimentos novos, levando em conta esses potenciais fatores.

Por meio dos relatos da observação dos indivíduos sobre a adesão às precauções pelos PAS, pode-se verificar uma falha na adesão a PE para contato, o que também foi observado em outros estudos e relacionado com uma limitação de comportamento e percepção dos PAS (Oliveira, Cardosoll, Mascarenhas, 2009).

Em relação ao comportamento, observou-se que existe uma percepção de que as PE protegem o próprio paciente e os outros ao seu redor. Apesar disso, os indivíduos relatam não se manifestar quando algum PAS toma atitudes incorretas quanto ao uso de EPIs. Isso pode se dar devido à dificuldade de diálogo entre as partes envolvidas ou ao temor por parte do indivíduo de que esse tipo de abordagem afete os cuidados que irá receber.

De acordo com a revisão sobre o envolvimento de indivíduos e familiares na adesão a higiene de mãos, realizada em 2012 por

Gonçalves,* envolver os indivíduos nos cuidados de saúde é uma estratégia importante na minimização de erros durante a assistência. Um estudo realizado nos Estados Unidos em 2006 apontou que os indivíduos tinham interesse em ajudar na prevenção de erros, no entanto o conforto na abordagem dos PAS variou entre os indivíduos. Nessa mesma revisão, é citado outro estudo realizado na Inglaterra, em 2007, o qual sugeriu que os indivíduos se sentem confiantes de modo geral, mas que aqueles que já tiveram internações anteriores e, principalmente, os que já estiveram em situação de infecção por micro-organismo multirresistente, demonstraram mais confiança na abordagem dos PAS; nesse mesmo estudo foi apontado que os indivíduos se sentiriam mais confortáveis se houvesse uma cultura já estabelecida de questionar os PAS.

O comportamento protetor vai ao encontro do desafio do diálogo entre PAS e indivíduos em internação hospitalar, envolvendo fatores próprios de ambos.

Segundo revisão sistemática sobre a experiência de indivíduos em PE realizada por Vottero e Rittenmeyer (2012), a situação de PE contribui para a perda de autonomia dos indivíduos, por isso é importante envolvê-los nas decisões terapêuticas, reduzindo seus efeitos negativos.

O roteiro aqui apresentado foi elaborado a partir das percepções dos indivíduos sob PE e embasado no referencial teórico de vulnerabilidade, que propõe a direção de um modelo de parceria. Os elementos utilizados na construção do roteiro foram extraídos da revisão narrativa realizada anteriormente e dos três eixos temáticos utilizados para captar a percepção, o conhecimento e o comportamento dos indivíduos em PE. Acreditamos que esta ferramenta terá potencial para dar suporte às ações educativas dos PAS no que tange às PE. Entretanto, para o sucesso e para a

---

* Gonçalves P. Envolvimento de pacientes e familiares visando uma melhor adesão à higiene das mãos: revisão de literatura. [Apresentado no VI Simpósio Internacional de Enfermagem; 2012 set.; São Paulo].

utilização do roteiro, é imprescindível que os PAS estejam sensibilizados quanto à importância da educação do indivíduo que está sob seus cuidados. Portanto, é importante destacar essa limitação da ferramenta, que não foi desenvolvida com o propósito de atuar na sensibilização desses profissionais.

Os resultados demonstraram que a maioria dos indivíduos entrevistados manifestou sentimentos positivos em relação à situação de PE, em contradição com o estudo de Abdad, Fearday e Safdar (2013) que apresenta um impacto negativo no bem-estar psicológico, na segurança e na satisfação relacionada a esses indivíduos. Os sentimentos aqui relatados podem estar relacionados ao contexto cultural em que o estudo foi realizado, podendo interferir nas percepções desses indivíduos.

Na validação de conteúdo do roteiro, os especialistas sugeriram direcionar o roteiro para enfermeiros, porém os indivíduos entrevistados apontam a participação de outros profissionais no momento da orientação sobre PE. Por esse motivo, optamos por estender a utilização do roteiro educacional para todas as categorias de PAS.

Os especialistas em vulnerabilidade sugeriram a inclusão do familiar no momento da ação educativa; o PAS poderá escolher o melhor momento para envolver o familiar na ação educativa com base do roteiro. Além disso, apontaram a necessidade de avaliar a forma como o indivíduo traduz o conhecimento adquirido, por meio de uma avaliação periódica após a ação educativa; o comportamento do indivíduo é determinado pela capacidade de incorporar o conhecimento e transformá-lo em comportamentos protetores (Bertolozzi et al., 2009).

O estudo utilizou como método de abordagem a percepção dos indivíduos através de um questionário quantitativo, o que impõe algumas limitações no que tange à captação de percepções humanas. Contudo, o objetivo principal desta etapa foi captar os

principais elementos a serem incorporados em um projeto educativo, não sendo proposto aprofundar o conhecimento dessas percepções.

Etapas subsequentes a este projeto estão sendo delineadas, incluindo a aplicação do roteiro, a avaliação de sua factibilidade e os impactos na prática assistencial com vistas à minimização de eventos adversos.

9 CONCLUSÃO

9 CONCLUSÃO

A captação de percepção dos indivíduos, bem como a revisão narrativa deste estudo, permitiu identificar os seguintes conteúdos relevantes para construir um roteiro para orientação sobre PE: o resgate dos saberes e experiências dos indivíduos e a observação do comportamento do indivíduo após a orientação. Em síntese, a fim de reduzir a vulnerabilidade individual aos eventos adversos, é necessário que o indivíduo seja envolvido nas decisões do seu processo terapêutico, através de uma comunicação efetiva entre ele e os PAS.

O roteiro elaborado apresenta uma breve introdução teórica, define seus objetivos e o público-alvo, apresenta indicações de propósito e de como utilizar o roteiro. O roteiro contempla tópicos sobre como e quando abordar o paciente, o conteúdo a ser abordado, e as respectivas justificativas para cada tópico apresentado.

O roteiro recebeu validade de conteúdo por especialistas em PE e no conceito de vulnerabilidade, e foi ajustado conforme os comentários dos especialistas. Os especialistas em PE consideraram a informação apropriada (75,0%) e importante (100%) para conduzir PAS na elaboração de ações educativas para indivíduos adultos em PE. Os itens de abrangência e representatividade no universo das PE obtiveram 75,0% e 87,0% de concordância, respectivamente. Para especialistas em vulnerabilidade, a informação foi considerada apropriada (88,0%) e importante (100%) para conduzir PAS na elaboração de ações educativas para indivíduos adultos em PE.

Os itens de abrangência e representatividade no universo da vulnerabilidade individual obtiveram 66,6% e 77,0% de concordância, respectivamente. Com o intuito de alcançar o máximo de concordância possível, o método de validação sofreu um procedimento adicional por meio de entrevistas pessoais com duas

especialistas, a fim de obter melhor ajuste da ferramenta; após essa etapa o item de abrangência recebeu IVC de 77,0% de concordância.

Considera-se que o roteiro proposto neste estudo é um avanço no que diz respeito a materiais de apoio para a educação de indivíduos em PE, pois aborda aspectos fundamentais para o diálogo entre o indivíduo e PAS por meio do referencial teórico do conceito de vulnerabilidade, tendo sido validado por especialistas quanto ao seu conteúdo.

10 PRODUÇÃO CIENTÍFICA DESTE PROJETO

10 PRODUÇÃO CIENTÍFICA DESTE PROJETO

- Artigo de revisão narrativa sobre “Vulnerabilidade dos pacientes quanto às precauções específicas para doenças infecciosas” (Apêndice G). Aprovado para publicação em 19/10/2015 na revista de Enfermagem UFPE on line.
- Artigo original sobre “Precauções específicas para evitar a transmissão de microorganismos: desenvolvimento e validação de roteiro educacional” (Apêndice H). Submetido para publicação em 29/02/2016.
- Apresentação de pôster intitulado “Precauções específicas para evitar a transmissão de microorganismos: desenvolvimento e validação de roteiro educacional” no congresso Internacional da Federação de Infecção Hospitalar em Viena – Áustria em 17/03/2016 com bolsa internacional integral ("full international scholarship")

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Abdad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. J Hop Infec [Internet]. 2010 [cited 2013 May 04];76(2):97-102. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20619929

Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(7):3061-8.

APECIH. Associação paulista de epidemiologia e controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Precauções e Isolamentos. 2ª Ed. São Paulo: APECIH; 2012.

Ayres JRCM, França Junior I, Calazrs GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Junior I. O risco, vulnerabilidade e prática de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev esc enferm da USP [Internet]. 2009 [citado 2013 jul. 27];43(2):1326-30. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf

Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnio M, Carvalho YM. Co-construção de Autonomia: O sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2009.

Cardim MG, Santos AEV, Nascimento MAL, Biesbroek FCC. Crianças em isolamento hospitalar: relações e vivências com a equipe de enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2008;16(1):32-8.

Chiesa AM, Veríssimo MLOR. A Educação em saúde na prática do PSF: Manual de enfermagem instituto para o desenvolvimento da saúde. São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Day HR, Perencevich EN, Harris AD, Himelhoch SS, Brown CH et al. Do contact precautions cause depression? A two-year study at a tertiary care medical centre. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet]. 2011 [cited 2013 Mar 21];79(2):103-7. Avaiable from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3331706

Day HR, Perencevich EN, Harris AD, Himelhoch SS, Brown CH et al. Association between Contact Precautions and Delirium at a Tertiary Care Center. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet] . 2012 [cited 2013 May 14];33(1):34–9. Avaiable from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3544005

Flynn D, Knoedler MA, Hess EP, Murad MH, Erwin PJ et al. Engaging Patients in Health Care Decisions in the Emergency Department Through Shared Decision-making: A Systematic Review. Society for Academic Emergency
Medicine [Internet]. 2012 [cited 2013 Dec 05];19:1-9. Avaiable from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22853804

Guez AMV. Percepções do familiar da criança com germe multirresistente sobre medida de precaução de contato [monografia]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

Gurgel MGI, Alves MDS, Moura ERF, Pinheiro PNC, Rego RMV. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS). 2010 dez.;31(4):640-6.

Hulley SB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados; p. 265-81.

Kisten JC. Patient health literacy and the practice of evidence-based medicine. Evidence-based medicine [Internet]. 2012 [cited 2013 May 04];17(5):135-136. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=KISTEN+JC.+Patient+health+literacy+and+the+practice+of+evidence-based+medicine

Logtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L et al. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. Mayo Clin Proc. 2010;85(1):53-62.

Melo G, Santos RM, Trezza MCSF. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. Rev. bras. enferm. 2005;58(3):290-5.

Meyer EED, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 [citado 2013 ago. 06];22(6):1335-42. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/22.pdf

Monteiro MDBD, Dantas BB, Moura SG de, Ferreira Filho MO. Educação em saúde: revisão de literatura em periódicos nacionais. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2013 [citado 2014 jul. 10];7(esp):6283-7. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2896/pdf_3815

Morais MI. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]. 2010 [citado 2013 dez. 04];10(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292010000600010&script=sci_arttext

Morgan DJ, Pineles L, Shardell M, Grahan MM, Mohammadi S et al. The effect of contact precautions on healthcare worker activity in acute care hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol. 2013;34(1):69-73.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA . A utilização do conceito “Vulnerabilidade” pela enfermagem. Rev Latino Am Enferm [Internet]. 2008 [citado 2013 maio 27];16 (5). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf

Nichiata LYI, Gir E, Takahashi RF, Ciosak SI. Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2004 [citado 2013 maio 20];38(1):61-70. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/08.pdf

Nunes L. Usuários dos Serviços de Saúde e os seus direitos. Rev Bras Bioética. 2006;2(2):201-2019.

Oliveira AC, Cardosoll CS, Mascarenhas D. Conhecimento e comportamento dos profissionais de um centro de terapia intensiva em relação à adoção das precauções de contato. Rev Latino Am Enferm [Internet]. 2009 [citado 2013 maio 10]; 17(5). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_05.pdf

Olivi M, Oliveira MLF. Educação para saúde em unidade hospitalar: um espaço profissional do enfermeiro. Ciência, Cuidado e Saúde. 2003;2(2):131-138.

Ontario Agency for Health Protection and Promotion, Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. Routine Practices and Additional Precautions in All Health Care Settings. 3rd ed. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario, November 2012.

Padoveze MC, Silva PF. Infecções relacionadas a serviços de saúde, orientação para o público em geral: Conhecendo um pouco mais sobre as Precauções Específicas. São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica; 2012.

Pagliuta LMF, Cezario KG. Desenvolvimento de Habilidades pessoais para Promoção da Saúde na pessoa deficiente: Análise de conceito. Ciências da enfermagem em tempos de interdisciplinariedade. 16ª ed., 2011;trabalho 12:112-116.

Tomm-bonde L. The naive nurse: revisiting vulnerability for nursing. BMC nursing [Internet]. 2012 [cited 2014 May 06]; 11:5. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3531306/pdf/1472-6955-11-5.pdf

Turrini RNT, Paiva BC, Sousa CS, Poveda VB. Methods to evaluate educational material to surgical patients: integrative review of iterature. In: Conference Proceedings of the 26th Nursing research congress; 2015 Jul 23-27; San Juan, Puerto Rico. The Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International; 2015.

Paz AA, Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. Acta Paul Enferm [Internet]. 2006 [citado 2013 ago. 06];19(3):338-42. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a14v19n3.pdf

Polit D, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7ª ed. Artmed: Porto Alegre, 2011.

Rabelo AHS, Souza TV. O conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contato: Contribuições para a enfermagem pediátrica. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 [citado 2013 maio 10];13(02):271-78. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a06.pdf

Roidad N, Khakoo R. Knowledge and atitudes of visitors to patients in contact isolation. American Journal of Infection Control. 2014; 42:198-9.

Sànchez MIA, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Rev Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2007 [citado 2013 maio 27];12(2):319-24. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007

Sieguel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agent in healthcare settings. Am J Infec Control. [Internet] 2007 [cited 2013 Jun 15]; 35: 65-164. Available from: http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf

Silva CPR. Indicadores para avaliação de Programas de Controle de Infecção Hospitalar: construção e validação. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Skyman E, Sjostrom HT, Hellstrom L. Patients experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. Scand J Caring Sci [Internet]. 2010 [cited 2013 Apr 17];24:101-7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20070592

Vottero B, Rittenmeyer L. The hospitalised patients' experience of being in protective/source isolation: A systematic review of qualitative evidence. JBI Library of Systematic Reviews. 2012; 10(16):935-76.

