

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LUIZE FÁBREGA JUSKEVICIUS

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO COM-EFE:
PROTOCOLO PARA COMUNICAÇÃO EFETIVA COM INDIVÍDUOS
EM PRECAUÇÕES PARA DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS**

**SÃO PAULO
2022**

LUIZE FÁBREGA JUSKEVICIUS

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO COM-EFE:
PROTOCOLO PARA COMUNICAÇÃO EFETIVA COM INDIVÍDUOS
EM PRECAUÇÕES PARA DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS**

Versão corrigida da tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem em Saúde Coletiva

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

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

Coorientação: Prof. Dr. Stephen Timmons

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original 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

2022

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

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Catálogo-na-publicação (CIP)
Biblioteca Wanda de Aguiar Horta
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Juskevicius, Luize Fábrega

Avaliação da Implementação do Com-Efe: protocolo para comunicação efetiva com indivíduos em precauções para doenças transmissíveis / Luize Fábrega Juskevicius. São Paulo, 2022.

198 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Maria Clara Padoveze

Coorientador(a): Prof. Dr. Stephen Timmons

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva.

1. Precauções universais. 2. Vulnerabilidade em saúde. 3. Comunicação em saúde. 4. Enfermagem. I. Título

Ficha catalográfica automatizada.

Bibliotecária responsável: Fabiana Gulin Longhi (CRB-8: 7257)

Nome: Luize Fábrega Juskevicius

Título: Avaliação da implementação do Com-Efe: protocolo para comunicação efetiva com indivíduos em precauções para doenças transmissíveis.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem em Saúde Coletiva.

Aprovado em: ___ / ___ / ___

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho inteiramente aos meus pais, Gláucia Fábrega Juskevicius, minha fortaleza, e Roberto Juskevicius (em memória), meu grande amor. Os dois maiores incentivadores das realizações dos meus sonhos. Gratidão eterna.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria Clara Padoveze, por sua dedicação e respeito a essa pesquisa, mesmo em tempos escassos e desafiadores.

Ao meu coorientador, Stephen Timmons, que apoiou minhas descobertas na ciência da implementação e na minha estadia na Universidade de Nottingham, com sua calma, sabedoria e acolhimento. Aproveito para agradecer também sua esposa, Dr^a. Judith, e a todos os colegas do grupo de trabalho CHILL, na Universidade de Nottingham, por todo apoio à minha pesquisa.

A todas as Professoras e especialistas do Departamento de Saúde Coletiva, em especial, Dr^a. Lucia Izumi Nichiata, Dr^a. Maria Rita Bertolozzi, Dr^a. Anna Luiza Gryscek, Dr^a. Sueli Ciosak e Dr^a. Érica Gomes Pereira, pelas valiosas contribuições ao longo deste processo, desde o mestrado até a finalização desta pesquisa.

Aos queridos colegas de pós-graduação, que viveram essa jornada comigo, em especial, Dr. Reginaldo Luz, Dr^a. Adriana Felix, Dr^a. Debora Melo, Dr. Cassimiro Nogueira, Dr^a. Ligia Abraao, Dr^a. Juliana Gnatta, Me. Viviane Gusmão, Me. Eni Silva, Me. Ercilia Evangelista, Me. Marcia Baraldi, Me. Pryscilla Ladislau, Me. Talita Raquel, Me. Caroline Herrera, Me. Rafael Pimentel.

Aos membros do grupo de pesquisa PETIRAS, por todos os momentos de troca de saberes e tanto aprendizado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de doutorado e Programa de Doutorado-sanduiche no Exterior (PDSE).

Ao meu marido, Jhones Alberto Vaz, que caminhou lado a lado, também com sua pesquisa de Doutorado, me apoiando e dando amor nas horas difíceis.

À minha irmã, Gabrielle Fábrega Juskevicius, e meu cunhado, Gustavo Henrique Oishi, por se orgulharem do meu trabalho e por me presentear com meu afilhado, Miguel Juskevicius Oishi, que é alegria desde seu primeiro dia de vida.

Às minhas queridas amigas, pela compreensão e torcida ao longo dos últimos anos.

Aos demais familiares, agradeço por acreditarem em mim.

Agradeço meus queridos alunos, que foram mola propulsora na busca por mais saberes e aos colegas de trabalho pelo incentivo.

Juskevicius LF. Avaliação da implementação do Com-Efe: protocolo para comunicação efetiva com indivíduos em precauções para doenças transmissíveis. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2022.

