**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

KEILA KIYOMI SEKI

**CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE PRECAUÇÕES
PADRÃO E ESPECÍFICAS: UMA INTERVENÇÃO
EDUCATIVA NA PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

**SÃO PAULO
2016**

KEILA KIYOMI SEKI

**CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE PRECAUÇÕES PADRÃO E
ESPECÍFICAS: UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA PRÁTICA
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Versão corrigida da dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação do Mestrado Profissional de Enfermagem em Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Clara Padoveze

VERSÃO CORRIGIDA

A versão corrigida encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo

SÃO PAULO

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU
ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE
QUE CITADA A FONTE.

Assinatura _____

Data : ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Seki, Keila Kiyomi

Conhecimentos e Comportamentos dos profissionais de
saúde sobre precauções padrão e específicas: uma
intervenção educativa na prática a atenção primária à saúde /
Keila Kiyomi Seki – São Paulo, 2016.

198 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Maria Clara Padoveze

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em
Saúde

1. Infecção Hospitalar. 2. Aprendizagem. 3. Atenção Primária
à Saúde. 4. Enfermagem. I. Título

Nome: Keila Kiyomi Seki

Título: Conhecimentos e Comportamentos dos profissionais de saúde sobre Precauções Padrão e Específicas: uma intervenção educativa na prática à Atenção Primária à Saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação do Mestrado Profissional de Enfermagem em Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em : ____/____/____

Banca Examinadora

Profº Drº. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profº Drº. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profº Drº. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que sempre foram minha maior fonte de inspiração e perseverança a quem dedico todas as minhas conquistas e vitórias.

Ao Evandro, meu fiel companheiro de todos os momentos, pela compreensão, colaboração e carinho ao longo do período de dedicação deste trabalho.

A minha irmã que mesmo do outro lado do mundo, sempre esteve ao meu lado me incentivando e torcendo pelas minhas conquistas.

Ao meus familiares, que sempre me apoiaram em todos os meus sonhos e conquistas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, a quem eu dedico por completo este trabalho, pois sempre foi meu companheiro fiel e melhor amigo em todos os momentos.

À querida orientadora, Prof^a Maria Clara Padoveze pela excelente competência e respeito com que conduziu este trabalho, por todos os momentos de dedicação e incentivo.

Às Professoras Dr^a. Anna Luiza Lins Grychek, Dr^a. Rosely Moralez de Figueredo e Dr^a. Adriana Maria da Silva Felix, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

A Michelli Pacheco Sako pela disponibilização do material para que este trabalho pudesse ser desenvolvido.

Aos profissionais da UBS Cidade Ipava, que em todos os momentos estiveram me apoiando e me ajudando a construir este trabalho.

As minhas amigas queridas, que sempre estiveram ao meu lado e me acompanharam em toda a trajetória.

“Tenho a impressão de ter sido uma criança brincando à beira mar, divertindo-me em descobrir uma pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita que as outras, enquanto o imenso oceano da verdade continua misterioso diante dos meus olhos”.

Isaac Newton

APRESENTAÇÃO

Em 2001, iniciou-se a realização de um grande sonho, poder ser aluna de uma grande universidade e realizar o curso de Enfermagem, foram anos de expectativas por parte dos meus pais, que gostariam de me ver formada e atuando o mais breve possível em um grande hospital.

Entretanto, durante a graduação meus olhos começaram a se apaixonar pela Saúde Coletiva; naquela época o município de São Paulo estava enfrentando um grande problema na saúde; neste mesmo período o governo federal estava incentivando os profissionais, através de bolsas de oportunidade, para atuarem na implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em diversos municípios da federação brasileira.

Como grande desafio, aceitei o convite de trabalhar no município de Nova Belém, localizado no leste de Minas Gerais, uma garota que nunca tinha se separado de sua família; optou por deixar o conforto da grande cidade e foi aventurar-se na pequena cidade de zona rural com aproximadamente 4.900 habitantes; cidade esta que nunca tinha ouvido falar de enfermeira graduada, pois só havia atendentes de enfermagem e uma técnica de enfermagem recém-chegada para compor a equipe do PSF.

Com o passar dos anos, fui convidada para trabalhar em outros municípios da região, tive a oportunidade de ser responsável técnica de um Hospital no município próximo sendo responsável pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); porém tais atribuições eram vistas pelos gestores como uma maneira de conseguir o alvará sanitário pela Vigilância Sanitária e não como prevenção e controle de possíveis infecções hospitalares.

Em meados de 2006, de volta à grande cidade, me deparei com outro grande desafio; atuar como enfermeira em um dos maiores albergues da Prefeitura de São Paulo, uma vivência sem

palavras, pois estar em contato com pessoas em situação de rua nos faz entender o valor das pequenas coisas de nossa vida.

Em Abril de 2008, fui convocada pela Organização Social Doutor João Amorim (OS-CEJAM) para trabalhar em uma unidade da Assistência Médica Ambulatorial (AMA), o início era imediato em virtude das inaugurações por parte da prefeitura. Surgiu aí uma nova paixão, atuar dentro da atenção primária, porém com um olhar focado na Urgência e Emergência.

Outro sonho começou a aflorar dentro de mim, queria muito poder fazer o mestrado, então no ano de 2014, fui aprovada para realizar o Mestrado Profissional de Enfermagem na Atenção Primária; vários sentimentos tomaram conta de mim, a cada aula saía como se recebesse uma injeção de ânimo e força para fazer a diferença dentro do sistema de saúde.

Foi então que no final de 2014, solicitei à minha gerência a transferência para Estratégia Saúde da Família (ESF), queria atuar diretamente na assistência construindo uma nova forma de compreender a atenção primária.

Com este novo projeto profissional fui transferida para UBS Cidade Ipava, unidade esta em processo de acreditação pela ONA, vários fluxos estão sendo avaliados, tendo ênfase principalmente na segurança do paciente.

Na escolha da orientadora, pude conhecer a Prof^a Dra Maria Clara Padoveze num primeiro encontro fiquei preocupada com o que iríamos desenvolver em nosso trabalho, falava-se sobre infecção relacionada à assistência e não conseguia visualizar como isso poderia ser vinculado com a minha prática. Foi então que cuidadosamente, a professora começou a encaminhar artigos e guidelines a respeito do assunto.

O assunto começou a despertar certo interesse, pois percebia que se tratava de algo novo, e que muitos comportamentos e conhecimentos principalmente relacionados às medidas de prevenção das IRAS ainda não estavam solidificados dentro da

equipe. Nesta perspectiva, a proposta deste estudo situa-se na análise dos conhecimentos e dos comportamentos dos profissionais da Atenção Primária à Saúde em resposta às seguintes indagações: Qual o conhecimento que os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde possuem com relação às medidas de PP e PE? Será que as medidas de intervenção educativa são válidas para melhorar os conhecimentos dos profissionais de saúde da APS

Seki, Keila Kiyomi. Conhecimentos e Comportamentos dos profissionais de saúde sobre Precauções Padrão e Específicas: uma intervenção educativa na prática a Atenção Primária à Saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: Visando a prevenção da transmissão de microrganismos, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), recomenda a aplicação de conjuntos de medidas denominadas Precauções Padrão (PP) e Precauções Específicas (PE). Assim, um dos grandes desafios dos serviços de saúde em especial na Atenção Primária à Saúde (APS) é identificar as lacunas dos conhecimentos e comportamentos concernentes a PP e PE.

Objetivo: Avaliar os conhecimentos e o comportamento auto-referidos dos profissionais de saúde da APS sobre PP e PE e propor uma intervenção educativa baseada em casos.

Métodos: Trata-se de um estudo longitudinal, prospectivo e de intervenção, desenvolvido por meio de uma abordagem quantitativa, cujo percurso metodológico ocorreu em seis momentos. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário previamente validado de avaliação de conhecimento dos profissionais com relação à PP e PE e de avaliação de comportamento auto-referido sobre boas práticas de precauções. O questionário abordou as seguintes dimensões relativas ao conhecimento e comportamento sobre PP e PE: “Identificação de risco”, “Higienização das mãos”, “Uso de luvas comum”, “Uso de máscaras e a etiqueta de tosse” e “Medicação segura e descarte de material perfurocortante”. Realizou-se uma intervenção educativa, por meio do método de Aprendizagem Baseada em Casos (ABC) no qual foram entregues estudos de casos extraídos da vivência prática do pesquisador. O questionário foi aplicado pré e pós esta intervenção. A coleta de dados foi realizada em uma Unidade Básica

de Saúde do município de São Paulo, tendo como população alvo profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que atuavam diretamente na assistência. Os dados foram analisados de acordo com cada momento, por meio de estatística descritiva e apresentada em forma de gráficos e tabelas. **Resultado:** A análise dos dados nos permitiu identificar que os profissionais de saúde da APS apresentaram fragilidade em relação ao conhecimento e ao comportamento auto referido sobre o uso da PP e PE. Os valores de acertos individuais variaram, respectivamente: de 36,3% a 100% no momento I e de 50% a 100% no momento IV. A intervenção educativa obteve resultados positivos, embora não tenha sido plenamente eficaz por não ter conseguido atingir mudanças relevantes em todas as dimensões avaliadas. O número de questões que obtiveram menos de 70% de profissionais que acertaram foi respectivamente 15 no momento I e 10 no momento IV. Contudo, este modelo de intervenção educativa pode ser considerada uma importante ferramenta para promover reflexão e oportunidade de aprendizagem a todos os trabalhadores da área de saúde, tornando-os críticos de suas próprias atitudes e fornecendo instrumento para combater situações de risco para aquisição de patógenos nas unidades de saúde. **Conclusão:** O presente estudo trouxe contribuições importantes para o conhecimento sobre o tema dentro da APS, destacando as deficiências de conhecimento e comportamento auto-referido dos profissionais na APS e propondo uma intervenção educativa que contribui potencialmente para mudança neste cenário.

PALAVRAS CHAVE: Infecção Hospitalar; Precauções Universais; Aprendizagem Baseado em Problemas; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

Seki, Keila Kiyomi. Behaviour and knowledge of health professionals on standard and specific precautions: a educational intervention in practice of primary health care [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: In order to prevent the transmission of microorganisms, the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recommends the implementation of joint measures known Standard Precautions (PP) and Specific Precautions (PE). Thus one of the challenges of non-hospital health services, especially in primary health care (PHC) is to identify gaps in knowledge and behavior concerning PP and PE. **Objective:** To evaluate the knowledge and self-reported behavior of APS professionals on PP and PE and propose an educational intervention. **Methods:** This is a longitudinal study, prospective and intervention, developed through a quantitative approach, whose methodological approach occurred in six moments. Data collection was performed by applying a previously validated questionnaire assessment of professional knowledge with regard to PP and PE and assessment of self-reported behavior on good practices precautions. The questionnaire included the following dimensions for the knowledge and behavior of PP and PE: "Risk Identification", "Handwashing", "Use of common gloves," "Using masks and cough etiquette" and "Safe Medication and disposal of sharps". An educational intervention was carried out, using Case-Based Learning (ABC) method in which case studies were extracted from the practice of research experience. The questionnaire was applied before and after this intervention. Data collection was performed at a Basic Health Unit in the city of São Paulo, whose target population was the Health Strategy professionals Family (ESF) and the Support Center for Family Health (NASF) working directly in

assistance. Data were analyzed according to each moment through descriptive statistics and presented in graphics and tables **Results:** The data analysis allowed us to identify that health professionals at APS showed weakness in relation to knowledge and the self-reported conduct on the use of PP and PE. The individual values ranged, respectively: 36.3% to 100% in the moment I and 50% to 100% at moment IV. The educational intervention model positive results, although it was not fully effective for failing to achieve significant changes in all dimensions evaluated. The number of questions that have obtained less than 70% of professionals who agreed was respectively 15 in the moment I and 10 at moment IV. The educational intervention can be considered an important appliance to promote reflection and learning opportunity to all workers in the health area, making them critical of their own attitudes and providing a tool to combat risk situations for the acquisition of pathogens in units health. **Conclusion:** This study has brought important contributions to the knowledge on the subject within the APS, highlighting the deficiencies of knowledge and self-reported behavior of professionals in APS and proposing an educational intervention that potentially contribute to change this scenario.

KEYWORDS: Hospital infections; Universal Precautions; Learning Based on cases; Primary Health Care; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Representação esquemática do percurso metodológico	63
Figura 2 -	Representação do percentual de acerto nos momentos pré e pós a intervenção educativa, relacionado à dimensão “Identificação de risco”. São Paulo, 2016.	109
Figura 3 -	Representação do percentual de acerto nos momentos pré e pós a intervenção educativa, relacionado à dimensão “Higienização das mãos”. São Paulo, 2016.	110
Figura 4 -	Representação do percentual de acerto nos momentos pré e pós a intervenção educativa, relacionado à dimensão “Uso de luvas comum”. São Paulo, 2016.	111
Figura 5 -	Representação do percentual de acerto nos momentos pré e pós a intervenção educativa, relacionado à dimensão “Uso de máscaras e a etiqueta de tosse”. São Paulo, 2016.	111
Figura 6 -	Representação do percentual de acerto nos momentos pré e pós a intervenção educativa, relacionado à dimensão “Medicação segura e descarte de perfurocortante”. São Paulo, 2016.	112
Figura 7 -	Representação da frequência de boas práticas no comportamento referido sobre precauções padrão e específica antes e após a intervenção educativa. São Paulo, 2016.	113

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos participantes do estudo na Unidade Básica de Saúde Cidade Ipava, segundo sexo e formação profissional. São Paulo, 2016.	73
Tabela 2 -	Distribuição do número de percentagem de acertos individuais dos participantes da pesquisa no momento I, referente às dimensões propostas. São Paulo, 2016.	73
Tabela 3 -	Questões referentes à dimensão “Identificação de risco” com percentual de acerto inferior a 70% entre os participantes no momento I. São Paulo, 2016.	75
Tabela 4 -	Questões referentes à dimensão “Higienização das mãos” com percentual de acerto inferior a 70% entre os participantes no momento I. São Paulo, 2016.	76
Tabela 5 -	Questões referentes à dimensão “Uso de luvas comum” com percentual de acerto inferior a 70% entre os participantes no momento I. São Paulo, 2016.	78
Tabela 6 -	Questões referentes à dimensão “Uso de máscaras e a etiqueta de tosse” com percentual de acerto inferior a 70% entre os participantes no momento I. São Paulo, 2016.	79
Tabela 7. -	Distribuição das respostas dos profissionais com relação às boas práticas no comportamento referido sobre precauções padrão e específica no momento I. São Paulo, 2016.	83
Tabela 8 -	Distribuição do número de percentagem de acertos individuais dos participantes da pesquisa no momento IV, referente às dimensões propostas. São Paulo, 2016.	97

Tabela 9. -	Questões referentes à dimensão “Identificação de risco” com percentual de acerto inferior a 70% entre os participantes no momento IV. São Paulo, 2016.	99
Tabela 10 -	Questões referentes à dimensão “Higienização das mãos” com percentual de acerto inferior a 70% entre os participantes no momento IV. São Paulo, 2016.	100
Tabela 11 -	Questões referentes à dimensão “Uso de luvas comum” com percentual de acerto inferior a 70% entre os participantes no momento IV. São Paulo, 2016.	101
Tabela 12 -	Questões referentes à dimensão “Uso de máscaras e a etiqueta de tosse” com percentual de acerto inferior a 70% entre os participantes no momento IV. São Paulo, 2016	102
Tabela 13 -	Distribuição das respostas dos profissionais com relação às boas práticas no comportamento referido sobre precauções padrão e específica no momento IV. São Paulo, 2016.	106

LISTAS DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABC	Aprendizagem Baseada em Casos
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEP- SMSSP	Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DECS	Descritores em Ciência da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
HICPAC	Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HM	Higienização das Mãos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OMS	Organização Mundial da Saúde

OS -CEJAM	Organização Social Centro de Estudos e Pesquisa Doutor João Amorim
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAS	Profissional de Assistência à Saúde
PE	Precauções Específicas
PP	Precauções Padrão
PSF	Programa Saúde da Família
PU	Precauções Universais
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1.	Introdução	22
2.	Justificativa	27
3.	Objetivos	29
3.1	Objetivo geral	30
3.2	Objetivo específico	30
4.	Referencial teórico	31
4.1	Atenção Primária à Saúde: breve relato histórico	32
4.1.2	Declaração de Alma- Ata	34
4.2	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS): breve relato histórico e conceito	38
4.3	Infecções Relacionadas à Assistência (IRAS) na Atenção Primária à Saúde	42
5.	Revisão da literatura: PP e PE	45
5.1	Precauções Padrão (PP)	46
5.2	Precauções Específicas (PE)	54
6.	Métodos	56
6.1	Tipo de estudo	57
6.2	Referencial Teórico Metodológico	58
6.3	Descrição do percurso metodológico	60
6.4	Cenário do estudo	64
6.5	População alvo	65
6.6	Instrumento para coleta de dados	65
6.7	Coleta de dados	67
6.8	Análise dos dados	67
6.9	Aspectos éticos e legais	68
7.	Resultados	71
7.1.	Característica da amostra	72

7.2	Primeiro momento	73
7.3	Dimensão: Identificação de risco	74
7.4	Dimensão: Higienização das mãos	75
7.5	Dimensão: Uso de luvas comum	77
7.6	Dimensão: Uso de máscaras e a etiqueta de tosse	78
7.7	Dimensão: Medicação segura e descarte de perfurocortante	79
7.8	Avaliação da frequência de boas práticas no comportamento referido sobre precauções padrão e específicas	79
7.9	Intervenção educativa	86
7.10	Re-aplicação do instrumento	97
7.11	Dimensão: Identificação de risco	98
7.12	Dimensão: Higienização das mãos	99
7.13	Dimensão: Uso de luvas comum	100
7.14	Dimensão: Uso de máscaras e a etiqueta de tosse	101
7.15	Dimensão: Medicação segura e descarte de perfurocortante	103
7.16	Avaliação da frequência de boas práticas no comportamento referido sobre precauções padrão e específicas	103
7.17	Quadro comparativo entre os momentos pré e pós intervenção educativa	109
8.	Discussão	115
9.	Conclusão	127
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
	APÊNDICE	137
	ANEXOS	184

1 INTRODUÇÃO

Durante os anos de 1990, a Atenção Primária à Saúde (APS) passa a ser a principal proposta de modelo assistencial, como o primeiro nível de atenção à saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), considerada como a porta de entrada principal junto ao sistema para todas novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa/família em todas as condições, além de coordenar e integrar a atenção à saúde (Starfield, 2002).

Como estratégia desde 1991, o Ministério da Saúde formulou inicialmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas (Rosa e Labate, 2005).

Em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implementada como estratégia de reorganização SUS e implantação de seus princípios de universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade. Priorizando ações de proteção e promoção da saúde, cada equipe de saúde é levada a conhecer a realidade das famílias nas quais é responsável (Silva, Silva, Bousso, 2011).

Portanto, a APS compõe o nível do serviço de saúde inicial para qualquer nova necessidade, prestando uma assistência continua e integral a uma população definida, trabalhando de forma organizada e integrada com os diferentes níveis de atenção à saúde, realizada através de intervenção prática e participativa formada por uma equipe multiprofissional tendo como foco a população e o território delimitado (Starfield, 2002).

Considerada como uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde; abordando os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para

maximizar a saúde e o bem estar, ou seja, é a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde (Starfield, 2002).

Entretanto, a assistência à saúde não é tão segura como deveria ser, trata-se de uma área especial, onde os erros são multifatoriais e as interfaces de trabalho não são apenas entre pessoas e equipamentos, mas também de pessoas com outras pessoas (Bohomol, 2008).

A melhoria da segurança do paciente e da qualidade do serviço em saúde é considerada um grande desafio de saúde pública em âmbito global, pois receber uma assistência de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente e segura, com satisfação do paciente em todo processo (Brasil, 2013).

As questões que envolvem a segurança do paciente afetam não somente os indivíduos hospitalizados, como toda a rede de atenção a saúde. Dentre os problemas de segurança do paciente, as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são consideradas prioritárias como foco de atenção e prevenção devido à morbimortalidade e custos associados. As IRAS são infecções adquiridas durante o processo de cuidado em um hospital, ou outra unidade prestadora de assistência à saúde, situações que não estavam presentes ou em incubação na admissão do paciente (WHO, 2011).

Como a base das melhorias práticas de prevenção das IRAS, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), recomenda a aplicação das medidas de Precauções Padrão (PP) e das Precauções Específicas (PE), tendo como foco prevenir a transmissão de microrganismos de um paciente infectado ou colonizado para outros pacientes, familiares e profissionais de saúde (Siegel et al., 2007).

As PP são baseadas no princípio em que todo sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, a pele não intacta e membranas mucosas podem conter agentes infecciosos transmissíveis e causadores de doenças; seu principal objetivo é reduzir o contato direto desses materiais para os profissionais de saúde e paciente, minimizando a exposição aos materiais biológicos (Siegel et al., 2007).

De acordo com o *“Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmissions of Infectious Agents in Healthcare Setting”*, as PP incluem: a higienização das mãos, uso do equipamento de proteção individual (por exemplo: luvas, óculos e máscaras), prática de injeção segura, manipulação segura de material potencialmente contaminado ou superfícies no ambiente do paciente e etiqueta respiratória/ tosse (Siegel et al., 2007).

Portanto as precauções padrão são compostas por medidas que devem ser aplicada no atendimento a todos os pacientes durante a sua assistência, independente da suspeita ou confirmação de um agente infeccioso (Siegel et al., 2007).

As precauções específicas devem ser instituídas para pacientes com suspeita de colonização ou confirmação diagnóstica de infecção por microrganismo de alta importância epidemiológica, que requer medidas de controle adicionais para prevenir de forma eficaz a transmissão; podendo ser classificadas como: precaução por contato, precaução por gotículas e precaução por aerossóis (Siegel et al., 2007).

A precaução por contato inclui o contato direto e indireto com o paciente, no qual o profissional de saúde deverá utilizar avental e luvas descartáveis sempre que entrar em contato com o paciente ou com seus utensílios. Na precaução por gotículas há necessidade de utilizar máscaras comuns ou cirúrgicas sempre que houver contato próximo e prolongado com o paciente. Precaução por aerossóis recomenda-se o uso de máscaras com filtro especial capazes de filtrar às partículas suspensas no ar, além da necessidade de

ambiente privativo com sistema de ventilação com pressão negativa (Siegel et al., 2007).

Entretanto os diferentes profissionais que estão envolvidos na APS nem sempre tiveram em sua formação as noções de prevenção de IRAS, incluindo orientações para a adoção das PP e PE, quando indicado. Esta lacuna de formação pode levar os profissionais a não considerar as IRAS como problema em potencial na APS por julgar que se trata de um componente exclusivo da atenção hospitalar. Pode ainda haver uma tendência a exercer as práticas assistenciais de forma isolada e aplicando as medidas de prevenção segundo seus conhecimentos individuais sem uma padronização de condutas (Padoveze e Figueiredo, 2014).

Assim, um dos grandes desafios dos serviços de saúde na APS com relação às IRAS é identificar as lacunas do conhecimento, compreender quais são as dificuldades dos profissionais de saúde com relação a PP e PE e elaborar medidas de intervenção que visem melhorias na adesão.

Em um estudo anterior, Sako (2016) propôs a validação de uma ferramenta que permita avaliar o conhecimento e comportamento dos profissionais da APS com relação às PP e PE.

Portanto, duas questões são propostas como norteadoras desta pesquisa: Qual o conhecimento que os profissionais de saúde da APS possuem com relação às medidas de PP e PE? A intervenção de aprendizado baseado em casos será efetiva para melhorar os conhecimentos dos profissionais de saúde na APS com relação às medidas de PP e PE?

2. JUSTIFICATIVA

Existe uma necessidade real de promover ações para aumentar a adesão dos profissionais de saúde às medidas das PP e PE, visando garantir a segurança dos usuários e dos profissionais de saúde na APS. A avaliação do conhecimento é uma parte importante no planejamento dessas ações, pois permite dirigir as ações educativas de modo focado nas necessidades os profissionais envolvidos.

A aplicação de um instrumento validado por juízes especialistas na área permite a identificação de lacunas do conhecimento e do comportamento auto referidos dos profissionais de saúde sobre as precauções, favorecendo as estratégias de melhoria direcionadas e avaliação de resultados destes processos antes e após uma intervenção educativa.

Devido a limitações na busca de referência bibliográfica este estudo possui relevância científica na incorporação de novos conhecimentos com relação a adesão às PP e PE relacionadas à assistência dos usuários da APS.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o conhecimento e o comportamento auto-referido dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre Precauções Padrão e Precauções Específicas antes e depois de uma intervenção educativa baseada em casos, por meio de um instrumento validado.

3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde na APS com relação às medidas de PP e PE.
2. Identificar os comportamentos auto-referidos dos profissionais de saúde na APS com relação às medidas de PP e PE.
3. Aplicar medida de intervenção educativa baseada em casos que vise melhorias no conhecimento dos profissionais de saúde da atenção primária com relação às medidas de PP e PE.
4. Avaliar o impacto da intervenção aplicada no grau de conhecimento e no comportamento auto-referido.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Atenção Primária à Saúde: breve relato histórico

A APS teve como base em sua concepção a organização dos serviços de saúde através de um movimento mundial que surgiu no século XX, na Alemanha com Otto Von Bismark; que propôs a criação de um pacote de medida que instituiu o seguro social público compulsório aos trabalhadores das indústrias, como resposta aos inúmeros protestos por melhores condições de vida e trabalho (Ribeiro, 2007).

Em 1920, no Reino Unido, o Lord Dawson of Penn propôs organizar os cuidados em saúde com características semelhantes ao cenário atual da APS, através da criação de distritos sanitários com os Centros de Saúde; favorecendo o primeiro contato dos usuários com o serviço, organizando a assistência à saúde de forma regionalizada e hierarquizada facilitando o desenvolvimento de ações preventivas e curativas (Starfield, 2002).

Na década de 1950, nos países do bloco comunista como a China, surgiu um movimento conhecido como “médicos dos pés descalços”, no qual agentes de saúde eram treinados para orientar, cuidar e tratar das doenças mais comuns da população que, na sua grande maioria vivia na zona rural (Ribeiro, 2007).

Em reconhecimento às crescentes iniquidades sociais e de saúde em quase todos os países, na década de 1970, aliado aos crescentes custos da atenção à saúde em todo mundo, o uso indiscriminado de tecnologia médica e a baixa resolutividade econômica da saúde nos países desenvolvidos, fizeram com que a Organização Mundial da Saúde (OMS), refletisse sobre as alternativas viáveis para a extensão do cuidado à saúde a todos os que não possuíam alguma forma de assistência (Ribeiro, 2007).

Com a dificuldade de garantir esses objetivos através do acesso amplo e irrestrito aos serviços médicos, procurou-se

estimular a discussão de meios capazes de cumprir o objetivo da extensão dos cuidados à saúde, o que ocasionou em 1978, na antiga União Soviética, na cidade de Alma-Ata, a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); esta conferência foi assistida por delegações de 134 governos e representantes de 67 organizações não governamentais, organismos especializados e instituições vinculadas às Nações Unidas (Ribeiro, 2007).

Este evento tornou-se um marco histórico sobre os rumos da saúde mundial, e teve como objetivos: a) promover o conceito de APS em todos os países; b) intercambiar experiências e informações sobre a organização da APS; c) avaliar a situação da saúde e da assistência sanitária em todo mundo, bem como sua relação com a APS e o potencial de melhora dos sistemas nacionais de saúde com o estabelecimento de uma política de APS; d) definir os princípios da APS e as formas operativas de superação dos problemas práticos que porventura surgiriam; e) definir a função dos governos e de organizações nacionais e internacionais na cooperação técnica e na ajuda para o desenvolvimento da APS de uma forma geral; f) formular recomendações para esse desenvolvimento (Starfield, 2002).

Segundo Ribeiro (2007), o gerenciamento do enfoque estratégico e operacional, trouxe a discussão e a apresentação das declarações a respeito da saúde: a primeira conceitua a saúde como um direito fundamental do ser humano; a segunda define como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções ou enfermidade; na terceira descrevia como inaceitável o estado de saúde de centenas de milhões de pessoas em todo mundo. Como resultado definiu-se o conceito de Atenção Primária à Saúde da seguinte forma:

“Atenção Primária à Saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária” (OMS, 1978, apud Starfield, 2002).