WHO. World Health Organization. Patients for Patient Safety – Statement of Case. How patient engagement became a priority. [Internet]. 2004 [cited 2016 Apr 06] Available from: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/en/index.html

APÊNDICES

APÊNDICE A – IDENTIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO, PERCEPÇÃO E PRÁTICAS DAS PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva
Programa de Pós Graduação em Enfermagem

Entrevistador:_____

Local: _____

_____ **Data:**___/____/____

I. Caracterização do sujeito do estudo

Nome:_____

Nº registro:_____ Data de internação:_____/_____/_____

Unidade de internação:_____

Idade:____Sexo:_____

Anos de estudo:_____

Diagnóstico - causa principal de admissão:_____

Caso confirmado ou suspeito de: colonização ( ) infecção ( )

Agravo sob suspeita ou confirmação:_____

Agente etiológico suspeito ou confirmado:_____

Tipo de Precaução Específica:

A- contato ( ) **B-** gotícula ( ) **C-** aerossol ( )

D- contato+gotícula ( ) **E-** contato+aerossol ( )

Data da instituição da Precaução Específica: ____/ ____/____

documentada ( ) não documentada ( )

Quarto individual ( )

Quarto coletivo: com leitos ocupados ( ) sem leitos ocupados ( )

II. Conhecimento do indivíduo sobre a sua condição atual com relação às Precauções Específicas no momento da entrevista

1. O(a) senhor(a) sabe por que foi hospitalizado?

( ) Sim ( ) Não

1.1 Se sim, Qual o diagnóstico? _____

1.2 Se não, Qual o motivo de não saber?

A. ( ) Ninguém informou

B. ( ) Não quis saber

C. ( ) Explicaram, mas não entendi

2. O(a) senhor(a) sabe se esse "diagnóstico" necessita de algum tipo de cuidado especial para as pessoas que entram ou saem do seu quarto/leito?

( ) Sim ( ) Não

2.1 Se sim, como o(a) senhor(a) percebeu que eram necessários cuidados especiais?

a.( ) Foi informado por algum profissional?

b.( ) Viu uma placa na porta do seu quarto?

c.( ) Percebeu que as pessoas utilizavam EPI´s para entrar no quarto/leito

3. O(a) senhor(a) sabe como se transmite este microrganismo / esta sua doença? (usar terminologia igual a do paciente)

( ) Sim ( ) Não

3.1 Se sim, Como?_____

4. Há quantos dias (tempo) o(a) senhor(a) está com estas precauções especiais (isolamento)? _____

5. Qual o tipo de equipamentos e com qual freqüência as pessoas usam para entrar no seu quarto/leito?

a. luvas:

sempre que entram no quarto ( )

às vezes quando entram no quarto ( )

às vezes para realizar algum procedimento ( )

NUNCA ( )

b. máscaras comum:

sempre que entram no quarto ( )

às vezes quando entram no quarto ( )

às vezes para realizar algum procedimento ( )

NUNCA ( )

c. máscaras especial (tipo bico de pato):

sempre que entram no quarto ( )

às vezes quando entram no quarto ( )

às vezes para realizar algum procedimento ( )

NUNCA ( )

Não se aplica ( )

d. avental:

sempre que entram no quarto ( )

às vezes quando entram no quarto ( )

às vezes para realizar algum procedimento ( )

NUNCA ( )

6. Os profissionais que cuidam do(a) senhor(a) explicaram o motivo de usarem estes equipamentos?

( ) Sim ( ) Não

6.1 Se sim, o que eles explicaram?

a. ( ) O que usar

b. ( ) Como usar

c. ( ) Quando usar

d. ( ) O que acontece se não usar

6.1.2 Se sim, qual ou QUAIS profissionais deram as orientações?

a. ( ) auxiliar/técnico de enfermagem

b. ( ) enfermeiro

c. ( ) médico

d. ( ) outros _____

6.1.3 Se sim, quando o(a) senhor(a) recebeu essas informações?

A. ( ) No momento da internação

B. ( ) Após a instituição das PE

C. ( ) Após questionar os PAS

D. ( ) Outra situação: _____

6.1.4 Se sim, como foi esta orientação?

A. ( ) Apenas falada

B. ( ) Ilustrada, com placa ou impresso ilustrativo

C. ( ) Através de entrega de material escrito

D. ( ) Demonstrativa, através da demonstração da utilização dos EPI´s

6.2 Se não, o que o(a) senhor(a) considera que deveriam ter falado?

a. ( ) O que usar

b. ( ) Como usar

c. ( ) Quando usar

d. ( ) O que acontece se não usar

7. O(a) Senhor(a) recebeu informações sobre a Higiene de Mãos?

( ) Sim ( ) Não

7.1.1 Se sim, recebeu informações sobre **quando** fazer HM?

( ) Sim ( ) Não

7.1.2 Se sim, recebeu orientação sobre **porque** deve fazer HM?

( ) Sim ( ) Não

8. Como (a) Senhor(a) considera que sabe para que serve o isolamento?

A. ( ) Sabe o suficiente - está satisfeito com o que sabe para este momento

B. ( ) Sabe parcialmente - acha que não sabe o suficiente, gostaria de saber mais

C. ( ) Não sabe

9. O(a) senhor(a) pode receber visitas normalmente, isto é, sem nenhum tipo de limitação de número de pessoas?

( ) Sim ( ) Não

9.1 Se não, O senhor recebeu orientações do motivo?

( ) Sim ( ) Não

10. Os familiares receberam algum tipo de orientação sobre como cuidar do senhor com relação a estas precauções especiais?

( ) Sim ( ) Não

10.1 Se sim, qual ou QUAIS profissionais deram as orientações?

a. ( ) auxiliar/técnico de enfermagem

b. ( ) enfermeiro

c. ( ) médico

d. ( ) outros _____

11. As informações recebidas esclarecem todas as suas dúvidas?

A. ( ) Não esclareceram

B. ( ) Esclareceram pouco

C. ( ) Esclareceram totalmente

12. O(a) senhor(a) já ficou internado ANTERIORMENTE por alguma doença que necessitava de algum cuidado especial, como o uso de aventais, máscaras ou luvas para entrar no quarto ou para atendê-lo? (citar o uso dos EPI´s)

( ) Sim ( ) Não

III. Comportamento do indivíduo em relação a sua condição de PE

13. O(a) senhor(a) acredita que essas medidas especiais podem proteger a si próprio?

( ) Sim ( ) Não

13.1.1 O(a) senhor(a) acredita que essas medidas especiais podem proteger a sua família?

( ) Sim ( ) Não

13.1.2 O(a) senhor(a) acredita que essas medidas especiais podem proteger os outros pacientes?

( ) Sim ( ) Não

14. O(a) senhor(a) acredita que todos os profissionais (limpeza, copa, manutenção) que entram no seu quarto ou leito devem usar essas medidas especiais?

A. ( ) Sim **B.** ( ) Não **C.** ( ) Não sei responder

14.1. Se sim, o que o(a) senhor(a) faz quando eles não usam?

A. ( ) SOMENTE Pergunto porque não estão utilizando

B. ( ) Peço e os oriento a utilizar

C. ( ) Não sei direito quando devem usar, por isto não falo nada

D. ( ) Não sei como dizer, tenho receio da reação do profissional

E. ( ) Não faço nada

15. Quando o(a) Senhor(a) faz a HM?

a. ( ) Após ir ao banheiro

b. ( ) Antes de se alimentar

16. Quando o(a) Senhor(a) sai para realizar exames, utiliza equipamentos de proteção? (citar os referentes a PE)?

A. ( ) Sim **B.** ( ) Não **C.** ( ) Nunca saí do quarto

16.1. Se sim, o(a) Senhor(a) foi informado do motivo?

( ) Sim ( ) Não

17. Como o senhor se sente estando nessa condição especial?

a. ( ) Bem cuidado

b. ( ) Seguro

c. ( ) Com medo

d. ( ) Ansioso

e. ( ) Com raiva

f. ( ) Com sentimento de culpa

g. ( ) Solitário

h. ( ) Estressado

i. ( ) Indiferente

j. ( ) OUTROS:_____

18. O(a) Senhor(a) acha que os profissionais entram menos vezes no seu quarto quando comparado aos outros quartos da mesma unidade de internação?

( ) Sim ( ) Não

19. O(a) senhor(a) percebe diferença no tempo que os profissionais permanecem no seu quarto estando nestas precauções especiais em relação a outros pacientes?

A. ( ) Ficam mais tempo
B. ( ) Ficam o mesmo tempo
C. ( ) Ficam menos tempo
D. ( ) Não vejo diferença

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061.7601 - Fax: (011) 3061.7615
São Paulo - SP - Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I. Dados sobre a pesquisa

Estudo: Precauções específicas para transmissão de microorganismos: elaboração e validação de instrumento para contribuir na redução da vulnerabilidade individual.

Pesquisadora: Luize Fábrega Juskevicius

II. Informações ao participante sobre a pesquisa

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo que pretende elaborar e validar, um instrumento de orientação escrita sobre precauções específicas para a prevenção da transmissão de doenças.

A pesquisa será realizada no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo e no Hospital Paulistano. Será entregue a você um questionário com 19 questões, sobre os procedimentos de precauções específicas, a fim de coletar informações relevantes para construir um roteiro de orientação de indivíduos quanto às precauções específicas.

Os dados coletados serão analisados posteriormente e utilizados para publicações em revistas da área da saúde. Nenhum benefício direto será oferecido pela sua participação neste estudo. Os benefícios serão para melhorar o conhecimento científico sobre a melhor forma de orientar os pacientes com relação às precauções específicas para a prevenção da transmissão de doenças.

Rubrica participante: _____Rubrica pesquisador:_____

O estudo não acarretará em nenhum custo para o participante e os riscos pela sua participação, são mínimos, por participar do estudo por se tratar de estudo sem intervenção.

III. Esclarecimento sobre as garantias do sujeito da pesquisa

Todos os materiais utilizados durante a pesquisa serão supervisionados pela pesquisadora visando minimizar algum tipo de risco ao participante.

A qualquer momento você terá direito de acessar as informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.

Todos os dados da pesquisa serão mantidos em segurança e sua identidade será mantida em sigilo, não só durante a pesquisa, mas também em sua publicação.

A sua participação não é obrigatória e se aceitar, é possível abandonar o estudo quando quiser, sem ter que dizer o motivo de sua desistência. Sua recusa ou abandono não refletirá em nenhum dano físico ou moral e nem trará nenhum prejuízo em seu relacionamento com a instituição ou com os responsáveis pela pesquisa. Como a sua participação é de livre escolha, não haverá nenhum tipo de indenização por parte dos pesquisadores.

Caso aceite participar, por favor, assine as duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma delas ficará com você e a outra com a pesquisadora.

IV. Informações de nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa, para contato em caso de intercorrências clínicas e reações adversas

Luize Fábrega Juskevicius e-mail: luizejuskevicius@usp.br

Av Pedro Lessa, 901 CEP: 11025-001 – Santos-SP / Telefone: (13)997372436

Rubrica participante:_____ Rubrica pesquisador:_____

V. Identificação da Comissão de Pesquisa da EEUSP

Endereço: Av. Prof Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 CEP: 05403-000

São Paulo – SP tel. (11)3091 7548 E-mail: edipesq@usp.br

Identificação Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Pró-Cardiaco

Endereço: Rua Voluntarios da Patria, 435 – 8º andar - Rio de Janeiro/RJ - 22270 - Brasil, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h. Tel. (21) 2527-2416

VI. Dados de identificação do sujeito da pesquisa

Nome:_____

RG:_____Sexo:____Data de Nascimento:_____

Endereço:_____

CEP:_____Telefones:_____

VII. Consentimento Pós-informado

"Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa."

São Paulo,_____ de_____ de 20____.

_____

Luize Fábrega Juskevicius

EEUSP

_____

Assinatura do Participante

APÊNDICE C – CARTA CONVITE PARA ESPECIALISTAS-FASE 3

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061.7601 - Fax: (011) 3061.7615
São Paulo - SP - Brasil

Caro colega,

A propagação das infecções em serviços de saúde pode ocorrer devido ao não cumprimento das precauções padrão (PP) e precauções específicas (PE) por profissionais da assistência a saúde (PAS), acompanhantes e visitantes. Estudos demonstraram baixa adesão às medidas de precaução pelos PAS, o que pode ter relação com os aspectos do comportamento humano, como a falsa percepção de um risco invisível e a subestimação do compromisso individual nas taxas de IRAS (Oliveira, Cardosoll e Mascarenhas, 2009).

A orientação fragmentada, que se restringe apenas em dizer o que deve ou não ser feito pelo familiar e paciente, não esclarece o objetivo principal das precauções, fazendo com que a adesão aos procedimentos não ocorra ou ocorra de maneira inadequada (Rabelo e Souza, 2009).

A partir da década de 1980, teóricos em saúde coletiva construíram o conceito de *vulnerabilidade* para ser utilizado como quadro de referência para apoiar o manejo de agravos em saúde.

Ao que parece, o conceito de vulnerabilidade possui potencial para apoiar as abordagens que visam reduzir os eventos adversos relacionados às PE, na medida em que oferta um suporte teórico ampliado, menos tecnicista e mais centrado nas necessidades dos indivíduos.

Os objetivos gerais desta pesquisa são elaborar e realizar validação de conteúdo de um roteiro para PAS a fim de guiar ações educativas para orientação de indivíduos adultos em PE, tendo como quadro de referência o conceito de vulnerabilidade.

Sua participação é de extrema importância, pois se insere na fase de validação desse roteiro como especialista, por possuir experiência clínica e conhecimentos sobre PE (ou por possuir reconhecido saber quanto ao referencial teórico de vulnerabilidade). A validação será de conteúdo por meio de uma escala do tipo *likert*. O resultado subsidia a reformulação do instrumento a ser aplicado na fase seguinte.

A contribuição é voluntária e a confidencialidade dos dados é assegurada.

Agradecemos a colaboração.

Guia de orientações para o preenchimento do instrumento

Você analisará o instrumento desenvolvido com elementos essenciais para a realização de ações educativas para orientar os indivíduos e familiares sobre as PE quanto a: clareza, pertinência, representatividade, abrangência e objetividade.

O presente roteiro foi elaborado com base na revisão bibliográfica sobre os temas e na análise de questionário para captar a percepção do indivíduo em relação as PE, cujos resultados sintetizados são apresentados no Apêndice 1.