RESUMO

Introdução: infecções relacionadas à assistência à saúde são um problema de saúde pública, especialmente devido à emergência das bactérias multirresistentes. A transmissão de doenças em serviços de saúde pode ser evitada por meio da adoção de um conjunto de medidas, denominadas precauções padrão e precauções específicas. Porém existem relatos na literatura sobre eventos adversos relacionados às precauções específicas. A fim de minimizar a ocorrência destes eventos, em estudo anterior foi elaborado um protocolo que objetivou instrumentalizar profissionais de saúde na elaboração de ações educativas para indivíduos em precauções específicas, denominado Com-Efe. O Com-Efe foi desenvolvido e validado tendo como referência teórica o conceito de vulnerabilidade, o qual possibilita identificar potenciais condições e fatores para o enfrentamento da questão da vulnerabilidade de indivíduos a determinados agravos. Para implementar o protocolo Com-Efe, visando converter as evidências em práticas, foram utilizadas estratégias baseadas na ciência da implementação. **Objetivo:** implementar protocolo Com-Efe para comunicação efetiva em indivíduos em precauções específicas e avaliar a estratégia de implementação. **Métodos:** trata-se de pesquisa de implementação, com abordagem qualitativa. Foi aplicado em quatro fases sequenciais: 1) observação não participante, com o objetivo de avaliar o contexto; 2) desenho e proposta de implementação do protocolo, baseada nos resultados obtidos na fase anterior; 3) adaptação da estratégia de implementação do protocolo, por meio de oficinas com enfermeiros; 4) avaliação dos resultados da implementação, por meio de entrevistas semiestruturadas com enfermeiros participantes do processo. O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário público de nível assistencial secundário. Foi utilizado o quadro consolidado para pesquisa de implementação e seus respectivos constructos para analisar os conteúdos emergentes em cada fase do estudo. **Resultados:** 1) a observação focou na interação de profissionais de saúde e pacientes; o cenário interno demonstrou que há disponibilidade de boa estrutura para dar suporte às medidas de prevenção de transmissão de doenças. Foram identificadas adesão parcial às medidas preventivas preconizadas insuficiente comunicação efetiva entre os indivíduos, falta de planejamento sistemático da educação do paciente e ausência de alertas comportamentais nos casos de não adesão às precauções; 2) os principais elementos de implementação foram baseados na fase um e incluíram a realização de treinamentos *online* e presencial para os participantes das unidades envolvidas, bem como entrega de material complementar impresso; 3) após a análise das oficinas, foram desenvolvidas ações para adaptar a estratégia de implementação. Entre essas, elaboração de vídeo para mídias sociais e livreto para ser utilizado a beira-leito com o paciente; 4) a análise de conteúdo das entrevistas apontou como principais fatores que poderiam ter facilitado a adesão ao protocolo as crenças e a percepção de vantagem no uso do Com-Efe. Entre as barreiras que emergiram da análise de conteúdo e que podem ter contribuído para a falha da implementação foram o clima organizacional e o comprometimento individual e da liderança. **Conclusão:** o contexto se revelou de alta complexidade, com interferências do cenário externo e interno, ao longo da

estratégia de implementação. Os fatores que podem ter influenciado a falha da implementação foram relacionados, principalmente, aos constructos de prioridade relativa, clima de aprendizagem, necessidades do paciente, compromisso da liderança, execução e líderes de opinião.

Palavras-chave: Precauções universais. Vulnerabilidade em saúde. Comunicação em saúde. Enfermagem.

Juskevicius LF. Evaluation of the implementation of Com-Efe: protocol for effective communication with individuals in special precautions. [thesis]. São Paulo: School of Nurse, University of São Paulo; 2022.