4.1.2 Declaração de Alma- Ata

A Declaração de Alma-Ata salienta o conceito de saúde como direito fundamental do homem, amplia a visão do cuidado da saúde através do envolvimento da população no planejamento e na aplicação da sua própria atenção à saúde; bem como ao governo; a quem foi atribuída importante parcela na responsabilidade da adoção de medidas sanitárias e sociais visando à melhoria das condições de saúde (Ribeiro, 2007).

No que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundados na perspectiva interdisciplinar; esse documento descreve oito ações mínimas necessárias: educação em saúde voltada para a prevenção e controle; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; abastecimento e tratamento adequado de água; assistência materno-infantil e planejamento familiar; imunização; prevenção e controle das doenças endêmicas locais; tratamento adequado de

doenças e traumatismos comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (Starfield, 2002).

Segundo Starfield (2002), todo o sistema de serviço de saúde possui duas metas a serem alcançadas: a primeira é aperfeiçoar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde; a segunda meta, de igual importância, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde ao alcance de um ótimo nível de saúde.

Para o alcance dessas metas a autora elencou as qualidades próprias da APS, chamados de atributos essenciais e derivados.

Os atributos essenciais segundo Starfield (2002) são:

- ✓ Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e a utilização do serviço de saúde como fonte do cuidado;
- ✓ Longitudinalidade: existência de uma fonte continua de atenção, expressando uma relação interpessoal intensa que proporcione a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde;
- ✓ Integralidade: oferecer ações em que o serviço de saúde receba o usuário de forma integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, de prevenção, de cura e de reabilitação adequada no contexto da APS;
- ✓ Coordenação da atenção: dar a continuidade, sendo capaz de integrar todo o cuidado que o paciente recebe por meio da coordenação entre os serviços;

Como atributos derivados, temos outras três características:

- Atenção centrada na família: na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado;
- Orientação comunitária: reconhecimento por parte dos serviços de saúde as necessidades da comunidade, para a realização de planejamento e a avaliação conjunta do serviço;
- Competência cultural: adaptação da equipe com as características culturais da população a fim de facilitar a comunicação e a relação com o meio;

No Brasil, os princípios da APS foram defendidos bravamente pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, através da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e aprovado na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 (Ribeiro, 2007).

Durante a década de 1990, o Ministério da Saúde passou a empregar o termo Atenção Básica (AB), caracterizando a atenção de primeiro nível do sistema de saúde através de um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde; sendo orientados pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e de continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Devido às características semelhantes, os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde podem ser utilizados como sinônimos (Brasil, 2011)

Em 1994, visando reorganizar a prática assistencial na atenção básica, foi lançado pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) definido como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS através de uma reorientação no processo de trabalho, de maneira ampliada e resolutiva, enfatizando a importância da formação de vínculo e da longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2011).

Em 2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS melhorando a resolubilidade, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, atuando de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família (Brasil, 2011).

A equipe NASF faz parte da atenção primária, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, possuem uma responsabilidade compartilhada entre as equipes ESF e prevê na sua prática o processo de referência e contra-referência, ampliando para um método de compartilhamento de casos com acompanhamento longitudinal de responsabilidade, oferecendo um fortalecimento de seus princípios e ampliando a coordenação do cuidado (Brasil, 2011).

Esses profissionais devem contribuir para oferecer a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da clínica ampliada, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidade de saúde; todas as suas atividades podem ser desenvolvidas nas unidades básicas de saúde ou em outros pontos do território.

A organização do trabalho deve seguir normas publicadas pelo Ministério da Saúde destacando os Cadernos de Atenção Básica/ Primária que tratam do tema, alinhando as diretrizes, o processo de trabalho, as principais ferramentas e as ações de

responsabilidade de todos os profissionais a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes da ESF (Brasil, 2011).

4.2 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS): breve relato histórico e conceito

Com a mudança na assistência à saúde houve modificações na forma e no entendimento sobre as doenças infecciosas, seu modo de transmissão e sobre a sua prevenção; principalmente devido aos constantes avanços do conhecimento científico epidemiológico e aos significados atribuídos pela sociedade à saúde e à doença, ao longo dos acontecimentos históricos (Nichiata, et al., 2004).

Na antiguidade, a concepção de doença envolvia um aspecto mágico e religioso, sempre associado à ação dos deuses, maus espíritos e influência dos planetas; a doença era compreendida como algo externo ao homem, representando um castigo dos deuses para a impureza espiritual humana.

Nos séculos XIV e XV, foram evidenciadas práticas com o uso de máscaras, a fumigação, sendo adotadas no intuito de evitar a aspiração de odores poluidores de ar (Nichiata, et al., 2004).

Durante o século XVI, foram instituídos o exílio e a exclusão dos doentes do convívio em sociedade, dando a origem às práticas de isolamento (Nichiata, et al., 2004).

No final do século XVIII, com o desenvolvimento da bacteriologia, microbiologia e o nascimento da clínica surgem à idéia de transmissão (Nichiata, et al., 2004).

Somente por volta de 1847, Ignaz Semmelweiss, de forma empírica, não possuindo conhecimento da teoria microbiana ou de qualquer forma de transmissão de doença, verificou que a taxa de morbidade e mortalidade entre mulheres atendidas pelos estudantes de medicina era maior do que entre aquelas atendidas pelas

parteiras; observando que a diferença no cuidado estava relacionada à prática da higiene das mãos (Oliveira, Paula, 2013).

Baseados neste fato, houve a implementação de algumas ações reconhecidas como as primeiras iniciativas relacionadas à segurança do paciente, por exemplo, a obrigatoriedade da lavagem das mãos antes do contato com os pacientes, pela colocação de uma bacia na entrada da enfermagem e a fervura dos instrumentais (Oliveira, Paula, 2013).

Em meados de 1863, Florence Nightingale, fez o rastreamento da mortalidade entre os soldados da guerra da Criméia e após suas observações descreveu e implementou procedimentos valorizando os cuidados com o paciente e as condições do ambiente, reconhecendo que o hospital não deveria causar danos ao paciente, mas promover a melhor atenção e cuidado (Oliveira, Paula, 2013).

Com o caminhar da trajetória histórica, a descoberta da teoria microbiana e as formas de transmissão das doenças deram origem à descoberta dos antimicrobianos, controlando parte das infecções.

Entretanto o seu uso indiscriminado trouxe registros de resistência bacteriana nos Estados Unidos propagando rapidamente para a Europa e para os demais continentes.

A partir de 1960, houve a criação das comissões de controle de infecção hospitalar (CCIH), que visava à notificação, ainda que voluntária, dos casos de infecção e o estabelecimento de diretrizes para procedimentos de desinfecção e esterilização, monitoramento da contaminação ambiental e detecção dos profissionais portadores de *Staphylococcus aureus* e, sobretudo na adoção de métodos de vigilância e implementação de atividades educativas.

No Brasil, as primeiras iniciativas começaram a acontecer na década de 1970, quando o antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), propôs a criação da CCIH nos hospitais a ele credenciado (Oliveira, Paula, 2013).

Em 1985, com a morte do presidente recém-eleito, Tancredo de Almeida Neves, relacionada a uma infecção cirúrgica, trouxe maior visibilidade ao tema e fortalecimento da atenção para os cuidados prestados, com ênfase no treinamento para os profissionais de saúde e um destaque para critérios diagnósticos e metodologia de vigilância ativa dos pacientes (Oliveira, Paula, 2013).

O Ministério da Saúde, na década de 1980, publicou a Portaria 196, considerada a primeira normativa que regulamenta o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, a qual estabelece a obrigatoriedade de todos os hospitais a instituírem a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), através de um grupo de profissionais que visam à prevenção das IRAS, melhoria da qualidade da assistência e segurança dos profissionais e pacientes, com responsabilidade do estabelecimento realizar as normas e rotinas, bem como o monitoramento das infecções (Oliveira, Paula, 2013).

Em âmbito mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 2000 tem priorizado suas ações frente à preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente em serviços de saúde.

Um marco importante, realizado em outubro de 2004, foi a criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, na 57ª Assembléia Mundial da Saúde, cujo objetivo foi despertar o comportamento político e a consciência para melhoria da segurança na assistência, além de apoiar o desenvolvimento de políticas públicas para segurança do paciente mundialmente (Brasil, 2013).

Com base nas constantes modificações relacionadas às infecções, foram publicados diversos manuais de isolamento e precauções com o objetivo de normatizar a assistência de maneira que reconhecessem a importância dos fluidos corporais, secreções e excreções na transmissão de patógenos hospitalares, a utilização adequada das precauções para conter as infecções transmitidas por aerossóis, gotículas e contato.

Houve também a mudança do termo de infecção hospitalar, restrito somente para as infecções adquiridas em ambiente hospitalar, para o termo infecção relacionada à assistência à saúde, utilizado para se referir às infecções associadas à assistência prestada em qualquer serviço ou unidades, tais como: ambulatórios, clínicas, assistência domiciliar e unidade de longa permanência.

A denominação IRAS refere-se a todo tipo de infecção transmitida aos pacientes, visitantes ou profissionais de saúde na atenção primária, secundária ou terciária, decorrente de uma ação de saúde e contempla todos os procedimentos assistenciais dentro e fora do ambiente hospitalar.

As IRAS são infecções adquiridas durante o processo de cuidado em um hospital ou outra unidade prestadora de assistência à saúde, que não estavam presentes no momento da admissão do paciente e que pode se manifestar durante o período de internação ou após a alta, destacando as infecções ocupacionais adquiridas pelos profissionais de saúde (Sako, 2016).

Mais recentemente, com a finalidade de controlar as proliferações das IRAS, foi normatizado em 2007, pelo Center for Disease Control (CDC) em parceria com a Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) um manual intitulado como: *“Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmissions of Infectious Agents in Healthcare Settings”*, recomenda a utilização das medidas de precaução padrão e específicas, além de abordar os seguintes tópicos:

- A assistência à saúde se expande além do ambiente hospitalar, portanto as recomendações devem contemplar todos os cenários;
- O surgimento de novas doenças e microrganismos emergentes;

- Preocupação com o bioterrorismo;
- Evidências em relação ao controle do ambiente e a transmissão de microrganismos;
- Recomendações de vigilância e controle de microrganismos multirresistentes;
- Influência de características organizacionais;

4.3 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) na Atenção Primária à Saúde

As IRAS representam um grande problema para a segurança e qualidade de vida do paciente, além disso, podem resultar na morte, internação prolongada, incapacidade em longo prazo, grande encargo financeiro às instituições de saúde e elevados custos para o paciente e seus familiares (Lorenzini et al, 2013).

Como estratégia para minimizar ou prevenir os índices de infecções e de exposição ocupacional foram estabelecidos o uso dos equipamentos de proteção individual com objetivo de proteger os pacientes e profissionais; representando uma barreira de prevenção primária da pele, das mucosas e vestimenta dos profissionais de saúde (Ribeiro et al, 2010).

Entretanto ao longo das últimas décadas, temos mundialmente assistido a transformação significativa na prestação de cuidados à saúde, embora as ações realizadas na APS sejam de baixa complexidade técnica o processamento de produtos, por exemplo, em unidade de saúde é uma atividade complexa, que tem como objetivo principal evitar eventos adversos relacionado ao seu uso, requerendo capacidade operativa dos profissionais envolvidos (Passos et.al., 2015)

Ressalta ainda Valle et.al (2016), que os profissionais que atuam na comunidade se deparam com as limitações para prevenir e controlar a ocorrência das infecções no ambiente domiciliar, principalmente pela condição social, cultural e ambiental em cada domicílio.

Paralelamente a esta dificuldade há de se considerar a importância das pesquisas que permitem conhecer a magnitude da problemática, elucidando questionamentos ainda sem respostas, e auxiliar a tomada de decisão dos profissionais sobre as melhores condutas na manutenção do ambiente domiciliar biologicamente seguro (Valle et.al, 2016).

Apesar das iniciativas e aumento do conhecimento científico a respeito das IRAS, elas ocorrem constantemente nos serviços de saúde e poderiam ser evitadas por meio das ações efetivas de profissionais capacitados, da limpeza e higiene do ambiente e do cuidado com os materiais.

Vinculado às modificações na assistência e o exercício profissional, a prevenção das IRAS requer medidas essenciais que sejam capazes de oferecer um cuidado seguro e de qualidade; como principais medidas preventivas das IRAS são a adoção das PP e em certas condições, as PE (Padoveze e Figueiredo, 2014).

No que tange a APS, seu papel direto na prevenção de IRAS, pode ser observado por várias limitações, tais como: a inexistência de um Sistema de Vigilância Epidemiológica capaz de mapear agravos relacionados às IRAS; a falta da compreensão conceitual sobre o assunto, visto que a ênfase é maior em ambiente hospitalar; a multidisciplinaridade dos profissionais envolvidos na assistência, pois, nem sempre estes profissionais tiveram em sua formação as noções de prevenção de IRAS, o que pode levar a desconsiderá-las como um problema em potencial; além da necessidade de resposta rápida, organizada e harmoniosa em eventos pandêmicos junto aos diferentes níveis de atenção à saúde (Padoveze e Figueiredo, 2014).

Com relação ao caráter indireto alguns aspectos são relevantes considerando que as Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) possuem maior potencial para atuar previamente sobre as doenças crônicas, ocasionando redução significativa na exposição às condições de atendimento hospitalar; além de serem facilitadoras no empoderamento dos indivíduos e famílias no conhecimento do seu direito à saúde oferecendo melhor engajamento no processo de cuidar (Padoveze e Figueiredo, 2014).

Para garantir uma assistência de qualidade, o profissional deve ter uma visão holística do cuidado, tendo a segurança do paciente como foco e contemplando aspectos referentes não somente ao cuidar, mas também ao educar e pesquisar. Neste sentido, a prevenção das IRAS não deve ser encarada de forma isolada, mas no contexto da garantia de uma assistência de qualidade e consequentemente da segurança do paciente.

5. REVISÃO DE LITERATURA: PP E PE

Numa busca bibliográfica, objetivando encontrar a produção científica com relação ao conhecimento e ao comportamento auto-referidos dos profissionais de saúde da atenção primária com relação às PP e PE, constatou-se escassez de resultado.

O resultado da busca da bibliográfica também possibilitou identificar que as práticas profissionais estão voltadas ao conhecimento do ambiente hospitalar, com poucas referências no serviço ambulatorial e principalmente na APS.

Entretanto desde década de 1980, o CDC tem se preocupado com medidas preventivas para transmissão do vírus do HIV, vírus da hepatite B e C e outros microrganismo patogênico no qual os profissionais de saúde estão expostos.

Com o surgimento do vírus HIV foram publicada as Precauções Universais (PU) que consistiam em um conjunto de medidas preventivas específicas a serem adotadas pelos profissionais de saúde, mediante a realização de procedimentos em que havia a possibilidade de contato com fluidos corpóreos (GARNER, 1996).

Segundo Garner (1996), na década de 90 as PU passaram a ser nomeadas como PP e conceituada como sendo um conjunto de ações e medidas a ser adotado pelos profissionais de saúde na assistência a todo paciente, independente do diagnóstico ser definido.

5.1 Precauções Padrão (PP)

As precauções padrão são baseadas no princípio em que todo sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, a pele não intacta e membranas mucosas podem conter agentes infecciosos transmissíveis e causadores de doenças; seu principal objetivo é reduzir o contato direto desses materiais para os profissionais de

saúde e paciente, minimizando a exposição aos materiais biológicos (Siegel et al., 2007).

Tais precauções são reconhecidas pelo conjunto de práticas de prevenção de infecção devendo ser aplicadas a todos os pacientes, independentemente de suspeita ou confirmação de infecção ou colonização, em qualquer ambiente em que é prestado o cuidado oferecido (Siegel et al., 2007).

De acordo com o *“Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmissions of Infectious Agents in Healthcare Setting”*, as PP incluem: a higienização das mãos, uso do equipamento de proteção individual (por exemplo: luvas, óculos, aventais e máscaras), prática de injeção segura, manipulação segura de material potencialmente contaminado ou superfícies no ambiente do paciente, etiqueta respiratória/ tosse e o descarte de material perfurocortante.

Siegel et al. (2007), salienta a importância da educação e formação dos profissionais sobre esses princípios e justificativa para práticas recomendadas, por facilitarem a tomada de decisão adequada e promover a sua adesão durante a sua assistência.

A) Higienização das mãos (HM)

As recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre as melhores práticas de higiene das mãos e estratégia de melhoria na adesão da prática são consideradas padrão ouro para cuidados de saúde, sendo uma das práticas mais importantes para reduzir a transmissão de agentes infecciosos nos serviços de saúde.

Higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das IRAS. Recentemente, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” devido à maior abrangência deste procedimento (Brasil, 2007)

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica e a antissepsia cirúrgica.

Atualmente, preconiza-se a necessidade de realização da higienização das mãos exatamente onde o atendimento ocorre, por isso é necessário o fácil acesso a um produto de higienização das mãos, como por exemplo, o produto alcoólico (Brasil, 2007)

O produto alcoólico deverá estar tão próximo do profissional, ou seja, ao alcance das mãos no ponto de atenção ou local de tratamento, sem que haja a necessidade do profissional se deslocar do ambiente no qual se encontra o paciente; tal procedimento deve ser realizado preferencialmente, com uso de gel à base de álcool como principal modo de higienização das mãos devido a sua atividade contra um amplo espectro epidemiologicamente importante de agentes patogênicos, além da facilidade na adesão da prática de higiene, pois exige menos tempo, solução menos irritante, facilidade de colocar próximo ao paciente (CDC, 2011).

Entretanto, não deve ser usado quando as mãos estiverem visivelmente sujas (como por exemplo, na presença de poeira, sangue, etc), após o cuidado de pacientes com diarreia infecciosa, seja esta conhecida ou suspeita (por infecção de *Clostridium difficile*, norovírus, etc), nestes casos a higienização das mãos deve obrigatoriamente ser com sabão e água (CDC, 2011).

As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para prevenção de IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos.

Segundo as recomendações da OMS, são preconizados “os meus cinco momentos para a higiene das mãos” sendo abordado por meio de conceitos sintéticos, focando em cinco indicações apenas, com o objetivo de facilitar o entendimento dos momentos em que há risco de transmissão de microrganismo por meio das mãos (Brasil, 2009).

As indicações para a higienização das mãos dependem dos movimentos dos profissionais de saúde entre áreas geográficas distintas (na APS além do ambiente de assistência/ cuidado podemos incluir os domicílios em que são realizadas as visitas dos profissionais) e as tarefas executadas nessas áreas.

Segundo a OMS, as indicações para *“Meus cinco momentos para a higiene das mãos”* são:

- 1º. Antes de tocar o paciente.
- 2º. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico.
 - a) Antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas;
 - b) Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.
- 3º. Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções.
 - a) Após o contato com fluidos corporais ou excretas, membrana mucosa, pele não íntegra ou curativo.
 - b) Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.
 - c) Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.
- 4º. Após tocar o paciente.
 - a) Antes e depois do contato com o paciente.
 - b) Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.
- 5º. Após tocar superfícies próximas ao paciente.

- a) Após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para a saúde) nas proximidades do paciente;
- b) Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.

Segundo a OMS, outros cuidados são importantes com relação à higienização das mãos tais como: o não uso de unhas artificiais ou extensores, se a atividade envolver o contato direto com pacientes devido ao alto risco para infecção e eventos adversos associados; devendo desenvolver uma cultura organizacional relativa ao uso das unhas não naturais.

Na APS, a prática de higiene das mãos deve ser aplicada de maneira consistente no momento da visita domiciliária, portanto é ideal que todo profissional leve consigo um frasco de bolso para aplicação de produto alcoólico, seguindo as indicações para os momentos de higiene das mãos (Padoveze e Figueiredo, 2014).

B) Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Os equipamentos de proteção individual são barreiras utilizadas sozinhas ou em combinação, cuja finalidade é proteger as membranas mucosas, vias respiratórias, pele e vestuário dos profissionais de saúde do contato direto com microrganismos (Siegel et al., 2007).

Segundo o CDC, as principais recomendações para o uso do EPI em ambiente ambulatorial são:

- a) Todas as instalações devem assegurar que o EPI adequado esteja disponível e prontamente acessível.
- b) Educar todos os profissionais sobre o uso adequado do EPI.
- c) Remover e descartar o EPI antes de deixar o ambiente do paciente.
- d) Utilizar a luva sempre que estiver em contato com sangue, fluidos corporais, membranas mucosas, pele não intacta ou

equipamento contaminado. Salientando sobre a não utilização do mesmo par de luvas para o cuidado de mais do que um paciente, a não reutilização das luvas (através da lavagem) e a obrigatoriamente da higienização das mãos após a sua remoção.

e) Uso de avental para proteger a pele e evitar sujar ou contaminar a roupa durante o procedimento e atividades do cuidado ao paciente, prevendo antecipadamente o contato com sangue, fluidos corporais, secreções ou excretas.

f) Para a proteção das mucosas dos olhos, nariz e boca durante as atividades de atendimento ao paciente, devem-se utilizar máscaras, óculos, protetores faciais e combinações de cada um, durante os procedimentos que são susceptíveis a gerar respingos ou sprays de sangue ou outros fluidos corporais;

g) Conceito de higiene respiratória e tosse com etiqueta são recomendações novas que se aplicam a todas as pessoas que entram em um ambiente de saúde, incluindo os profissionais de saúde, pacientes e visitantes.

- Higiene respiratória e tosse com etiqueta:

Com o surgimento de pandemias por infecções respiratórias, a higiene respiratória e a tosse com etiqueta são recomendações que se aplicam a todas as pessoas que entram em um ambiente de saúde, tais como: doentes, visitantes, profissionais de saúde, voluntários e comunidade em geral, destinadas a conter as secreções respiratórias, de forma a minimizar a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou através de gotículas.

Segundo Siegel et al. (2007), como principais diretrizes da higiene respiratória e tosse com etiqueta temos:

a) Colocar cartazes informativos com instruções para os pacientes com sintomas de infecção respiratória orientando a cobrir a boca/nariz ao tossir ou espirrar, devendo utilizar lenços

descartáveis de uso único para conter as secreções respiratórias, o qual deve ser prontamente eliminado num contentor de resíduos próximo do doente;

- b) Como alternativa poderá tossir ou espirrar para o braço/manga evitando a dispersão de partículas, e a conseqüente contaminação das mãos;
- c) Higienizar as mãos após contato com secreções respiratórias;
- d) Evitar tocar nas mucosas dos olhos, boca ou nariz.
- e) Em situações de aumento da prevalência de infecções respiratórias pode-se oferecer máscara para os pacientes com tosse, e na possibilidade deve-se realizar a separação espacial de aproximadamente 1 metro de outras pessoas.

Como estratégia para medidas de prevenção e controle das IRAS, deve-se educar as equipes de saúde sobre a importância das medidas de controle da fonte para conter secreções respiratórias e assim evitar que gotículas e fômites transmitam os patógenos respiratórios (Siegel et al., 2007).

Além disso, recomenda-se a utilização de cartazes reformativos em locais estratégicos com instruções para pacientes e outras pessoas com sintomas de uma infecção respiratória sempre ao tossir ou espirrar, deve-se cobrir a boca/nariz, usar e descartar lenço de papel e realizar a higiene de mãos depois do contato das mãos com secreções respiratórias (Siegel et al., 2007).

Durante os períodos de aumento de prevalência de infecções respiratórias na comunidade, devem-se oferecer máscaras a pacientes e acompanhantes com tosse ao entrar na unidade ou consultório e os encorajar a manter uma separação espacial, idealmente nas salas de espera (Siegel et al., 2007)

C) Práticas de injeção segura

Segundo Siegel et al. (2007), os freqüentes surtos do vírus da hepatite B e C em pacientes ambulatoriais refletem a quebra da técnica e prática insegura na administração de medicamentos, no qual evidencia a necessidade de reforçar o uso da técnica asséptica no preparo e na administração de medicamentos.

As recomendações abaixo se aplicam ao uso de agulhas, cânula aplicável principalmente na infusão endovenosa:

- a) Utilizar técnica asséptica;
- b) Não administrar medicamentos de uma seringa a múltiplos pacientes, mesmo se a agulha ou a cânula conectada for trocada;
- c) Utilizar fluidos de infusão e conjunto de administração para um único paciente e descartar adequadamente;
- d) Usar frascos de dose única para medicação parenteral sempre que possível;
- e) Não administrar medicamentos para múltiplos pacientes e não guardar o conteúdo para uso posterior;
- f) Não manter frascos de múltiplas doses em área próxima ao tratamento do paciente, recomenda que todo material seja armazenado conforme recomendações do fabricante;
- g) Não utilizar bolsas ou frascos de solução endovenosa como fonte comum de fornecimento para vários pacientes.

D) Equipamentos e materiais contaminados

Com relação aos equipamentos e materiais assistenciais, preconiza o estabelecimento de políticas e procedimentos para conter, transportar e manusear os equipamentos e materiais de tratamento dos pacientes que podem estar contaminados.

Antes do transporte, preconiza-se remover a matéria orgânica de materiais e equipamentos críticos e semi críticos, utilizando produtos de limpeza recomendados para obter processos efetivos de desinfecção e esterilização.

Em todas as etapas do manuseio dos equipamentos ou materiais o uso do EPI é obrigatório.

E) Descarte de material perfurocortante

Segundo Siegel et al. (2007), os materiais perfurocortantes devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em recipientes de paredes rígidas, resistente à punctura, ruptura e vazamento, devendo ser com tampa, devidamente identificados com símbolo internacional de risco biológico.

Como conduta primordial é expressamente proibida o esvaziamento destes recipientes para o seu reaproveitamento, no caso de agulhas descartáveis devem ser desprezadas em conjunto com as seringas, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

Os recipientes utilizados são confeccionados em material resistente (tipo papelão couro) com capacidade que variam de 3 a 13 litros sendo utilizado de acordo com a geração diária, devendo ser preenchido até 2/3 de sua capacidade ou cinco centímetro de distância da boca do recipiente.

5.2 Precaução Específica (PE)

As PE são utilizadas de acordo com o mecanismo de transmissão das doenças diante de pacientes suspeitos, infectados ou colonizados sendo evidenciadas por contato, gotículas e aerossóis (Brasil, 2004).

A precaução por contato é indicada quando a transmissão ocorre por contato direto, quando os microrganismos são transferidos de uma pessoa infectada para outra pessoa sem um objeto ou pessoa intermediária contaminada; ou por contato indireto que envolve a transferência de um agente infeccioso através de um

objeto contaminado ou por uma pessoa intermediária; este tipo de PE não requer que o paciente seja alocado em lugar privativo, devendo o profissional de saúde utilizar avental e luvas descartáveis para tocar no paciente e em objetos que pertençam a ele (Siegel et al., 2007).

A precaução por gotículas é, tecnicamente, uma forma de transmissão no qual agente infeccioso é transmitido por gotículas que podem ser geradas pela tosse, espirros e conversação. Neste caso, o profissional necessita do uso de máscara comum ou cirúrgica quando houver o contato próximo do paciente (Siegel et al., 2007).

E por fim, a precaução por aerossóis, ocorre através da via aérea por partículas pequenas com tamanho menor ou igual a cinco micra, que permanecem suspensas no ar e que podem ser dispersas a longa distância através do ar podendo ser inaladas por indivíduos susceptíveis que não tiverem contato face-a-face com indivíduos infectados, além de permanecer suspensa por um longo tempo; para esses casos deve procurar um ambiente privativo com sistema de ventilação com pressão negativa, o profissional deverá utilizar máscara com filtro especial (Siegel et al., 2007).

6. MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido tendo como documentos-base às diretrizes do *Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings* (Siegel et al., 2007) e a dissertação de mestrado de Sako (2016), que objetivou criar e validar o instrumento desenvolvido para mensurar o conhecimento e o comportamento dos profissionais da saúde da APS.

6.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo longitudinal, prospectivo e de intervenção, desenvolvido por meio de uma abordagem quantitativa sobre o conhecimento e o comportamento dos profissionais da atenção primária com relação às precauções.

Em pesquisas quantitativas, o pesquisador parte de um ponto inicial de um estudo (a colocação da questão) para o ponto final (a obtenção de uma resposta), em sequência lógica de passos; ocorrendo uma investigação de fenômenos que se prestam à mensuração e quantificação precisas, envolvendo frequentemente um modelo rigoroso e controlado (Massad et al., 2004).