Para dar seu parecer utilize a escala de classificação tipo Likert de quatro pontos, sendo:

1- Concordo totalmente
2- Concordo parcialmente
3- Discordo parcialmente
4- Discordo totalmente

A avaliação será organizada da seguinte forma:

Clareza: O material é de fácil compreensão na primeira leitura?

Pertinência: A informação é apropriada para conduzir PAS na elaboração de ações educativas para o indivíduo quanto às PE?

Relevância: O instrumento em geral é importante para conduzir PAS na elaboração de ações educativas para o indivíduo quanto às PE?

Abrangência: O roteiro compreende todos os aspectos para conhecimento das PE? (O roteiro compreende todos os aspectos para redução da vulnerabilidade individual aos eventos adversos de indivíduos adultos em PE?)

Representatividade: O roteiro corresponde ao universo das PE? (O roteiro corresponde ao referencial teórico da vulnerabilidade individual?)

Informações de devolução

Aguardamos retorno em 15 dias, a contar da data do aceite para validação, no e-mail: luizejuskevicius@gmail.com.

Luize Fábrega Juskevicius[1]

Maria Clara Padoveze [2]

Referências

Rabelo AHS, Souza TV. O conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contato: Contribuições para a enfermagem pediátrica. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 May 10];13(02):271-78. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a06.pdf

Oliveira AC, Cardosoll CS, Mascarenhas D. Conhecimento e comportamento dos profissionais de um centro de terapia intensiva em relação à adoção das precauções de contato. Rev Latino Am Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 May 10]; 17(5). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_05.pdf

Juskevicius LF, Padoveze MC. Vulnerabilidade dos pacientes quanto às precauções específicas para doenças infecciosas. Rev Enferm UFPE on line. Submetido em 21/10/2014.

[1] Aluna de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

[2] Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061.7601 - Fax: (011) 3061.7615
São Paulo - SP - Brasil

Nome:_____ **Idade:**_____

Formação:_____**Titulação:**_____

Área de atuação:_____**Tempo de formada:**_____

Local:_____

1-concordo totalmente, 2-concordo parcialmente, 3-discordo parcialmente e 4- discordo totalmente.

Itens	***1***	***2***	***3***	***4***
Clareza: O material é de fácil compreensão na primeira leitura				
Pertinência: A informação é apropriada para conduzir PAS na elaboração de ações educativas para indivíduos adultos em PE				
Relevância: O instrumento em geral é importante para conduzir PAS na elaboração de ações educativas para o indivíduo quanto às PE				
Abrangência: O roteiro compreende todos os aspectos para conhecimento das PE (..para redução da vulnerabilidade individual aos eventos adversos de pacientes adultos em PE)				
Representatividade: O roteiro corresponde ao universo das PE (..ao referencial teórico da vulnerabilidade individual)				

Devolução em 15 dias através do e-mail: luizejuskevicius@gmail.com

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA INDIVÍDUOS EM PE – VERSÃO PORTUGUÊS

Roteiro para elaboração de ações educativas:

Indivíduos em precauções específicas

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LUIZE FÁBREGA JUSKEVICIUS

ORIENTADORA: PROFª DRª MARIA CLARA PADOVEZE

SÃO PAULO
2015

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

2. OBJETIVO

3. PÚBLICO-ALVO

4. PROPOSTA

5. COMO ESTE ROTEIRO PODE SER UTILIZADO

6. ELABORAÇÃO DA AÇÃO EDUCATIVA

7. ELEMENTOS ESSENCIAIS

REFERÊNCIAS

INTRODUÇÃO

As práticas educativas em saúde tiveram suas primeiras ações no século XVIII, quando almanaques sobre cuidados com higiene eram entregues à população de acordo com as epidemias que ocorriam na Europa. A educação em saúde vem se aprimorando, porém, ainda nos dias atuais, as ações educativas possuem fragilidade em seu embasamento teórico e são geralmente realizadas com caráter prescritivo, o que prejudica a comunicação entre o indivíduo e o profissional de saúde (Chiesa, Veríssimo, 2001).

O enfoque educacional deve ser construído por meio dos saberes e das experiências das duas partes, os profissionais e os usuários; este é o meio mais eficaz para que as informações façam mais sentido e os indivíduos encontrem alternativas para superarem as situações que aumentam a vulnerabilidade aos agravos em saúde (Ayres et al., 2006).

O conceito de vulnerabilidade em saúde é oriundo da década de 1980, quando começou a ser utilizado como quadro conceitual para dar resposta à epidemia de HIV, com o objetivo de propor debates e ações sobre os diferentes graus de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção (Nichiata et al., 2008). Esse conceito apresenta potencial para aplicação dirigida também a outros agravos. Contudo, os profissionais da assistência à saúde (PAS) ainda não estão completamente familiarizados com ele, pois a utilização do termo ainda se dá no sentido do conceito clássico de risco. O conceito de vulnerabilidade foi estruturado em três dimensões indissociáveis: a dimensão social, a programática e a individual; esta última é permeada por aspectos que vão desde o que o indivíduo detém de informação até a cultura, o gênero, o país, o segmento social, a faixa etária, entre outros (Ayres et al., 2003; Bertolozzi et al., 2009). Esses mesmos aspectos, quando abordados adequadamente, poderão contribuir para um comportamento protetor, minimizando, assim, a vulnerabilidade dos indivíduos aos agravos em saúde.

A educação em saúde pode ser uma ferramenta potente para estimular os comportamentos protetores e reduzir a vulnerabilidade. Embora se saiba disso, a prática continua sendo desenvolvida meramente por meio da transmissão de saberes que os PAS detêm e replicam à população, cujos saberes e experiências não são levados em consideração no processo (Meyer et al., 2006).

Portanto, não basta apenas ter informação; é necessário que haja qualidade do conhecimento que cada indivíduo tem e significado da informação para ele, assim como capacidade e habilidade para a sua autoproteção (Meyer et al., 2006). O papel do educador é de auxiliar o indivíduo a identificar o problema, encontrar as suas causas e transformá-las em comportamento protetor (Almeida, Trapé, Soares, 2013).

Em diversas situações, a atenção à saúde pode requerer condutas adicionais, as quais são designadas como precauções específicas (PE), para evitar a transmissão de micro-organismos. Apesar das PE apresentarem uma grande contribuição para a redução da transmissão de doenças, expor indivíduos a essa condição especial vem sendo associado a impactos negativos e eventos adversos. Estudos apresentam que as PE de contato podem ter um impacto negativo no bem-estar psicológico, na segurança e na satisfação de atendimento do indivíduo, confirmando a necessidade de inclusão do indivíduo e seu familiar em todo o processo (Abdad, Fearday, Safdar, 2013).

Constatou-se que os familiares de pacientes têm um comportamento importante nas situações de PE e por isso necessitam de orientações direcionadas quanto à sua participação na assistência (Rabelo e Souza, 2009). O indivíduo e a sua família podem colaborar para o seu diagnóstico, participar do tratamento e decidir sobre as terapias aplicadas, pois a autonomia do indivíduo deve ser compreendida como um valor (Morais, 2010). Os PAS devem ser encorajados a identificar familiares que possam participar das orientações que serão fornecidas ao indivíduo, agindo como elo entre o serviço de saúde e os membros da família. Assim

sendo, o presente roteiro pretende apoiar as intervenções educativas visando a reduzir a vulnerabilidade individual aos eventos adversos relacionados às PE.

OBJETIVO

O objetivo deste roteiro é instrumentalizar os profissionais da assistência à saúde para a elaboração de ações educativas a usuários dos serviços de saúde a fim de reduzir a vulnerabilidade individual aos eventos adversos relacionados às PE.

PÚBLICO-ALVO

Profissionais da assistência à saúde.

PROPOSTAS

I. Oferecer subsídio para o fortalecimento do indivíduo diante da potencial situação de vulnerabilidade a eventos adversos associados às precauções específicas, por meio de ações educativas;
II. Orientar PAS a preservar a autonomia do indivíduo por meio de ações educativas que integrem o seu conhecimento;
III. Estimular os PAS para a abertura de espaços para o pleno engajamento dos usuários dos serviços nos cuidados de sua saúde, favorecendo o diálogo.

COMO ESTE ROTEIRO PODE SER UTILIZADO

O roteiro aqui apresentado possui como finalidade primária a utilização para a ação educativa por meio de diálogo com os usuários dos serviços de saúde.

Define-se por diálogo uma mediação do processo social, no qual educador e educando se encontram numa tarefa em que ambos são sujeitos do ato e assim recriam o conhecimento (Miranda, Barroso, 2004).

Adicionalmente, poderá servir como base para o desenvolvimento de outras ferramentas educativas tais como vídeos, folhetos de orientação, cartazes, reuniões de grupos etc.

ELABORAÇÃO DA AÇÃO EDUCATIVA

Considerar a abordagem no momento em que as PE forem instituídas, pois isso proporciona um aumento da possibilidade de resultar em um comportamento protetor.

Tópico	Sugestão de abordagem	Justificativa
Como abordar o indivíduo	Perguntar ao indivíduo o que ele conhece sobre seu diagnóstico, se a doença é transmissível e como ela se transmite, levando a um resgate do conhecimento e de experiências sobre sua condição de saúde.	A singularidade do indivíduo precisa ser considerada e as orientações não devem restringir-se a informações prescritivas ou à apresentação de textos padronizados.
	Perguntar sobre as internações anteriores e orientações recebidas sobre os cuidados durante a internação.	

O que abordar com o indivíduo	**Por que está em PE:**	
	Por que está em PE: Explicar a finalidade da instituição das PE envolvendo o indivíduo, seus familiares e os PAS relacionadas ao seu diagnóstico.	A partir das informações fornecidas pelo indivíduo, a orientação precisa completar ou reforçar o conhecimento, e corrigir eventuais erros sobre o motivo de instituição de PE.
	Explicar o tempo de permanência em PE.	Este item tem potencial para reduzir sentimentos negativos como ansiedade e dúvidas.
	Explicar a diferença entre colonização e infecção.	Para o indivíduo pode não ser muito clara a diferença entre estar colonizado e infectado, e o desconhecimento desses conceitos pode gerar ansiedade sobre o diagnóstico. O esclarecimento de que a condição de portador pode ser um fator de transmissão é importante para a aceitação da necessidade de introdução das PE.

<table>
<tr><td rowspan="4"></td><td colspan="2">O que deve ser utilizado:</td></tr>
<tr><td>Explicar o que os PAS devem utilizar como paramentação: Apresentar os EPIs para o quarto/leito e deixar que o indivíduo conheça e manipule os materiais e experimente-os.</td><td rowspan="2">Ao conhecer o que deve ser utilizado para o seu cuidado, o indivíduo pode buscar comportamento autoprotetor e sinalizar aos PAS e visitantes quando fizerem uso inadequado de EPIs.</td></tr>
<tr><td>Explicar o que os familiares e visitantes devem utilizar como paramentação e quais cuidados específicos podem ser tomados.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Como os EPIs devem ser utilizados e quais os outros cuidados necessários:</td></tr>
<tr><td></td><td>Orientar o indivíduo sobre as condutas e paramentações para sair do quarto. A sugestão é que o indivíduo experimente os EPIs (neste momento os PAS devem referir-se aos procedimentos padronizados pela CCIH da sua instituição)</td><td>No momento em que experimentar os EPIs, o indivíduo pode expressar os sentimentos e as sensações ao utilizar aquela paramentação.</td></tr>
</table>

	Explicar como serão os procedimentos em caso de reinternação por bactérias multirresistentes.	Colaborar com a compreensão do indivíduo para a próxima internação.
	Perguntar sobre seus hábitos de higiene de mãos e reforçar a importância desta medida para sua proteção.	Identificar as práticas de higiene que o indivíduo tem para depois introduzir novas informações sobre a higiene de mãos e reforçar aquelas já apreendidas.
	Informar que a equipe está capacitada em relação ao uso de EPIs para cada PE.	Toda a equipe deve ter uma conduta uniforme para proteção do indivíduo em PE, dos outros indivíduos e de si próprio
	Orientar o indivíduo a notificar o(a) enfermeiro(a) sobre qualquer inadequação no processo dos seus cuidados, como ausência de higiene de mãos e/ou não utilização de EPIs.	A identificação de práticas e procedimentos de risco dos PAS pelo próprio paciente pode evitar a ocorrência de eventos adversos. Indica-se notificar o profissional enfermeiro pelo fato de ele exercer, em geral, o papel de integrar as ações entre os diferentes profissionais de saúde.

Captação da compreensão do indivíduo	Captar o conhecimento apreendido pelo indivíduo e seus familiares. A captação poderá ser feita através do estímulo à verbalização sobre o que foi apreendido. Sugere-se também avaliar a captação da informação por meio da observação do comportamento do indivíduo, a fim de verificar se ele é congruente com o que foi verbalizado/orientado. Recomenda-se que periodicamente seja realizada nova abordagem.	A avaliação após a realização da ação educativa é fundamental para reconhecer o que o indivíduo apreendeu sobre a ação realizada.

Observação 1: Este material tem caráter educativo e não compromete a conduta clínica.

Observação 2: Os PAS podem avaliar a pertinência de como e quando incluir a família nesta orientação.

ITENS ESSENCIAIS A SEREM ABORDADOS

- ✓ Todos os serviços de saúde devem adotar precauções para evitar a transmissão de micro-organismos no ambiente.
- ✓ O objetivo das precauções é reduzir o risco de transmissão de micro-organismos entre indivíduos internados, familiares e profissionais.

- ✓ Algumas medidas de precaução são usadas para todos os indivíduos, independentemente do seu diagnóstico; são chamadas de precauções padrão.
- ✓ Em algumas situações, há necessidade de incluir algumas precauções adicionais, que são chamadas precauções específicas.
- ✓ O tipo de precauções específicas a serem adotadas depende da forma de transmissão de determinados micro-organismos.
- ✓ A higiene de mãos é importante sempre, principalmente antes e depois de tocar os indivíduos. A higiene das mãos deve ser realizada por todos: PAS, familiares, visitantes e o paciente.
- ✓ É importante enfatizar a higiene de mãos por parte de todos: após usar o banheiro, antes de se alimentar, após tossir ou espirrar e após o contato com qualquer secreção.
- ✓ Abrir espaço para eventuais dúvidas sobre os procedimentos de precauções.

REFERÊNCIAS

Abdad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. Journal of Hospital Infection. 2010;76(2):97-102.

Ayres JRCM, França Junior I, Calazrs GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Junior I. O risco, vulnerabilidade e prática de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, Sousa GW, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Revista Escola de Enfermagem da USP. 2009;43(2):1326-30.