ABSTRACT

Introduction: healthcare-associated infections are a public health problem, especially due to the emergence of multidrug-resistant bacteria. The transmission of diseases in healthcare services can be avoided through the adoption of a set of measures, called standard precautions and transmission-based precautions. However, there are reports in the literature on adverse events related to transmission-based precautions. In order to minimize the occurrence of these events, in a previous study, a protocol was developed, which aimed to capacitate healthcare professionals in the elaboration of educational measures for individuals facing transmission-based precautions, called Com-Efe. The Com-Efe was elaborated and validated having as theoretical reference the concept of vulnerability, which makes it possible to identify potential conditions and factors to face the issue of vulnerability of individuals to certain distress. Intending to implement the Com-Efe protocol, converting evidence into practice, science-based implementation strategies were used. **Objective:** to implement Com-Efe protocol for effective communication in transmission-based precaution individuals and to evaluate the implementation strategy. **Methods:** this is an implementation research, with a qualitative approach. It was applied in four sequential phases: 1) non-participant observation in two inpatient units, in order to assess the context; 2) design and implementation proposal of the protocol, based on previous phase results; 3) adaptation of the protocol implementation strategy, through workshops with nurses; and 4) evaluation of the results of implementation, through semi-structured interviews with participating nurses. The study was developed in a public and university hospital, of secondary-level complexity. The Consolidated Framework for Implementation Research was used to analyze data on emerging dimensions in each phase of the study. **Results:** 1) the observation focused on healthcare professionals and patients interaction, the internal scenario showed that there is a good structure available to support measures to prevent diseases transmission. Partial adherence to the recommended preventive measures, insufficient effective communication between individuals, lack of systematic planning in patient education and absence of behavioral alerts, in cases non-adherence to precautions were identified; 2) the main implementation elements were based on phase one and included online and in-person training for all healthcare professionals in the units involved, in addition to complementary printed material delivered; 3) after analyzing the workshops, tools were developed to adapt the implementation strategy. Among these, a video for social media and a booklet to be used at bedside with the patient were developed; and 4) in the content analysis of the interviews, the main factors that could have facilitated adherence were the beliefs and perception of advantage in the use of Com-Efe. However, the barriers that emerged from the categorization, and that may have contributed to the failure of implementation, were the environment and individual and leadership commitment. **Conclusion:** the context was shown to be highly complex, with interference from the external and internal scenario, throughout the implementation strategy. The factors that may have influenced the implementation failure were mainly related to the constructs of relative priority, learning environment, patient needs, leadership commitment, execution and opinion leaders.

Keywords: Universal Precautions. Health Vulnerability. Health Communication. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Principais domínios do Consolidado para Pesquisa de 30
Implementação (*Major Domains of the Consolidated Framework
for Implementation Research*).
- Figura 2** Matriz de Mendelow, indicando os níveis de ação com relação aos 34
stakeholders, segundo seu interesse e poder de influência na
estratégia de implementação.
- Figura 3** Representação esquemática das fases da estratégia de 44
implementação do Com-Efe.
- Figura 4** Roteiro de análise dos dados obtidos através das Fase 1, 3 e 4 52
deste estudo.
- Figura 5** Representação dos espaços de observação e indivíduos 57
(categorias profissionais) observados pela pesquisadora. São
Paulo, 2021.
- Figura 6** Representação da intensidade e direção da interação entre os 60
indivíduos nos contextos observados.
- Figura 7** Classificação dos principais interessados em relação a estratégia 68
de implementação do Com-Efe. São Paulo, 2021.
- Figura 8** Representação esquemática do consolidado da análise das 109
barreiras e facilitadores analisados ao longo da estratégia de
implementação do Com-Efe. São Paulo, 2021.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Tipos de precauções específicas de acordo com o modo de transmissão de agravos.	21
Quadro 2	Estratégias para avaliação da implementação – impacto da pandemia COVID-19 na coleta de dados – Fase 4.	49
Quadro 3	Distribuição de leitos de internação e escala de profissionais da assistência à saúde de acordo com o período de trabalho e unidades de internação. São Paulo, 2021.	55
Quadro 4	Síntese da avaliação do contexto em um ambiente hospitalar de acordo com as dimensões do CFIR, classificadas em barreiras e facilitadores para a estratégia de implementação. São Paulo, 2021.	62
Quadro 5	Análise de potencial poder e interesse na implementação do Com-Efe referente aos principais interessados identificados. São Paulo, 2021.	66
Quadro 6	Reuniões para encaminhamento de barreiras identificadas com os serviços de apoio.	69
Quadro 7	Barreiras e Facilitadores destacados em oficinas com Enfermeiros(as) das unidades de clínica médica, cirúrgica e serviço de controle de infecções hospitalares de acordo com as dimensões do CFIR.	73
Quadro 8	Barreiras e facilitadores destacados em entrevistas com Enfermeiros(as) das unidades de CM, CC e SCIH, de acordo com as dimensões do CFIR (1).	89
Quadro 9	Lições aprendidas e sugestões para futuras estratégias de implementação do Com-Efe, segundo domínios e constructos do CFIR. São Paulo, 2021.	112