Segundo Appolinário (2012), a pesquisa longitudinal acompanha o comportamento das variáveis estudadas em um mesmo grupo de sujeitos, durante certo período de tempo.

Massad et.al. (2004) define que nos estudos prospectivos o resultado de interesse ainda não ocorreu quando o estudo é iniciado; permitindo que o investigador defina as variáveis que pretende medir e a forma como serão medidas, sua temporalidade pode ser bem definida, uma vez que a exposição é medida antes da ocorrência do evento.

Segundo Gil (2002), o estudo de intervenção por estudo de casos, consiste em um estudo profundo e exaustivo de um ou

poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos, é considerado adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente percebidos.

6.2 Referencial teórico-metodológico

Aprendizagem Baseada em Casos (ABC)

Segundo Marin et.al. (2010), a área de saúde, tem destacado novos caminhos para a formação e capacitação de profissionais, de modo a instrumentalizá-los nos aspectos, éticos, e políticos para a transformação de processos de trabalho arraigados em princípios fragmentados do cuidado, o que representa um grande desafio para as políticas públicas direcionadas ao SUS.

Neste contexto, vêm ganhando destaque as metodologias ativas da aprendizagem que propõem romper com os métodos de ensino-aprendizagem, sendo ancorados na pedagogia crítica e têm em comum o fato de trabalharem intencionalmente com problemas para o desenvolvimento dos processos de ensino-aprendizagem e valorizarem o aprender a aprender (Marin et.al., 2010).

A ABC encontra suas origens na Teoria da Indagação de John Dewey, filósofo, psicólogo e educador norte-americano, citado como grande precursor do pensamento pedagógico contemporâneo. Para Dewey, a aprendizagem parte de problemas ou situações que intencionam gerar dúvidas, desequilíbrios ou perturbações intelectuais; enfatizando a descoberta, a experimentação e a reflexão (Marin et.al., 2010).

Essa metodologia firmou-se na década de 1970, no Canadá sendo considerada uma das mais significativas inovações na educação a saúde, preservando a intencionalidade de aplicação em

situações futuras, sendo possível identificar a maior previsibilidade das situações (Marin et.al., 2010).

A ABC é considerada como uma estratégia de ensino baseada no estudo, análise e gestão de situações reais ou casos, que são narrativas sobre indivíduos enfrentando decisões ou dilemas, em que os alunos são incentivados a se familiarizar com personagens e circunstância mencionada, de modo a compreender os fatos, valores e contextos nele presentes, com o intuito de apresentar uma solução, que supõe um posicionamento, uma decisão (Montanher, 2012).

Na concepção do ABC, o processo ensino-aprendizagem é direcionado para o desenvolvimento da capacidade do estudante construir ativamente sua aprendizagem, articulando seus conhecimentos prévios com o estímulo proporcionado pelos problemas de saúde-doença selecionados para o estudo; desenvolver e utilizar o raciocínio crítico e habilidades de comunicação para a resolução de problemas clínicos, e entender a necessidade de aprender ao longo da vida (Gomes et.al., 2009).

O caso é um instrumento educativo complexo de caráter narrativo, consiste em um relato atraente que procura aguçar o interesse, devendo basear-se em problemas (reais ou simulados) usados para a construção de conhecimento teórico, podendo desenvolver competências e habilidades relacionadas a componentes atitudinais, tais como: tolerância, respeito com ideia alheia, organização do conhecimento, questionamento, busca de informação e novos saberes e criação de novos conhecimentos (Montanher, 2012).

Para Gomes et. al (2009), a educação é a contínua reorganização e reconstrução da experiência, oferecendo uma busca constante de significados, abarcando as inquietações, dúvidas e obscuridade, para por meio de esforço ativo, trazer clareza, coerência e harmonia.

As experiências educativas geram elementos que são retidos e possibilitam lidar mais habilmente com condições problemáticas futuras, pois o ser que aprende é movido por um impulso inerente a ele próprio, projetando para um ideal com significância pessoal (Gomes et.al., 2009).

6.3 Descrição do percurso metodológico

Este estudo foi construído inicialmente pelo diagnóstico situacional da UBS a ser estudada, destacando a estrutura física, o quadro de colaboradores e o processo de trabalho dos profissionais de saúde da APS, visando uma descrição do cenário no qual a pesquisa ocorreu.

Numa segunda etapa, foram realizadas a busca e identificação dos descritores indexados e referenciados no DECS (Descritores em Ciências da Saúde) através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo utilizados os seguintes descritores: utilizando o operador booleano AND: 1- “infecção relacionada à assistência AND atenção primária”, 2- “precauções universais AND precauções padrão”, 3 – “precauções universais”, 4 – “precauções específicas”.

Como terceira etapa foi realizada a leitura da dissertação de mestrado de Sako (2016), intitulada: “Conhecimento de profissionais da atenção primária em saúde sobre precauções padrão e específicas: construção e validação de instrumento”, com o objetivo de compreender o documento norteador que será aplicado durante a pesquisa.

O desenvolvimento do presente estudo ocorreu em seis momentos, descritos a seguir e representados na figura abaixo (Figura 1).

Momento I: Compreendeu em uma abordagem inicial com os profissionais da APS que atuam diretamente na assistência, no qual foi realizado o esclarecimento do projeto de pesquisa e a

autorização para a participação através do consentimento do termo livre e esclarecido (APÊNDICE A) e logo após a aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos e comportamentos em relação às PP e PE (ANEXO A). Este questionário foi preenchido de forma individual a fim de verificar seus conhecimentos e comportamento a respeito do assunto relacionado às PP e PE.

Momento II: Foi realizada a análise dos questionários. Nesta análise foi feita por meio de identificação de acertos na parte de avaliação de conhecimentos e de graduação de posicionamento na parte de avaliação de comportamentos.

Momento III: Após um intervalo aproximado de três semanas, foi realizada uma abordagem de intervenção educativa, por meio do método ABC no qual foram entregues os estudos de casos, extraídos da vivência prática do pesquisador do presente estudo na assistência direta aos usuários.

O momento da intervenção educativa foi feita por meio de uma abordagem individual, no próprio local de trabalho, na qual o participante identificou os problemas e soluções referentes aos casos apresentados (APÊNDICE C, D e E). Os participantes receberam casos diferentes de acordo com a sua categoria profissional, ou seja, houve a elaboração de casos específicos para a equipe NASF, equipe médica e equipe de enfermagem; distribuídos de acordo com a dimensão descrita no questionário.

Após a resolução do caso pelo participante, foi realizado um momento de retroalimentação individual como intervenção prática, por meio da devolutiva da solução recomendada para cada situação, tendo como referência o documentos-base do *Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings* (Siegel et al., 2007)

Este momento objetivou a aproximação da prática e a teoria, tentando estabelecer a devida relação entre o conhecimento

construído e aquele a ser construído. Foram proporcionados breves momentos de discussão que possibilitaram as melhorias de intervenção e esclarecimento de dúvidas a respeito do assunto abordado.

Como proposta de trabalho foi realizado um único encontro de trinta minutos, em um ambiente calmo, tranquilo e sem interferência externa, dentro da própria unidade de trabalho e durante a sua jornada de trabalho.

Momento IV: Foi realizada uma nova pausa de aproximadamente uma semana, para que o conteúdo compartilhado pudesse ser consolidado. Então foi aplicado novamente o questionário (o mesmo questionário aplicado no primeiro momento).

Momento V: Foi realizada uma análise de cada questionário como no Momento II. Complementarmente houve uma análise descritiva das diferenças nos percentuais de acertos referentes à parte de conhecimento do questionário entre o momento I e momento IV. A parte referente a comportamentos dos participantes foi avaliada por meio da diferença da graduação nos perfis obtidos

Momento VI: Como última etapa, a pesquisadora propôs elaborar um momento de retroalimentação final, coletiva cujo objetivo foi contribuir para a construção e a solidificação do saber dentro da unidade.

Figura 1: Representação esquemática do percurso metodológico

6.4 Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na UBS Cidade Ipava, localizada no extremo sul do município de São Paulo, distrito do Jardim Ângela, sob a supervisão técnica de saúde da subprefeitura do M' Boi Mirim, atualmente gerenciada pela Organização Social Centro de Estudos e Pesquisa Doutor João Amorim (OS-CEJAM).

A opção pelo campo de desenvolvimento desta pesquisa é devido ao fato de que a pesquisadora responsável atuava nesta unidade, para tal foi realizado uma solicitação junto a OS- CEJAM para autorização da pesquisa acadêmica científica (APENDICE B).

Esta UBS oferece atendimento às comunidades dos bairros Cidade Ipava e Vila Gilda, cuja população atendida corresponde a 16.409 habitantes cadastrados; formada por quatro equipes da ESF, a saber: equipe amarela, vermelha, verde e vermelha; todas compostas por um médico da família, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários da saúde que atuam dentro de uma área de abrangência delimitada e que oferecem cuidados para um determinado número de famílias.

Como equipe de apoio para a ESF, foi constituída a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tendo como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (Brasil, 2008).

As equipes de NASF são compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.

Estas equipes não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de

saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as Equipes de Saúde da Família (Brasil, 2008).

As equipes NASF na UBS Cidade Ipava realizam os atendimentos todas as terças feiras e quintas feiras sendo compostas por: fisioterapeutas, nutricionista, fonoaudióloga, psicóloga, educador físico e assistente social.

6.5 População alvo

A população alvo do presente estudo foi constituída pelos profissionais de saúde que trabalham na unidade descrita acima e que aceitem a sua participação. Optou-se por considerar como critérios de inclusão: a) profissionais de enfermagem, b) profissionais médicos e c) profissionais da equipe de apoio (NASF) que atuam diretamente na assistência aos usuários.

Não serão incluídos no estudo os profissionais que atuam na área administrativa e gerencial. Optou-se por neste estudo não incluir os agentes comunitários de saúde, visto que a formação destes trabalhadores não inclui o ensino de PP e PE e assim não sendo compatível com o escopo do questionário validado.

6.6 Instrumento para coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado o questionário (ANEXO A) cujo conteúdo foi desenvolvido e validado pela pesquisadora Michele Pacheco Sako, em sua dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de São Carlos (2016), com título: "Conhecimento de profissionais da atenção primária em saúde sobre precaução padrão e específicas: construção e validação de instrumento".

O desenvolvimento e validação do questionário é componente integrante do projeto de pesquisa "Estratégia educativa em precauções para a transmissão de microrganismos na atenção

primária em saúde e hospitalar” (Processo FAPESP n. 2014/ 08663-1), coordenado pela Prof^a. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo, do Departamento de Enfermagem da UFSCAR, tendo como um dos pesquisadores participantes a Prof^a. Dra. Maria Clara Padoveze, do Departamento de Enfermagem da Universidade de São Paulo, orientadora do estudo aqui apresentado.

O questionário foi desenvolvido em dois módulos a primeira relacionada à avaliação do índice de acertos sobre precaução padrão e específicas e outra a respeito da avaliação da frequência de boas práticas no comportamento referido sobre precauções padrão e específicas.

Na avaliação do conhecimento foram utilizadas questões fechadas do tipo dicotômico, no qual o respondente deve escolher um das duas opções de respostas pré-estabelecidas, como “certas” ou “erradas”; na avaliação da frequência de boas práticas no comportamento referido sobre PP e PE foram utilizadas questões de Escala de Likert, que consiste no apontamento da frequência com que o profissional realiza a ação descrita, afirmando até que ponto o respondente concorda ou discorda do pressuposto (Sako, 2016).

O instrumento contém as seguintes dimensões, no módulo A: identificação de risco, higienização das mãos (HM), o uso de luvas de comum, o uso de máscaras e a etiqueta respiratória e medicação segura e descarte de perfurocortante.

No módulo B, a avaliação de frequência de boas práticas no comportamento referido sobre precauções padrão e específicos, graduada segundo a escala de Likert nas seguintes categorias: sempre, muito frequente, não lembro, poucas vezes e nunca.

O instrumento proposto foi validado por juízes especialistas, profissionais com grau de especialização, com experiência e o alto grau de conhecimento no assunto, como critério de validação do instrumento foram estabelecido os seguintes itens: a) experiência profissional mínima de dois anos na assistência da APS; b) experiência profissional de dois anos e/ou especialização em

controle de infecção; c) pesquisador na área de enfermagem na APS ou em controle de infecção.

6.7 Coleta de dados

A coleta de dados seguiu um cronograma com a seleção dos participantes, no segundo trimestre de 2016, no qual os profissionais foram abordados e entrevistados em seu próprio turno de trabalho e possíveis dúvidas quanto ao preenchimento do questionário foram esclarecidas antes da aplicação.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora responsável, e a aplicação do questionário ocorreu em dois momentos conforme descrito no percurso metodológico, porém no momento inicial o participante da pesquisa recebeu o termo de consentimento livre e esclarecido.

A aplicação do questionário foi realizada em momento único presencial no qual o profissional recebeu o material e entregou preenchido imediatamente, o objetivo principal deste procedimento foi eliminar possíveis interferências externas, tais como influência de opinião e conhecimento de outros profissionais de saúde.

Devido à amostra pertencer aos profissionais da mesma unidade, cada um individualmente não foi identificado.

A proposta foi que a coleta de dados ocorresse no horário de trabalho e a escolha aconteceu de forma aleatória de maneira que a pesquisadora conseguisse atingir todo o universo de trabalhadores de saúde na unidade.

6.8 Análise dos dados

A análise dos dados considerou a avaliação do conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde da atenção primária à saúde com relação às precauções padrão e específicas, através das

respostas do questionário (ANEXO A) coletadas durante os momentos III e V.

Com relação à avaliação do conhecimento foi considerado o percentual de acertos, da seguinte forma:

- a) Individual: percentual de acertos de cada indivíduo em relação ao conjunto de questões.
- b) Coletivo: percentual de acertos do grupo para cada questão avaliada.

Com relação à frequência auto-referida, foram consideradas as frequências absolutas e relativas de cada resposta na escala de Likert.

Nos momentos III e IV foram realizados as análises descritivas do percentual de acertos (módulo A) e o perfil de comportamento referido (módulo B) obtidos na aplicação pré e pós a intervenção educativa.

As variáveis do instrumento foram codificadas através de um banco de dados na *Planilha Microsoft Excel for Windows 2007*, sendo realizada por uma análise estatística descritiva e apresentada na forma de tabelas e gráficos, conforme a pertinência.

6.9 Aspectos éticos e legais

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) para apreciação e obtenção do parecer conforme consta na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos, e para o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP-SMSSP) orientou que o projeto fosse previamente enviado para avaliação juntamente com o documento

de autorização da Coordenadoria Regional de Saúde Sul, para a realização da pesquisa condicionada a apresentação do parecer para o início da coleta de dados.

Como se trata de uma unidade gerenciada pela Organização Social Centro de Estudos e Pesquisa Doutor João Amorim (OS-CEJAM), foi obtida a autorização da mesma para o desenvolvimento da pesquisa (APÊNDICE B).

Vale salientar que todo o processo de parecer destas instâncias para autorização dos procedimentos de coleta de dados teve uma duração de aproximadamente nove meses, desde a entrada do pedido inicial até a liberação final de sua aprovação.

Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, número 1.464.689; e parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, número 1.502.316 (ANEXO B e C).

Os sujeitos da pesquisa foram devidamente informados sobre o objetivo do estudo, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) que foi aplicado para todos os participantes, no qual são descritas todas as informações necessárias para o estudo.

Entretanto, como toda pesquisa que envolve seres humanos possui riscos associados, que nesse caso pode ocasionar desconforto, cansaço ou constrangimento ao participar das atividades propostas. A participação foi voluntária e os riscos foram minimizados, caso algum profissional sentir-se desconfortável, poderia interromper sua avaliação em definitivo ou temporariamente, priorizando sempre sua decisão.

Os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o termo a fim de garantir o cumprimento das questões éticas em pesquisa que envolve seres humanos. Ressalta-se que os dados não foram divulgados de forma a possibilitar a identificação do

profissional, garantido o anonimato de forma a evitar que sofra qualquer consequência advinda dos resultados da pesquisa;

A pesquisa ocorreu no horário de trabalho, sem que houvesse prejuízo na assistência aos usuários, de maneira organizada e realizada somente com a autorização do gestor da unidade em dias e horários pré determinados.

7. RESULTADOS

Os resultados obtidos na pesquisa encontram-se apresentados a seguir seguindo a seguinte organização: a) característica os participantes segundo o grau de escolaridade e sexo, b) dimensão: identificação de risco, c) dimensão: higienização das mãos, c) dimensão: uso de luvas, d) dimensão uso de máscaras e a etiqueta respiratória, e) dimensão: medicação segura e descarte de perfuro cortante e f) avaliação da frequência de boas práticas no comportamento referido sobre PP e PE.

Optou-se por destacar as questões que não apresentaram 70% de acertos na equipe, uma vez que este é um valor clássico indicativo de maioria.

Ao final foi realizado uma avaliação descritiva comparando os resultados obtidos nos questionários nos momento I e no momento IV, a fim de identificar os possíveis resultados positivos de mudança após a intervenção educativa.

7.1 Característica da amostra

Dos 25 sujeitos previstos no universo da pesquisa, participaram da pesquisa 20 sujeitos (83,3%) na amostra. A perda dos sujeitos foi de 5 (20%); destes, 3 sujeitos (60%) não quiseram participar do estudo, 1 sujeito (20%) encontrava-se no período de férias e 1 sujeito (20%) não estava na instituição no momento da aplicação do questionário.

Não será apresentado o resultado por categoria para evitar a possível identificação dos participantes da pesquisa.

A Tabela 1 mostra os dados relacionados a caracterização os participantes do estudo, conforme sexo e formação profissional.

Tabela 1. Distribuição dos participantes do estudo na Unidade Básica de Saúde Cidade Ipava, segundo sexo e formação profissional. São Paulo, 2016.

Variável		Nº	%
Sexo	Feminino	19	95
	Masculino	1	5
Formação profissional	Nível Técnico	8	40
	Nível Superior	12	60

Os participantes caracterizaram-se por ser majoritariamente do sexo feminino e, em maior parte, possuindo nível superior.

7.2 Primeiro momento

De acordo com o percurso metodológico, no momento I, houve a aplicação do questionário sendo a seguir apresentado os resultados relacionados com a distribuição dos números de acertos individuais dos participantes do estudo, conforme as dimensões proposta pelo instrumento.

Tabela 2. Distribuição do número e percentagem de acertos individuais dos participantes da pesquisa no momento I, referente às dimensões proposta. São Paulo, 2016.

% (n) de acertos individuais dos participantes em relação às questões			
Dimensão	N. questões	Mínimo	Máximo

Identificação de risco	6	50,0 (N=3)	100,0 (n=1)
Higienização das mãos	14	57,1 (n=8)	92,8 (n=13)
Uso de luvas comum	11	63,6 (n=7)	90,9 (n=10)
Uso de máscara e etiqueta respiratória	11	36,3 (n=4)	90,9 (n=10)
Medicação Segura e Descarte de Material Perfuro Cortante	5	80,0 (n=4)	100,0 (n=5)

7.3 Dimensão: Identificação de risco

Para esta primeira dimensão Sako (2016), elaborou seis perguntas (ANEXO A) referentes aos locais críticos e aos riscos de exposição ocupacional dos profissionais da APS, com média de acerto individual descrita na Tabela 2.

No que diz respeito às respostas obtidas verificamos que o assunto abordado na segunda questão: *"locais como o corpo do indivíduo, os dispositivos ou ambiente com presença de fluidos corporais apresentam risco de contaminação para o profissional de saúde- resposta esperada: certa"* foi bem compreendido, alcançando 100% de participantes que acertaram.

Entretanto, com relação à sexta questão: *"deve-se orientar que não é preciso separar copos e talheres do indivíduo que apresente TB, pois a transmissão se dá apenas por via respiratória - resposta esperada: certa"* houve um baixo percentual de acerto (40%). Isto demonstra a falta de conhecimento do modo de

transmissão da tuberculose pulmonar, a qual não ocorre por transmissão fecal-oral.

Nesta dimensão, destacamos duas questões que obtiveram uma frequência de acertos inferior a 70%, conforme representado na Tabela 3

Tabela 3. Questões referentes à dimensão "Identificação de risco" com percentual de acertos inferior a 70% entre os participantes no momento I. São Paulo, 2016.

Questões com percentual de acertos inferior a 70%	Profissionais que acertaram	
	%	N
Locais críticos são os locais no corpo do usuário que devem ser protegidos de contaminação, pois são portas de entrada para os microrganismos.	45	9
Deve-se orientar que não é preciso separar copos e talheres do usuário que apresente TB, pois a transmissão se dá apenas por via respiratória.	40	8

7.4 Dimensão: Higienização das mãos

A avaliação quanto ao conhecimento sobre a higienização das mãos e o uso da solução alcoólica foram propostas por Sako (2016) em quatorze questões (ANEXO A), sendo que nenhum dos sujeitos conseguiu obter 100% de acertos em todas as questões. Houve em todas as questões um mínimo de acerto individual de 57,1% (n=8), conforme representada na Tabela 2.

No que diz respeito às respostas da quinta questão: *“a higienização das mãos deve ser realizada antes e após contato com*

local crítico do indivíduo visando evitar a transmissão de microrganismos de um sítio para outro no próprio indivíduo e no ambiente terapêutico - resposta esperada: certa” e na sexta questão: *“é imprescindível a higienização das mãos antes de realizar um procedimento limpo ou asséptico, quando envolver contato direto ou indireto com o indivíduo, para evitar contaminação - resposta esperada: certa*”, constatamos que a temática é bem compreendida pelos profissionais, alcançando 100% de acertos.

Entretanto, com relação à segunda questão: *“a preparação alcoólica é uso preferencial para higienização das mãos - resposta esperada: certa*”, somente 35% (n=7) obtiveram êxito na resposta, o que demonstra a fragilidade no conhecimento sobre o uso da solução alcoólica para higienização das mãos.

Nesta dimensão, destacamos cinco questões que obtiveram uma frequência de acertos inferior a 70%, conforme representado na Tabela 4.

Tabela 4. Questões referentes à dimensão "Higienização das mãos" com percentual de acertos inferior a 70% entre os participantes no momento I. São Paulo, 2016.

Questões com percentual de acertos inferior a 70%	Profissionais que acertaram	
	%	Nº
A preparação alcoólica é de uso preferencial para higienização das mãos	35	7
A higienização das mãos com preparação alcoólica é indicada sempre que as mãos não estiverem visivelmente sujas.	65	13
O uso de luvas representa uma barreira de proteção entre os fluídos corporais do usuário e a pele do Profissional de Saúde. Dessa	50	10

forma é dispensável a higienização das mãos
antes de calçar as luvas

A higienização das mãos com água e sabão seguida de fricção com preparação alcoólica aumenta a segurança do profissional	40	8
Na administração de vacinas não é indicada a higienização das mãos com preparação alcoólica.	55	11

7.5 Dimensão: Uso de luvas comum

Sako (2016) estruturou a dimensão sobre o uso de luvas comum através de 11 questões (ANEXO A), sendo que nenhum dos sujeitos conseguiu obter 100% de acertos em todas as questões. Houve em todas as questões uma média de acerto individual no máximo de 90,9% (n=10), conforme representada na Tabela 2.

No que diz respeito às respostas obtidas verificamos que o assunto abordado na segunda questão: *“as luvas devem ser trocadas sempre antes de entrar em contato com outro indivíduo, mesmo se não apresentar sujidade - resposta esperada: certa”*, e sétima questão: *“o uso de luvas é indicado para realização de procedimentos como glicemia capilar, administração de medicamentos endovenosos e teste do pezinho - resposta esperada: certa”* são bem compreendidos, alcançando 100% de acertos entre os participantes.

Entretanto, na questão: *“para a realização do curativo simples o uso de luvas é indispensável, independente do uso ou não de pinças - resposta esperada: errada”* houve uma frequência de 20% (n=4) o que demonstra a falta de compreensão sobre o uso de luvas na realização de curativos com auxílio de pinças.

Nesta dimensão, destacamos quatro questões que obtiveram uma frequência de acertos inferior a 70%, conforme representado na Tabela 5.

Tabela 5. Questões referentes à dimensão "Uso de luvas comum" com percentual de acertos inferior a 70% entre os participantes no momento I. São Paulo, 2016.

Questões com percentual de acertos inferior a 70%	Profissionais que acertaram	
	%	Nº
Durante o atendimento ao usuário em precaução de contato o profissional de saúde deve utilizar luvas sempre que tocar no usuário e em seus pertences (suas imediações), mesmo se não apresentar riscos de exposições com líquidos corpóreos ou pele não íntegra.	60	12
Para realização de medicação intramuscular e subcutânea, como na vacinação, é indicado o uso de luvas.	25	5
É obrigatório o uso de luvas nas precauções específicas, ou seja, de contato, por gotículas e por aerossóis, por se tratar de medida básica de precaução.	45	9
Para a realização de curativo simples o uso de luvas é indispensável, independente do uso ou não de pinças.	20	4

7.6 Dimensão: Uso de máscaras e a etiqueta de tosse

Na quarta dimensão sobre uso de máscaras e a etiqueta de tosse Sako (2016) propôs a avaliação nesta a dimensão através de onze questões dicotômicas (ANEXO A). Nenhum dos sujeitos conseguiu obter 100% de acertos, a média de acertos individual esta representada na Tabela 2.

No que diz respeito às respostas obtidas, a quinta questão: *“em uma visita domiciliar ao indivíduo suspeito ou confirmado bacilífero para TB o profissional de saúde deve utilizar máscara cirúrgica, solicitar para ele realizar a etiqueta de tosse, e se possível manter-se em local arejado - resposta esperada: errada”* houve uma frequência de 5% (n=1) de acerto; o que demonstra o desconhecimento sobre o uso correto da máscara PFF2/N95 para os profissionais de saúde por possuir um filtro que permite a retenção de partículas muito pequenas advindas da contaminação ambiental pela tuberculose.

Nesta dimensão, destacamos quatro questões que obtiveram uma frequência de acertos inferior a 70%, conforme representado na Tabela 6.

Tabela 6. Questões referentes à dimensão "Uso de máscaras e a etiqueta de tosse" com percentual de acertos inferior a 70% entre os participantes no momento I. São Paulo, 2016.

Questões com percentual de acertos inferior a 70%	Profissionais que acertaram	
	%	Nº
A etiqueta de tosse consiste em cobrir o nariz e a boca com as mãos ao tossir ou espirrar.	30	6
Em uma visita domiciliar ao indivíduo suspeito ou confirmado bacilífero para TB o Profissional de Saúde deve utilizar máscara cirúrgica, solicitar para ele realizar a etiqueta de tosse, e se possível manter-se em local arejado.	5	1
Ao atender usuários em início de tratamento para TB, os Profissionais de Saúde deverão utilizar máscara de proteção respiratória (PFF2/N95), dispensando o usuário do uso da	60	12

máscara cirúrgica.		
Para manter a privacidade do usuário a coleta de escarro deve ser realizada em cômodo fechado, exemplo, banheiros.	65	13

7.7 Dimensão: Medicação segura e descarte de perfurocortante

A quinta dimensão referente a medicação segura e descarte de perfurocortante, Sako (2016) propôs a avaliação através de cinco questões (ANEXO A). Esta dimensão foi a que obteve o maior número de indivíduos com total de acertos 100% (n=5); representada na Tabela 2.

Não houve nesta dimensão nenhum participante que acertou menos que 70% das questões, o que demonstra o domínio por parte dos profissionais com relação ao assunto.

7.8 Avaliação da frequência de boas práticas no comportamento auto referido sobre precauções padrão e específicas

Sako (2016) com relação ao comportamento auto referido sobre precauções padrão e específicas (ANEXO A) utilizou onze perguntas que gradua a frequência das boas práticas no comportamento, sendo apresentada na Tabela 7.

Ao realizar a análise separadamente dos itens identificamos que para o primeiro item: *“com que frequência você utiliza preparação alcoólica para higienização das mãos”*, 13 (65%) dos participantes indicaram como frequência “poucas vezes”.

Para o item 2, 9 (45%) dos profissionais responderam “sempre” para o componente: *“considerando quando suas mãos não estão visivelmente sujas, com que frequência você as higieniza com água e sabão”*.