Chiesa AM, Veríssimo MLOR. A Educação em saúde na prática do PSF: Manual de enfermagem instituto para o desenvolvimento da saúde. São Paulo. Brasília: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; 2001.

Meyer EED, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Caderno de Saúde Pública. 2006;22(6):1335-42.

Miranda KCL, Barroso MGT. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 2004;12(4):631-5.

Morais MI. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2010;10(2):5331-6.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA . A utilização do conceito "Vulnerabilidade" pela enfermagem. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2008;16(5):923-8.

Rabelo AHS, Souza TV. O conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contato: Contribuições para a enfermagem pediátrica. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2009;13(02):271-8.

Almeida AH, Trapé CA, Soares CB. Educação em saúde no trabalho de enfermagem. In: Soares CB, Campos CMS. Fundamento de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: Manole; 2013.

APÊNDICE F – ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA INDIVÍDUOS EM PE – VERSÃO INGLÊS

GUIDE TO PATIENT EDUCATION:

Patients under specific precautions

UNIVERSITY OF SÃO PAULO
SCHOOL OF NURSING

LUIZE FÁBREGA JUSKEVICIUS

MARIA CLARA PADOVEZE

SÃO PAULO, BRAZIL
2016

Luize Fábrega Juskevicius. Nurse, Master's degree candidate, Graduate Nursing Program, School of Nursing, University of São Paulo (USP). São Paulo (SP), Brazil. E-mail: luizejuskevicius@gmail.com

Maria Clara Padoveze, Ph.D., Nurse, Professor at the School of Nursing, University of São Paulo (USP). São Paulo (SP), Brazil. E-mail: padoveze@usp.com.br

SUMMARY

1. INTRODUCTION

2. GOAL

3. AUDIENCE

4. PROPOSAL

5. HOW TO USE THIS GUIDE

6. STRATEGY OF EDUCATIONAL DEVELOPMENT

7. ESSENTIAL ELEMENTS

8. BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

INTRODUCTIONS

Educational practices in health have begun in the eighteenth century, when almanacs about hygiene were handed out due to epidemics that occurred in Europe. Health education has been improving since then, but still today the educational activities have weakness in their theoretical basis. Usually education in health has been performed in highly imposing and prescriptive way, which hinders communication between the individual and the healthcare provider (Chiesa & Veríssimo, 2001).

The educational approach should be built upon the knowledge and experience of both parties, professionals and patients. This is the most effective way for the information to make more sense to individuals find alternatives to overcome the situations that increase vulnerability to health diseases (Ayres et al, 2006).

The concept of vulnerability arises from the 80's when it started to be used as a conceptual framework for addressing the HIV epidemic in order to propose strategies to address the different degrees of susceptibility of individuals and communities to infection (Nichiata et al, 2008). This concept has potential for application also to address other health problems. However, health care workers (HCW) are not completely familiar with this concept and approach since the use of the term "vulnerability" still mostly occurs similar to the classical concept of risk. The concept of vulnerability is understood in three interconnected dimensions: social, programmatic and individual. This last one is permeated by a large range of issues such as the individual information, culture, gender, country, social and age groups (Ayres et al, 2003; Bertolozzi et al, 2009). These aspects when addressed properly will contribute to a protective behavior, thus minimizing the vulnerability of individuals to health injuries.

Health education can be a powerful tool to encourage protective behaviors and to reduce vulnerability. Nevertheless, this practice remains performed merely through the one-way transmission from HCW

knowledge to patient and families, whose knowledge and experience are not taken into account in the process (Meyer et al, 2006).

To note, what matters is not only the information, but the quality of knowledge that every individual has and self-perception significance about the information, as well as capacity and ability for self-protection (Meyer et al, 2006). The educator's role is to support the individual to identify the problem, to find the root causes and to turn them into protective behavior (Almeida, Trapé & Soares, 2013).

In many situations the health care may require additional procedures, which are designated as "transmission-based precautions" or Specific Precautions (SP) to prevent transmission of microorganisms. Despite the SP present a major contribution to the reduction of disease transmission, exposing individuals to this particular condition has been associated with negative impacts and adverse events. For instance, among SP studies show that contact precaution may have a negative impact on psychological well-being, safety and individual service satisfaction. This suggest the need of inclusion of the individual and his family throughout the process (Abdad, Fearday e Safdar, 2013).

It was found that the families and patients have an important behavior in SP situations and therefore require targeted guidance regarding their participation in the assistance (Rabelo e Souza, 2009). The patient and his family can contribute to the diagnosis, participate in treatment and decide on therapies applied, as the autonomy of the individual must be understood as a value (Morais, 2010). HCW should be encouraged to identify the family members who can participate in the guidance to be provided to the individual, acting as a link between the health service and other family members. Therefore, the roadmap herein presented aims to support educational interventions to reduce individual vulnerability to adverse events related to SP.

GOAL

The purpose of this document is to provide a guide to healthcare professionals for the development of educational activities to be delivered to the users of health services in order to reduce individual vulnerability to adverse events related to SP.

AUDIENCE

Health care workers.

PROPOSES

IV. Provide subsidy to empower patients in situation of potential vulnerability to adverse events associated with specific precautions through educational activities;

V. Guide HCW to preserve the autonomy of the individual through educational activities that integrate knowledge;

VI. Encourage HCW to open spaces for the full engagement of users of health services, favoring dialogue.

HOW TO USE THIS GUIDE

The herein presented roadmap has as its primary purpose use for educational action through dialogue with users of health services.

Defined by the social dialogue a mediation process where teacher and student are in a task in which both are subjects of the act and so recreate knowledge (Miranda e Barroso, 2004).

Additionally, it may serve as a basis for the development of other educational tools such as videos, guidance leaflets, posters, group meetings, etc.

STRATEGY OF EDUCATIONAL DEVELOPMENT

Consider the approach at the time that the SP is imposed, it provides more opportunity to exert a protective behavior.

Topic	Sugestion of approach	Justification
How to approach the patient	Ask the patient what he knows about his/her diagnosis, if it is transmissible disease and how it is transmitted, leading to a rescue of knowledge and experience on their health condition.	The uniqueness of the patient must be considered and the guidelines should not be limited to the prescriptive information or submission of standardized texts.
	Ask about previous admissions and guidance received on care during previous hospitalization.	
What is the content approach to the patient	**Why? (Is the patient in SP?)**	
	Explain the purpose of the SP, that involves the patient, family and HCW.	From the information provided by the patient, to complete or enhance knowledge and correct any misconceptions regarding SP.

	Explain how long the patient will be under SP.	This item has the potential to reduce negative feelings such as anxiety and doubts.
	Explain the difference between colonization and infection.	The difference between being colonized and infected may not be clear for the patient. The unfamiliarity of these concepts can lead to anxiety about the diagnosis. Clarifying that the carrier status as an important factor in the chain of transmission would be helpful to the acceptance of the need for introduction of SP, mainly for those patients who are colonized but not infected.
	What? (Must be used?) Who? (Should use?)	
	Explain that HCW should use a	By knowing what

	personal attire (depending on the type of SP). Show the Personal Protective Equipment (PPE) to the patient and let the individual to manipulate the materials and try them.	should be used for his/her care, the individual can seek a self- protective behavior. Additionally, he/she can be able to point out to the HCW and visitors whenever a PPE is inappropriately used.
	Explain what family members and visitors should use personal attire and which specific care must be taken.	
	How? When? (The PPE should be used?)	
	The suggestion is to offer to the patient experience of handling and using a PPE. At this moment the HCW should refer to the standard procedures to putt on and take off the PPE and appropriate disposal according the institutional standard.	During the moment of experiencing PPE use, the patient can express feelings and sensations about using this personal attire.
	Explain the procedures in case of readmission due to multi resistant bacteria.	This helps the understanding of patient about the procedures in case of further admissions.
	Inform that the team is trained regarding the use of PPE in each SP.	The whole team should have a uniform conduct to

		protect persons in SP, others patients and himself.
	Ask about his/her hand hygiene habits and reinforce the importance of this measure for their protection.	Identify hygiene practices that the patient has before introducing new information will strengthen those already seized.
	Let the patient free to notify the chief nurse about any inadequacy in the process of his/her care, such as lack of hand hygiene or non-use of PPE.	The empowerment for identification of risk in practices and procedures by the patient can avoid the occurrence of adverse events. A chief nurse may be indicated to receive the notification because usually she/he plays the role of integrating actions among different health professionals. Alternatively, other professional than the chief nurse may be in charge of

		receiving notifications.
Wrapping up the approach	Try to gather the actual knowledge gained by the patient and family. This can be done by stimulating the verbalization of what was seized. It is suggested to evaluate the uptake of information also by observation of patient behavior in order to check the congruence with what was verbalized. It is recommended periodical review of uptake of knowledge of patients regarding SP to ensure there was no misunderstanding.	The evaluation after the completion of educational activity is essential to recognize if the patient has seized on the action taken.

Note 1: This material is educational in nature and does not compromise the clinical management.

Note 2: The HCW can assess the relevance of how and when to include the family in this guidance.

ESSENTIAL ELEMENTS

- ✓ All health services should take precautions to prevent the transmission of microorganisms in the environment.
- ✓ The purpose of the precautions is to reduce the risk of transmission of microorganisms among patients, families and professionals.

- ✓ Some precautionary measures are intended to be used for all patients, regardless of diagnosis; they are called "standard precautions".
- ✓ In some situations, it can be necessary to include some additional precautions, which are called "specific precautions".
- ✓ The type of specific precautions to be taken depends on the mode of transmission of micro-organisms.
- ✓ The hand hygiene is always important, mainly in the moments before and after touching individuals. Hand hygiene should be performed by all: HCW, family, visitors and the patient.
- ✓ It is important to emphasize hand hygiene by the patient: after using the bathroom, before eating, after coughing or sneezing, after contact with any discharge.
- ✓ Make room for any doubt about the precautions procedures.

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

Abdad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalized patients: a systematic review. Journal of Hospital Infection. 2010;76(2):97-102.

Ayres JRCM, França Junior I, Calazrs GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2th Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Junior I. O risco, vulnerabilidade e prática de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, Sousa GW, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Revista Escola de Enfermagem da USP. 2009;43(2):1326-30.

Chiesa AM, Veríssimo MLOR. A Educação em saúde na prática do PSF: Manual de enfermagem instituto para o desenvolvimento da saúde. São Paulo, 2001.

Meyer EED, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Caderno de Saúde Pública. 2006;22(6):1335-1342.

Miranda KCL, Barroso MGT. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. 2004;12(4):631-5.

Morais MI. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2010;10(2).

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. A utilização do conceito “Vulnerabilidade” pela enfermagem. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2008;16 (5).

Rabelo AHS, Souza TV. O conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contato: Contribuições para a enfermagem pediátrica. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2009;13(02):271-78.

Almeida AH, Trapé CA, Soares CB. Educação em saúde no trabalho de enfermagem. In: Soares CB, Campos CMS. Fundamento de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: Manole, 2013.

APÊNDICE G – ARTIGO APROVADO PARA A REVISTA DE ENFERMAGEM UFPE ON LINE

Vulnerabilidade dos pacientes quanto às precauções específicas para doenças infecciosas
Vulnerability of patients as specific precautions for infectious diseases
Vulnerabilidad de los pacientes para precauciones especiales de enfermedades infecciosas

Luize Fábrega Juskevicius. Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós Graduação em Enfermagem na EEUSP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: luizejuskevicius@gmail.com. Endereço: Av. Dr. Pedro Lessa, 901, Ponta da Praia, Santos-SP; 111025-001. Tel: 13 22021427.
Maria Clara Padoveze. Enfermeira. Professora Doutora na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: padoveze@usp.com.br

Resumo
Objetivo: identificar se o conceito de vulnerabilidade vem sendo utilizado para discutir a abordagem dos pacientes em precauções específicas (PE). **Métodos:** revisão narrativa de trabalhos que abordam precauções, engajamento do paciente e vulnerabilidade, publicados nas bases de dados eletrônicas. **Resultados:** a vulnerabilidade pode ser influenciada por fatores como: conhecimento, percepção e o engajamento do paciente. O conceito de vulnerabilidade em sua dimensão individual pode ser empregado no contexto das PE, para buscar a autonomia do indivíduo e renovar as práticas de saúde. Em nossa busca bibliográfica não foi localizado qualquer estudo que utilizasse o conceito de vulnerabilidade como quadro de referência para manejo das precauções. **Conclusão:** as referências sobre o conceito de vulnerabilidade apontam potencial deste referencial teórico para apoiar intervenções visando à melhoria na adesão às PE, pois favorece uma abordagem centrada nas necessidades dos indivíduos. **Descritores:** vulnerabilidade em saúde; precauções universais; acesso à informação; participação do paciente.

Abstract
Objective: describe and discuss the limits of the concept of vulnerability of patients with specific precautions (SP). **Method:** narrative review of studies that address precautions, patient engagement and vulnerability, published in the databases Electronic. **Results:** the vulnerability may be influenced by: knowledge, perception and engagement of the patient. The concept of vulnerability in its individual dimension maybe possibly employed in the context of PE, seeking for autonomy of the individual and renew health practices. In our literature search, no study that used the concept of vulnerability as a reference framework for management control measures was located **Conclusion**: references about the concept of vulnerability point potential of this theoretical framework to support interventions aimed at improving adherence to SP, since it favors an approach centered on the needs of individuals. **Descriptors:** health vulnerability; universal precautions; access to Information; patient Participation.

Resumen
Objetivo: identificar el concepto de vulnerabilidad se ha siendo utilizado para analizar el abordaje del paciente a las Precauciones Específicas (PE). **Métodos:** revisión narrativa de los estúdios que se ocupan de las precauciones, el engajamento del paciente y la vulnerabilidad, publicados em las bases de datos eletrônicas. **Resultados:** la vulnerabilidad puede estar influenciada por: conocimiento, percepción e la participación del paciente. El concepto de vulnerabilidad en su dimensión individual se pueda emplear en el contexto de PE, para buscar la autonomía del individuo y renovar las prácticas de salud. En la búsqueda bibliográfica , ningún estudio que utiliza el concepto de vulnerabilidad como marco de referencia para las medidas de control de gestión se encuentra .
Conclusión: referencias sobre el concepto de potencial punto de vulnerabilidad de este marco teórico para apoyar las intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia al PE , ya que favorece un enfoque centrado en las necesidades de las personas. **Descriptores:**

vulnerabilidad en salud; precauciones universales; acceso a la información; participación del paciente.