LISTA DE SIGLAS

Com-Efe	Comunicação Efetiva
PP	Precauções Padrão
PE	Precauções Específicas
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
MO	Microrganismo
PAS	Profissional da Assistência à Saúde
BMR	Bactéria Multirresistente
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
APECIH	Associação Paulista de Estudo e Controle de Infecção Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
NHS	<i>National Healthcare Service</i>
PARHIS	<i>Promoting Action on Research Implementation in Health Service</i>
REP	<i>Replication of Effective Program</i>
CDC	<i>Center for Disease Control na Prevention</i>
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
COVID-19	Doença causada pelo <i>Sarscov-2</i>
CM	Clínica Médica
CC	Clínica Cirúrgica
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SEQ	Serviço de Ensino e Qualidade
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
HU-USP	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	17
2 INTRODUÇÃO	20
2.1 O CONTEXTO DA TRANSMISSÃO DE DOENÇAS DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE..	20
2.2 VULNERABILIDADE E AUTONOMIA DOS INDIVÍDUOS.....	23
2.3 COMUNICAÇÃO EFETIVA EM SAÚDE.....	25
2.4 O USO DA CIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO.....	28
2.5 O CENÁRIO HU-USP DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO.....	37
2.6 JUSTIFICATIVA.....	38
3 OBJETIVOS	40
3.1 OBJETIVO GERAL.....	40
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	41
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	41
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	41
4.3. POPULAÇÃO-ALVO.....	43
4.4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	44
4.4.1 Fase preliminar: planejamento.....	45
4.4.2 Fase 1: Familiarização do contexto.....	45
4.4.3 Fase 2: Implementação do Com-Efe - Proposta de implementação.....	46
4.4.4 Fase 3: Análise e adaptação do Com-Efe.....	47
4.4.5 Fase 4: Avaliação da implementação.....	47
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	51
4.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS.....	51
5 RESULTADOS	54
5.1 FASE 1: FAMILIARIZAÇÃO DO CONTEXTO.....	54
5.2 FASE 2: IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO COM-EFE	68
5.3 FASE 3: ANÁLISE PRELIMINAR DA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO E ADAPTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO COM-EFE.....	71
5.3.1 Características da intervenção.....	76

5.3.2 Cenário externo.....	79
5.3.3 Cenário interno.....	80
5.3.4 Características dos indivíduos.....	85
5.3.5 Processo.....	85
5.3.6 Adaptação do Com-Efe.....	87
5.4 FASE4: AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO COM-EFE.....	88
5.4.1 Características da intervenção.....	92
5.4.2 Cenário externo.....	96
5.4.3 Cenário interno.....	98
5.4.4 Características dos indivíduos.....	103
5.4.5 Processo.....	106
5.5 SÍNTESE DOS RESULTADOS.....	107
6DISCUSSÃO.....	117
6.1 FAMILIARIZAÇÃO DO CONTEXTO.....	117
6.2 IMPLEMENTAÇÃO.....	119
6.3 ANÁLISE PRELIMINAR E ADAPTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO.....	120
6.4 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO.....	121
6.5 SÍNTESE DA DISCUSSÃO.....	124
6.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	125
7CONCLUSÃO.....	127
8REFERÊNCIAS.....	129
APÊNDICES.....	138
APÊNDICE A – LISTA DE PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DO DOUTORADO.....	138
APÊNDICE B – PROTOCOLO COM-EFE: COMUNICAÇÃO EFETIVA EM SAÚDE PARA INDIVÍDUOS EM PREAUCÕES ESPECÍFICAS.....	139
APÊNDICE C – BANNER DIVULGAÇÃO COM-EFE.....	152
APÊNDICE D – SELO COMUNICAÇÃO EFETIVA COM-EFE.....	153
APÊNDICE E – ROTEIRO PARA OFICINAS DE ENFERMEIROS(AS) - FASE 3: ADAPTAÇÃO..	154
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - FASE 3: ADAPTAÇÃO.....	155
APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO GOOGLE FORMULÁRIOS PARA BOOSTER DO COM-EFE...	157
APÊNDICE H – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS ENFERMEIROS(AS) - FASE 4: AVALIAÇÃO.....	158
APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - FASE 4: AVALIAÇÃO.....	163
APÊNDICE J – PLANILHA COLETA DE DADOS PREVALÊNCIA DE PACIENTES EM PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS - FASE 4: AVALIAÇÃO.....	165