Sobre *“com que frequência você usa luvas ao realizar teste de glicemia capilar”*, 6 (30%) relataram “sempre”, porém 20% (n=4) responderam “nunca” usar luvas para fazer teste de glicemia capilar conforme o item 3.

Para os componentes do quarto item *“com que frequência você realiza higienização das mãos na administração de vacinas entre um indivíduo e outro durante a campanha”*, item 5 *“com que frequência você realiza a higienização das mãos antes de realizar procedimento com os indivíduos”* e item 6 *“com que frequência você realiza a higienização das mãos após realizar procedimentos com os indivíduos”* os profissionais alocaram como resposta “sempre” 8 (40%) para administração de vacinas, 13 (65%) antes de realizar procedimentos e 13 (65%) após realizar procedimentos.

No sétimo item, sobre *“a frequência você realiza a higienização das mãos nos dois momentos: antes e após a realização de procedimentos com indivíduos”* 50% (n=10), alocaram “sempre” como resposta.

Com relação a *“com que frequência ao visitar um indivíduo sintomático para TB você utiliza máscara de proteção respiratória (PFF2/N95)”*, 40% (n=8) alocaram “nunca” como resposta no item 8, porém sobre *“com que frequência você orienta o indivíduo bacilífero de TB a utilizar máscara cirúrgica durante o tempo que permanecer na unidade de saúde”* cerca de 7 (35%) relataram “sempre”.

No que diz respeito *“com que frequência você orienta o manuseio de material perfurocortante no domicílio para indivíduos insulínodos dependentes”* cerca de 9 (45%) assinalaram “sempre” como resposta.

No item 11 *“com que frequência você acomoda separadamente indivíduos com varicela ou TB bacilífera na sua unidade de saúde quando presente”*, 30% (n=6) assinalaram “nunca” como resposta.

E no último item, sobre *“com que frequência você participa de treinamentos sobre o tema precauções no seu local de trabalho”*, 30% (n=6) alocaram “nunca” como resposta.

Tabela 7. Distribuição das respostas dos profissionais com relação a boas práticas no comportamento referido sobre precauções padrão e específica no momento I. São Paulo, 2016.

Item da escala de comportamento auto referido	Sempre		Muito frequente		Não lembro		Poucas vezes		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Com que frequência você utiliza preparação alcoólica para a higienização das mãos?	2	10	3	15	2	10	13	65	0	0
Considerando quando suas mãos não estão visivelmente sujas, com que frequência você as higieniza com água e sabão?	9	45	7	35	1	5	2	10	1	5
Com que frequência você usa luvas quando realiza teste de glicemia capilar?	6	30	1	5	2	10	7	35	4	20
Com que frequência você realiza a higienização das mãos na administração de vacinas entre um usuário e outro durante uma campanha?	8	40	1	5	5	25	0	0	6	30

Item da escala de comportamento auto referido	Sempre		Muito frequente		Não lembro		Poucas vezes		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Com que frequência você realiza a higienização das mãos antes de realizar procedimentos com os usuários?	13	65	4	20	2	10	0	0	1	5
Com que frequência você realiza a higienização das mãos após realizar procedimentos com os usuários?	13	65	5	25	1	5	1	5	0	0
Com que frequência você realiza a higienização das mãos nos dois momentos: antes e após a realização de procedimentos com os usuários?	10	50	7	35	1	5	2	10	0	0
Com que frequência ao visitar um usuário sintomático para TB você utiliza máscara de proteção respiratória (PFF2/N95)?	4	20	1	5	4	20	3	15	8	40

Item da escala de comportamento auto referido	Sempre		Muito frequente		Não lembro		Poucas vezes		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Com que frequência você orienta o usuário bacilífero de TB a utilizar máscara cirúrgica durante o tempo que permanecer na unidade de saúde?	7	35	3	15	5	25	1	5	4	20
Com que frequência você orienta o manuseio de material perfurocortante no domicílio pelos usuários insulínos dependentes?	9	45	2	10	2	10	4	20	3	15
Com que frequência você acomoda separadamente usuários com varicela ou TB bacilífero na sua unidade de saúde, quando presentes?	2	10	0	0	5	25	7	35	6	30
Com que frequência você participa de treinamentos sobre o tema precauções no seu local de trabalho?	3	15	2	10	2	10	7	35	6	30

7.9 Intervenção educativa

Para a continuidade do estudo, houve uma pausa entre os momentos I e II da trajetória do percurso metodológico. No entremeio destes momentos, houve a realização do processo de intervenção educativa baseados em casos (momento III) no qual foram realizados cinco casos de acordo com cada dimensão proposta por Sako (2016) em seu instrumento e separados de acordo com a categoria profissional (APÊNDICE C, D e E).

De acordo com o método empregado para a intervenção educativa, os profissionais foram estimulados a ler os casos e apontar problemas que eles tinham identificado em relação às medidas de prevenção e apontar possíveis soluções.

Os casos foram distribuídos individualmente para que não houvesse possibilidade de troca de informações entre os profissionais sobre o conhecimento anteriormente à aplicação dos casos.

Foram proporcionados cerca de trinta minutos (de acordo com a necessidade), para o profissional pudesse fazer a leitura do material; entretanto devido a rotina da ESF alguns profissionais foram interrompidos para prestar a assistência aos usuários do serviço.

Ressalta-se que os profissionais foram estimulados a expressar livremente suas opiniões sobre problemas e soluções; por ser uma estratégia pouco conhecida muitos profissionais a princípio ficaram apreensivos, entretanto no período de discussão puderam identificar-se com as situações vivenciadas no dia-a-dia e trouxeram outras experiências relacionadas ao tema proposto.

As condutas corretas foram discutidas através de questionamentos guiados por um caderno de resposta elaborado com todos os conceitos propostos no estudo (APÊNDICE F), a retroalimentação foi realizada de maneira coletiva com vários participantes.

A seguir a esta primeira etapa da abordagem, foi realizada uma breve discussão para reforçar conceitos adequados em cada dimensão.

Categoria: Equipe de Enfermagem (APÊNDICE C)

Dentre os membros da equipe de enfermagem, a primeira dimensão relacionada à identificação de risco houve os seguintes depoimentos como problemas identificados e possíveis soluções apontadas.

Problemas identificados	Possíveis soluções apontadas
“Deixar as crianças com outros pacientes” “Não fornecer máscaras” “Porque não priorizar o atendimento” “Contaminação por contato” “Fazer busca ativa na creche e nas demais crianças, evitar deixar a crianças coçar o local para evitar problemas maiores”	“Poderíamos colocar máscaras para ser distribuídas na recepção assim que o paciente chegasse com a queixa” “Colocar essa criança em outra sala” “Pedir para a enfermeira do acolhimento agilizar o atendimento” “Levar essa criança direto para o médico avaliar”

Observe-se que “fazer busca ativa na creche e nas demais crianças, evitar deixar a crianças coçar o local para evitar problemas maiores” apontado como problema identificado pelo profissional, mas na realidade se trata de algum tipo de medida preventiva.

Nesta dimensão alguns conceitos foram discutidos com os profissionais participantes, como dúvidas com relação à cadeia epidemiológica, a importância de estar atento quanto à transmissão por gotículas ou aerossol sempre que houver doença exantemática

suspeita ou confirmada (como em casos de varicela, sarampo, etc.), a sensibilidade em priorizar o atendimento para minimizar o risco e a necessidade de orientar a separação geográfica de casos com suspeita de doenças transmitidas por aerossol ou gotículas.

Na segunda dimensão relacionada à higienização das mãos (HM), os seguintes problemas foram relacionados:

Problemas identificados	Possíveis soluções apontadas
<p>“Não lavar as mãos em todas as etapas”</p> <p>“A correria faz esquecermos procedimentos importantes”</p> <p>“Falta de higienização das mãos”</p> <p>“Contaminação da vacina e na aplicação da mesma”</p> <p>“Prestar mais atenção ao realizar o procedimento no processo em si”</p>	<p>“Higienizar as mãos antes de qualquer procedimento ser realizado em sala e após procedimento”</p> <p>“Realizar aulas educativas para cada funcionário sobre HM”</p> <p>“Relembrar sempre a importância da higiene das mãos no processo de seu trabalho e que cada procedimento deve ser realizado com calma independente da quantidade de funcionários”</p>

Alguns conceitos foram discutidos nesta dimensão em conjunto com os profissionais participantes: como o cuidado quando há pouco tempo para realizar as rotinas, pois há chance para induzir à falha na adesão a higienização das mãos e o uso das soluções alcoólicas que agem mais rapidamente e requerem menos tempo, além da excelente ação germicida (60-95%) sendo mais efetivo que a higiene com água e sabão.

Durante a discussão várias dúvidas surgiram com relação ao uso do álcool, como o tempo para higienizar as mãos e a quantidade de vezes que poderiam ser utilizados; alguns relataram que não

possuem o hábito de usar a solução achando não fazer a higiene correta.

Com relação à terceira dimensão sobre o uso de luva comum foram identificados os seguintes problemas e soluções apontadas.

Problemas identificados	Possíveis soluções apontadas
<p>“Não fazer o uso das luvas corretamente”</p> <p>“Esquecer de higienizar as mãos a cada troca de luvas”</p> <p>“Risco de contaminação com material biológico”</p> <p>“Procedimento sendo realizado de forma inadequada”</p>	<p>“Atenção ao realizar os procedimentos”</p> <p>“Trocar as luvas a cada paciente acompanhado pela lavagem das mãos”</p> <p>“Realizar o procedimento com calma de forma a evitar colocar em risco a integridade da pele e da própria funcionária”</p>

No momento de discussão houve um período que foi enfatizado o cuidado relação a saúde ocupacional dos profissionais, em virtude do caso relatar sobre exposição ao material biológico. Foi também salientado a importância de realizar corretamente o uso das luvas e higienização das mãos, sendo proposta a possibilidade de usar o produto alcoólico para agilizar a HM.

Na quarta dimensão sobre o uso de máscara e etiqueta de tosse houve os achados apresentados a seguir:

Problemas identificados	Possíveis soluções apontadas

<p>“Local incorreto para coleta de escarro”</p> <p>“Não fornecer máscara para o paciente”</p> <p>“Risco de contaminação para as demais pessoas ao redor do convívio e demais usuários”</p> <p>“Local inapropriado para coleta”</p>	<p>“Orientar a colher lá no jardim, embaixo da árvore”</p> <p>“Orientar fazer a coleta do escarro em local ventilado”</p> <p>“Fornecer a máscara para o paciente”</p>
--	---

No momento de discussão, foi explicado o conceito de etiqueta de tosse, pois uma grande parcela dos profissionais de enfermagem apresentava fragilidade neste conhecimento, alguns relataram que ensinavam a colocar as mãos para cobrir a boca ao tossir e espirrar.

Sobre a importância do uso da máscara, durante a discussão dos casos foi reforçado que a mesma serve de barreira impedindo a dispersão de microrganismo através da tosse, espirro ou fala dos indivíduos sintomáticos respiratórios; sendo considerado um filtro de retenção de partículas advindas das secreções respiratórias.

E por último foi discutido a importância de priorizar o atendimento para evitar que haja exposição prolongada de indivíduos vulneráveis às fontes de transmissão de tuberculose.

Na última dimensão sobre medicação segura e descarte de perfurocortante os seguintes problemas e soluções foram identificadas.

Problemas identificados	Possíveis soluções apontadas
--------------------------------	-------------------------------------

“Não realizar a troca da agulha e descartar em lugar errado” “Descartar em local inadequado o frasco” “Risco de contaminação ao utilizar a mesma agulha” “Jogar o frasco no lixo comum”	“Ficar atento ao desprezar o frasco” “Observar com atenção onde descartar o frasco e agulha” “Deve ser trocar as agulhas a cada paciente independente de ser a mesma medicação ou frascos diferentes”
--	---

Nesta dimensão, observe-se que não houve tanta dificuldade para compreender os conceitos; foi orientado sobre o correto descarte de material perfurocortante tendo a unidade de saúde à responsabilidade de ter recursos apropriados para destinação desses resíduos.

Categoria: Equipe Médica (APÊNDICE D)

Entre os participantes profissionais médicos a primeira dimensão relacionada à identificação de risco os seguintes achados foram obtidos.

Problemas identificados	Possíveis soluções apontadas
“Risco de contaminação” “Risco para infecção” “Risco de provocar lesões maiores devido falta de material”	“Usar o EPI corretamente” “Fazer uso de luvas durante o atendimento”

Nesta dimensão foi discutida a importância do uso correto do equipamento de proteção individual, como luvas e óculos de proteção sempre que ocorrer a manipulação ou respingos de fluidos corporais; enfatizando o uso obrigatório das luvas sempre que for

realizar algum procedimento com risco potencial de manejo de fluidos biológicos.

Na segunda dimensão relacionada à higienização das mãos (HM), os seguintes problemas foram relacionados:

Problemas identificados	Possíveis soluções apontadas
“Risco de contaminação” “Risco de infecção”	“Higienizar as mãos antes de qualquer procedimento” “Lavar as mãos”

Alguns conceitos foram discutidos nesta dimensão: como o uso das soluções alcoólicas que agem mais rapidamente e requerem menos tempo, além da excelente ação germicida (60-95%) e tendo eficácia melhor do que a higiene com água e sabão.

Com relação à terceira dimensão sobre o uso de luva comum, foram destacados.

Problemas identificados	Possíveis soluções apontadas
“Risco de contaminação” “Risco de infecção” “Não utilizar luvas na realização da glicemia capilar”	“Prestar atenção ao realizar os procedimentos” “Sempre fazer o uso de luvas para realizar a glicemia capilar”

No momento de discussão foi salientado a importância de realizar corretamente o uso das luvas mesmo em procedimentos simples e fazer a higienização das mãos, foi também estimulado o uso de produto alcoólico para realizar a HM.

Na quarta dimensão sobre o uso de máscara e etiqueta de tosse houve os relatos dos seguintes problemas:

Problemas identificados	Possíveis soluções apontadas

“Uso incorreto da máscara” “Falta de conhecimento do modo de transmissão”	“Orientar os profissionais sobre a cadeia de transmissão” “Orientar sobre o uso correto da utilização da máscara”
--	--

No momento de discussão, foi orientado sobre a importância do uso da máscara no período de transmissibilidade da tuberculose, servindo de barreira impedindo a dispersão de microrganismo através da tosse, espirro ou fala dos indivíduos sintomáticos respiratórios; sendo considerado um filtro de retenção de partículas advindas das secreções respiratórias.

Na última dimensão sobre medicação segura e descarte de perfurocortante os seguintes problemas foram relatados:

Problemas identificados	Possíveis soluções apontadas
“Ficar atento onde desprezar o material” “Desprezar o material em lixo especial” “Não orientar descartar o material em lixo comum”	“Orientar a ir na UBS retirar o recipiente correto” “Ensinar a descartar corretamente para evitar contaminação”

Nesta dimensão, observe-se que não houve tanta dificuldade para compreender os conceitos; foi salientado sobre o correto descarte de material perfurocortante tendo a unidade de saúde à responsabilidade de ter recursos apropriados para destinação desses resíduos.

Categoria: Equipe NASF (APÊNDICE E)

Esta categoria é formada por uma equipe multidisciplinar com atuações diferentes dentro da ESF, na primeira dimensão

relacionada à identificação de risco houve os achados apresentados a seguir.

Problemas identificados	Possíveis soluções apontadas
“Contaminar o paciente e ser contaminado” “Risco de contaminação para o paciente”	“Usar luvas sempre” “Fazer o uso de luvas e higienizar as mãos antes de manipular o paciente”

Nesta dimensão alguns conceitos foram discutidos, sobre a importância de compreender a cadeia epidemiologia das doenças e o papel potencial dos fluidos corporais na transmissão de patógenos além da importância do uso correto de luvas e higienização das mãos.

Na segunda dimensão relacionada à higienização das mãos (HM), os seguintes problemas e soluções foram relacionados:

Problemas identificados	Possíveis soluções apontadas
“Pegar no RN sem lavar as mãos” “Não lavar as mãos pode prejudicar o bebê que ainda não foi vacinado” “Risco de contaminar a criança, pois tivemos contato com pacientes acamados anterior” “Múltiplas visitas sem higienização das mãos”	“Se não tiver uma pia para higienizar as mãos não tocar na criança, o jaleco também pode ficar contaminado” “Usar o avental e sempre lavar as mãos antes de pegar no RN e orientar a mãe sobre isto”

Nesta dimensão foi orientado sobre o uso das soluções alcoólicas nos atendimentos de visita domiciliar, pois agem mais

rapidamente e requerem menos tempo, podendo ser utilizado em qualquer ambiente, além da excelente ação germicida (60-95%) sendo mais efetivos que a higiene com água e sabão.

Com relação à terceira dimensão sobre o uso de luva comum nos trabalhos de prevenção de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, foram destacados.

Problemas identificados	Possíveis soluções apontadas
“Risco de contaminação devido contato com sangue” “Não uso de luvas e o contato com o sangue” “Risco para doenças transmitidas pelo sangue como o HIV”	“Atenção ao realizar os procedimentos” “Sempre fazer o uso de luvas para realizar a glicemia capilar” “Realizar atividades educativas com os profissionais para melhor orientação dos riscos”

No momento de discussão foi enfatizado o cuidado com relação ao risco de acidente com material biológico e a saúde ocupacional dos profissionais reforçando a importância de realizar corretamente o uso das luvas e a higienização das mãos, sendo estimulado o uso do produto alcoólico para facilitar a HM.

Na quarta dimensão sobre o uso de máscara e a etiqueta de tosse houve os relatos dos seguintes problemas:

Problemas identificados	Possíveis soluções apontadas

“Risco de adquirir uma doença transmitida pelo ar (tuberculose, H1N1)” “Não utilizar a máscara N95” “Risco de contrair a tuberculose”	“Usar a N95 e precaução de contato” “Certificar que o paciente esta fazendo o tratamento medicamentoso” “Fazer o uso da máscara independente do paciente ter diagnóstico se tiver suspeito”
---	---

No momento de discussão, foi explicado o conceito de etiqueta de tosse, pois uma grande parte dos profissionais apresentava desconhecimento sobre o assunto.

Sobre a importância do uso da máscara, foi orientado que a mesma serve de filtro de retenção de partículas advindas das secreções respiratórias servindo principalmente de barreira impedindo a dispersão de microrganismo através da tosse, espirro ou fala dos indivíduos sintomáticos respiratórios.

Na última dimensão sobre medicação segura e descarte de perfurocortante os seguintes problemas foram relatados:

Problemas identificados	Possíveis soluções apontadas
“Falta da trava de segurança da lanceta” “Descarte em lixo comum” “Risco de contaminação devido falta de trava” “Na minha área não trabalho com está demanda não sei como proceder”	“Utilizar equipamento seguro” “Usar material seguro e adequado” “Descartar em lixo próprio”

Nesta dimensão, observe-se que não houve tanta dificuldade para compreender os conceitos; orientado sobre o correto descarte

material perfurocortante mesmo em pequena quantidade, devendo ser em local apropriado para evitar acidentes com risco biológico.

7.10 Re-aplicação do instrumento

Como proposta do percurso metodológico, representado pelo momento IV, houve uma pausa de uma semana e realizado uma nova aplicação do questionário para verificar o impacto da intervenção educativa realizada através dos estudos de casos. A seguir é apresentado um comparativo sobre a frequência de acerto de acordo com cada dimensão proposta por Sako (2016) em seu instrumento (ANEXO A).

Na tabela 8, apresentado os resultados relacionados com a distribuição dos números de acertos individuais dos participantes do estudo, conforme as dimensões proposta pelo instrumento.

Tabela 8. Distribuição do número e percentagem de acertos individuais dos participantes da pesquisa no momento IV, referente às dimensões proposta. São Paulo, 2016.

% (n) de acertos individuais dos participantes em relação às questões			
Dimensão	N. questões	Mínimo	Máximo
Identificação de risco	6	50,0 (N=3)	100,0 (n=7)
Higienização das mãos	14	57,1 (n=8)	100,0 (n=5)
Uso de luvas comum	11	54,5 (n=7)	100,0 (n=3)

Uso de máscara e etiqueta respiratória	11	36,3 (n=1)	100,0 (n=10)
Medicação Segura e Descarte de Material Perfuro Cortante	5	80,0 (n=6)	100,0 (n=14)

7.11 Dimensão: Identificação de risco

Para esta primeira dimensão sobre identificação de risco (ANEXO A), observamos que após a intervenção educativa houve uma mudança significativa com relação ao índice de acertos individuais, pois ocorreu uma ascensão na frequência de profissionais com 100% de acertos (n=7), conforme Tabela 8.

No que diz respeito às respostas obtidas somente a última questão *“deve-se orientar que não é preciso separar copos e talheres do indivíduo que apresente TB, pois a transmissão se dá apenas por via respiratória - resposta esperada: certa”* apresentou baixo percentual de acerto, porém comparado com primeira aplicação no momento I (40%) houve melhora após a intervenção.

Vale destacar que anteriormente a questão *“locais críticos são os locais no corpo do indivíduo que devem ser protegidos de contaminação, pois são portas de entrada para os microrganismos - resposta esperada: certa”* apresentava 45% de acertos no momento I e após a intervenção educativa passou para 75% de acerto individual.

Nesta dimensão, destacamos ainda uma questão que obteve uma frequência de acertos inferior a 70%, conforme representado na Tabela 9.

Tabela 9. Questões referentes à dimensão "Identificação de risco" com percentual de acertos inferior a 70% entre os participantes no momento IV. São Paulo, 2016.

Questões com percentual de acertos inferior a 70%	Profissionais que acertaram	
	%	N
Deve-se orientar que não é preciso separar copos e talheres do usuário que apresente TB, pois a transmissão se dá apenas por via respiratória.	60	12

7.12 Dimensão: Higienização das mãos

Com relação à dimensão higienização das mãos proposto por Sako (2016) (ANEXO A) observou-se um impacto na intervenção educativa com melhora no percentual de acerto individual conforme representado na Tabela 8.

Entretanto, com relação à questão *“higienização das mãos com água e sabão seguida de fricção com preparação alcoólica aumenta a segurança do profissional - resposta esperada: errada”* somente 50% (n=10) obtiveram êxito na resposta, o que demonstra ainda a fragilidade no conhecimento ou falta de compreensão ao interpretar a pergunta comparando com o momento I.

Nesta nova avaliação a questão *“num atendimento domiciliar, o profissional de saúde ao auxiliar um paciente na higiene corporal, deve realizar a higienização das mãos apenas após o cuidado, visto que durante o banho já estará higienizando as mãos com água e sabão - resposta esperada: errada ”* apresentou queda do percentual de acerto da resposta para 65% no momento IV, sendo 75% no momento I.

Destacamos para esta dimensão quatro questões que obtiveram uma frequência de acertos inferior a 70%, conforme representado na Tabela 10.

Tabela 10. Questões referentes à dimensão "Higienização das mãos" com percentual de acertos inferior a 70% entre os participantes no momento IV. São Paulo, 2016.

Questões com percentual de acertos inferior a 70%	Profissionais que acertaram	
	%	Nº
A preparação alcoólica é de uso preferencial para higienização das mãos	65	13
O uso de luvas representa uma barreira de proteção entre os fluídos corporais do usuário e a pele do Profissional de Saúde. Dessa forma é dispensável a higienização das mãos antes de calçar as luvas	60	12
Num atendimento domiciliar, o profissional de saúde ao auxiliar um paciente na higiene corporal, deve realizar a higienização das mãos apenas após o cuidado, visto que durante o banho já estará higienizando as mãos com água e sabão	65	13
A higienização das mãos com água e sabão seguida de fricção com preparação alcoólica aumenta a segurança do profissional	50	10

7.13 Dimensão: Uso de luvas comum

Sako (2016) elaborou nesta dimensão sobre o uso de luvas comum através de 11 questões (ANEXO A), após a intervenção

educativa apenas três sujeitos conseguiram obter 100% de acertos em todas as questões, conforme representada na Tabela 8.

No que diz respeito à questão *“é obrigatório o uso de luvas nas precauções específicas, ou seja, de contato, por gotículas e por aerossóis, por se tratar de medida básica de precaução - resposta esperada: errada”* somente 35% (n=7) tiveram êxito na resposta demonstrando a necessidade de reforçar a orientação dos profissionais sobre o uso das precauções específicas.

Nesta dimensão, destacamos três questões que obtiveram ainda uma frequência de acertos inferior a 70%, conforme representado na Tabela 11.

Tabela 11. Questões referentes à dimensão "Uso de luvas comum" com percentual de acertos inferior a 70% entre os participantes no momento IV. São Paulo, 2016.

Questões com percentual de acertos inferior a 70%	Profissionais que acertaram	
	%	Nº
Para realização de medicação intramuscular e subcutânea, como na vacinação, é indicado o uso de luvas.	45	9
É obrigatório o uso de luvas nas precauções específicas, ou seja, de contato, por gotículas e por aerossóis, por se tratar de medida básica de precaução.	35	7
Para a realização de curativo simples o uso de luvas é indispensável, independente do uso ou não de pinças.	40	8

7.14 Dimensão: Uso de máscaras e a etiqueta de tosse

Na quarta dimensão sobre uso de máscaras e a etiqueta de tosse, Sako (2016) propôs nesta dimensão através de onze questões (ANEXO A), sendo que dois sujeitos conseguiram obter 100% de acertos em todas as questões conforme representada na Tabela 8.

No que diz respeito às respostas obtidas, a quinta questão sobre *“em uma visita domiciliar ao indivíduo suspeito ou confirmado bacilífero para TB o profissional de saúde deve utilizar máscara cirúrgica, solicitar para ele realizar a etiqueta de tosse, e se possível manter-se em local arejado - resposta esperada: errada”* permaneceu mesmo após a intervenção educativa com uma frequência de 35% (n=7) de acerto. Isto demonstra ainda o desconhecimento sobre o uso correto da máscara PFF2/N95 para os profissionais de saúde por possuir um filtro que permite a retenção de partículas muito pequenas advindas da contaminação ambiental pela tuberculose.

Nesta dimensão, destacamos duas questões que obtiveram uma frequência de acertos inferior a 70%, conforme representado na Tabela 12.

Tabela 12. Questões referentes à dimensão "Uso de máscaras e a etiqueta de tosse" com percentual de acertos inferior a 70% entre os participantes no momento IV. São Paulo, 2016.

Questões com percentual de acertos inferior a 70%	Profissionais que acertaram	
	%	Nº
Em uma visita domiciliar ao indivíduo suspeito ou confirmado bacilífero para TB o Profissional de Saúde deve utilizar máscara cirúrgica, solicitar para ele realizar a etiqueta de tosse, e se possível manter-se em local arejado.	35	7

Ao atender usuários em início de tratamento para TB, os Profissionais de Saúde deverão utilizar máscara de proteção respiratória (PFF2/N95), dispensando o usuário do uso da máscara cirúrgica.	60	12
---	----	----

7.15 Dimensão: Medicação segura e descarte de perfurocortante

Para finalizar a quinta dimensão sobre medicação segura e descarte de perfurocortante, Sako (2016) avaliou através de cinco questões (ANEXO A), sendo esta dimensão com maior índice de acertos 100% (n=14), conforme representada na Tabela 8.

Assim como na primeira avaliação, após a intervenção educativa não houve nesta dimensão nenhum sujeito que acerto menos que 70% das questões, o que demonstra o domínio por parte dos profissionais com relação ao assunto.

7.16 Avaliação da frequência de boas práticas no comportamento referido sobre precauções padrão e específicas

A frequência das boas práticas no comportamento referido sobre precauções padrão e específicas (ANEXO A) após a intervenção educativa é apresentada na Tabela 13.

Ao realizar a análise separadamente dos itens identificamos que para o primeiro item: *“com que frequência você utiliza preparação alcoólica para higienização das mãos”*, 13 (65%) alocaram “poucas vezes” tendo resultado semelhante ao momento I.

Para o segundo item *“considerando quando suas mãos não estão visivelmente sujas, com que frequência você as higieniza com água e sabão”*, 15 (75%) dos profissionais responderam “sempre” após a intervenção educativa demonstrando um impacto positivo, pois no momento I a frequência de “sempre” era de 45%.

Sobre a “*com que frequência você usa luvas quando realiza teste de glicemia*” 10 (50%) relataram “sempre”, porém 20% (n=4) responderam “nunca” mantendo a frequência nos dois momentos demonstrando ainda a fragilidade dos profissionais sobre esta conduta.