Introdução

Observou-se que, durante o século XIX, a emergência de recomendações para a higiene de mãos e outras medidas de controle de infecções levaram à diminuição da ocorrência de febre puerperal e outras infecções adquiridas no hospital.[1] Tempos depois constatou-se que a utilização de outras precauções além da higiene das mãos, poderiam ser necessárias para evitar a transmissão de infecções. Após a constatação da importância da utilização de precauções orientadas para evitar a transmissão de doenças infecciosas ligadas à assistência à saúde, surgiram manuais nacionais e internacionais contendo recomendações sobre o uso das Precauções Padrão (PP) e Precauções Específicas (PE); estas últimas em suas três categorias: Aerossóis, Gotículas e Contato.[2]

A propagação das infecções pode ocorrer devido ao não cumprimento das PP e PE por profissionais da assistência a saúde (PAS), acompanhantes e visitantes. Estudos demonstraram baixa adesão às medidas de precaução pelos PAS, o que pode ter relação com os aspectos do comportamento humano, como a falsa percepção de um risco invisível e a subestimação do compromisso individual nas taxas de infecção hospitalar.[3]

Com relação aos pacientes e familiares, a orientação inadequada que se restringe apenas em dizer o que deve ou não ser feito pelo familiar/paciente, não esclarece o objetivo principal das precauções, fazendo com que a adesão aos procedimentos não ocorra ou ocorra de maneira inadequada.[1]

Dentre todas as precauções, a adesão às PE caracteriza-se por possuir componentes amplos e inter-relacionados, que não podem ser avaliados e tratados de forma isolada. Entretanto, as razões de falhas na adesão às PE tem sido pouco exploradas e uma visão tecnicista do processo é geralmente mais prevalente. Desta forma, consideramos como importante investir em outras formas de pensar em relação às intervenções em saúde.

A partir da década de 1980, teóricos em saúde coletiva construíram o conceito de *vulnerabilidade* para ser utilizado como quadro de referência para apoiar o manejo de agravos em saúde. Em primeira instância, foi utilizado com enfoque em HIV/Aids, almejando o alcance de resultados em saúde mais efetivos e que minimizassem os efeitos estigmatizantes.[4] Em relação ao HIV, o uso do conceito de vulnerabilidade permitiu uma nova abordagem pelos profissionais de saúde para elaboração de propostas de intervenção, contribuindo para os avanços obtidos.[5]

O conceito de vulnerabilidade tem potencial para renovar as práticas de saúde, como práticas sociais e históricas através da transdisciplinariedade.[6] O comportamento individual é um determinante da vulnerabilidade, o que justifica focar as ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle da situação. Consideramos que a vulnerabilidade do paciente em relação às PE (aerossóis, gotícula e contato) pode ser influenciada por fatores individuais como: conhecimento, percepção e até mesmo o engajamento do paciente.

Ao que parece, o conceito de vulnerabilidade possui potencial para apoiar as abordagens que visam melhorar a adesão às PE, na medida em que oferta um suporte teórico ampliado, menos tecnicista e mais centrado nas necessidades dos indivíduos.

Assim sendo, o objetivo deste estudo foi identificar se o conceito de vulnerabilidade vem sendo utilizado para discutir a abordagem dos pacientes em relação às PE.

Método

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura**,** que apresenta um caráter exploratório.[7] A opção por esta modalidade de revisão de literatura deveu-se ao fato de tratar-se de um assunto ainda pouco explorado, exigindo uma visão preliminar ampliada para subsequentemente identificar questões de pesquisa objetivadas.

Foi realizada uma revisão da literatura de trabalhos que abordam as PE, engajamento do paciente e o conceito de vulnerabilidade, publicados nas bases de dados eletrônicas PUBMED, LILACS e SCIELO, sem restrição de data de publicação. A busca foi

realizada no período de maio a dezembro de 2013, por uma das autoras do presente estudo (L.F.J).

Os descritores, definidos a partir do DECS (Descritores em Ciências e Saúde – decs.bvs.br) selecionados para busca nas bases de dados eletrônicas foram respectivamente em português e inglês: Precauções universais (*universal precautions*); Acesso a informação (*access to information*); Vulnerabilidade em saúde (*health vulnerability*); Participação do paciente (*patient participation*).

Os elementos de interesse buscados na literatura envolveram os seguintes aspectos: a) definição e utilização do conceito de vulnerabilidade; b) conhecimento, percepção e engajamento dos pacientes a respeito das PE.

Resultado

O uso do conceito de vulnerabilidade como quadro de referência teórico para o manejo de agravos em saúde

O termo vulnerabilidade é utilizado na literatura científica em saúde com definições distintas. Na década de 80 observou-se um aumento nos estudos que trataram da vulnerabilidade como quadro conceitual.[8] Nesta década o quadro analítico da vulnerabilidade foi proposto para dar resposta à epidemia de HIV/AIDS, desenvolvendo esforços para produção e divulgação de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV.[8]

Segundo Ayres et al, 2003, a vulnerabilidade pode ser analisada em suas três dimensões interdependentes: individual, programática e social. Estas dimensões são apenas consideradas em separado para finalidades analíticas e didáticas, porém na vida real são indissociáveis. A dimensão individual diz respeito à percepção individual de risco e seu comportamento para a auto-proteção. A dimensão programática que se refere aos esforços e ações da própria organização, visando à prevenção e a promoção da saúde. Por sua vez, a dimensão social diz respeito, ao acesso à informação de forma mais ampla, gastos com serviços sociais e focaliza suas ações na redução das iniquidades sociais.[8-4]

Diferentemente do conceito de risco, o conceito de vulnerabilidade considera fatores não só individuais, mas também sociais e coletivos que podem contribuir para aumentar a chance do dano. O conceito de vulnerabilidade utiliza os elementos associados ao processo saúde-doença e expressa a síntese dos potencias de enfrentamento e adoecimento relacionados ao indivíduo no contexto do coletivo.[9,4,5]

Os PAS ainda não estão familiarizados com o conceito de vulnerabilidade, pois a utilização deste termo ainda se dá no sentido da suscetibilidade, sem diferenciar do conceito de risco. Para que haja vulnerabilidade é necessário um comportamento de risco, que é permeado por aspectos que vão desde o que o indivíduo detém de informação até sua cultura, gênero, país, segmento social e faixa etária.[10-4] Estes mesmos aspectos, quando abordados adequadamente poderão contribuir para um comportamento protetor, minimizando assim, a vulnerabilidade dos indivíduos.

A educação em saúde pode ser uma ferramenta potente para estimular os comportamentos protetores e reduzir a vulnerabilidade. Embora se saiba disto, a educação em saúde continua sendo desenvolvida meramente por meio da transmissão de saberes que os PAS detêm e replicam à população, cujos saberes e experiências não são levados em consideração no processo de ensino-aprendizagem.[5]

Em relação à aplicação do conceito de vulnerabilidade observou-se que a utilização do conceito em outras áreas buscou desenvolver e identificar fundamentos para compreender a realidade de vida e saúde, a favor da conquista da autonomia de grupos que mais necessitam.[8-9]

Dando foco à dimensão individual, pode-se descrevê-la como as informações que os indivíduos dispõem sobre um problema; a capacidade de absorver essas informações e utilizá-las em seus próprios cotidianos, ao interesse e as possibilidades de transformar essas preocupações em práticas. Vulnerabilidade individual é o que uma pessoa faz, por meio da informação que detém, expondo-se ou não à aquisição de um agravo à saúde.[9] Não basta apenas a informação, mas sim a qualidade do conhecimento que cada indivíduo tem e do interesse, capacidade e habilidade para a auto-proteção.[5]

Acreditamos que a vulnerabilidade em sua dimensão individual apresenta características importantes para descrever a condição dos pacientes em relação às PE, como o comportamento e percepção individual em relação ao risco de exposição a doenças infecciosas. Entretanto, em nossa busca bibliográfica não foi localizado qualquer estudo que tenha utilizado o conceito de vulnerabilidade como quadro de referência para manejo das precauções, seja PP ou PE.

Conhecimento, percepção e engajamento do paciente e familiares a respeito das PE

O paciente e a sua família podem colaborar para o diagnóstico, participar do tratamento e decidir sobre as terapias aplicadas, pois a autonomia do indivíduo deve ser compreendida como um valor.[11]

Condições singulares de cada indivíduo, tais como a faixa etária, gênero e segmento social, bem como por experiências passadas e valores culturais, determinam suas particularidades diante de situações. A possibilidade das pessoas de obter, processar e compreender informações básicas de saúde e serviços necessários para tomar decisões apropriadas para a própria saúde depende muito desses fatores. Como exemplo, Kisten (2012) verificou que quanto menor a alfabetização do paciente, maior os índices de reinternação e menor o índice de acertos em administração das medicações. Este autor aponta também que pessoas com menor escolaridade têm mais dificuldade de relatar o que sentem.[12]

Com relação às PE há uma especificidade que torna a condição peculiar e impõe uma dupla condição ao paciente: sua percepção de risco em relação a si mesmo e aos outros. Uma vez que tenha sido instalada a PE, o paciente pode sentir-se vulnerável e desenvolver sentimentos que envolvem o temor de um agravamento da sua condição de saúde. Ao mesmo tempo, ele pode sentir-se como uma ameaça à comunidade, na medida em que o seu agravo é transmissível e requer uma condição especial na assistência em saúde.

Por sua vez, os demais pacientes atendidos na mesma unidade e que não estão em PE podem sentir-se ameaçados pelo risco potencial de exposição de si próprios.[13-14] Constatou-se que os familiares e pacientes têm uma representação importante nas situações de PE e por isso necessitam de orientações direcionadas quanto à sua participação na assistência.[1] Os PAS tendem a não relacionar sua atividade profissional com a condição de educador mantendo o controle, deixando de esclarecer dúvidas dos pacientes e familiares e adotando uma postura paternalista.[19] Este tipo de postura deve ser minimizada, estimulando as parcerias com o paciente e seu familiar, compartilhando assim as responsabilidades no processo terapêutico.

Rabelo e Souza (2009) apresentam que os familiares de pacientes em PE têm uma visão simplista do significado das precauções, que seria apenas para evitar a transmissão de infecção entre os pacientes; além disto, os EPI (equipamentos de proteção individual) não são citados pelos familiares como medida de proteção, apenas a higiene de mãos é citada.

Estudos apresentam que as PE de contato podem ter um impacto negativo no bem-estar psicológico, segurança e satisfação de atendimento do paciente, confirmando a necessidade de inclusão do paciente e seu familiar em todo o processo.[16]

Um estudo realizado no Hospital Universitário de Sahlgrenska na Suécia observou que a equipe evitava o quarto em PE de contato e só adentrava para realizar algum atendimento ou quando chamada. Alguns pacientes também relataram a falta de informações sobre as precauções instituídas, o estágio da sua doença ou quando poderiam ser dispensados das condições de isolamento causado pelas PE.[13]

Outro estudo demonstrou que pacientes em PE para contato têm duas vezes mais chances de ter transtorno de delírio em comparação com os pacientes que não estão em PE. Este estudo verificou que os pacientes que estavam sob PE para contato eram mais velhos, com maior tempo de permanência no hospital e maiores chances de transferência para Unidade de Terapia Intensiva ou de morrer.[17]

Verifica-se, portanto, que a complexidade processual envolvendo as PE é destacada na literatura, entretanto, nenhuma base teórica definida para apoiar as

intervenções vem sendo utilizada pelos estudiosos na área para minimizar os eventos adversos relacionados as PE.

Discussão

Nos séculos XIV e XV o conceito de isolamento cresceu e veio cercado de tecnologias instrumentais como o uso de máscaras e a fumigação, entre outros, adotados com o intuito de evitar a aspiração de odores poluidores do ar. Nessa fase da história foram instituídos o exílio e a exclusão dos doentes do convívio em sociedade, comportamentos que deram origem às práticas de isolamento.[18] Observa-se que hoje em dia a expressão "isolamento" ainda é muito utilizada e aparece publicada em inúmeros artigos. Porém este termo está diretamente conectado ao seu significado histórico de exílio, por isso no presente estudo optamos por utilizar a palavra "*precauções*" para discutir acerca do tema.

No presente estudo, identificamos que o quadro de referência teórica da vulnerabilidade ainda não está sendo utilizado para apoiar as intervenções para aumentar a adesão as PE e o acesso a informação por parte dos pacientes e familiares. Não obstante, três aspectos relevantes emergiriam dos conteúdos das publicações analisadas, que serão discutidos a seguir.

O indivíduo e o processo assistencial

Constata-se que a probabilidade de uma pessoa ter problemas de saúde não está somente associada a aspectos individuais, mas também aos aspectos contextuais que acabam acarretando mais suscetibilidade a um dado problema de saúde.[10]

Mesmo assim sabe-se que o comportamento de cada individuo é o determinante final da vulnerabilidade ao agravo de saúde, o que demonstra a importância da avaliação da dimensão individual no indivíduo, da observação do conhecimento, comportamentos e o acesso à informação.[6]

É importante considerar a possibilidade do pleno engajamento do indivíduo no processo terapêutico, para aumentar as chances de sucesso e reduzir as chances de eventos indesejados decorrentes da assistência.

No entanto, o modelo de decisão compartilhado, onde o indivíduo participa das decisões sobre seus cuidados de saúde é pouco explorado no processo assistencial. A educação e envolvimento do paciente/familiar pode contribuir para a tomada de decisão em relação aos seus problemas de saúde.[18-19]

Alguns estudos identificados em Abdad, Fearday e Safdar, 2013 demonstraram que a perda do controle na própria saúde gera impactos negativos no bem estar psicológico de pacientes em PE, estes impactos podem ser reduzidos se as informações sobre suas condições de saúde forem transmitida de maneira eficaz ao paciente.[16]

As relações com os PAS quando o paciente está em PE

Foi demonstrado que apesar de ter boa experiência na área de atuação, os PAS não detêm conhecimento adequado sobre as PE e isto pode contribuir para que não forneçam informações para os pacientes e familiares de maneira adequada.[3]

Entretanto, a perspectiva do paciente é pouco explorada enquanto se trata de PE como assunto. Ao introduzir as PE, os profissionais de saúde enxergam pouco o indivíduo na centralidade do processo. O procedimento de indicação das PE é visto como um componente no conjunto de medidas para proteger o coletivo de indivíduos no ambiente de saúde. Neste modo de operação logística, o indivíduo sob PE pode ser visto apenas como um elemento alheio ao processo no qual ele é justamente o elemento nuclear.