Com relação ao quarto item, sobre “*com que frequência você realiza a higienização das mãos na administração de vacinas entre um indivíduo e outro durante a campanha*” 40% (n=8) alocaram “sempre” em sua resposta não havendo modificação após a intervenção educativa.

Em relação “*com que frequência você realiza a higienização das mãos antes de realizar procedimentos com usuários*” (item 5), 13 sujeitos (65%) relataram “sempre” como resposta sem mudança no comportamento após a intervenção educativa.

Sobre “*com que frequência você realiza a higienização das mãos após realizar algum procedimento com os indivíduos*” 75% (n=15) alocaram “sempre” como resposta após a intervenção educativa com aumento percentual de 10%.

No sétimo item, sobre “*com que frequência você realiza a higienização das mãos nos dois momentos antes e após procedimento com indivíduos*” 70% (n=14), alocaram “sempre” como resposta.

Com relação “*com que frequência ao visitar um indivíduo sintomático para TB você utiliza máscara de proteção respiratória PFF2/N95*” houve uma mudança significativa na resposta, onde cerca de 25% (n=5) relataram “sempre” e 35% (n=7) alocaram “nunca” em sua resposta.

No que diz respeito ao décimo item “*com que frequência você orienta o manuseio de material perfurocortante no domicílio para indivíduos insulino dependentes*”, cerca de 9 (45%) assinalaram “sempre” como resposta mantendo o padrão do momento I.

No item 11 sobre “*com que frequência você acomoda separadamente indivíduos com varicela ou TB na unidade de saúde*”

quando presentes”, 35% (n=7) assinalaram “poucas vezes” como resposta, mantendo o mesmo percentual do momento I.

E para finalizar o item 12 “*com que frequência você participa de treinamentos sobre tema precauções no seu local de trabalho*” 75% alocaram poucas vezes, alguns consideraram a intervenção educativa com treinamento havendo impacto na frequência.

Tabela 13. Distribuição das respostas dos profissionais com relação a boas práticas no comportamento referido sobre precauções padrão e específica no momento IV. São Paulo, 2016.

Item da escala de comportamento auto referido	Sempre		Muito frequente		Não lembro		Poucas vezes		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Com que frequência você utiliza preparação alcoólica para a higienização das mãos?	2	10	5	25	0	0	13	65	0	0
Considerando quando suas mãos não estão visivelmente sujas, com que frequência você as higieniza com água e sabão?	15	75	2	10	1	5	2	10	0	0
Com que frequência você usa luvas quando realiza teste de glicemia capilar?	10	50	1	5	1	5	4	20	4	20
Com que frequência você realiza a higienização das mãos na administração de vacinas entre um usuário e outro durante uma campanha?	8	40	3	15	4	20	0	0	6	30

Item da escala de comportamento auto referido	Sempre		Muito frequente		Não lembro		Poucas vezes		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Com que frequência você realiza a higienização das mãos antes de realizar procedimentos com os usuários?	13	65	4	20	2	10	0	0	1	5
Com que frequência você realiza a higienização das mãos após realizar procedimentos com os usuários?	15	75	5	25	0	0	0	0	0	0
Com que frequência você realiza a higienização das mãos nos dois momentos: antes e após a realização de procedimentos com os usuários?	14	70	4	20	1	5	1	5	0	0
Com que frequência ao visitar um usuário sintomático para TB você utiliza máscara de proteção respiratória (PFF2/N95)?	5	25	1	5	0	0	7	35	7	35

Item da escala de comportamento auto referido	Sempre		Muito frequente		Não lembro		Poucas vezes		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Com que frequência você orienta o usuário bacilífero de TB a utilizar máscara cirúrgica durante o tempo que permanecer na unidade de saúde?	9	45	3	15	3	15	1	5	4	20
Com que frequência você orienta o manuseio de material perfurocortante no domicílio pelos usuários insulín dependentes?	9	45	2	10	2	10	4	20	3	15
Com que frequência você acomoda separadamente usuários com varicela ou TB bacilífero na sua unidade de saúde, quando presentes?	5	25	4	20	3	15	5	25	3	15
Com que frequência você participa de treinamentos sobre o tema precauções no seu local de trabalho?	0	0	0	0	2	10	15	75	3	15

7.17 Quadro comparativo entre os momentos pré e pós intervenção educativa (momento I e IV)

Considerando como um dos objetivos desta pesquisa, a avaliação do impacto da intervenção educativa mostrou que a mesma foi parcialmente efetiva, apesar de apresentar potencial como uma importante ferramenta para promover reflexão e oportunidade de aprendizagem.

Para a primeira dimensão “Identificação de risco”, no que diz respeito às respostas obtidas verificamos uma mudança parcial nos resultados, apesar do aumento nos índices máximo de acertos individuais com 100% (n=7), algumas questões ainda demonstram fragilidade no conhecimento, conforme Figura 2.

Figura 2. Representação do percentual de acerto nos momentos pré e pós a intervenção educativa, relacionado à dimensão “Identificação de risco”. São Paulo, 2016.

Com relação à dimensão “Higienização das mãos” nota-se a parcialidade da mudança no conhecimento conforme representada na Figura 3.

Figura 3. Representação do percentual de acerto nos momentos pré e pós a intervenção educativa, relacionado à dimensão “Higienização das mãos”. São Paulo, 2016.

Algumas falhas no conhecimento sobre higienização das mãos devem-se ao fato dos profissionais de saúde não reconhecer a solução alcoólica como produto de primeira escolha; muitos têm em seu imaginário que a solução não é efetiva sendo necessário o uso de água e sabão, mesmo após a intervenção educativa ainda há uma certa resistência por parte dos profissionais sendo necessários outros proporcionar outros momentos para reforçar a discussão.

Entretanto vale ressaltar o aumento do percentual (40%) referente à questão: *“na administração de vacinas não é indicada a higienização das mãos com preparação alcoólica”* o que demonstra a melhoria no conhecimento relacionado a higienização das mãos

No que tange a terceira dimensão “Uso de luvas comum”, observa-se que os procedimentos relacionados sobre ao atendimento antes e após o contato com o usuário são bem consolidados por parte dos profissionais da APS com alta frequência de acertos (100%), conforme representada na Figura 4.

Figura 4. Representação do percentual de acerto nos momentos pré e pós a intervenção educativa, relacionado à dimensão “Uso de luvas comum”. São Paulo, 2016.

Embora que alguns participantes tenham domínio com relação a esta dimensão, observa-se que as questões *“para realização de medicação intramuscular e subcutânea, como na vacinação, é indicado o uso de luvas”; “é obrigatório o uso de luvas nas precauções específicas, ou seja, de contato, por gotículas e por aerossóis, por se tratar de medida básica de precaução” e “para realização de curativo simples o uso de luvas é indispensável, independente do uso ou não de pinças”*, mantiveram um baixo percentual de acerto demonstrando conhecimento insuficiente sobre este assunto.

Com relação à quarta dimensão sobre *“Uso de máscaras e a etiqueta de tosse”*, observa-se a persistência de algumas dúvidas com relação às medidas de proteção da tuberculose principalmente sobre as indicações do uso de máscaras.

Figura 5. Representação do percentual de acerto nos momentos pré e pós a intervenção educativa,

relacionado à dimensão “Uso de máscaras e a etiqueta de tosse”. São Paulo, 2016.

Todavia na Figura 6, observamos que a intervenção educativa causou um impacto positivo nos conhecimentos dos profissionais demonstrando melhora em várias respostas pós intervenção, o que nos sugere que a abordagem destes tópicos teve maior alcance na incorporação de conhecimentos.

Na última dimensão os conceitos permaneceram bem estabelecidos, pois não houve nenhuma questão cujo o percentual de acerto fosse inferior a 70%, conforme dados do gráfico 5. Nesta dimensão houve algum progresso em relação ao momento pré-intervenção relativo a quase todas as questões.

Figura 6. Representação do percentual de acerto nos momentos pré e pós a intervenção educativa, relacionado à dimensão “Medicação segura e descarte de perfurocortante”. São Paulo, 2016.

Para finalizar o quadro comparativo, no tange a avaliação da frequência do comportamento auto referido dos profissionais de saúde observamos que em virtude do tempo hábil não conseguimos verificar concretamente a mudança sendo necessário promover outros momentos de reflexão que impulsionem uma consciência sobre a importância das medidas de PP e PE, descritos na Figura 7.

Figura 7. Representação da frequência de boas práticas no comportamento referido sobre precauções padrão e específica antes e após a intervenção educativa. São Paulo, 2016.

Observamos que durante a aplicação do questionário após a intervenção educativa cabe salientar que alguns aspectos relacionados a higienização das mãos e o uso de máscara durante a visita domiciliar houve mudança significativa no comportamento auto referido.

8. DISCUSSÃO

As IRAS são consideradas como acometimento de pacientes, profissionais ou visitantes por agentes infecciosos em qualquer local onde há prestação de serviço, ou seja, em um hospital, ambulatório, unidades de pronto atendimento, unidade básica de saúde ou em serviços de atendimento domiciliar.

Como estratégia para minimizar ou prevenir os índices de infecções e de exposição ocupacional foram estabelecidos o uso dos equipamentos de proteção individual, entre outras medidas, com objetivo de proteger os pacientes e profissionais; representando uma barreira de prevenção primária da pele, das mucosas e vestimenta dos profissionais de saúde (Ribeiro et al., 2010).

Todavia no cenário da APS temos assistido a transformação significativa com relação à prestação dos cuidados, com melhorias na assistência e na complexidade técnica oferecida, porém com relação ao processo de trabalho observam-se práticas improvisadas, sem protocolos pré-estabelecidos o que dificulta o trabalho dos profissionais inseridos e favorece a disseminação das IRAS

Segundo a OMS (2014), alguns fatores geram o aumento das IRAS na APS, tais como: ausência de profissionais e políticas de prevenção e controle de infecções; falta de pessoal de enfermagem e funcionários subqualificados; alta rotatividade no quadro de pessoal; uso de antibioticoterapia inadequada; visitas e consultas médicas raras; e alta frequência de contatos sociais o que facilitam a transmissão cruzada.

Vale salientar que para oferecer uma assistência de qualidade, a adesão às precauções padrão e específicas é considerada estratégia fundamental, pois visa prevenir a transmissão dos microrganismos durante a prestação de cuidados (Siegel et al., 2007).

Entretanto, no contexto da APS nota-se que a adesão dos profissionais de saúde a essas medidas de precauções é

relativamente baixa e estão vinculadas diretamente à falta de conhecimento, atitudes, potenciais facilitadores e as barreiras dos profissionais diante dos conceitos (Maroldi, 2015; Sako, 2016; Rezende et al., 2012).

Alguns estudos demonstram que os profissionais de saúde não concordam ou desconsideram as recomendações de ações preventivas, além de não reconhecerem o momento certo para realizá-las (Oliveira e Paula, 2014).

Siegel et al. (2007) enfatiza a importância da educação e formação dos profissionais em relação a esses princípios e a justificativa sobre as práticas recomendadas, para facilitar a tomada de decisão adequada e promover a sua adesão durante a assistência.

Em consonância com a literatura, análise dos dados nos permitiu identificar que os profissionais de saúde da APS apresentam fragilidade com relação ao conhecimento e o comportamento sobre o uso correto da PP e PE.

Dimensão Identificação de risco

Uma das principais causas da não adoção de medidas para prevenir a transmissão de microrganismos na APS pode ser falta de percepção dos profissionais de saúde com relação à identificação de riscos.

Sako (2016) relata que os conceitos de prevenção e identificação das IRAS em usuários estão presentes na APS, porém o termo identificação de risco ainda não está incorporado entre os profissionais.

Neste estudo, verificou-se que os profissionais possuem dificuldades na identificação e reconhecimento dos riscos, principalmente no que refere à sintomatologia dos casos de tuberculose, além de dúvidas quanto à transmissibilidade e o tratamento de doenças respiratórias.

Durante a intervenção educativa as dúvidas com relação à cadeia epidemiológica foram relatadas pelos profissionais; neste momento foi orientado sobre a importância de estar atento quanto à potencial transmissão por meio de gotículas ou aerossol sempre que houver doença exantemática suspeita ou confirmada (como em casos de varicela, TB, sarampo, etc.). Enfatizou-se a sensibilidade por parte dos profissionais em priorizar o atendimento para minimizar o risco e a necessidade de orientar a separação geográfica de casos com suspeita de doenças transmitidas por aerossol ou gotículas.

Entretanto na questão seis: *“deve-se orientar que não é preciso separar copos e talheres do indivíduo que apresente TB, pois a transmissão se dá apenas por via respiratória”*, nos dois momentos proposto pela trajetória metodológica houve um baixo percentual de acerto. Isto sugere que aspectos de tradição quanto as medidas de controle desta doença que não possuem evidência científica encontram-se bastante arraigados entre os profissionais.

Segundo o Ministério da Saúde a vigilância dos contatos deve ser ampliada e a adoção de medidas de proteção individual está associada ao uso de máscara de proteção individual. É recomendado o uso de máscara PFF2/N95 para os profissionais de saúde ao entrarem em áreas de alto risco de transmissão e o uso de máscara comum para os pacientes com TB pulmonar, devendo atentar para a estrutura de ventilação (Brasil, 2011).

Com relação à visita domiciliar, um componente primordial no atendimento da APS, a recomendação preconiza a observação dos seguintes itens: a) questionar sempre sobre a presença de sintomático respiratório; b) orientar a coleta de escarro em local ventilado; c) orientar sobre medidas gerais, como a orientação da etiqueta de tosse e por último deve observar a tomada da medicação em local bem ventilado no primeiro mês de tratamento (Brasil, 2011).

O presente estudo apontou que a falta de percepção de risco pode influenciar diretamente na adesão dos profissionais com relação às medidas recomendadas.

Dimensão: Higienização das mãos

Sabe-se que as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre as melhores práticas e estratégias de melhoria da higiene das mãos são consideradas padrão ouro para os cuidados de saúde, sendo uma das práticas mais importantes para reduzir a transmissão de agentes infecciosos nos serviços de saúde (OMS, 2014).

Apesar destas evidências, a cultura de prevenção e controle de infecções, incluindo a higienização das mãos, não parece ser bem estabelecida entre as principais prioridades em serviços extra-hospitalares ao redor do mundo (OMS, 2014).

Vários estudos mostram que adesão à higiene das mãos em especial, entre os profissionais em geral e médicos que trabalham está abaixo de 50% (OMS, 2014).

Nesta perspectiva como estratégia multimodal para a melhoria da higiene das mãos, a OMS estabeleceu algumas recomendações importantes tais como:

- a) Mudança no sistema: relacionado à infraestrutura necessária para que os profissionais de saúde realizem a higiene das mãos e disponha de material e insumos adequados (OMS, 2014).
- b) Formação e educação dos profissionais de saúde: considerado um dos pilares essenciais para melhoria das práticas de higiene das mãos (OMS, 2014).
- c) Avaliação e retroalimentação do processo: com a criação de indicadores que monitorem a infraestrutura, a adesão e a mudança na percepção do processo (OMS, 2014).

- d) Uso de lembretes no local de trabalho: como instrumentos fundamentais para alertar e lembrar o profissional sobre a importância da técnica adequada (OMS, 2014).
- e) Clima de segurança institucional: através da criação de um ambiente com percepções que facilitem a sensibilização sobre as questões de segurança tendo a HM com alta prioridade (OMS, 2014).

Outro elemento relevante para a adesão da higienização das mãos esta na observação da técnica correta no antes e depois de cada procedimento atentando para a fricção palma com palma, palma com dorso, dos espaços interdigitais, das polpas digitais e unhas e dos polegares e punho (WHO, 2006)

Rezende et.al. (2012) em seu estudo observou que os profissionais não realizavam a HM corretamente antes e após os procedimentos, e constatou importantes falhas cometidas na adesão às medidas de proteção e falhas na realização da técnica de HM.

Segundo Brasil (2009) para prevenir a transmissão de microrganismos pelas mãos, três elementos são essenciais para essa prática: agente tópico com eficácia antimicrobiana, procedimento adequado ao utilizá-lo, com técnica adequada e no tempo preconizado; e adesão regular ao uso nos momentos indicados.

O uso de gel à base de álcool é considerado pelo CDC como principal modo de higienização das mãos, devido a sua atividade contra um amplo espectro epidemiologicamente importante de agentes patogênicos, além da facilidade na adesão da prática de higiene, por exigir menos tempo, sendo uma solução menos irritante e pela facilidade de colocar próximo ao paciente (CDC, 2011).

Entretanto o seu uso não deve ser realizado quando as mãos estiverem visivelmente sujas (como por exemplo, na presença de poeira, sangue, etc) ou após o cuidado de pacientes com diarreia infecciosa, seja esta conhecida ou suspeita (por infecção de

Clostridium difficile, norovírus, etc), nestes casos a higienização das mãos deve obrigatoriamente ser com sabão e água (CDC, 2011).

Nota-se que nesta dimensão na questão relacionada “a *preparação alcoólica é de uso preferencial para higienização das mãos*” ainda há um obstáculo por parte dos profissionais; apesar da eficiência e eficácia na antissepsia das mãos muitos preferem utilizar água e sabão. Nos dois momentos essa questão teve um percentual de acerto inferior a 70% mesmo sendo trabalhada na intervenção educativa; algumas falas importantes sobre lavar somente com água ou não gostar de utilizar o álcool por achar ser produto ineficaz foram apresentadas durante esta pesquisa. Razões para a baixa aceitação do produto alcoólico entre os profissionais da APS devem ser melhor estudadas. Podem-se levantar hipóteses com relação a este fato: a baixa qualidade do produto alcoólico oferecido, consolidação de conceitos contrários à aceitação do produto ou mesmo desconhecimento das recomendações atuais.

Outro ponto importante para destacar está na falta de conhecimento sobre as recomendações dos “cinco momentos de higienização das mãos”, uma abordagem recomendada pela OMS durante todo o cuidado assistencial.

Isto aponta para uma necessidade de treinamento e educação continuada, além de melhorar a qualidade do produto fornecido em serviço, pois um produto de má qualidade pode induzir a uma falsa percepção com relação à eficácia do álcool. Por este motivo, a OMS recomenda que seja feita uma avaliação da aceitação do produto entre os profissionais de modo a obter informações que possam melhorar a adesão.

Dimensão: Uso de luvas comum

A necessidade do uso de luvas é preconizada pela OMS como barreira na diminuição do risco de infecção, devendo ser utilizadas durante toda a assistência ao usuário em que possa

ocorrer a exposição a sangue, outros fluidos corporais, contato com mucosas ou pele não intacta e situações de surto (Siegel et al., 2007).

Em vários estudos clínicos foi comprovada a eficácia da luva na diminuição do risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde e a transmissão de patógenos (CDC, 2011).

Sako (2016), utilizou esta dimensão devido ao alto índice de falha na adesão à essa medida de precaução ou o uso equivocado, descritos na literatura.

Estudo mostrou que diante da dificuldade sobre o uso de luvas é importante que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar situações clínicas específicas e em que momento se deve utilizar ou trocar as luvas, e a maneira adequada para calçá-las e retirá-las (Santos et al., 2013).

Visando minimizar as controvérsias em relação às indicações adequadas do uso de luvas, o Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo lançou uma publicação detalhando estas indicações (CVE, 2016).

Nesta dimensão, avaliação da frequência do comportamento o item sobre a verificação da glicemia capilar demonstrou um baixo desempenho dos profissionais de saúde na prática, pois 20% dos sujeitos quando questionado sobre *“com que frequência você usa luvas quando realiza teste de glicemia capilar”* alocaram “nunca” como resposta.

Este achado sugere a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre este assunto junto aos profissionais, para entender se a falta de adesão tem a ver com a ausência de capacitação sobre o tema ou se é devida a baixa percepção de risco.

Em relação à questão *“é obrigatório o uso de luvas nas precauções específicas, ou seja, de contato, por gotículas e por aerossóis, por se tratar de medida básica de precaução”*, 45% dos sujeitos tiveram percentual de acertos inferior a 70%, o que sugere a

necessidade de compreender a situações necessárias do uso correto das luvas.

Ao que parecem, os profissionais não conseguiram ter clareza de que se trata de precauções distintas e baseadas em distintos modos de transmissão de patógenos.

Dimensão: Uso de máscaras e a etiqueta de tosse

Sako (2016) desenvolveu esta dimensão por evidenciar déficit de conhecimento sobre a transmissibilidade e as medidas de proteção necessária; com dúvidas relacionadas ao tipo de máscaras e quando esta deve ser utilizada.

Estudos demonstram que as dúvidas sobre a transmissão das medidas de tuberculose e de proteção devem-se as incertezas sobre as indicações do uso de máscaras.

Isto ficou evidente na avaliação da resposta da quinta questão *“em uma visita domiciliar ao indivíduo suspeito ou confirmado bacilífero para TB o profissional de saúde deve utilizar máscara cirúrgica, solicitar para ele realizar a etiqueta de tosse, e se possível manter-se em local arejado - resposta incorreta”*, permanecendo com baixo índice de acerto mesmo após a intervenção educativa; o que demonstra o desconhecimento sobre o uso correto da máscara PFF2/N95 para os profissionais de saúde por possuir um filtro que permite a retenção de partículas muito pequenas advindas da contaminação ambiental pela tuberculose

Neste contexto, o conceito etiqueta de tosse precisou ser esclarecido na intervenção educativa, pois uma grande parcela dos profissionais associava a etiqueta como sendo a identificação do material de escarro ou realizavam a orientação de maneira inadequada pedindo para o usuário colocar as mãos sobre a boca ao tossir ou espirrar.

Este achado destaca a percepção de que o profissional de saúde que atua na APS não tem sido convenientemente treinado em

serviço, de modo a manter-se atualizado com as evidências científicas correntes.

Siegel et al. (2007) propõem como estratégia para medidas de prevenção e controle das IRAS, educar as equipes de saúde sobre a importância das medidas de controle da fonte respiratória para conter as secreções e assim evitar que as gotículas e fômites transmitam os patógenos respiratórios.

Além disso, recomenda-se a utilização de cartazes informativos em locais estratégicos contendo instruções para pacientes ou outras pessoas com sintomas de infecção respiratória sempre ao tossir ou espirrar, devendo cobrir a boca/ nariz utilizando um lenço descartável ou utilizar a dobra do cotovelo como precaução (Siegel et al.,2007).

Dimensão: Medicação segura e descarte de perfurocortante

Segundo o *Guide to Infection Prevention in Outpatient Settings: Minimum Expectations for Safe Care* (CDC, 2011), as práticas inseguras são citadas como: a) utilização da mesma seringa, com o uso da mesma agulha ou não para administrar medicação a diversos pacientes; b) reinserção de uma seringa ou agulha usada dentro de um recipiente para obtenção de medicação adicional; c) preparação de medicações próxima a locais contaminados.

Em estudo Alves et al.(2012), observou que na APS a prática de administração de medicação envolve diferentes cenários como: dentro da própria UBS, o domicílio e através das orientações realizadas para auto-administração de medicamentos; porém evidenciou que com relação as boas práticas de administração e o manejo adequado desses resíduos merecem atenção pois muitas vezes ocorre o reuso de agulhas e descarte de material perfurocortante em recipiente improvisado.

Nesta dimensão, Sako (2016) enfocou o seu instrumento particularmente no ambiente domiciliar, em especial a auto-administração de insulina e descarte de perfurocortante.

No presente estudo observamos que a última dimensão sobre “medicação segura e descarte de perfurocortante” os conceitos parecem estar bem estabelecidos por parte dos profissionais, pois não houve nenhuma questão cujo percentual de acerto fosse inferior a 70%.

Intervenção educativa

A educação deve ser considerada como uma importante ferramenta para prevenir e promover reflexão e oportunidade de aprendizagem a todos os trabalhadores da área de saúde, tornando-os críticos de suas próprias atitudes e fornecendo instrumento para combater situações arriscadas dentro das unidades de saúde (Maroldi 2015).

Neste estudo durante a coleta de dados, os profissionais reconheceram a necessidade de realizar treinamentos com maior frequência sobre o assunto diante da problemática referente aos riscos da IRAS.

A intervenção educativa baseada em casos trouxe mudanças no conhecimento nas seguintes dimensões: a) higienização das mãos; b) uso de luvas comum e c) medicação segura e descarte de material perfurocortante, com aumento no percentual de acerto individual principalmente com relação índice de máximo de acertos (100%).

Com relação ao comportamento, este estudo identificou que o segundo item sobre *“considerando quando suas mãos estão visivelmente sujas, com que frequência você as higieniza com água e sabão”*, houve um aumento percentual de 30% comparando os dois momentos proposta pelo estudo; o que demonstra o

empoderamento referente aos conceitos de higiene das mãos por parte dos profissionais.

Outro ponto importante está no terceiro item sobre *“com que frequência você usa luvas quando realiza teste de glicemia capilar”*, procedimento realizado diariamente dentro da unidade de saúde em virtude do controle dos pacientes com Diabetes Mellitus, entretanto nota-se que 50% dos participantes alocaram “sempre” em suas respostas após a intervenção educativa demonstrando um aumento percentual de 20% com relação ao seu comportamento diante do procedimento atentando para o cuidado com risco a saúde ocupacional e o correto uso do EPI.

Por fim o presente estudo trouxe contribuições no conhecimento e comportamento sobre as PP e PE dentro da APS, destacando algumas mudanças após a intervenção educativa, porém identificamos a baixa percepção dos riscos, a falta de formação dos profissionais relacionados às IRAS e a necessidade de realizar outros programas de treinamento a respeito desta temática a fim de promover uma consciência sobre tais práticas.

Entretanto, devido a rotina diária da ESF a intervenção educativa através do método de aprendizagem baseada em casos, mostrou ser uma excelente estratégia de ensino, sendo um meio para estimular os profissionais a auto avaliarem a sua conduta e assim repensarem a sua prática na assistência relacionada as precauções padrão e específicas.

9. CONCLUSÕES

Pelo presente estudo, conclui-se que os diferentes profissionais que estão envolvidos na APS nem sempre tiveram em sua formação noções de prevenção de IRAS, e que existe uma lacuna no conhecimento e dificuldade na adesão com relação as PP e as PE.

A aplicação do instrumento representou um grande avanço na área de conhecimento, uma vez que foi utilizado um material foi validado para os profissionais da APS, agregando uma identidade com a realidade vivenciada pelos profissionais.

Este estudo reafirmou que há um déficit significativo no conhecimento por parte dos profissionais da APS principalmente relacionado à higienização das mãos e as medidas de proteção diante de um caso suspeito ou confirmado de tuberculose pulmonar.

Com relação ao comportamento não houve tempo hábil para verificar a incorporação dos novos conceitos, observa-se que a necessidade de que novos treinamentos para que haja mudanças de comportamento com relação à adesão das medidas de precauções padrão e específicas.

Por fim observou neste estudo que a intervenção educativa foi efetiva, sendo considerada uma importante ferramenta para prevenir e promover reflexão e oportunidade de aprendizagem, mas há a necessidade de aprimorar a estratégia de estudo de caso validando e aperfeiçoando o modelo utilizado; principalmente devido a diversidade das categorias de profissionais que atuam dentro da ESF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves SB, Souza ACS, Tipple AFV, Rezende KCD, Rezende FR, Rodrigues EG. Manejo de resíduos gerados na assistência domiciliar pela estratégia saúde da família. Rev Bras Enferm, v.65, n.1,p.128-134, 2012.

Appolinário F. Metodologia da ciência: Filosofia e Prática da Pesquisa. São Paulo: Editora Cengage Learning; 2012.

Bohomol E. Envolvimento do paciente no gerenciamento de risco hospitalar. In: Feldman LB, organizadora. Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. São Paulo: Martinari; 2008.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos. Brasília, 2009.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília, 2007. Disponível em:<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/index.htm>. Acesso em:28 jun.2015.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS): Módulo 5 – Risco Ocupacional e Medidas de Prevenção e Isolamento. Brasília, DF, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília, 2011.

Brasil. Portaria nº154 de 24 de Janeiro de 2008. Aprova a Criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF.

Brasil. Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Centers for disease control and prevention (CDC). Guide to infection prevention in outpatient settings: minimum expectations for safe care. p.1-16, 2014.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guide to infection prevention in outpatient settings: minimum expectations for safe care. p.1-16, 2011.