Verificou-se também que as condições de adesão dos PAS na perspectiva do paciente e sua contribuição no processo é pouco explorada, bem como as estruturas das relações profissional-paciente a partir do momento em que se implantam as PE.

O microcontexto social para os pacientes no hospital quando um deles está em PE

A partir do momento em que um ou mais pacientes são introduzidos em PE gera-se um micro-contexto social no ambiente do serviço de saúde (particularmente nos hospitais de agudos) no qual os pacientes podem sentir-se ambiguamente vulneráveis e ameaçadores (quando em PE) e susceptíveis (quando não estão em PE). Neste universo, a CCIH pode ser vista, pelo pacientes como uma estrutura determinante, porém invisível, na medida em que, via de regra, os procedimentos são preconizados por este grupo, mas a

implantação e orientação aos pacientes e familiares é feita pelo profissional de saúde que está à beira do leito, em geral a enfermagem.

A relevância do envolvimento da família é outro item a ser profundamente explorado. A família pode funcionar como suporte ao paciente para tolerar este período de PE; pode contribuir aderindo às medidas preconizadas ou ao contrário, pode ser o elemento perturbador que aumenta a insegurança e a disfuncionalidade do processo.

Conclusão

Concluímos que o conceito de vulnerabilidade não vem sendo utilizado para discutir a abordagem dos pacientes em relação as PE.

Entretanto, as referências de literatura sobre o conceito de vulnerabilidade apontam potencial deste quadro referencial teórico para apoiar intervenções visando à melhoria na adesão às PE, considerando que favorece uma abordagem centrada nas necessidades dos indivíduos e famílias.

Assim sendo, a partir deste estudo exploratório preliminar pretende-se desenvolver etapas subsequentes propondo o conceito de vulnerabilidade como quadro de referência para identificar elementos que favoreçam o manejo de indivíduos em situações de PE.

Referência

1. Rabelo AHS, Souza TV. O conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contato: Contribuições para a enfermagem pediátrica. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 May 10];13(02):271-78. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a06.pdf
2. Sieguel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agent in healthcare settings. Am J Infec Control. [Internet] 2007 [cited 2013 Jun 15]; 35: 65-164. Available from: http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf
3. Oliveira AC, Cardosoll CS, Mascarenhas D. Conhecimento e comportamento dos profissionais de um centro de terapia intensiva em relação à adoção das precauções de contato. Rev Latino Am Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 May 10]; 17(5). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_05.pdf
4. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev esc enferm da USP [Internet]. 2009 [cited 2013 Jul 27];43(2):1326-30. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf
5. Meyer EED, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 [cited 2013 Aug 06];22(6):1335-1342. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/22.pdf
6. Sànchez MIA, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Rev Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2007 [cited 2013 May 27];12(2):319-324. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007
7. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paul Enferm [Internet]. 2007 [cited 2013 Set 28];20(2):5-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000200001&script=sci_arttext
8. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA . A utilização do conceito "Vulnerabilidade" pela enfermagem. Rev Latino Am Enferm [Internet]. 2008 [cited 2013 May 27];16 (5). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf
9. Paz AA, Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. Acta Paul Enferm [Internet]. 2006 [cited 2013 Aug 06];19(3):338-42. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a14v19n3.pdf
10. Ayres JRCM, França Junior I, Calazrs GJ, Satetti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D e Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2th Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

11. Morais MI. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]. 2010 [cited 2013 Dez 04];10(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292010000600010&script=sci_arttext
12. Kisten JC. Patient health literacy and the practice of evidence-based medicine. Evidence-based medicine [Internet]. 2012 [cited 2013 May 04];17(5). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=KISTEN+JC.+Patient+health+literacy+and+the+practice+of+evidence-based+medicine
13. Skyman E, Sjostrom HT, Hellstrom L. Patients experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. Scand J Caring Sci [Internet]. 2010 [cited 2013 Apr 17];24:101-107. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20070592
14. Day HR et al. Do contact precautions cause depression? A two-year study at a tertiary care medical centre. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet]. 2011 [cited 2013 Mar 21];79(2):103-107. Avaiable from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3331706
15. Abdad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. J Hop Infec [Internet]. 2010 [cited 2013 May 04] ;76(2):97-102. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20619929
16. Day HR et al. Association between Contact Precautions and Delirium at a Tertiary Care Center. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet] . 2012 [cited 2013 May 14];33(1):34–39. Avaiable from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3544005
17. Nichiata LYI, Gir E, Takahashi RF, Ciosak SI. Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2004 [cited 2013 May 20];38(1):61-70. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/08.pdf
18. Monteiro MDBD, Dantas BB, Moura SG de, Ferreira Filha MO. Educação em saúde: revisão de literatura em periódicos nacionais. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2013 Dec 10];7(esp):6283-7. Avaiable from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/idex.php/revista/article/view/2896/pdf3865
19. Flynn D et al. Engaging Patients in Health Care Decisions in the Emergency Department Through Shared Decision-making: A Systematic Review. Society for Academic Emergency Medicine [Internet]. 2012 [cited 2013 Dec 05] ;19:1-9. Avaiable from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22853804

APÊNDICE H – ARTIGO SUBMETIDO PARA A REVISTA COGITARE ENFERMAGEM

Precauções específicas para evitar a transmissão de microorganismos: desenvolvimento e validação de roteiro educacional.

Luize Fábrega Juskevicius[1], Maria Clara Padoveze[2]

[1]Enfermeira. Mestre em Ciência da Saúde. Enfermeira do Controle de Infecção. São Paulo-SP-Brasil.
[2]Enfermeira. Doutora em Clínica Médica. Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. São Paulo-SP-Brasil.

RESUMO
Desenvolver e validar o conteúdo do roteiro educativo para indivíduos em precauções específicas para evitar a transmissão de microrganismos. Estudo metodológico, desenvolvido em três fases, utilizando o referencial teórico de Vulnerabilidade. Na primeira fase, aplicou-se questionário para captação das percepções dos indivíduos adultos sobre precauções específicas. Na segunda fase, elaborou-se o roteiro educativo. Na terceira fase, este foi submetido a especialistas em precauções específicas e vulnerabilidade para validação de conteúdo. Foram entrevistados indivíduos em média sete dias após a instituição das precauções específicas, 82,0% em precaução para contato. O roteiro foi desenvolvido para proporcionar maior conhecimento nos aspectos usualmente negligenciados pelos profissionais e estimular o cuidado centrado no indivíduo. Todos os itens tiveram um índice de validade de conteúdo acima de 75%. O roteiro apresenta potencial para instrumentalizar profissionais na elaboração de ações educativas para pacientes adultos em precauções específicas.
DESCRITORES: Vulnerabilidade em saúde; Precauções universais; Acesso à informação; Participação do paciente.

INTRODUÇÃO

A propagação das infecções pode ocorrer devido ao não cumprimento das precauções padrão (PP) e precauções específicas (PE) por parte dos profissionais da assistência a saúde (PAS), acompanhantes e visitantes. Estudos demonstraram baixa adesão às medidas de precaução pelos PAS, o que pode ter relação com os aspectos do comportamento humano, como a não percepção do risco e a subestimação do papel individual nas taxas de IRAS[(1)].

Com relação aos indivíduos e familiares, a orientação é não raro fragmentada e sem esclarecer aspectos relevantes das precauções, restringindo-se apenas em indicar o que deve ou não ser feito. Isto pode ter como consequência as falhas na adesão a procedimentos pela incompreensão do processo como um todo[(2)].

As PE criam barreiras físicas e sociais, o que pode aumentar os níveis de estresse no indivíduo que está submetido a esta condição. Neste contexto, os PAS precisam atender tanto às necessidades do indivíduo sob seus cuidados como lidar com seus próprios medos de contrair uma doença[(3)]. O acesso à informação qualificada tem potencial para diminuir os impactos psicológicos negativos relacionados às PE.

Indivíduos em PE podem estar mais vulneráveis à ocorrência de eventos adversos, uma vez que os PAS entram menos em seus quartos e suas visitas tem um tempo reduzido em comparação com os que não estavam em PE[(3,4)]. Os eventos adversos relacionados às PE caracterizam-se por possuir componentes amplos e inter-relacionados, que não podem ser avaliados e tratados de forma isolada. Desta forma, considera-se importante outras formas de refletir sobre as intervenções de saúde.

A partir da década de 1980, teóricos em saúde coletiva propuseram o conceito de vulnerabilidade para ser utilizado como quadro de referência para apoiar o manejo de agravos em saúde. Este conceito nasceu e se corporificou no enfoque em HIV/Aids, almejando o alcance de resultados mais efetivos em saúde e com redução do estigma associado a doença[5]. Isto permitiu uma nova abordagem pelos profissionais de saúde para elaboração de propostas de intervenção, contribuindo para os avanços obtidos[6].

O conceito de vulnerabilidade é composto por três dimensões, a saber: individual, social e programática. Na perspectiva conceitual estas dimensões são de tal forma interconectadas que são efetivamente indissociáveis. A dimensão individual está relacionada com o comportamento, a experiência de vida no contexto do seu meio social, bem como os graus de consciência sobre determinada situação e o decorrente poder para a sua transformação[8].

Ao que parece, o conceito de vulnerabilidade possui potencial para apoiar as abordagens que visam reduzir os eventos adversos relacionados às PE, na medida em que oferta um suporte teórico ampliado, menos tecnicista e mais centrado nas necessidades dos indivíduos. Entretanto, em uma revisão de literatura, não identificamos estudos que se dedicaram a explorar o uso do conceito de Vulnerabilidade para apoiar as ações de prevenção da transmissão de microorganismos em serviços de saúde[9].

O comportamento individual é um determinante relevante da vulnerabilidade, o que justifica focar as ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle da situação. Consideramos que a vulnerabilidade do indivíduo em relação às PE (aerossóis, gotícula e contato) pode ser influenciada por fatores individuais como: conhecimento, percepção e até mesmo o engajamento.

O conhecimento dos indivíduos e o acesso à informação pode ser importante para reduzir a vulnerabilidade aos eventos adversos. Assim, é matéria de pesquisa quais elementos são necessários para elaboração do roteiro educacional e quais comportamentos e atitudes têm potencial para reduzir a vulnerabilidade individual aos eventos adversos.

Os indivíduos que se encontram em PE apresentam duas perspectivas de vulnerabilidade. Uma delas envolve o indivíduo propriamente dito e é decorrente de uma possível assistência inadequada. A outra envolve os demais indivíduos ao seu redor; este sendo a potencialidade para a transmissão cruzada. O acesso à informação adequada pode reduzir a vulnerabilidade individual aos eventos adversos e contribuir para minimizar a vulnerabilidade dos outros pacientes.

Acreditamos que o conceito de vulnerabilidade pode servir como um potente quadro referencial teórico para a elaboração de um roteiro que instrumentalize os PAS para contribuir na redução da vulnerabilidade individual. É importante destacar que, embora existam alguns materiais de orientação sobre as precauções voltadas ao público em geral[10], nenhum instrumento de orientação utilizando este referencial teórico foi localizado em publicações. Além disto, tais materiais limitam-se a fornecer informação aos indivíduos, sem considerar suas percepções e crenças.

O objetivo do presente estudo foi elaborar e validar o conteúdo de um roteiro contendo elementos essenciais para orientação sobre PE para indivíduos adultos, tendo como quadro de referência o conceito de vulnerabilidade.

MÉTODO

Desenho e cenário do estudo. Trata-se de um estudo do tipo metodológico, pois trata do desenvolvimento e validação de instrumento[11]. O estudo foi aplicado em três fases sequenciais: 1) captação da percepção de indivíduos em situação de PE, por meio de aplicação de um questionário; 2) elaboração de roteiro para orientação e 3) validação desse roteiro por especialistas. Uma representação esquemática do percurso metodológico é apresentado na Figura 1.

O estudo foi desenvolvido no município de São Paulo**.** A captação da percepção dos indivíduos foi realizada por meio de coleta de dados em dois serviços de saúde com perfis assistenciais distintos. O serviço A caracteriza-se como hospital privado, situado na região do centro do município de São Paulo. Presta assistência a convênios e particulares

nos serviços de oncologia, cirurgias e clínica médica, conta com 197 leitos de internação. O serviço B caracteriza-se como hospital-escola que presta assistência como hospital de nível de atenção secundário para a comunidade dos distritos próximos, com atendimento integral do SUS. O estudo foi realizado na clínica médica e clínica cirúrgica, em ambos os serviços.

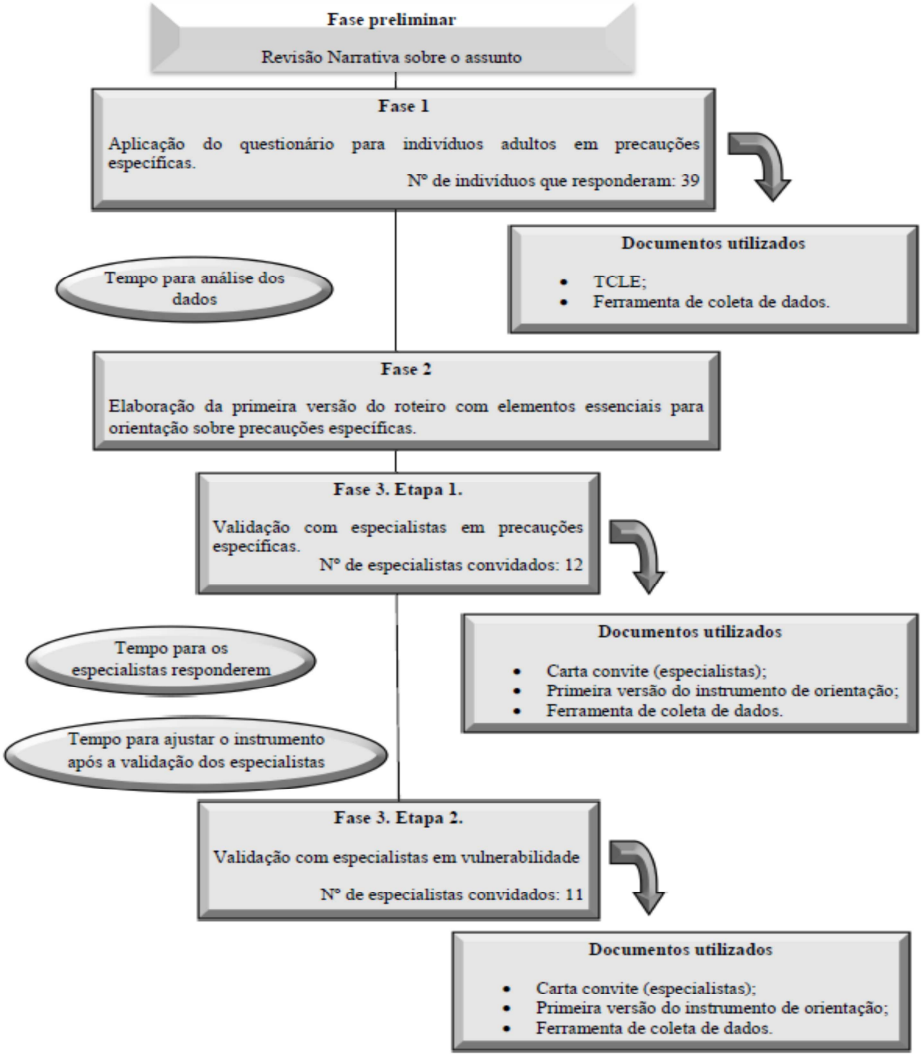


Figura 1. Representação esquemática do percurso metodológico do estudo "Precauções específicas para evitar a transmissão de microorganismos: elaboração e validação de roteiro para contribuir na redução da vulnerabilidade individual". São Paulo, 2015

Fase 1. O objetivo desta fase foi coletar informações para identificar os conhecimentos dos indivíduos sobre PE e suas necessidades de saber sobre o tema, através da aplicação de questionário estruturado. O questionário foi aplicado pela pesquisadora principal (L.F.J.) e uma enfermeira treinada para esta finalidade (C.M.H.D). A fim de evitar a propagação de microorganismos, a coleta de dados realizou-se seguindo as recomendações de paramentação e demais medidas de acordo com as normas

preconizadas pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) das instituições em questão.