Centers for disease control and prevention (CDC). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR, v.51, n.16, p.1-45, 2002.

Garner, J.S. The hospital infection Control Practices Advisory Committee Guideline for isolation precautions in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol*, v. 17, n.1, p. 54-80, 1996.

Gil AC. Como elaborar projeto de pesquisa. São Paulo: Editora Atlas; 2002.

Gomes, R. et.al. Formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.28, p.71-83, jan./mar. 2009.

Lorenzini E, Costa TC, Silva EF. Prevenção e controle de infecção em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev.Gaúcha.Enferm*, Porto Alegre, v. 34, n.4, Nov., 2013.

Marin, MJS.et.al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, São Paulo, v.34, n.1, 2010, p. 13-20.

Maroldi, M. A. C. Precauções padrão e específicas para controle da transmissão de patógenos: necessidades da atenção primária em saúde [Dissertação]. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos; 2015.

Massad E, Menezes RX, Silveira PSP, Ortega NRS. Métodos quantitativo em Medicina. São Paulo: Editora Manole; 2004.

Montanher VC. Aprendizagem Baseada em Casos nas aulas de física no ensino médio [Dissertação de Doutorado]. Programa de Pós Graduação da Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2012.

Nichiata LYI, Gir E, Takahashi RF, Ciosak SI. Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 38, n. 1, Dec., 2004.

Oliveira AC, Paula AO. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. Rev.Min.Enferm, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, Jan/Mar., 2013.

Oliveira, A. C.; Cardoso, C. S.; Mascarenhas, D. Conhecimento e comportamento dos profissionais de um centro de terapia intensiva em relação à adoção das precauções de contato. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, Oct., 2009.

Oliveira, AC.; Paula, AO. Fatores relacionados à baixa adesão à higienização das mãos na área da saúde: uma reflexão. Cienc. Cuid. Saude, v. 13, n. 1, p. 185-89, Jan./Mar., 2014.

Organização Mundial da Saúde. SALVE VIDAS: Higienize suas Mãos/ Organização Mundial da Saúde Higiene das Mãos na Assistência à Saúde Extra-50 hospitalar e Domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência - Um Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos e da Abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos”. Brasília; 2014.

Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Guia para Implantação. Um guia para implantação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos. Brasília, DF, 2008b.

Padoveze MC.; Figueiredo RM. The role of primary care in the prevention and control of healthcare associated infections. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 48, n. 6, Dec., 2014.

Passos IPBD; Padoveze MC; Roseira CE; Figueireo RM. Adaptação e validação de indicadores para o processamento de produtos na atenção primária à saúde. Rev. Lat. Am. Enferm, São Paulo, v.12, n.1, Jan-Fev., 2015.

Rezende KCAD, Tipple AFV, Siqueira KM, Alves SB, Salgado TA, Pereira MS. Adesão à higienização das mãos e ao uso de equipamentos de proteção pessoal por profissionais de enfermagem na atenção básica em saúde. Cienc Cuid Saude., v.11, n.2, p.343-351, 2012.

Ribeiro FA. Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.

Ribeiro, LCM.et al. Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual. Cienc.Cuid.Saúde, v.9, n.2, p.325-332, 2010.

Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev.Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34.

Sako MP. Conhecimento de profissionais da atenção primária em saúde sobre precauções padrão e específica: construção e validação de instrumento [Dissertação]. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos; 2016.

Santos TCR, Roseira CE, Passos IPBD, Figueiredo RM. The use of gloves by nursing staff: transmission risk protection. J Nurs UFPE, v.7, n.11, p.:6438-45., 2013.

São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Recomendações sobre uso de luvas em services de saúde. São Paulo, 2016.

Siegel, J.D. *et al.* Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention. 2007.vailableat:<<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>>. Acessado em 28/06/2015.

Silva MCKSR, Silva L, Bousso RS. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família : uma revisão integrativa da literatura. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 5, Fev., 2011.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Valle AR, Andrade D, Souza AF, Carvalho PR. Prevenção e controle das infecções no domicílio : desafios e implicações para enfermagem. Acta Paul Enferm, São Paulo, v.29, n.2, p.239-44, 2016.

World Health Organization (WHO). Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide: a systematic review of the literature. Geneva; 2011. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications>> Acessado em 17/03/2015

World Health Organization (WHO). The WHO guidelines on hand hygiene in health care. Global Patient Safety Challenge 2005-2006. Geneva, 2006.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **(TCLE)**

Caro (a) Sr (a) _____, você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa ***“Conhecimento sobre Precaução Padrão e Específica: uma intervenção educativa para prática na Atenção Primária a Saúde”***, desenvolvida pela pesquisadora Sra. Keila Kiyomi Seki, RG 18.190.241-2, aluna do Programa de Pós Graduação do Mestrado Profissional de Enfermagem em Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Você foi selecionado, pois faz parte da equipe da UBS Cidade Ipava. Sua participação não é obrigatória e consistirá no preenchimento de um instrumento com questões fechadas e a participação de uma ação educativa, que visa atender ao objetivo desse estudo.

O objetivo desse estudo é avaliar os conhecimentos e os comportamentos auto-referidos dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre Precauções Padrão e Específicas e propor uma ação educativa.

Como trajetória metodológica, haverá um momento inicial no qual será realizada a aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos e comportamentos auto-referidos em relação às PP e PE. Este questionário deverá ser preenchido de forma individual para verificar seus conhecimentos e comportamento a respeito do assunto. Após uma pausa de algumas semanas, haverá um novo encontro individual no qual será realizada ação educativa através de três encontros distintos com abordagem metodológica ABC (Aprendizagem Baseadas em Casos) e para uma nova aplicação de

questionário. Ao final do projeto será realizada uma retro-alimentação dos resultados aos participantes.

Sabe-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos possui riscos associados, que nesse caso pode ocasionar desconforto, cansaço ou constrangimento ao participar das atividades propostas. Entretanto, esses riscos serão minimizados, pois caso sinta-se desconfortável, poderá interromper sua avaliação temporariamente ou em definitivo, podendo sua participação ser retomada a qualquer momento durante o projeto, caso seja de seu interesse. Sua decisão sempre será respeitada.

Os benefícios diretos para o participante são estimados em termos de ampliação de conhecimentos e oportunidade para discussão de dúvidas técnicas; destaca-se que sua participação possibilitará benefícios secundários como contribuir para a comunidade científica.

Ressalta-se que a divulgação científica dos resultados será feita de forma a não possibilitar sua identificação, sendo garantido o anonimato de maneira a evitar que você sofra qualquer consequência advinda dos resultados da pesquisa. O estudo será realizado durante o horário de plantão e o convite será realizado de maneira que todos os potenciais participantes sejam abordados de maneira equivalente pela pesquisadora.

Forneceremos a você em qualquer momento acesso as informações sobre os procedimentos, resultados, riscos e benefícios do estudo. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora responsável pelo esclarecimento de dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, procurar por Sra. Keila Kiyomi Seki, telefone 11-98433-8556 (atendimento com 24 horas) ou através do email: keila_seki@usp.br. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, consulte o Comitê de Ética em

Pesquisa - CEP, da Universidade de São Paulo, Secretaria de Pesquisa, telefone: (11) 3061-7548 e e-mail edipesq@usp.br.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Se o (a) Sr (a) estiver de acordo em participar, deverá preencher e assinar duas vias do Termo de Consentimento que se segue, sendo que uma delas ficará com o Sr.(a) e a outra com o pesquisador.

Nome do participante
ou Representante legal

Assinatura do participante
ou Representante legal

Assinatura do Pesquisador

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP
CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br

APÊNDICE B

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA ACADÊMICO-CIENTÍFICA (MODELO ENTREGUE)

Através do presente instrumento, solicitamos do Gestor da Organização Social Centro de Estudos e Pesquisa Doutor João Amorim (OS-CEJAM) _____, autorização para realização da pesquisa integrante da Dissertação de Mestrado Profissional de Enfermagem em Atenção Primária no Sistema Único de Saúde da acadêmica Keila Kiyomi Seki (nº USP 2356262), sendo orientada pela Profa Dra Maria Clara Padoveze, tendo como título preliminar: Conhecimento sobre Prevenção Padrão e Específica: uma intervenção educativa na prática da Atenção Primária à Saúde.

A coleta de dados será feita através da aplicação de questionário e intervenção educativa com estudo de casos conforme modelo anexo. A presente atividade é requisito para a conclusão do Mestrado Profissional de Enfermagem em Atenção Primária no Sistema Único de Saúde, pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

As informações aqui prestadas não serão divulgadas sem a autorização final da Instituição campo de pesquisa.

São Paulo, ____ de Agosto de 2016.

Acadêmico

Orientadora

Deferido () Indeferido ()

Assinatura e carimbo do gestor

APÊNDICE C: ESTUDOS DE CASOS - ENFERMAGEM**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****ESCOLA DE ENFERMAGEM****KEILA KIYOMI SEKI**

**CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE PRECAUÇÕES
PADRÃO E ESPECÍFICAS: UMA INTERVENÇÃO
EDUCATIVA DA PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

CADERNO DE QUESTÕES**ENFERMAGEM**

**Material apresentado ao Programa de Pós Graduação do
Mestrado Profissional de Enfermagem em Atenção
Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde, da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo**

SÃO PAULO**2016**

Este caderno de questões faz parte do processo de intervenção educativa do trabalho de mestrado intitulado: “Conhecimentos e comportamentos dos profissionais de saúde sobre Precauções Padrão e Específica: uma intervenção educativa da prática da Atenção Primária à Saúde”, dessa maneira foram elaborados casos enumerados de 1 a 5 de acordo com a sua vivência profissional.

Ao receber o caderno: confira as questões, leia com atenção cada caso e verifique os possíveis problemas e soluções a serem discutidos; procure um ambiente tranquilo e reserve 30 minutos para você possa responder. Você notará que após cada caso existe um quadro em branco no qual você poderá responder as perguntas apontando as suas respostas. Ao termino, você deverá entregar para o facilitador, a fim de discutirmos os conceitos que norteiam esse material.

INTRODUÇÃO

Precauções são medidas adotadas a fim de evitar a propagação de doenças transmissíveis, evitando assim, a transmissão de microrganismos dos pacientes infectados para outros pacientes, visitantes ou mesmo para os profissionais de saúde. Atualmente existem dois tipos de Precauções:

- **Precauções Padrão:** este tipo de precaução deve ser aplicado no atendimento de todos os pacientes, independente do seu estado de saúde. O profissional de saúde deve adotar o uso de equipamentos de proteção, como luvas descartáveis, avental, máscara e óculos de segurança ao realizar qualquer procedimento nos quais exista o risco potencial de contaminação com fluidos corporais (sangue, secreção, excreção). Devemos também acrescentar a este tipo de precaução, a necessidade de cobrir a boca e o nariz com um lenço descartável ao tossir/espirrar ou utilizar a dobra do cotovelo, caso não possua nenhum lenço e não se

esquecer de adotar a prática de higienização das mãos após.

- **Precauções Específicas:** além das Precauções Padrão, estas precauções devem ser adotadas quando a doença possui algum modo de transmissão específico. Por exemplo:

a) Se a transmissão da doença ocorrer através do **contato** devemos utilizar avental e luvas descartáveis para tocar no paciente ou em objetos que pertençam a ele.

b) Se a transmissão for por **via respiratória, por meio de gotículas**, como tosse, espirro ou fala devemos adotar o uso de uma máscara simples.

c) Caso a transmissão seja por **via respiratória, por aerossóis** (minúsculas partículas que permanecem suspensas no ar), devemos utilizar uma máscara com filtro especial (N95). Algumas doenças podem ser transmitidas por mais de uma via, sendo necessário o uso de mais de um tipo de equipamento de proteção, como por exemplo, no caso da varicela

(catapora), onde é necessário o uso de avental, luvas e máscara para aerossóis

Fonte: São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Infecções Relacionadas aos Serviços de Saúde: conhecendo um pouco mais sobre precauções específicas. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/pdf/IRAS12_LEIG_OS_PRECAUCAO.pdf>, acessado dia 20/11/2015.

1) Dimensão: Identificação de Risco

Caso 1: Equipe de Enfermagem :

Criança é admitida na unidade básica de saúde (UBS) com 5 anos de idade, encaminhada pela creche e acompanhada pela mãe. Apresenta erupções cutâneas de aspecto bolhoso principalmente na região do tórax e face. Foi orientada a aguardar o atendimento na sala de espera, na qual havia também gestantes e crianças aguardando para passar com em consulta médica.

Com relação à identificação de riscos quais os problemas encontrados?

Problema	Solução

2) Dimensão: Higiênização das mãos (HM)

Caso 2: Equipe de Enfermagem:

A unidade encontrava-se com quadro reduzido de profissionais de enfermagem, e, portanto havia somente um profissional na sala de vacina. Como rotina da sala, este profissional iniciou o atendimento por ordem de chegada, verificou o cartão de vacina para identificar quais as vacinas deveriam ser administradas e lançou as doses a serem aplicadas no sistema informatizado e no mapa. Após as atividades administrativas, abriu a geladeira e preparou todas as vacinas para aquela criança; em seguida solicitou que os pais segurassem a criança e realizou o procedimento, esquecendo-se de realizar a higienização das mãos.

Com relação à higienização das mãos, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução

3) Dimensão: uso de luvas comum

Caso 3: Equipe de Enfermagem:

Na sala de coleta de exame, os profissionais de enfermagem se depararam com a grande quantidade de usuários aguardando atendimento. Na tentativa de agilizar o atendimento os profissionais optaram não realizar a troca de luvas entre os procedimentos de coletas de sangue.

Com relação ao uso de luvas, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução

4) Dimensão: Uso de máscaras e a etiqueta da tosse

Caso 4: Equipe de Enfermagem

Atendido na unidade, paciente com quadro de emagrecimento repentino, tosse há mais de três semanas e febre no final da tarde, foi orientado pela equipe de enfermagem a colher amostra de escarro e aguardar o atendimento. Porém para manter a privacidade do

indivíduo o profissional orientou a colher a amostra de escarro no banheiro e aguardar a consulta médica.

Com relação ao uso de máscara e a etiqueta de tosse, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução

5) Dimensão : Medicação Segura e Descarte de Perfuro cortante

Caso 5: Equipe de Enfermagem:

Na sala de acolhimento haviam cinco casos avaliados com amigdalite. A médica prescreveu penicilina benzatina para as crianças, com valor das unidades de acordo com o peso das crianças. Entretanto, na farmácia haviam frascos de 1.200.000. A equipe de enfermagem na sala de medicação realizou o cálculo da dosagem prescrita e fracionou o conteúdo do mesmo frasco. O frasco foi diluído e a equipe optou por utilizar a mesma agulha para

aspirar o conteúdo. Os frascos utilizados foram descartados em lixo comum.

Com relação à medicação segura e descarte de perfurocortante, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução

APÊNDICE D: ESTUDO DE CASOS - MÉDICOS**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****ESCOLA DE ENFERMAGEM****KEILA KIYOMI SEKI**

**CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE PRECAUÇÕES
PADRÃO E ESPECÍFICAS: UMA INTERVENÇÃO
EDUCATIVA DA PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

CADERNO DE QUESTÕES**MÉDICOS**

**Material apresentado ao Programa de Pós Graduação do
Mestrado Profissional de Enfermagem em Atenção Primária à
Saúde no Sistema Único de Saúde, da Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo**

SÃO PAULO**2016**

Este caderno de questões faz parte do processo de intervenção educativa do trabalho de mestrado intitulado: “Conhecimentos e comportamentos dos profissionais de saúde sobre Precauções Padrão e Específica: uma intervenção educativa da prática da Atenção Primária à Saúde”, dessa maneira foram elaborados casos enumerados de 1 a 5 de acordo com a sua vivência profissional.

Ao receber o caderno: confira as questões, leia com atenção cada caso e verifique os possíveis problemas e soluções a serem discutidos; procure um ambiente tranquilo e reserve 30 minutos para você possa responder. Você notará que após cada caso existe um quadro em branco no qual você poderá responder as perguntas apontando as suas respostas. Ao termino, você deverá entregar para o facilitador, afim de discutirmos os conceitos que norteiam esse material.

INTRODUÇÃO

Precauções são medidas adotadas a fim de evitar a propagação de doenças transmissíveis, evitando assim, a transmissão de microrganismos dos pacientes infectados para outros pacientes, visitantes ou mesmo para os profissionais de saúde. Atualmente existem dois tipos de Precauções:

- **Precauções Padrão:** este tipo de precaução deve ser aplicado no atendimento de todos os pacientes, independente do seu estado de saúde. O profissional de saúde deve adotar o uso de equipamentos de proteção, como luvas descartáveis, avental, máscara e óculos de segurança ao realizar qualquer procedimento nos quais exista o risco potencial de contaminação com fluidos corporais (sangue, secreção, excreção). Devemos também acrescentar a este tipo de precaução, a necessidade de cobrir a boca e o nariz com um lenço descartável ao tossir/espirrar ou utilizar a dobra do cotovelo, caso não possua nenhum lenço e não se

esquecer de adotar a prática de higienização das mãos após.

- **Precauções Específicas:** além das Precauções Padrão, estas precauções devem ser adotadas quando a doença possui algum modo de transmissão específico. Por exemplo:

d) Se a transmissão da doença ocorrer através do **contato** devemos utilizar avental e luvas descartáveis para tocar no paciente ou em objetos que pertençam a ele.

e) Se a transmissão for por **via respiratória, por meio de gotículas**, como tosse, espirro ou fala devemos adotar o uso de uma máscara simples.

f) Caso a transmissão seja por **via respiratória, por aerossóis** (minúsculas partículas que permanecem suspensas no ar), devemos utilizar uma máscara com filtro especial (N95). Algumas doenças podem ser transmitidas por mais de uma via, sendo necessário o uso de mais de um tipo de equipamento de proteção, como por exemplo, no caso da varicela

(catapora), onde é necessário o uso de avental, luvas e máscara para aerossóis

Fonte: São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Infecções Relacionadas aos Serviços de Saúde: conhecendo um pouco mais sobre precauções específicas. São Paulo, 2007. Disponível em: <
http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/pdf/IRAS12_LEIGOS_PRECAUCAO.pdf>, acessado dia 20/11/2015.

1) Dimensão: Identificação de Risco

Caso 1: Equipe Médica:

Paciente foi admitido vítima de politraumas devido um atropelamento em via pública na frente da unidade básica de saúde, apresentava múltiplas escoriações e perda de consciência. Devido à gravidade do caso o médico iniciou o atendimento, porém não fez uso equipamentos de proteção individual.

Com relação ao risco de exposição biológica ocupacional do profissional, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução

2) Dimensão: Higiênização das mãos (HM)

Caso 2: Equipe Médica

Em consulta de puericultura, a mãe acompanhada pelo seu filho de oito meses refere que a criança vem apresentando dificuldade para urinar, com gemidos durante a micção. Ao realizar o exame físico o profissional calça luvas e observa que o prepúcio da criança não está completamente retraído para expor a glândula. Enquanto o médico faz este exame, a mãe aproveita a oportunidade para relatar o problema de dentição. Em virtude do tempo da consulta, o profissional automaticamente avalia a boca da criança sem realizar a troca de luvas ou higienização das mãos.

Com relação à higienização das mãos, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução

3) Dimensão: uso de luvas comum

Caso 3: Equipe Médica:

No acolhimento, o profissional médico foi solicitado para avaliar um paciente com quadro de confusão mental, perda de peso, sudorese intensa e micções frequentes. O mesmo pensou em quadro de hiperglicemia e foi verificar a glicemia capilar porém não fez o uso da luva.

Com relação ao uso de luvas, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução

4) Dimensão: Uso de máscaras e a etiqueta da tosse

Caso 4: Equipe Médica

A equipe de vigilância a saúde agendou uma consulta médica para avaliação de um paciente de tuberculose no sexto mês de tratamento com melhoras significativas no quadro clínico. O profissional com medo de se contaminar utilizou máscara N95 durante o atendimento no consultório.

Com relação ao uso de máscaras e a etiqueta de tosse, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução

Problema	Solução

5) Dimensão : Medicação Segura e Descarte de Perfuro cortante

Caso 5: Equipe Médica:

Em visita domiciliar, o médico da equipe foi avaliar uma paciente acamada que acabara de iniciar o tratamento de DM em uso de insulino terapia. Esta paciente havia comprado as seringas, porém estava com dúvidas no descarte do material. O profissional explicou como administrar a medicação e orientou jogar o material dentro do lixo comum.

Com relação à medicação segura e descarte de perfurocortante, quais os problemas encontrados?

APÊNDICE E: ESTUDO DE CASOS – NASF**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****ESCOLA DE ENFERMAGEM****KEILA KIYOMI SEKI**

**CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE PRECAUÇÕES
PADRÃO E ESPECÍFICAS: UMA INTERVENÇÃO
EDUCATIVA DA PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

CADERNO DE QUESTÕES**EQUIPE NASF**

**Material apresentado ao Programa de Pós Graduação
do Mestrado Profissional de Enfermagem em Atenção
Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde, da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

SÃO PAULO**2016**

Este caderno de questões faz parte do processo de intervenção educativa do trabalho de mestrado intitulado: “Conhecimentos e comportamentos dos profissionais de saúde sobre Precauções Padrão e Específica: uma intervenção educativa da prática da Atenção Primária à Saúde”, dessa maneira foram elaborados casos enumerados de 1 a 5 de acordo com a sua vivência profissional.

Ao receber o caderno: confira as questões, leia com atenção cada caso e verifique os possíveis problemas e soluções a serem discutidos; procure um ambiente tranquilo e reserve 30 minutos para você possa responder. Você notará que após cada caso existe um quadro em branco no qual você poderá responder as perguntas apontando as suas respostas. Ao termino, você deverá entregar para o facilitador, a fim de discutirmos os conceitos que norteiam esse material.

INTRODUÇÃO

Precauções são medidas adotadas a fim de evitar a propagação de doenças transmissíveis, evitando assim, a transmissão de microrganismos dos pacientes infectados para outros pacientes, visitantes ou mesmo para os profissionais de saúde. Atualmente existem dois tipos de Precauções:

- **Precauções Padrão:** este tipo de precaução deve ser aplicado no atendimento de todos os pacientes, independente do seu estado de saúde. O profissional de saúde deve adotar o uso de equipamentos de proteção, como luvas descartáveis, avental, máscara e óculos de segurança ao realizar qualquer procedimento nos quais exista o risco potencial de contaminação com fluidos corporais (sangue, secreção, excreção). Devemos também acrescentar a este tipo de precaução, a necessidade de cobrir a boca e o nariz com um lenço descartável ao tossir/espirrar ou utilizar a dobra do cotovelo, caso não possua nenhum lenço e não se

esquecer de adotar a prática de higienização das mãos após.

- **Precauções Específicas:** além das Precauções Padrão, estas precauções devem ser adotadas quando a doença possui algum modo de transmissão específico. Por exemplo:

g) Se a transmissão da doença ocorrer através do **contato** devemos utilizar avental e luvas descartáveis para tocar no paciente ou em objetos que pertençam a ele.

h) Se a transmissão for por **via respiratória, por meio de gotículas**, como tosse, espirro ou fala devemos adotar o uso de uma máscara simples.

i) Caso a transmissão seja por **via respiratória, por aerossóis** (minúsculas partículas que permanecem suspensas no ar), devemos utilizar uma máscara com filtro especial (N95). Algumas doenças podem ser transmitidas por mais de uma via, sendo necessário o uso de mais de um tipo de equipamento de proteção, como por exemplo, no caso da varicela

(catapora), onde é necessário o uso de avental, luvas e máscara para aerossóis

Fonte: São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Infecções Relacionadas aos Serviços de Saúde: conhecendo um pouco mais sobre precauções específicas. São Paulo, 2007. Disponível em: <
http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/pdf/IRAS12_LEIGOS_PRECAUCAO.pdf>, acessado dia 20/11/2015.

1) Dimensão: Identificação de Risco

Caso 1: Equipe NASF

Em visita domiciliar, a equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) e a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) foram avaliar um paciente com quadro avançado de Alzheimer, com dificuldade para deglutir e em uso de sonda nasogástrica. Durante a manipulação da sonda, os profissionais estavam sem luvas de procedimentos.

Com relação ao risco de exposição biológica ocupacional do profissional, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução

2) Dimensão: Higienização das mãos (HM)

Caso 2: Equipe NASF

A Equipe NASF estava em visita compartilhada e esteve em diversos domicílios atendendo a acamados, portadores de necessidades especiais. No retorno para a unidade, foram abordadas por uma senhora relatando que sua filha tinha retornado da maternidade e estava com diversas dúvidas com relação ao cuidado do recém-nascido. Ao adentrar no domicílio os profissionais foram imediatamente pegando a criança no colo sem realizar a higienização das mãos, pois eles estavam com pressa para retornar a unidade e não havia pia próxima do local. Além disto, eles não iriam examinar a criança, mas somente orientar a mãe.

Com relação à higienização das mãos, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução

3) Dimensão: uso de luvas comum

Caso 3: Equipe NASF:

Nos grupos educativos de qualidade de vida, a equipe multidisciplinar programou atividades de prevenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, incluindo a aferição da pressão arterial e a verificação da glicemia capilar. Estavam presentes diversos usuários do serviço, entretanto ao preparar o material para verificação da glicemia capilar os profissionais não utilizaram luvas de procedimento para atender a população.

Com relação ao uso de luvas, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução

4) Dimensão: Uso de máscaras e a etiqueta da tosse

Caso 4: Equipe NASF

Em visita domiciliar, a equipe multidisciplinar do Núcleo do Apoio Saúde da Família (NASF) foi avaliar um usuário que recebeu alta hospitalar e precisava de orientações. O mesmo apresentava com quadro de

emagrecimento, febre noturna, tosse há mais de três semanas, era usuário de drogas e estava em tratamento do HIV. Os profissionais de saúde optaram não utilizar as máscaras N95, durante a avaliação do paciente. Durante o atendimento o paciente tossiu várias vezes sem ao menos cobrir a boca.

Com relação ao uso de máscaras e a etiqueta da tosse, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução

5) Dimensão: Medicação Segura e Descarte de Perfuro cortante

Caso 5: Equipe NASF

Em grupo educativo, a equipe multidisciplinar realizou uma mini campanha para verificar a pressão arterial e a glicemia capilar. Porém na Unidade Básica de Saúde (UBS) só havia lanceta sem trava de segurança expondo ainda mais a agulha para realização da glicemia

capilar. Os profissionais ao descartarem o material utilizaram o lixo comum.

Com relação à medicação segura e descarte de perfurocortante, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução

**APÊNDICE F: CADERNO DE RESPOSTA DO ESTUDO
DE CASO**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

KEILA KIYOMI SEKI

**CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE PRECAUÇÕES
PADRÃO E ESPECÍFICAS: UMA INTERVENÇÃO
EDUCATIVA DA PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

CADERNO DE RESPOSTA

**Material apresentado ao Programa de Pós Graduação do
Mestrado Profissional de Enfermagem em Atenção Primária
à Saúde no Sistema Único de Saúde, da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo**

SÃO PAULO

2016

Este caderno de resposta faz parte do processo de intervenção educativa do trabalho de mestrado intitulado: “Conhecimento sobre Precaução Padrão e Específica: uma intervenção educativa para a prática na Atenção Primária a Saúde”, onde foram elaborados casos de acordo com a vivência dos profissionais.

Neste material você encontrará os possíveis problemas e soluções discutidos, e os conceitos que devem ser reforçados para cada dimensão. No final do material você encontrará todas as referências bibliográficas utilizadas.

Ao discutir os casos, procure compreender o ponto de vista do participante fazendo refletir sobre os conceitos de maneira clara e sem a impressão de estar sendo julgado, mas transformando a sua prática profissional.

INTRODUÇÃO

Precauções são medidas adotadas a fim de evitar a propagação de doenças transmissíveis, evitando assim, a transmissão de microrganismos dos pacientes infectados para outros pacientes, visitantes ou mesmo para os profissionais de saúde. Atualmente existem dois tipos de Precauções:

- **Precauções Padrão:** este tipo de precaução deve ser aplicado no atendimento de todos os pacientes, independente do seu estado de saúde. O profissional de saúde deve adotar o uso de equipamentos de proteção, como luvas descartáveis, avental, máscara e óculos de segurança ao realizar qualquer procedimento nos quais exista o risco potencial de contaminação com fluidos corporais (sangue, secreção, excreção). Devemos também acrescentar a este tipo de precaução, a necessidade de cobrir a boca e o nariz com um lenço descartável ao tossir/espirrar ou utilizar a dobra do cotovelo, caso não possua nenhum lenço e não se

esquecer de adotar a prática de higienização das mãos após.

- **Precauções Específicas:** além das Precauções Padrão, estas precauções devem ser adotadas quando a doença possui algum modo de transmissão específico. Por exemplo:

j) Se a transmissão da doença ocorrer através do **contato** devemos utilizar avental e luvas descartáveis para tocar no paciente ou em objetos que pertençam a ele.

k) Se a transmissão for por **via respiratória, por meio de gotículas**, como tosse, espirro ou fala devemos adotar o uso de uma máscara simples.

l) Caso a transmissão seja por **via respiratória, por aerossóis** (minúsculas partículas que permanecem suspensas no ar), devemos utilizar uma máscara com filtro especial (N95). Algumas doenças podem ser transmitidas por mais de uma via, sendo necessário o uso de mais de um tipo de equipamento de proteção, como por exemplo, no caso da varicela

(catapora), onde é necessário o uso de avental, luvas e máscara para aerossóis

Fonte: São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Infecções Relacionadas aos Serviços de Saúde: conhecendo um pouco mais sobre precauções específicas. São Paulo, 2007. Disponível em: <
http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/pdf/IRAS12_LEIGOS_PRECAUCAO.pdf>, acessado dia 20/11/2015.

CADERNO DE RESPOSTA DOS CASOS

1) Dimensão: Identificação de Risco

- **Caso 1: Equipe NASF**

Em visita domiciliar, a equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) e a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) foram avaliar um paciente com quadro avançado de Alzheimer, com dificuldade para deglutir e em uso de sonda nasogástrica. Durante a manipulação da sonda, os profissionais estavam sem luvas de procedimentos.

Com relação ao risco de exposição biológica ocupacional do profissional, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução
Falta de percepção sobre o risco de contaminação no manejo da sonda em paciente no ambiente	Orientar os profissionais sobre a cadeia epidemiológica e papel potencial dos fluidos

domiciliar.	corporais na transmissão de patógenos.
Falta de percepção da indicação do uso das luvas	Orientação sobre as indicações de uso de luvas, sempre que realizar procedimentos com risco potencial de manejo de fluidos biológicos
Falta da percepção da indicação de higiene das mãos	Orientar sobre as indicações de higiene das mãos antes e depois do contato com o paciente e também após o manejo com risco potencial de contaminação das mãos com fluidos biológicos, independente do uso de luvas.

- Caso 1: Equipe Médica:

Paciente foi admitido vítima de politraumas devido um atropelamento em via pública na frente da unidade

básica de saúde, apresentava múltiplas escoriações e perda de consciência. Devido à gravidade do caso o médico iniciou o atendimento, porém não fez uso equipamentos de proteção individual.

Com relação ao risco de exposição biológica ocupacional do profissional, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução
Falta de percepção da necessidade de uso de equipamentos de proteção individual	Orientação sobre o uso do equipamento de proteção individual, como luvas e óculos de proteção, sempre que se antecipa que pode ocorrer a manipulação ou respingos de fluidos corporais. Neste caso, dependendo das condições do paciente e do risco de contaminação de tórax e braços do profissional, pode haver

	também indicação do uso de avental de manga longa.
Falta de percepção da indicação do uso das luvas para procedimentos com risco potencial de manejo de fluidos biológicos	Orientação sobre as indicações de uso de luvas, sempre que realizar procedimentos com risco potencial de manejo de fluidos biológicos
Falta de percepção sobre os riscos de contaminação neste tipo de atendimento de urgência	Orientar os profissionais sobre a cadeia epidemiológica e papel potencial dos fluidos corporais na transmissão de patógenos
Falta da percepção da indicação de higiene das mãos	Orientar sobre as indicações de higiene das mãos antes e depois do contato com o paciente, independente do uso de luvas

- Caso 1: Equipe de Enfermagem :

Criança é admitida na unidade básica de saúde (UBS) com 5 anos de idade, encaminhada pela creche e acompanhada pela mãe. Apresenta erupções cutâneas de aspecto bolhoso principalmente na região do tórax e face. Foi orientada a aguardar o atendimento na sala de espera, na qual havia também gestantes e crianças aguardando para passar com em consulta médica.

Com relação à identificação de riscos quais os problemas encontrados?

Problema	Solução
Não identificar o risco potencial de transmissão por gotícula ou aerossol, devido ao tipo de doença exantemática em questão, para indivíduos susceptíveis	Orientar sobre alerta quanto à possível transmissão por gotícula ou aerossol sempre que há doença exantemática suspeita ou confirmada (varicela, sarampo, rubéola)
Não priorizar o atendimento	Orientar sobre o risco de possível transmissão durante o período de

	espera e os casos com doença exantemática suspeita ou confirmada (ex: varicela, sarampo, rubéola) devem ter seu atendimento priorizado para minimizar este risco.
Manter a criança junto com outros pacientes que estão susceptíveis.	Orientar sobre a separação geográfica de casos com suspeita de doenças transmitidas por aerossol ou gotículas.

Referente a estes casos, os seguintes conceitos devem ser considerados:

Dimensão 1: Identificação de risco – Conceitos
<ul style="list-style-type: none"> A cadeia epidemiológica é uma forma didática de compreender a sequência de interação entre o agente infeccioso, o hospedeiro e o meio ambiente e possui 6 componentes: 1) agente infeccioso; 2) fonte; 3) porta de

saída; 4) forma de transmissão; 5) porta de entrada; 6) hospedeiro susceptível
<ul style="list-style-type: none"> A porta de entrada é o local por onde o agente infeccioso penetra no corpo do hospedeiro e pode ser o trato gastrointestinal, trato urinário, trato respiratório, pele não íntegra e mucosa. Pode ser também os tecidos internos, quando há uma solução de continuidade (ex.: cortes, punções, etc).
<ul style="list-style-type: none"> Fluidos corporais são considerados a porta de saída de contaminantes de um hospedeiro. Fluidos corporais devem ser sempre considerados potencialmente contaminados com agentes infecciosos, independente do diagnóstico do paciente. O contato dos profissionais da saúde com fluidos corporais pode favorecer a penetração de agentes infecciosos pelas portas de entrada dos PAS, caso estejam desprotegidas. O uso de luvas, aventais e máscaras é um método de barreira para evitar a penetração de agentes infecciosos pelas portas de entrada dos PAS.
<ul style="list-style-type: none"> o risco ocupacional de PAS aos vírus Hep B; Hep

C e HIV não depende do nível de atenção a saúde.

- o risco ocupacional de PAS aos vírus Hep B; Hep C e HIV é determinado pela prevalência destas doenças na população em geral e pelo tipo de procedimento realizado, quando ocorre manipulação de fluidos corporais.

- o tamanho da partícula do agente infeccioso é um dos determinantes do modo de transmissão

- os agentes infecciosos têm características que os diferencia quanto ao tamanho da partícula eliminada nas portas de saída e a capacidade destas partículas manter-se infectiva após o ressecamento no ambiente.

- doenças de transmissão respiratória por gotículas podem ser transmitidas pela proximidade de 1 metro em contato de até 1 hora.

- doenças de transmissão respiratória por aerossol podem ser transmitidas por distâncias maiores do que 1 metro e tempos inferiores a 1 hora de contato.

- exposições curtas porém repetidas aumentam a probabilidade de aquisição do agente infeccioso.

- a separação espacial ajuda a minimizar a exposição de indivíduos a agentes infecciosos

transmitidos por gotículas ou aerossóis.

- a transmissão da tuberculose ocorre pela inalação das gotículas expelidas pelo paciente e por aerossóis dispersos no ambiente em que o paciente permanece por tempo prolongado.

- a transmissão da TB não ocorre por transmissão de agentes pelo trato digestivo.

- para indivíduos que coabitam uma residência, a separação de talheres não será um meio efetivo de interrupção da cadeia epidemiológica, visto que não age diretamente nos componentes da cadeia de transmissão da tuberculose.

2) Dimensão: Higienização das mãos (HM)

Caso 2: Equipe NASF

A Equipe NASF estava em visita compartilhada e esteve em diversos domicílios atendendo a acamados, portadores de necessidades especiais. No retorno para a unidade, foram abordadas por uma senhora relatando que sua filha tinha retornado da maternidade e estava com diversas dúvidas com relação ao cuidado do recém-

nascido. Ao adentrar no domicílio os profissionais foram imediatamente pegando a criança no colo sem realizar a higienização das mãos, pois eles estavam com pressa para retornar a unidade e não havia pia próxima do local. Além disto, eles não iriam examinar a criança, mas somente orientar a mãe.

Com relação à higienização das mãos, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução
Falta de percepção sobre as indicações de higiene de mãos	Orientar que a higiene das mãos deve ser feita sempre antes e depois de contato com os pacientes, independente da idade e do procedimento a ser realizado. A higiene das mãos deve ser feita mesmo apenas durante o contato social.
Falta de pia para realizar a lavagem de mãos	Orientar que a higienização das mãos pode ser feita com produto alcoólico como

	indicação principal.
Falta de tempo para realizar a lavagem de mãos	Orientar que a higienização das mãos pode ser feita com produto alcoólico como indicação principal, pois tem rápida ação germicida.

- Caso 2: Equipe Médica:

Em consulta de puericultura, a mãe acompanhada pelo seu filho de oito meses refere que a criança vem apresentando dificuldade para urinar, com gemidos durante a micção. Ao realizar o exame físico o profissional calça luvas e observa que o prepúcio da criança não está completamente retraído para expor a glândula. Enquanto o médico faz este exame, a mãe aproveita a oportunidade para relatar o problema de dentição. Em virtude do tempo da consulta, o profissional automaticamente avalia a boca da criança sem realizar a troca de luvas ou higienização das mãos.

Com relação à higienização das mãos, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução
Pouco tempo para realizar as rotinas induz à falha na adesão a higiene das mãos	Orientar para utilizar como rotina o produto alcoólico para realizar a higienização das mãos, pois tem rápida ação germicida.
Falta de percepção sobre a indicação de troca de luvas e higiene das mãos entre procedimentos mais contaminados e menos contaminados em um mesmo indivíduo	Orientar que neste caso é necessário trocar luvas e fazer higiene das mãos caso seja necessário ir de um local mais contaminado para menos contaminado.

- Caso 2: Equipe de Enfermagem:

A unidade encontrava-se com quadro reduzido de profissionais de enfermagem, e, portanto havia somente um profissional na sala de vacina. Como rotina da sala, este profissional iniciou o atendimento por ordem de chegada, verificou o cartão de vacina para identificar quais as vacinas deveriam ser administradas e lançou as doses

a serem aplicadas no sistema informatizado e no mapa. Após as atividades administrativas, abriu a geladeira e preparou todas as vacinas para aquela criança; em seguida solicitou que os pais segurassem a criança e realizou o procedimento, esquecendo-se de realizar a higienização das mãos.

Com relação à higienização das mãos, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução
Pouco tempo para realizar as rotinas induz à falha na adesão a higiene das mãos	Orientar o uso do produto alcoólico, pois apresenta rápida ação germicida.
Falta de percepção sobre indicações de higienização das mãos	Orientar que ao tocar o usuário ou superfícies adjacentes os profissionais de saúde podem contaminar suas mãos com microrganismos, sendo necessária a higienização das mãos para remover tais microrganismos.

	Orientar que a higiene das mãos deve ser feita imediatamente antes de realizar a preparação da vacina e após a administração da mesma.
--	--

Referente a estes casos, os seguintes conceitos devem ser considerados:

Dimensão 2: Higienização das mãos– Conceitos
<ul style="list-style-type: none"> • Ao tocar o usuário ou superfícies adjacentes os profissionais de saúde podem contaminar suas mãos com microrganismos, podendo estes ser transferidos para outros usuários ou superfícies se este profissional tocar tais superfícies sem a higienização prévia das mãos. • A higienização das mãos remove os microrganismos da pele impedindo a transferência desses microrganismos. • Preparações alcoólicas agem mais rapidamente,

requerem menos tempo e causam menos irritação à pele das mãos.

- Soluções alcoólicas contendo álcool entre 60-95% possuem excelente ação germicida e são mais efetivos que a higiene com água e sabão.
- Preparações alcoólicas contendo emolientes são menos irritantes que a água e sabão, quando usadas repetidamente.
 - Preparações alcoólicas são de mais fácil acesso pelo profissional de saúde.
- O tempo gasto para higienizar as mãos é muito menor quando utilizado a preparação alcoólica.
- O uso de preparações alcoólicas não remove a sujidade das mãos por não possuir ação detergente. A sujidade das mãos pode ser uma barreira para ação efetiva do álcool.
- A pele humana normal é colonizada por microrganismos. A microbiota transitória que coloniza as camadas mais superficiais pode ser transmitida através do contato com o paciente.
- Além disso, os profissionais de saúde podem contaminar suas mãos durante as atividades de cuidado

com os pacientes e contaminar suas mãos.

- A higienização das mãos inativa os microrganismos da pele rompendo a cadeia de transmissão.

- Preparações alcoólicas são de mais fácil acesso pelo profissional de saúde, especialmente em locais onde não há pias.

- Locais do corpo com dispositivos médicos são considerados críticos pelo maior risco de aquisição de infecção (portas de entrada de microrganismos).

- Locais onde há exposição a fluidos corporais também são considerados locais críticos para transmissão de patógenos (vias de eliminação).

- Higienizar as mãos antes e após o contato com áreas críticas é a medida mais eficaz para evitar a transmissão de patógenos, tanto de um local para outro no mesmo indivíduo, como para superfícies ou outros indivíduos.

- Durante o cuidado com o paciente, muito frequentemente as mãos dos profissionais são expostas a microrganismos da pele do paciente e do ambiente.

- A HM deve ser realizada imediatamente antes de

acessar um local crítico para o paciente para evitar a transferência e inoculação de patógenos.

- Luvas não fornecem proteção completa contra a contaminação das mãos. A microbiota colonizante de pacientes pode ser recuperada das mãos de até 30% dos profissionais de saúde que usam luvas durante o contato com o pacientes.

- Presume-se que patógenos tenham acesso às mãos dos profissionais através de pequenos defeitos nas luvas ou pela contaminação das mãos durante a remoção das luvas.

- As luvas utilizadas na assistência são usualmente feitas de borracha de látex natural e de materiais sintéticos não-látex.

- A integridade da barreira das luvas varia de acordo com o tipo, qualidade do material, intensidade e duração do uso, etc. o que faz com que as luvas não possam ser consideradas como barreira completamente segura.

- Pode ocorrer a transferência de microrganismos da pele do profissional para o usuário, por meio destes pequenos furos ou defeitos da luva.

<ul style="list-style-type: none"> • A eficiência do álcool pode ser comprometida a depender do volume de matéria orgânica presente nas mãos. • A água e sabão são utilizados para remoção mecânica da matéria orgânica das mãos, por ação detergente.
<ul style="list-style-type: none"> • As mãos dos profissionais são colonizadas por microrganismos. A microbiota transitória que coloniza as camadas mais superficiais pode ser transmitida através do contato com o paciente. • Além disso, os profissionais de saúde podem contaminar suas mãos em contato com qualquer superfície tocada. • A higiene das mãos neste momento será principalmente para prevenir a colonização da pele do paciente através de mãos não higienizadas e evitar a transferência cruzada de patógenos.
<ul style="list-style-type: none"> • A higienização das mãos deve ser feita antes de entrar em contato com o paciente para proteger o paciente de microrganismos existentes nas mãos dos profissionais. • A higienização das mãos deve ser feita após o

contato com o paciente (exame clínico) para proteger o profissional de saúde e ambiente próximo.
<ul style="list-style-type: none"> • A higienização das mãos deve ser feita antes de entrar em contato com o usuário para proteger o mesmo de microrganismos existentes nas mãos dos profissionais. • A higienização das mãos deve ser feita após o contato com o paciente (higiene corporal) para proteger o profissional de saúde e ambiente próximo. • A prática do banho não pode ser considerada como higiene das mãos, ainda que água e sabonete estejam sendo usados.
<ul style="list-style-type: none"> • Quando realizada corretamente a higienização com água e sabão é eficaz na remoção de microrganismos pela ação mecânica. • Além disso, o uso concomitante de água e sabão e preparação alcoólica podem levar à maior irritação dérmica.
<ul style="list-style-type: none"> • A HM deve ser realizada imediatamente antes de acessar um local crítico para o paciente, para evitar a inoculação de patógenos, incluindo nessa definição a administração de vacinas.

- Sempre que não houver sujidade visível nas mãos a HM com produto alcoólico é de uso preferencial.

3) Dimensão: uso de luvas comum

- Caso 3: Equipe NASF:

Nos grupos educativos de qualidade de vida, a equipe multidisciplinar programou atividades de prevenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, incluindo a aferição da pressão arterial e a verificação da glicemia capilar. Estavam presentes diversos usuários do serviço, entretanto ao preparar o material para verificação da glicemia capilar os profissionais não utilizaram luvas de procedimento para atender a população.

Com relação ao uso de luvas, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução
Pouco tempo para realizar as rotinas induz à falha na	Orientar o uso do produto alcoólico que, pois

adesão a higiene das mãos	apresenta rápida ação germicida.
Falta de percepção sobre as indicações do uso de luvas	O uso de luvas deve ser feito sempre que se maneja acesso vascular com dispositivos perfuro cortante.
Falta da percepção da indicação de higiene das mãos	Orientar sobre as indicações de higiene das mãos antes e depois do contato com o paciente, independente do uso de luvas

- Caso 3: Equipe Médica:

No acolhimento, o profissional médico foi solicitado para avaliar um paciente com quadro de confusão mental, perda de peso, sudorese intensa e micções frequentes. O mesmo pensou em quadro de hiperglicemia e foi verificar a glicemia capilar porém não fez o uso da luva.

Com relação ao uso de luvas, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução
Falta de percepção sobre a necessidade do uso de luvas	Orientar que o uso das luvas funciona como uma barreira para evitar a penetração de agentes infecciosos por possíveis portas de entrada nas mãos dos profissionais.
Falta da percepção da indicação de higiene das mãos	Orientar sobre as indicações de higiene das mãos antes e depois do contato com o paciente, independente do uso de luvas

- Caso 3: Equipe de Enfermagem:

Na sala de coleta de exame, os profissionais de enfermagem se depararam com a grande quantidade de usuários aguardando atendimento. Na tentativa de agilizar

o atendimento os profissionais optaram não realizar a troca de luvas entre os procedimentos de coletas de sangue.

Com relação ao uso de luvas, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução
Pouco tempo para realizar as rotinas induz à falha na adesão a higiene das mãos	Orientar o uso do produto alcoólico é preferencial pois apresenta rápida ação germicida.
Falta de percepção sobre a indicação de troca de luvas entre pacientes.	Orientar que há indicação para o uso de luvas para proteção do profissional, e que a mesma deve ser trocada a cada paciente para evitar a transmissão de patógenos de um paciente para outro.
Falta de percepção da indicação da higiene de mãos	Orientar sobre as indicações de higiene das mãos antes e depois do contato com o paciente, independente do

	uso de luvas.
--	---------------

Referente a estes casos, os seguintes conceitos devem ser considerados:

Dimensão 3: Uso de luvas comum – Conceitos
<ul style="list-style-type: none"> • As luvas são equipamentos de proteção individual que fazem parte das precauções padrão. • Neste caso, o uso das luvas funciona como uma barreira para evitar a penetração de agentes infecciosos por possíveis portas de entrada nas mãos dos profissionais.
<ul style="list-style-type: none"> • As luvas são equipamentos de proteção individual que funcionam como uma barreira para evitar a penetração de agentes infecciosos por possíveis portas de entrada das mãos dos profissionais, nas situações de precauções padrão. • Após o uso, as luvas podem albergar microrganismos que podem ficar aderidos às mesmas. • Caso essa mesma luva seja utilizada em outras atividades, num mesmo usuário ou em outro, estes

microrganismos serão transferidos para os novos locais.
<ul style="list-style-type: none"> • As luvas protegem as mãos dos profissionais de saúde de duas formas: a) funcionando como uma barreira para evitar a penetração de microrganismos por possíveis portas de entrada nas mãos dos profissionais; b) diminuindo a carga microbiana que entra em contato com a mão do profissional, facilitando a remoção dessa carga durante o procedimento da HM. • No caso de precauções específicas por contato, o uso de luvas é indicado para proteger as mãos do profissional de saúde do contato com microrganismos epidemiologicamente relevantes presentes na superfície corporal ou ambiente/superfícies próximas do paciente.
<ul style="list-style-type: none"> • Luvas não promovem proteção completa contra a contaminação das mãos. A microbiota colonizante de pacientes pode ser recuperada das mãos de até 30% dos profissionais de saúde que usam luvas durante o contato com o pacientes. • Presume-se que patógenos tenham acesso às mãos dos profissionais através de pequenos defeitos nas luvas ou pela contaminação das mãos durante a remoção das luvas.

<ul style="list-style-type: none"> • A realização de HM antes e após o uso de luvas minimiza os riscos de aquisição e transferência de patógenos devido a falha na barreira de proteção da luva.
<ul style="list-style-type: none"> • Agravos que têm indicação para precauções de contato são considerados de alta transmissibilidade por contato com pele do paciente ou ambiente. Esta transmissibilidade pode ocorrer mesmo na ausência de matéria orgânica visível. • Neste caso, a recomendação do uso de luvas é justificada por dois motivos: a) prevenir a transmissão de microrganismos do paciente para o profissional de saúde (contato direto); b) prevenir a transmissão de microrganismos presentes em objetos e superfícies próximas ao paciente para o profissional de saúde (contato indireto).
<ul style="list-style-type: none"> • Segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde e o Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação 2014 do Ministério da Saúde não há recomendação para o uso de luvas para a administração de medicação intramuscular e subcutânea, como por exemplo, vacinação. • O uso de luvas nestes casos só é justificado

<p>quando a pele do profissional de saúde NÃO estiver intacta (devido, por exemplo, eczema ou rachadura.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até o momento, não há evidência de que o uso de luvas protegeria o profissional de saúde no caso de acidente perfurocortante. Nestes procedimentos a manipulação de sangue é mínima.
<ul style="list-style-type: none"> • O uso de luvas de procedimento está indicado nesta situação para proteger as mãos do profissional de saúde do contato direto com sangue, o qual é freqüente na realização de tais procedimentos.
<ul style="list-style-type: none"> • A realização de tais procedimentos não oferece risco de exposição a sangue ou demais líquidos corporais. • A exceção para estes procedimentos é no caso para indivíduos que estejam em precauções específicas por contato, ou que não estejam com a pele íntegra. Isto se justifica porque nestes casos pode ocorrer a transmissão mesmo na ausência de matéria orgânica visível.
<ul style="list-style-type: none"> • O uso de luvas não oferece proteção completa contra exposição ocupacional a materiais perfurocortantes, pois a luva não é resistente a corte ou

perfuração. Por este motivo, acidentes perfurocortantes podem propiciar a transferência de agentes contaminantes, mesmo quando a luva é utilizada.

- Isto é ainda mais evidente em se tratando de agulhas ocas (com lúmen) nas quais o volume de sangue/material biológico presentes na luz da agulha é maior. Neste caso, a luva irá apenas reter uma parte do volume de sangue, mas ainda persiste o risco de inoculação.

- Todos os materiais perfurocortantes devem ser descartados imediatamente após o uso, no local em que foram gerados, em recipiente rígido e resistente a vazamentos e rupturas.

- Nas precauções por gotículas ou aerossóis a porta de saída são os perdigotos e a porta de entrada a via respiratória, portanto os métodos de barreira devem ser adequados para interrupção destes elos da cadeia infecciosa.

- As luvas são indicadas apenas para precauções padrão e precauções específicas por contato, nas quais irá funcionar como barreira de proteção impedindo a transmissão por contato direto ou indireto.

- Na realização de curativos com auxílio de pinças não há exposição das mãos do profissional a fluidos corporais potencialmente infectantes e nem risco para o usuário, uma vez que apenas as pinças tocarão a ferida, material, etc.

- Para este tipo de procedimento, o uso de luvas só é recomendado nas situações em que se prevê risco de respingos.

4) Dimensão: Uso de máscaras e a etiqueta da tosse

- Caso 4: Equipe NASF

Em visita domiciliar, a equipe multidisciplinar do Núcleo do Apoio Saúde da Família (NASF) foi avaliar um usuário que recebeu alta hospitalar e precisava de orientações. O mesmo apresentava com quadro de emagrecimento, febre noturna, tosse há mais de três semanas, era usuário de drogas e estava em tratamento do HIV. Os profissionais de saúde optaram não utilizar as máscaras N95, durante a avaliação do paciente. Durante o atendimento o paciente tossiu várias vezes sem ao menos cobrir a boca.

Com relação ao uso de máscaras e a etiqueta da tosse, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução
Falta de percepção sobre a cadeia epidemiológica	Orientar que a transmissão de tuberculose ocorre pela dispersão de partículas eliminadas ao tossir e espirrar, e quanto maior o tempo de contato próximo maior a chance de transmissão da doença respiratória
Falta de percepção sobre as indicações do uso de máscara	Orientar que neste caso é necessário o uso de máscara pelos profissionais para não se exporem ao risco de tuberculose, até que o paciente complete duas semanas de tratamento

	efetivo. Orientar a família e o paciente sobre esta indicação até que o paciente tenha duas semanas de tratamento efetivo.
Falta de conhecimento a respeito da etiqueta de tosse	Orientar os profissionais para educar o paciente quanto à etiqueta de tosse; devendo cobrir a boca ao tossir, utilizando a dobra do cotovelo e lenços descartáveis evitam contaminar as mãos.

- Caso 4: Equipe Médica

A equipe de vigilância a saúde agendou uma consulta médica para avaliação de um paciente de tuberculose no sexto mês de tratamento com melhoras significativas no quadro clínico. O profissional com medo

de se contaminar utilizou máscara N95 durante o atendimento no consultório.

Com relação ao uso de máscaras e a etiqueta de tosse, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução
Falta de percepção sobre a cadeia epidemiológica	Orientar que a tuberculose pulmonar é transmitida por via aérea a partir da inalação de partículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro do doente e após duas semanas do início do tratamento efetivo. Após este período o paciente considera-se que não há mais eliminação de bacilos viáveis.
Falta de percepção sobre na indicação uso de máscara	O indivíduo com tuberculose após 15 dias do início do tratamento com

	melhora da clínica não é mais considerado estando na fase de transmissibilidade não sendo necessário mais o uso da máscara.
Falta de percepção a respeito da etiqueta de tosse	Orientar que independente da condição clínica, o paciente deve ser educado quanto a etiqueta de tosse, ou seja cobrir a boca com a dobra do cotovelo e utilizar lenços descartáveis para evitar que as mãos se contaminem.

- Caso 4: Equipe de Enfermagem

Atendido na unidade, paciente com quadro de emagrecimento repentino, tosse há mais de três semanas e febre no final da tarde, foi orientado pela equipe de enfermagem a colher amostra de escarro e aguardar o atendimento. Porém para manter a privacidade do

indivíduo o profissional orientou a colher a amostra de escarro no banheiro e aguardar a consulta médica.

Com relação ao uso de máscara e a etiqueta de tosse, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução
Falta de percepção sobre o local correto da coleta de escarro na unidade de saúde.	Orientar que o ambiente fechado e sem ventilação aumenta as chances de concentração das partículas de microrganismos aerolizadas, portanto a coleta deverá ser feita em área externa.
Falta de percepção sobre na indicação uso de máscara	Orientar que o paciente deve ser educado sobre indicação do uso de máscara enquanto estiver na unidade de saúde, pois impede a dispersão de microrganismos através da tosse, fala e espirro dos

	indivíduos sintomáticos respiratórios. A máscara cirúrgica é considerada um filtro de retenção de partículas advindas das secreções respiratórias dos pacientes com tuberculose suspeita ou confirmada em sua fase bacilífera.
Não priorizar o atendimento	Orientar que quanto maior o tempo de contato próximo, maior a chance de transmissão de doenças respiratórias. Priorizar o atendimento evita que haja exposição prolongada de indivíduos vulneráveis às fontes de transmissão de tuberculose.