Sujeitos do estudo na fase 1: O estudo teve como público alvo a população de indivíduos adultos em PE. Os critérios de inclusão foram: indivíduos adultos, hospitalizados e em PE no momento da coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: indivíduos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), não orientados, não responsivos ou com comprometimento da sua capacidade cognitiva ou de compreensão; em fenômenos depressivos clinicamente diagnosticados; e situações de contraindicação médica ou de enfermagem para a abordagem em forma de entrevista.

Fase 2. Nesta fase ocorreu a elaboração do roteiro com elementos essenciais para educação de indivíduos adultos em PE, com base nos resultados obtidos na Fase 1 e consulta de material bibliográfico[9]. O roteiro foi elaborado tendo como diretriz apoiar a orientação dos PAS aos indivíduos em PE com o objetivo de reduzir a vulnerabilidade individual aos eventos adversos. O conceito de vulnerabilidade foi utilizado como referencial teórico na elaboração do instrumento, dando foco ao acesso à informação e levando em consideração a experiência dos indivíduos em relação as PE.

Fase 3. O objetivo dessa fase foi a validação de conteúdo do roteiro educacional elaborado, por meio de consulta a especialistas, tanto na perspectiva técnica no que se refere às PE como na perspectiva do conceito de vulnerabilidade. Os grupos de especialistas foram formados por profissionais de saúde (enfermeiros), com experiência clínica e conhecimentos sobre PE e especialistas que possuem reconhecido saber quanto ao referencial teórico de vulnerabilidade. Foram convidados a participar de cada etapa de validação, por meio de carta convite, doze especialistas em PE e onze especialistas em vulnerabilidade, podendo ser considerado aceitável a desistência ao longo desta fase de até quatro profissionais em cada etapa. A primeira rodada foi de validação de conteúdo pelos especialistas em PE, os quais avaliaram o roteiro referente o seu conteúdo, analisando a clareza, pertinência, objetividade, abrangência e representatividade. Na segunda rodada, o instrumento ajustado a partir destas considerações foi submetido aos especialistas em vulnerabilidade, que validaram o instrumento referente a perspectiva da vulnerabilidade, verificando se o mesmo tem potencial para reduzir a vulnerabilidade individual para eventos adversos dos indivíduos em precauções específicas. Nesta fase os especialistas poderiam sugerir a retirada, acréscimo ou modificação dos itens.

Para validação de conteúdo foi utilizada escala do tipo *likert* com quatro opções de resposta: (1) discordo totalmente, (2) discordo, (3) concordo, (4) concordo totalmente.

Foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a porcentagem de juízes que concordaram sobre determinado aspecto do instrumento. O escore foi calculado por meio da soma de concordância dos itens 1 e 2 marcados pelos especialistas. O IVC, segundo a literatura, deve ser de 0,75 a 0,9 de concordância em cada item [11-13]. Para o presente estudo foram consideradas validadas as assertivas do instrumento que apresentaram um IVC de 0,75. Os itens que receberem pontuação 1 ou 2 foram revisados, considerando as observações ponderadas pelos especialistas.

Aspectos éticos. Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob parecer nº 41497015.3.0000.5392. O protocolo de pesquisa obedeceu a norma CONEP nº001/2013; os pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Fase 1. Dos 39 indivíduos em PE que responderam a entrevista, 25 (64,1%) foram realizadas no serviço A e 14 (35,9%) no serviço B. As entrevistas foram realizadas em média após onze dias de internação (variação de 1 a 87) e sete dias após a instituição de PE (variação de 0 a 73). Todos os indivíduos entrevistados estavam em quarto individual. As características dos indivíduos de cada cenário são apresentadas na Tabela 2. A média de anos de estudo foi de 14 anos no serviço particular e 7 anos no público e a média de idade foi respectivamente de: 44 e 52 anos.

Tabela 2. Caracterização dos indivíduos adultos em precauções específicas segundo unidade hospitalar (n=39). São Paulo, SP, Brasil, 2015

	Serviço A		**Serviço B**	
Variável	nº	(%)	nº	(%)
Sexo				
Feminino	12	48	6	42
Masculino	13	52	8	57
Unidade de internação				
Clinica médica	19	76	8	57
Clinica cirúrgica	3	12	6	42
Precaução instituída				
Documentada em prontuário	15	60	10	71
Não documentada	10	40	4	28

A maioria dos indivíduos estava em PE para contato (82,0%), as PE para gotícula e mistas (contato + gotícula ou contato + aerossóis) representaram 2,5% cada e as PE para aerossóis foram 10,2%. Verificou-se que as PE para contato foram instituídas por colonização de agentes multirresistente em 14,0% das vezes, por infecção em 53,0% e por investigação de multirresistentes em 32,0% das vezes.

As informações sobre o conhecimento dos indivíduos a cerca das precauções específicas estão sumarizadas na Tabela 3.

Tabela 3. Principais informações sobre o conhecimento dos indivíduos acerca das precauções específicas (n=39). São Paulo, SP, Brasil, 2015

Questões	**Sim n(%)**
Sabe por que foi hospitalizado?	37 (94,8)
Sabe se o diagnóstico necessita de algum cuidado específico?	19 (48,7)
Sabe como transmite a sua doença?	17 (43,5)
Os profissionais orientaram sobre o motivo de utilizarem EPI´s*?	26 (66,6)
Recebeu informações sobre Higiene de Mãos?	16 (41,0)
Acredita que pode receber visitas normalmente, sem nenhuma restrição?	38 (97,4)
Os familiares e visitantes receberam algum orientação de como agir em relação as precauções específicas?	17 (42,8)
Já ficou internado anteriormente em precauções específicas?	15 (38,4)

*EPI´s: Equipamentos de proteção individual

A percepção dos entrevistados em relação à frequência de uso de EPI´s pelos PAS está descrita na Tabela 4. Os pacientes indicaram a sua percepção da frequência de uso de todos os EPI´s, inclusive aqueles utilizados em PP. Na precaução por aerossóis a máscara N-95 foi usada em todas as situações, na precaução por contato o uso correto de avental e luvas se deu em mais da metade (62,5%). Nos casos de precaução por contato + aerossóis ou contato + gotícula o uso do avental foi relatado de forma considerada inadequada em 100,0% das vezes e o uso de luvas e máscaras adequado em todos os casos.

Tabela 4. Uso de equipamento de proteção individual pelos profissionais segundo a percepção dos indivíduos e o tipo de precaução específica (n=39). São Paulo, SP, Brasil, 2015

Tipo de PE**	**Total de paciente em PE****	**EPI´s***	**Frequência segundo a percepção do paciente**			
			Sempre	Às vezes	Procedimentos	Nunca
Aerossóis	4	Avental	0	0	0	4
		Luvas	2	0	1	1
		Máscara comum	0	0	0	4
		Máscara N-95	4	0	0	0
Contato	32	**Avental**	20	4	6	2
		Luvas	20	4	8	0
		Máscara comum	1	2	7	22
		Máscara N-95	0	0	0	32
Gotícula	1	Avental	0	0	0	1
		Luvas	0	0	1	0
		Máscara comum	1	0	0	0
		Máscara N-95	0	0	0	0
Contato + Aerossóis	1	**Avental**	0	1	0	0
		Luvas	1	0	0	0
		Máscara comum	0	0	0	1
		Máscara N-95	1	0	0	0
Contato + Gotícula	1	**Avental**	0	1	0	0
		Luvas	1	0	0	0
		Máscara comum	1	0	0	0
		Máscara N-95	0	0	0	0

*EPI´s: Equipamentos de proteção individual; **PE: Precaução específica. Nota: itens em negrito se referem aos EPI requeridos para cada PE segundo a norma da CCIH.

A percepção dos entrevistados em relação à educação em saúde recebida é sumarizada na Tabela 5.

A orientação sobre PE por parte dos PAS foi apenas falada na grande maioria dos casos (92,0%), nenhum indivíduo recebeu informações através de ilustrações ou demonstração de uso dos EPI´s.

Tabela 5. Informações fornecidas pelos profissionais aos indivíduos em precauções específicas sobre o uso de equipamento de proteção individual (n=26). São Paulo, SP, Brasil, 2015

Variáveis	nº	%
O que foi explicado?		
O que usar	15	57,6
Quando usar	10	38,4
Como usar	15	57,6
O que acontece se não usar	18	69,2
Qual profissional fez a orientação?		
Auxiliar/técnico de enfermagem	10	38,4
Enfermeiro	18	69,2
Médico	10	38,4
Quando foi a orientação?		
No momento da internação	12	46,1
Após a instituição da precaução específica	12	46,1
Após questionar um profissional	1	3,8
Como foi a orientação?		
Apenas falada	24	92,0
Ilustrada, com placa ou impresso ilustrativo	2	7,6

Os entrevistados consideraram que sabem o suficiente sobre as PE em 41,0% dos casos, 41,0% apontam saber parcialmente e querer saber mais e 17,9% diz não ter nenhuma informação sobre o assunto. Os entrevistados foram questionados sobre o comportamento em relação a PE, considerando crenças e sentimentos. A maioria dos entrevistados acredita que as medida de PE adotadas protegem a si próprio (66,6%), a sua família (74,3%) e aos outros pacientes (82,0%). Quanto aos hábitos pessoais de higiene de mãos, 94,8% dos indivíduos refere higienizar as mãos após usar o banheiro e 79,4% antes de se alimentar.

Uma pequena parte dos entrevistados acredita que os PAS entram menos vezes no quarto devido a PE (7,6%). Os entrevistados perceberam que os PAS ficam o mesmo tempo no quarto de PE em 48,7%, e não notaram diferença em 43,5% das vezes. Apenas 2,5% acreditam que o PAS fica mais tempo no quarto devido às PE e 5,1% acreditam que ficam menos tempo pelo mesmo motivo. Sobre o uso de EPI´s por parte da equipe, 82,0% dos entrevistados acreditam que todos os profissionais deveriam utilizar os EPI´s ao entrar no quarto ou em contato com o leito. Apesar disto, 84,6% não fizeram nada quando a equipe não se paramenta e apenas 2,5% questionaram o profissional que não utiliza os EPI´s, 2,5% orientaram para que utilizassem, 2,5% não souberam como abordar o profissional e tiveram receio da reação do profissional. Dos indivíduos que necessitavam sair do quarto para algum procedimento, 45,4% relatam não utilizar nenhuma medida adicional.

Os sentimentos relacionados à situação de PE foram em sua maioria positivos, como: bem cuidado (74,3%) e seguro (61,5%), foram citados também por um entrevistado o aumento do conforto e da privacidade. Os sentimentos negativos tiveram menor impacto: ansioso (17,9%), com raiva (2,5%), com sentimento de culpa (7,6%), solitário (15,3%), estressado (17,9%) e com medo (23,0%). Outros sentimentos negativos foram citados pelos entrevistados: magoado, triste, constrangido, confuso, nervoso, preocupado e descrente da situação de PE.

Fase 2. Os elementos supra citados apoiaram a construção do roteiro educativo. Com o objetivo de obter uma melhor organização do roteiro, optou-se por apresentá-lo em três tópicos: Quando abordar o paciente, Como abordar o paciente, Acompanhamento e avaliação (ANEXO 1).

Fase 3. Participaram do estudo enfermeiras, com atuação profissional em controle de infecção e Docência/pesquisa, com uma média de 17 anos de formação. Participaram das contribuições especialistas oriundos de serviços de saúde e universidades públicos ou privados e universidades.

Na primeira rodada, todos os especialistas avaliaram o material como de fácil compreensão na primeira leitura. A informação foi considerada apropriada (75,0%) e importante (100%) para conduzir PAS na elaboração de ações educativas para indivíduos adultos em PE. Os itens de abrangência e representatividade no universo das PE obtiveram 75,0% e 87,0% de concordância, respectivamente.

Na segunda rodada referente ao conceito de vulnerabilidade, nove especialistas retornaram suas contribuições. Participaram do estudo enfermeiras, com atuação profissional em docência/pesquisa, saúde laboral e gestão de serviços, com uma média de 28 anos de formação. Participaram das contribuições especialistas de universidades públicas do Estado de São Paulo e Rio Grande do Sul. Para estes especialistas a informação foi considerada apropriada (88,0%) e importante (100%) para conduzir PAS na elaboração de ações educativas para indivíduos adultos em PE. Os itens de abrangência e representatividade no universo da vulnerabilidade individual obtiveram 66,0% e 77,0% de concordância respectivamente.

Com o intuito de alcançar o máximo de concordância possível, o método de validação sofreu um procedimento adicional por meio de entrevistas pessoais com duas especialistas a fim de obter melhor ajuste da ferramenta, após esta etapa o item de abrangência recebeu IVC de 77,0% de concordância.

DISCUSSÃO

Este estudo apresenta uma proposta de roteiro para elaboração de ações educativas que visa apoiar a transformação das relações atuais entre enfermeiros e os usuários do serviço de saúde, na medida em que oferta uma ferramenta que favorece a autonomia e o engajamento dos indivíduos.