Referente a estes casos, os seguintes conceitos devem ser considerados:

Dimensão 4: Uso de máscaras e a etiqueta da tosse – Conceitos
<ul style="list-style-type: none"> • A transmissão de doenças respiratórias se dá pela proximidade (pelo menos 1 metro) e pela dispersão de partículas eliminadas ao tossir e espirrar. Cobrir a boca e nariz reduz a dispersão de patógenos. • As mãos podem se tornar contaminadas quando a pessoa cobre a boca ao tossir e espirrar ou ao assoar o nariz.
<ul style="list-style-type: none"> • Quanto maior o tempo de contato próximo, maior a chance de transmissão de doenças respiratórias. • Priorizar o atendimento evita que haja exposição prolongada de vulneráveis ao indivíduo que esteja em fase transmissível de doença. • Fornecer lenços e preparação alcoólica facilita a adesão às práticas recomendadas para a prevenção da transmissão de doenças.
<ul style="list-style-type: none"> • As mãos podem se tornar contaminadas ao cobrir a boca ao tossir ou espirrar e o contato subsequente pode levar a transmissão de patógenos. • Usar a dobra do cotovelo e lenços descartáveis

evita que as mãos se contaminem.
<ul style="list-style-type: none"> • A máscara impede a dispersão de microrganismos da tosse, fala e espirro do sintomático respiratório para o ambiente. • Minimizar a dispersão de bacilos é importante, pois estes podem permanecer no ambiente por até nove horas, dependendo da ventilação; • Portanto, seria insuficiente somente os profissionais usarem a máscara N95 no momento do atendimento⁴.
<ul style="list-style-type: none"> • Somente a máscara N95 é efetiva para a proteção do profissional em ambiente com aerossóis. • Esta máscara possui um filtro que permite a retenção de partículas muito pequenas advindas da contaminação ambiental pela tuberculose.
<ul style="list-style-type: none"> • A tuberculose é transmitida por via aérea em praticamente todos os casos a partir da inalação de partículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro do doente com tuberculose ativa de vias respiratórias. • A máscara impede a dispersão de microrganismos da tosse, fala e espirro do

sintomático respiratório para o ambiente.

- Minimizar a dispersão de bacilos é importante, pois estes podem permanecer no ambiente por até nove horas, dependendo da ventilação.

- O indivíduo com tuberculose pulmonar ou laríngea é considerado como bacilífero até pelo menos 15 dias do início do tratamento. Caso apresente melhora clínica após este período, é considerado como não estando mais em fase de transmissibilidade.

- O indivíduo com tuberculose pulmonar ou laríngea é considerado como bacilífero até pelo menos 15 dias do início do tratamento. Caso apresente melhora clínica após este período, é considerado como não estando mais em fase de transmissibilidade.

- Ao falar, tossir, espirrar o indivíduo em fase transmissível dissemina o bacilo no ambiente, não sendo um risco somente para o profissional que irá atendê-lo, mas sim, para todos que estiverem no mesmo ambiente. Assim o uso da máscara evita a disseminação para o ambiente.

- A disseminação do bacilo ocorre pelo ar, desta maneira quando menor for o tempo de permanência do indivíduo com a doença no ambiente, menor é a probabilidade de contaminação do ambiente e conseqüente transmissão para outras pessoas que estejam no mesmo local.

- No momento da fala, tosse ou espirro, o bacilo ainda se encontra imerso nas gotículas do perdigoto, as quais possuem um tamanho maior. Ao serem eliminadas para o ambiente, estas partículas se ressecam, fazendo que fiquem em tamanhos menores que são aerolizadas no ambiente.

- A máscara comum, quando utilizada pelo indivíduo, retém as gotículas maiores eliminadas pela fala, tosse e espirro e impede que ocorra dispersão do bacilo para o ambiente.

- O ambiente fechado e sem ventilação aumenta as chances de concentração das partículas de microrganismos aerolizadas.

- Por este motivo, a coleta de escarro deve ser feita em área externa e nunca em ambientes como banheiros ou cômodos fechados.

- Estratégias devem ser adotadas para manter a privacidade do indivíduo.
- A máscara deve vedar totalmente a face do profissional para que nenhuma partícula consiga passar e entrar em contato com as vias aéreas, o mesmo ocorre com a integridade da mesma, uma vez que se esta estiver molhada, rasgada ou muito velha a barreira não é efetiva e não protegerá o profissional.

Dimensão 5 : Medicação Segura e Descarte de Perfuro cortante

- **Caso 5: Equipe NASF**

Em grupo educativo, a equipe multidisciplinar realizou uma mini campanha para verificar a pressão arterial e a glicemia capilar. Porém na Unidade Básica de Saúde (UBS) só havia lanceta sem trava de segurança expondo ainda mais a agulha para realização da glicemia capilar. Os profissionais ao descartarem o material utilizaram o lixo comum.

Com relação à medicação segura e descarte de perfurocortante, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução
Falta de percepção sobre risco no descarte de material perfuro cortante, quando em pequena quantidade.	Orientar que mesmo em quantidade pequena, o perfuro cortante oferece risco de ferir os profissionais que irão manipular o resíduo.

- **Caso 5: Equipe Médica:**

Em visita domiciliar, o médico da equipe foi avaliar uma paciente acamada que acabara de iniciar o tratamento de DM em uso de insulino terapia. Esta paciente havia comprado as seringas, porém estava com dúvidas no descarte do material. O profissional explicou como administrar a medicação e orientou jogar o material dentro do lixo comum.

Com relação à medicação segura e descarte de perfurocortante, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução
Falta de percepção sobre o risco no descarte de material perfuro cortante	Orientar que mesmo em quantidade pequena, o perfurocortante oferece risco de ferir os trabalhadores que irão manipular o resíduo.
Falta de conhecimento sobre a conduta para descarte de material perfuro cortante no domicílio	Orientar que o paciente deverá solicitar recipiente próprio para descarte de perfuro cortante na UBS.

- Caso 5: Equipe de Enfermagem:

Na sala de acolhimento haviam cinco casos avaliados com amigdalite. A médica prescreveu penicilina benzatina para as crianças, com valor das unidades de acordo com o peso das crianças. Entretanto, na farmácia haviam frascos de 1.200.000. A equipe de enfermagem na sala de medicação realizou o cálculo da dosagem prescrita

e fracionou o conteúdo do mesmo frasco. O frasco foi diluído e a equipe optou por utilizar a mesma agulha para aspirar o conteúdo. Os frascos utilizados foram descartados em lixo comum.

Com relação à medicação segura e descarte de perfurocortante, quais os problemas encontrados?

Problema	Solução
Falta de percepção sobre os riscos de contaminação em frascos de múltiplas doses	Orientar que cada dose preparada é para cada paciente e que deve ser utilizada um novo conjunto de agulha e seringa. Orientar que essa conduta reduz os riscos de contaminação da medicação.
Falta de percepção sobre o risco no descarte de material perfuro cortante	Orientar que os frascos de vidro contendo resíduos de medicamentos devem ser descartados no recipiente de perfuro cortante, para

	evitar expor os trabalhadores ao risco de acidente perfuro cortante.
--	--

Referente a estes casos, os seguintes conceitos devem ser considerados:

Dimensão 5: Medicação segura e descarte de perfuro cortante – Conceitos
<ul style="list-style-type: none"> • A reutilização de agulhas e seringas aumenta o risco de contaminação do frasco multidose. • O uso de uma nova seringa e agulha a cada aspiração, reduz os riscos de contaminação.
<ul style="list-style-type: none"> • A medicação após aberta tem um prazo de validade menor do que quando está ainda fechada e lacrada. • A indicação da data de abertura e de validade no frasco reduz o risco de administração de medicamento fora do seu prazo de validade. • Por conter restos de medicação e por ser perfurocortante caso quebre, o descarte destes frascos deve ser feito de forma segura.

- Para cada dose preparada e para cada paciente deve ser utilizado um novo conjunto de agulha e seringa. Essa manobra reduz os riscos de contaminação tanto do material quando da medicação, por evitar que uma eventual contaminação acidental seja replicada.

- Os recipientes rígidos evitam que as agulhas contaminadas furem quem for manipular esse material. As mesmas devem ser levadas para a unidade uma vez que esse tipo de material não pode ser descartado em lixo comum.

- A unidade de saúde possuir recursos apropriados para a destinação de resíduos perfurocortantes que envolvam risco biológico.

- Mesmo sendo pequenas quantidades, o perfurocortante oferece risco de ferir os profissionais que irão manipular o resíduo.

- Em qualquer circunstância o material perfurocortante deve ser descartado em local apropriado, para evitar acidentes com risco biológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora de Segurança no Trabalho (NR 32), 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Medidas para reduzir a transmissão do M. tuberculosis. In: Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
3. CDC. GUIDE TO INFECTION PREVENTION FOR OUTPATIENT SETTINGS: Minimum Expectations for Safe Care. 2014. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/HAI/settings/outpatient/outpatient-care-guidelines.html>>. Acessado em 26/01/2016.
4. Ferreira AM, Bertolo D, Andrade MR, Andrade D. Conhecimento da equipe de enfermagem acerca do uso de luvas no contexto hospitalar. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(3):628-34.
5. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. 2002. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5116a1.htm>
6. Hutin Y, Hauri A, Chiarello L, Catlin M, Stilwell B, Ghebrehiwet T, Garner J, & the members of the injection safety best practices development group. Best infection control practices for intradermal, subcutaneous, and intramuscular needle injections. Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (7): p 492.
7. JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. 2007.
8. SIEGEL, J.D. et al. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention. 2007. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>>. Acessado em 25/01/2016
9. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. 2009.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf

10. World Health Organization. Gloves use information leaflet.p3. Disponível em: [http://www.who.int/gpsc/5may/Glove Use Information Leaflet.pdf](http://www.who.int/gpsc/5may/Glove_Use_Information_Leaflet.pdf).

ANEXO A - QUESTIONÁRIO UTILIZADO PARA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO SOBRE PRECAUÇÕES PADRÃO E ESPECÍFICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Nome (iniciais): _____ **Sexo:** _____ **Setor:** _____ **Escolaridade:** _____ **PRÉ () PÓS ()**

MÓDULO A – Avaliação do índice de acertos sobre precauções padrão e específicas

Assinale com um X a opção de resposta - “Certo” ou “Errado”- que considerar adequada.

• **A.1 Dimensão:** **Identificação de risco**

Componentes	Certo	Errado
A.1.1- Locais críticos são os locais no corpo do indivíduo que devem ser protegidos de contaminação, pois são portas de entrada para os microrganismos.		
A.1.2- Locais como o corpo do indivíduo, os dispositivos ou ambiente com presença de fluidos corporais apresentam risco de contaminação para o profissional de saúde.		
A.1.3- O risco de exposição ocupacional do profissional aos vírus da Hep B; Hep C e HIV na atenção primária à saúde é reduzido, uma vez que o atendimento nessa situação é raro nessas unidades.		
A.1.4- Os aerossóis são partículas menores que as gotículas (menor que 5 µm) E podem penetrar mais profundamente o trato respiratório por meio da inalação. Enquanto as gotículas atingem a via respiratória alta (mucosa nasal e cavidade bucal).		
A.1.5- Não é necessário acomodar o indivíduo com sintomas de infecção respiratória em áreas separadas de outros, uma vez que o tempo de permanência na unidade é muito pequeno.		
A.1.6- Deve-se orientar que não é preciso separar copos e talheres do indivíduo que apresente TB, pois a transmissão se dá apenas por via respiratória.		

- **A.2 Dimensão: Higienização das mãos**

Componentes	Certo	Errado
A.2.1- A higienização das mãos ao remover sujidades e microrganismos da pele interrompe a cadeia de transmissão microrganismos.		
A.2.2- A preparação alcoólica é de uso preferencial para higienização das mãos.		
A.2.3- A higienização das mãos com preparação alcoólica é indicada sempre quando as mãos não estiverem visivelmente sujas.		
A.2.4- A higienização das mãos com preparação alcoólica durante visita domiciliar é altamente indicada para evitar infecção cruzada e a contaminação das mãos do profissional de saúde.		
A.2.5- A higienização das mãos deve ser realizada antes e após o contato com local crítico do indivíduo, visando evitar a transmissão de microrganismos de um sítio para outro no próprio indivíduo e no ambiente terapêutico.		
A.2.6- É imprescindível a higienização das mãos antes de realizar um procedimento limpo ou asséptico, quando envolver contato direto ou indireto com o indivíduo, para evitar contaminação.		
A.2.7- O profissional de saúde, visando sua proteção, deve higienizar as mãos imediatamente após a remoção das luvas, minimizando o risco de contato com fluidos corporais mesmo que não visíveis.		
A.2.8- O uso de luvas representa uma barreira de proteção entre os fluídos corporais do indivíduo e a pele do profissional de saúde. Dessa forma é dispensável a higienização das mãos antes de calçar as luvas.		
A.2.9- A higienização das mãos com água e sabão é necessária após usar o banheiro, quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou manchadas por fluidos corporais, como sangue.		
A.2.10 – A higienização das mãos durante a visita domiciliar não se faz necessária, uma vez que é realizado apenas o contato social com o indivíduo.		

A.2.11- Na consulta clínica, o profissional deve realizar a higienização das mãos no mínimo em dois momentos, antes e após realizar o exame físico no paciente.		
A.2.12- Num atendimento domiciliar, o profissional de saúde ao auxiliar um paciente na higiene corporal, deve realizar a higienização das mãos apenas após o cuidado, visto que durante o banho já estará higienizando as mãos com água e sabão.		
A.2.13 - A higienização das mãos com água e sabão seguida de fricção com preparação alcoólica aumenta a segurança do profissional.		
A.2.14- Na administração de vacinas não é indicada a higienização das mãos com preparação alcoólica.		

- **A.3 Dimensão: Uso de luvas comum**

Componentes	Certo	Errado
A.3.1- O uso de luvas é indicado antes de entrar em contato com fluídos corpóreos, membrana mucosa, pele não íntegra e materiais potencialmente contaminados.		
A.3.2- As luvas devem ser trocadas sempre antes de entrar em contato com outro indivíduo, mesmo se não apresentar sujidade.		
A.3.3- O objetivo do uso de luvas é reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais e disseminação de microrganismos para o meio ambiente e outros indivíduos.		
A.3.4- Pode ocorrer a contaminação das mãos mesmo com o uso de luvas, devido à presença de pequenos furos (defeitos) das luvas ou pela remoção incorreta das luvas.		
A.3.5- Durante o atendimento ao indivíduo em precaução de contato o profissional de saúde deve utilizar luvas sempre que tocar no indivíduo e em seus pertences (suas imediações), mesmo se não apresentar riscos de exposições com líquidos corpóreos ou pele não íntegra.		
A.3.6- Para realização de medicação intramuscular e subcutânea, como na vacinação, é indicado o		

uso de luvas.		
A.3.7- O uso de luvas é indicado para a realização de procedimentos como glicemia capilar, administração de medicamentos endovenosos e teste do pezinho.		
A.3.8- O uso de luvas é indicado para a realização de procedimentos como aferir pressão arterial e temperatura axilar.		
A.3.9- O uso de luvas não protege completamente contra acidentes perfurocortante, reforçando a necessidade da manipulação e a do descarte adequado dos mesmos.		
A.3.10- É obrigatório o uso de luvas nas precauções específicas, ou seja, de contato, por gotículas e por aerossóis, por se tratar de medida básica de precaução.		
A.3.11- Para a realização de curativo simples o uso de luvas é indispensável, independente do uso ou não de pinças.		

• **A.4 Dimensão: Uso de máscaras e a etiqueta da tosse**

Componentes	Certo	Errado
A.4.1- São medidas necessárias de educação em saúde para evitar disseminação de patógenos respiratórios nas unidades de saúde: orientar sobre a utilização de lenços de papel para cobertura da boca e nariz ao tossir ou espirrar e a higienização das mãos após.		
A.4.2- São ações necessárias para evitar disseminação de patógenos respiratórios nas unidades de saúde: priorizar o atendimento de sintomáticos respiratórios e disponibilizar lenços de papel e preparação alcoólica.		
A.4.3- A etiqueta de tosse consiste em cobrir o nariz e a boca com as mãos ao tossir ou espirrar.		
A.4.4- Máscaras devem ser ofertadas aos indivíduos sintomáticos respiratórios, logo ao adentrar a uma instituição de saúde.		

A.4.5- Em uma visita domiciliar ao indivíduo suspeito ou confirmado bacilífero para TB o profissional de saúde deve utilizar máscara cirúrgica, solicitar para ele realizar a etiqueta de tosse, e se possível manter-se em local arejado.		
A.4.6- Indivíduos em início de tratamento para TB que comparecem à unidade para tratamento supervisionado, não necessitam utilizar máscara, uma vez que permanecem por pouco tempo na unidade.		
A.4.7- Ao atender indivíduo em início de tratamento para TB, os profissionais de saúde deverão utilizar máscara de proteção respiratória (PFF2/N95), dispensando ao indivíduo do uso da máscara cirúrgica.		
A.4.8- Durante supervisão do tratamento da tuberculose (DOTS) o indivíduo deve permanecer apenas o tempo mínimo necessário na unidade.		
A.4.9- A utilização de máscara cirúrgica pelo indivíduo bacilífero não é efetiva para evitar a disseminação dos bacilos da TB para o ambiente durante fala, tosse ou espirro.		
A.4.10- Para manter a privacidade do indivíduo a coleta de escarro deve ser realizada em cômodo fechado, exemplo, banheiros.		
A.4.11- A máscara de proteção respiratória (PFF2/N95) para ser efetiva deve estar íntegra e perfeitamente ajustada à face do profissional de saúde.		

• **A.5 Dimensão: Medicação segura e descarte de perfurocortante**

Componentes	Certo	Errado
A.5.1- Para aspirar medicamento com múltiplas doses, utilizar sempre uma nova agulha e nova seringa, mesmo sendo para um mesmo paciente.		
A.5.2- Frascos de múltiplas doses devem ser datados quando abertos e descartados conforme padronização do serviço e de acordo com orientações do fabricante.		

A.5.3- Pode-se utilizar a mesma seringa e agulha para preparar medicação para vários pacientes desde que seguida à técnica asséptica.		
A.5.4- Indivíduos que utilizam insulina por via subcutânea (SC) em domicílio devem descartar os perfurocortante em recipientes rígidos e depois devolvê-los para a unidade.		
A.5.5- No domicílio, por se tratar de pequena quantidade, o material perfurocortante pode ser descartado no lixo comum.		

MÓDULO B – Avaliação da frequência de boas práticas no comportamento referido sobre precauções padrão e específicas

Marque com um X a frequência com que realiza o descrito em cada item

• **B.1 Comportamento referido sobre boas práticas**

Componentes	Sempre	Muito frequente	Não lembro	Poucas vezes	Nunca
B.1.1- Com que frequência você utiliza preparação alcoólica para a higienização das mãos?					
B.1.2- Considerando quando suas mãos não estão visivelmente sujas, com que frequência você as					

higieniza com água e sabão?					
B.1.3- Com que frequência você usa luvas quando realiza teste de glicemia capilar?					
B.1.4- Com que frequência você realiza a higienização das mãos na administração de vacinas entre um indivíduo e outro durante uma campanha?					
B.1.5- Com que frequência você realiza a higienização das mãos antes de realizar procedimentos com os indivíduos?					
B.1.6- Com que frequência você realiza a higienização das mãos após realizar procedimentos com os indivíduos?					
B.1.7- Com que frequência você realiza a higienização das mãos nos dois momentos: antes e após a realização de procedimentos com os indivíduos?					
B.1.8- Com que frequência ao visitar um indivíduo sintomático para TB você utiliza máscara de proteção respiratória (PFF2/N95)?					
B.1.9- Com que frequência você orienta o indivíduo bacilífero de TB a utilizar máscara cirúrgica durante o tempo que permanecer na unidade de saúde?					
B.1.10- Com que frequência você orienta o manuseio de material perfurocortante no domicílio pelos indivíduos insulínodos?					
B.1.11- Com que frequência você acomoda separadamente indivíduos com varicela ou TB bacilífera na sua unidade de saúde, quando presentes?					
B.1.12- Com que frequência você participa de treinamentos sobre o tema precauções no seu local de trabalho?					

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE PRECAUÇÕES PADRÃO E ESPECÍFICAS: UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA DA PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Keila Kiyomi Seki

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 50155515.6.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.464.689

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo longitudinal, prospectivo e de intervenção, desenvolvido por meio de uma abordagem quantitativa, cujo percurso metodológico ocorrerá em seis momentos denominados respectivamente: 1) Aplicação, 2) Análise, 3) Intervenção Educativa, 4) Aplicação, 5) Análise e 6) Retro-alimentação.

As perguntas norteadoras desta pesquisa são: Quais os conhecimentos e os comportamentos auto-referidos que os profissionais de saúde da APS possuem com relação às medidas de PP e PE? A intervenção de aprendizado baseado em casos será efetiva para melhorar os conhecimentos dos profissionais de saúde na APS com relação às medidas de PP e PE?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o conhecimento e o comportamento dos profissionais da Atenção Primária a Saúde sobre Precauções Padrão e Precauções Específicas por meio de um instrumento validado e propor uma intervenção educativa.

Objetivos Secundários:

1. Identificar o índice de acertos com relação ao conhecimento dos profissionais de saúde em uma unidade de APS com relação às medidas de precauções padrão e específicas.
2. Identificar os comportamentos auto-referidos dos profissionais de saúde na APS com relação às medidas de precauções padrão e específicas.
3. Aplicar medida de intervenção educativa que vise melhorias no conhecimento dos profissionais de saúde da atenção primária com relação às medidas de PP e PE.
4. Avaliar o impacto da medida de intervenção aplicada no grau de conhecimento e no comportamento auto-referidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios estão claros e bem descritos. Trata-se de contribuir para a prática de precauções relacionadas aos riscos de contaminação e infecção nas práticas de atenção à saúde.

Riscos:

Nesse caso pode ocasionar desconforto, cansaço ou constrangimento ao participar das atividades propostas. Entretanto, esses riscos serão minimizados, pois caso sinta-se desconfortável, poderá interromper sua avaliação temporariamente ou em definitivo, podendo sua participação ser retomada a qualquer momento durante o projeto, caso seja de seu interesse.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante para a área da saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O cronograma está compatível com a fase atual do projeto.

O TCLE foi corrigido e adequado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora apresentou uma emenda, acrescentando uma instituição coparticipante.

Recomendo a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_672785_E1.pdf	05/03/2016 23:51:12	Keila Kiyomi Seki	Aceito
Declaração de Instituição e	Comiteprefeitura_doc.pdf	05/03/2016 23:49:51	Keila Kiyomi Seki	Aceito
Outros	Justificativa_da_emenda.doc	05/03/2016 23:45:44	Keila Kiyomi Seki	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_doc.pdf	05/03/2016 23:44:46	Keila Kiyomi Seki	Aceito
Cronograma	Cronograma_doc.docx	05/03/2016 23:28:57	Keila Kiyomi Seki	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_doc.doc	05/03/2016 23:24:47	Keila Kiyomi Seki	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.doc	05/03/2016 23:23:33	Keila Kiyomi Seki	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	07/10/2015 20:33:00	Keila Kiyomi Seki	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 24 de Março de 2016

Assinado por: Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)

ANEXO C– PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO - SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO E COMPORTAMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE PRECAUÇÕES PADRAO E ESPECÍFICA: UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA DA PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Pesquisador: Keila Kiyomi Seki

Área Temática:

Versão:

CAAE: 59155515.6.3001.0086

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.502.316

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Este é um estudo longitudinal, prospectivo e de intervenção, desenvolvido por meio de uma abordagem quantitativa sobre o conhecimento e o comportamento dos profissionais da atenção primária com relação às Precauções Padrão e Precauções Específicas. Amostra de 23 participantes da pesquisa.

Um dos grandes desafios dos serviços de saúde extra-hospitalar, em especial na Atenção Primária à Saúde, com relação a prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde é identificar as lacunas dos conhecimentos e comportamentos auto referidos com relação a aplicação das medidas de Precauções Padrão-PP e Precauções Específicas-PE, além de compreender quais são as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde com relação às precauções e elaborar medidas de intervenção que visem melhorias na adesão. O presente estudo será desenvolvido tendo como documentos-base às diretrizes do Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings (Siegel et al, 2007) e a dissertação de mestrado de Sako

(2015), que objetivou criar e validar o instrumento desenvolvido para mensurar o conhecimento e o comportamento dos profissionais da saúde da APS.

A coleta de dados será realizada na UBS Cidade Ipava, localizada no extremo sul do município de São Paulo, distrito do Jardim Ângela, sob a supervisão técnica de saúde da subprefeitura do M' Boi Mirim, atualmente gerenciada pela Organização Social Centro de Estudos e Pesquisa Doutor João Amorim (OS- CEJAM). Cujas populações alvo serão os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que atuam diretamente na assistência. Os dados serão analisados de acordo com cada momento, por meio de estatística descritiva e apresentada em forma de gráficos e tabelas. Conclusão: a expectativa deste estudo será compreender quais os conhecimentos e os comportamentos dos profissionais da APS com relação às medidas de PP e PE e avaliar se a intervenção educativa foi efetiva.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o conhecimento e o comportamento dos profissionais da Atenção Primária a Saúde sobre Precauções Padrão e Precauções Específicas por meio de um instrumento validado e propor uma intervenção educativa.

Objetivo Secundário: 1. Identificar o índice de acertos com relação ao conhecimento dos profissionais de saúde em uma unidade de APS com relação às medidas de precauções padrão e específicas. 2. Identificar os comportamentos auto-referidos dos profissionais de saúde na APS com relação às medidas de precauções padrão e específicas. 3. Aplicar medida de intervenção educativa que vise melhorias no conhecimento dos profissionais de saúde da atenção primária com relação às medidas de PP e PE. 4. Avaliar o impacto da medida de intervenção aplicada no grau de conhecimento e no comportamento auto-referidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Toda pesquisa envolvendo seres humanos possui riscos associados, que nesse caso pode ocasionar desconforto, cansaço ou constrangimento ao avaliar o instrumento apresentado. A participação é voluntária e os riscos serão minimizados, caso o profissional sinta-se desconfortável, poderá interromper sua avaliação em definitivo ou temporariamente, podendo esta ser retomada posteriormente, caso tenha interesse; sendo priorizada sempre sua decisão.

Benefícios: Existe uma necessidade real de promover ações para aumentar a adesão dos profissionais de saúde às medidas das PP e PE, sendo a avaliação do conhecimento uma parte essencial no planejamento dessas ações, visando garantir a segurança dos usuários e dos profissionais de saúde na APS. A aplicação de um instrumento validado por juízes especialistas na área permitirá a identificação de lacunas do conhecimento e do comportamento dos profissionais de saúde sobre as precauções e possibilitará

implementar estratégias de melhoria direcionadas e comparar os resultados destes processos antes e após uma intervenção educativa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia é adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na Folha de Rosto está adequada. A autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada. O cronograma de execução está adequado. Apresenta um orçamento mínimo, refere apenas o custo da pesquisa e informa que os gastos serão da responsabilidade do pesquisador.

O TCLE foi retificado conforme solicitado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sem pendências ou inadequações.

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo.

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Enviar um adendo ao CEP da instituição proponente a fim de que sejam informadas as alterações feitas ao projeto ora aprovado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_672785_E1.pdf	05/03/2016 23:51:12		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Comiteprefeitura_doc.pdf	05/03/2016 23:49:51	Keila Kiyomi Seki	Aceito
Outros	Justificativa_da_emenda.doc	05/03/2016 23:45:44	Keila Kiyomi Seki	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_doc.pdf	05/03/2016 23:44:46	Keila Kiyomi Seki	Aceito
Cronograma	Cronograma_doc.docx	05/03/2016 23:28:57	Keila Kiyomi Seki	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_doc.doc	05/03/2016 23:24:47	Keila Kiyomi Seki	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.doc	05/03/2016 23:23:33	Keila Kiyomi Seki	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	07/10/2015 20:33:00	Keila Kiyomi Seki	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 15 de Abril de 2016

Assinado por:Luís Gracindo Costa Bastos
(Coordenador)