Por meio dos relatos da observação dos indivíduos a adesão às precauções pelos PAS, verificou-se uma falha na adesão a PE para contato, o que também foi observado em outros estudos como relacionado com uma limitação de comportamento e percepção dos PAS[1].

Olivi e Oliveira (2003) discutem que os enfermeiros não tem uma visão integral do indivíduo como agente de sua própria recuperação. Além disso, descrevem que os PAS não conhecem ao certo a expressão “educação em saúde”, confundindo-a com educação continuada; apesar disto, os PAS demostram interesse em exercer alguma atividade de educação de indivíduos. Portanto, parece que os PAS necessitam de mais informações sobre o tema, para que possam se sensibilizar e praticar a educação em saúde de qualidade[20].

Conforme apresentado nos resultados, houve diferença entre o nível de escolaridade entre os locais de coleta de dados. Kisten (2012), aponta que alguns fatores, como o grau de escolaridade, podem influenciar na compreensão das informações e tomada de atitude dos indivíduos[15]. Considerando este fato, o roteiro aqui elaborado propõe um resgate aos saberes dos indivíduos antes da introdução de conhecimentos novos, levando em conta estes potenciais fatores.

Segundo a revisão realizada por Logtin et al (2010), a participação e envolvimento do indivíduo nos cuidados de saúde tem recebido grande importância na minimização de eventos adversos[16]. Entretanto, apesar dos indivíduos entrevistados estarem conscientes do motivo da sua internação, metade refere não ter recebido orientações sobre as PE, relatando não ter conhecimento suficiente sobre as PE. Isto aponta para uma maior necessidade de informação e apropriação da sua situação por parte dos indivíduos. Ainda, segundo Morais (2010); Rabelo e Souza (2009) o familiar pode colaborar com a minimização de eventos adversos, devendo ser envolvido nas ações educativas[2,17].

Em relação ao comportamento, observou-se que existe uma percepção de que as PE protegem a si próprio e aos outros ao redor. Apesar disto, os indivíduos relatam não se manifestar quando algum PAS toma atitude incorreta quanto ao uso de EPI´s. Isto pode se

dar devido à dificuldade de diálogo entre as partes envolvidas ou temor por parte do indivíduo de que este tipo de abordagem afete os cuidados que irá receber.

O comportamento protetor vai de encontro ao desafio do diálogo entre PAS e indivíduos em internação hospitalar, envolvendo fatores do próprio de ambos. Dentre eles, a falta de aceitação do indivíduo em desempenhar um novo papel, onde passa a ser o principal responsável por sua saúde e segurança. Já os PAS tem a tendência a manter o controle, resistindo ao envolvimento do indivíduo, outras vezes os PAS alegam falta de tempo, não ter conhecimento suficiente e não saber lidar com a situação[18,21].

Esta dificuldade de comunicação pode ser superada através do diálogo e do uso do roteiro com elementos essenciais para a orientação de indivíduos em PE a fim de reduzir a vulnerabilidade individual aos eventos adversos através da superação do modelo de educação impositiva.

A educação em saúde corrente é baseada apenas na prática de uma educação modeladora, onde são passadas para o indivíduo informações prescritivas sem levar em consideração suas experiências. O modelo de educação dialógica propõe uma comunicação entre educando e educador; esta dimensão da educação pressupõe que cada indivíduo é a interação de tudo ao seu redor [19]. Este mesmo autor diz que a atitude construtivista é o melhor meio para que os indivíduos busquem informações que façam sentido para eles e que através disto encontrem formas de superar as situações que aumentam a vulnerabilidade.

Os resultados demonstraram que a maioria dos indivíduos entrevistados demonstrava sentimentos positivos em relação à situação de PE, em contradição ao estudo de Abdad, Fearday e Safdar (2013) apresenta um impacto negativo no bem estar psicológico, segurança e satisfação relacionada a estes indivíduos[14].

O roteiro aqui apresentado foi elaborado a partir das percepções dos indivíduos sob PE e embasado no referencial teórico de vulnerabilidade. Acreditamos que esta ferramenta terá potencial para dar suporte às ações educativas dos PAS no que tange às PE. Entretanto, para o sucesso e utilização do roteiro é imprescindível que os PAS estejam sensibilizados quanto a importância da educação do indivíduo que está sob seus cuidados. Portanto, é importante destacar esta limitação da ferramenta, que não foi desenvolvida com o propósito de atuar na sensibilização destes profissionais.

Na validação de conteúdo os especialistas sugeriram direcionar o roteiro para enfermeiros, porém os indivíduos entrevistados apontam a participação de outros profissionais no momento da orientação sobre PE. Por este motivo optamos por estender a utilização do roteiro educacional para todas as categorias de PAS.

O estudo utilizou como método de abordagem a percepção dos indivíduos através de um questionário quantitativo, o que impõe algumas limitações no que tange a captação de percepções humanas. Contudo, o objetivo principal desta etapa foi captar os principais elementos a serem incorporados em um projeto educativo, não sendo proposto adensar no conhecimento destas percepções.

Etapas subsequentes deste projeto estão sendo delineadas, incluindo a aplicação deste roteiro, avaliação de sua factibilidade e impactos na prática assistencial com vistas a minimização de eventos adversos.

CONCLUSÃO

Considera-se que o roteiro proposto neste estudo é um avanço no que diz respeito a materiais de apoio para educação de indivíduos em PE, pois abordou aspectos fundamentais para o diálogo entre o indivíduo e PAS, por meio do referencial teórico do conceito de vulnerabilidade, tendo sido validado por especialistas quanto ao seu conteúdo.

REFERENCIAS

1. Oliveira AC, Cardosoll CS, Mascarenhas D. Conhecimento e comportamento dos profissionais de um centro de terapia intensiva em relação à adoção das precauções de contato. Rev Latino Am Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 May 10]; 17(5). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_05.pdf

2. Rabelo AHS, Souza TV. O conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contato: Contribuições para a enfermagem pediátrica. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 May 10];13(02):271-78. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a06.pdf
3. Cardim MG, Santos AEV, Nascimento MAL, Biesbroek FCC. Crianças em isolamento hospitalar: relações e vivências com a equipe de enfermagem. Ver Enferm UERJ. 2008;16(1):32-8.
4. Morgan DJ, Pineles L, Shardell M, Grahan MM, Mohammadi S, Forrest GN, Reisinger HS, Schweiser ML, Perencevich EN. The effect of contact precautions on healthcare worker activity in acute care hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol. 2013;34(1):69-73.
5. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev esc enferm da USP [Internet]. 2009 [cited 2013 Jul 27];43(2):1326-30. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf
6. Meyer EED, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. "Você aprende. A gente ensina?"Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 [cited 2013 Aug 06];22(6):1335-1342. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/22.pdf
7. Sànchez MIA, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Rev Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2007 [cited 2013 May 27];12(2):319-324. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007
8. Nunes L. Usuários dos Serviços de Saúde e os seus direitos. Rev Bras Bioética. 2006:2(2):201-2019.
9. Juskevicius LF, Padoveze MC (em prelo). Vulnerabilidade dos pacientes quanto às precauções específicas para doenças infecciosas. Rev enferm UFPE on line. [DOI: 10.5205/01012007]
10. Padoveze MC, Silva PF. Infecções relacionadas a serviços de saúde, orientação para o público em geral: Conhecendo um pouco mais sobre as Precauções Específicas. Centro de Vigilância Epidemiológica. 2012.
11. Polit D, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7. ed. Artmed: Porto Alegre, 2011.
12. Silva CPR. Indicadores para avaliação de Programas de Controle de Infecção Hospitalar: construção e validação. 2005. 147 f. Dissertação- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2005.
13. Alexandre NMC, Coluci, MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(7):3061-3068.
14. Abdad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. J Hop Infec [Internet]. 2010 [cited 2013 May 04] ;76(2):97-102. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20619929
15. Kisten JC. Patient health literacy and the practice of evidence-based medicine. Evidence-based medicine [Internet]. 2012 [cited 2013 May 04];17(5). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=KISTEN+JC.+Patient+health+literacy+and+the+practice+of+evidence-based+medicine
16. Logtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L et al. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. Mayo Clin Proc. 2010;85(1):53-62.
17. Morais MI. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]. 2010 [cited 2013 Dez 04];10(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292010000600010&script=sci_arttext

18. Guez AMV. Percepções do familiar da criança com germe multirresistente sobre medida de precaução de contato [monografia] . Porto Alegre; 2009.
19. Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições e desafios atuais. Interface comunic, saúde, educ. 2002; 11(6): 11-24.
20. Olivi M, Oliveira MLF. Educação para saúde em unidade hospitalar: um espaço profissional do enfermeiro. 2003;2(2):131-138.
21. Melo G, Santos RM, Trezza MCSF. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. Rev. bras. enferm. 2005;58(3):290-5.

ANEXOS

ANEXO 1 – APROVAÇÃO CEP/ EEUSP

Plataforma Brasil MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS PARA TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA CONTRIBUIR NA REDUÇÃO DA VULNERABILIDADE INDIVIDUAL	2. Número de Participantes da Pesquisa: 60
3. Área Temática: Enfermagem -- Doença transmissíveis	
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde	

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

5. Nome: Luize Fábrega Juskevicius			
6. CPF: 360.390.878-38	7. Endereço (Rua, n.º): PEDRO LESSA 901 ponta da praia SANTOS SAO PAULO 11025001		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (13) 2202-1427	10. Outro Telefone:	11. Email: luizejuskevicius@gmail.com
12. Cargo: Enfermeira			

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

Data: 07 / 01 / 2015

Luize Fábrega Juskevicius
Assinatura

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

13. Nome: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP	14. CNPJ:	15. Unidade/Órgão: Escola de Enfermagem da USP
16. Telefone: (11) 3061-7548	17. Outro Telefone:	

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Responsável: Miriam Ap. Barbosa Merighi CPF: 895.957.658-00

Cargo/Função: VICE-DIRETORA

Data: 06 / 01 / 2015

Profª Drª Miriam Aparecida Barbosa Merighi
Vice-Diretora em Exercício
Assin EEUSP

PATROCINADOR PRINCIPAL

Não se aplica.

ANEXO 2 – APROVAÇÃO CEP / HU

Hospital Universitário
USP

CARTA DE ANUÊNCIA DA ÁREA ENVOLVIDA NO ESTUDO

São Paulo, 20 de janeiro de 2015.

Prezados Senhores,

O projeto de pesquisa "**Precauções específicas para transmissão de microorganismos: elaboração e validação de instrumento para contribuir na redução da vulnerabilidade individual**", a ser realizado nas dependências do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP), cuja pesquisadora responsável é a Profa. Dra. Maria Clara Padoveze, foi considerado exequível pela Divisão de Enfermagem Clínica e Cirúrgica. (Aluna: Luize Fábrega Juskevicius)

Declaro que esta Chefia e o responsável pelo projeto têm conhecimento dos procedimentos da Universidade de São Paulo no que se refere à excelência científica exigida, às características da revisão anônima por pares e aos termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que este documento se refere à anuência dada pela área para a possível realização do estudo, **o que não autoriza o início da pesquisa**, devendo o pesquisador aguardar a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP, para tanto.

Atenciosamente,

Enfa. Dra. Noemi Marisa Brunet Rogenski
Chefe Técnico de Divisão
Departamento de Enfermagem
COREN-SP Nº 47.254

ANEXO 3 - APROVAÇÃO CEP / HP

Hospital Paulistano

São Paulo, 06 de fevereiro de 2015.

Projeto: Precauções específicas para transmissão de microorganismos: elaboração e validação de instrumento para contribuir na redução da vulnerabilidade individual

Estou ciente e de acordo com a realização da coleta de dados para o projeto de pesquisa "Precauções específicas para transmissão de microorganismos: elaboração e validação de instrumento para contribuir na redução da vulnerabilidade individual" que será realizado no Hospital Paulistano com abordagem de pacientes adultos em precauções específicas que atendam os critérios de inclusão e exclusão do referido estudo.
Essa pesquisa será desenvolvida pelo Enfermeira Luize Fábrega Juskevicius, COREN: 242157.

Atenciosamente.

Márcio J. C. Arruda
Diretor Técnico
CRM 63231

Dr Marcio J. Arruda
Diretor Tecnico

ANEXO 4 – QUADRO VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO ESPECIALISTAS PE

1-concordo totalmente 2- concordo parcialmente
3- discordo parcialmente 4- discordo totalmente

Itens	***1***	***2***	***3***	***4***	***%***
Clareza: O material é de fácil compreensão na primeira leitura	7	1			87% concordou totalmente 12% concordou parcialmente
Pertinência: A informação é apropriada para conduzir PAS na elaboração de ações educativas para indivíduos adultos em PE	4	2	2		50% concordou totalmente 25% concordou parcialmente 25% discordou parcialmente
Relevância: O instrumento em geral é importante para conduzir PAS na elaboração de ações educativas para o indivíduo quanto às PE	7	1			87% concordou totalmente 12% concordou parcialmente
Abrangência: O roteiro compreende todos os aspectos para conhecimento das PE	1	5	2		12% concordou totalmente 62% concordou parcialmente 25% discordou parcialmente
Representatividade: O roteiro corresponde ao universo das PE	1	6	1		12% concordou totalmente 75% concordou parcialmente 12% discordou parcialmente

ANEXO 5 – QUADRO VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO ESPECIALISTAS VULNERABILIDADE

1-concordo totalmente 2- concordo parcialmente
3- discordo parcialmente 4- discordo totalmente

Itens	***1***	***2***	***3***	***4***	***%***
Clareza: O material é de fácil compreensão na primeira leitura	6	3			66% concordou totalmente 33% concordou parcialmente
Pertinência: A informação é apropriada para conduzir PAS na elaboração de ações educativas para indivíduos adultos em PE	5	3	1		55% concordou totalmente 33% concordou parcialmente 11% discordou parcialmente
Relevância: O instrumento em geral é importante para conduzir PAS na elaboração de ações educativas para o indivíduo quanto às PE	7	2			77% concordou totalmente 22% concordou parcialmente
Abrangência: O roteiro compreende todos os aspectos para redução da vulnerabilidade individual aos eventos adversos de pacientes adultos em PE	2	5	2		22% concordou totalmente 55% concordou parcialmente 22% discordou parcialmente
Representatividade: O roteiro corresponde ao referencial teórico da vulnerabilidade individual	3	4	2		33% concordou totalmente 44% concordou parcialmente 22% discordou parcialmente