ANEXOS	167
ANEXO 1 – TRADUÇÃO DO CONSOLIDATED FRAMEWORK FOR IMPLEMENTATION RESEARCH (CFIR).....	167
ANEXO 2 – MANUAL PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE (IRAS) - CCIH/HU.....	176
ANEXO 3 – MISSÃO, VISÃO E VALORES DO HU-USP.....	193
ANEXO 4 – APROVAÇÃO DO CEP/EEUSP.....	194
ANEXO 5 – APROVAÇÃO DO CEP/HU.....	197
ANEXO 6 – IMAGEM LIVRETO DE MESA - FASE 3: ADAPTAÇÃO.....	198

APRESENTAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

Em minha prática profissional como enfermeira, deparei-me com a dificuldade na prevenção de eventos adversos relacionados à assistência à saúde, principalmente, no que tange aos pacientes hospitalizados que se encontram em precauções específicas (PE).

Em 2012, momento em que ingressei no grupo de pesquisa da Prof^a Maria Clara Padoveze, e no grupo de pesquisa ampliado CNPq Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde, minha orientadora e eu escolhemos o tema “Redução da vulnerabilidade individual de indivíduos em PE”, como objeto de estudo do Mestrado.

Após uma primeira revisão sobre a temática, consideramos que esta dificuldade poderia ser minimizada com o envolvimento dos indivíduos em situação de PE na prevenção de eventos adversos.

No projeto de mestrado, foi elaborado e validado um roteiro com o objetivo de instrumentalizar profissionais no desenvolvimento de ações educativas para indivíduos em PE, a fim de reduzir a sua vulnerabilidade individual aos eventos adversos. O material produzido durante o programa de mestrado acadêmico não se propõe a ser utilizado meramente como processo de educação em saúde tradicional voltado para os pacientes. A proposta do roteiro foi oferecer subsídios para a ação dos profissionais de saúde, considerando a autonomia do indivíduo que se encontra sob seus cuidados. Encontramos, no referencial teórico da vulnerabilidade, o apoio necessário para uma nova abordagem na educação de indivíduos em PE.

A dimensão individual da vulnerabilidade envolve aspectos como conhecimento, crenças, valores, cultura, habilidades e atitudes, possibilitando uma abordagem individualizada.

Porém identificamos potenciais dificuldades para implementação do roteiro nos serviços de saúde. Surgiu, então, o interesse em apoiar o projeto através da ciência da implementação, partindo de elementos preliminares como a identificação de potenciais barreiras e facilitadores para a implementação do roteiro.

Iniciei os estudos na área pelo guia da Organização Mundial da Saúde, *Implementation Research in Health* (2013). Em seguida, matriculei-me na disciplina

“Metodologias qualitativas e implementação de evidências em saúde coletivas”, o que colaborou com a elaboração do Projeto de Doutorado.

Particpei também do *Workshop* internacional “Novas perspectivas na implementação de práticas de enfermagem”, onde tive a oportunidade de apresentar e discutir este projeto com o Prof. Dr. Stephen Timmons, professor associado da Universidade de Nottingham.

Por meio dessa oportunidade, foi realizada uma parceria que resultou em coorientação do professor Stephen Timmons e a realização do doutorado-sanduíche, com duração de seis meses e apoio da bolsa “Programa de Doutorado-sanduiche no Exterior” (PDSE), concedida pela CAPES, em 2018.

A lista de produções do PDSE e do estudo atual, desenvolvidos em conjunto com a Prof^a.Dr^a. Maria Clara Padoveze, Prof Stephen Timmons e outros autores, encontra-se no Apêndice A.

Sendo assim, avaliar o processo e resultados da implementação do protocolo Com-Efe em um serviço de saúde, tornou-se o objetivo deste estudo. Optou-se por utilizar um formato de protocolo que melhor se adaptasse ao cenário onde seria implementado (Apêndice B).

INTRODUÇÃO

2 INTRODUÇÃO

2.1 O CONTEXTO DA TRANSMISSÃO DE DOENÇAS DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são um grave problema de saúde na atualidade. Entretanto, as preocupações para controle das IRAS são discutidas há vários séculos, tendo se iniciado no século XVIII, quando se identificou a transmissão das doenças entre os indivíduos, no caso da tuberculose. Estes indivíduos acometidos pela doença eram isolados em sanatórios para evitar a contaminação de toda a população (Barberis et al., 2017).

Posteriormente, outras descobertas propiciaram o desenvolvimento de medicamentos e técnicas para evitar a transmissão de doenças infectocontagiosas, sem a necessidade de excluir o indivíduo da sociedade (Barberis et al., 2017).

A fim de evitar a transmissão de agravos, surgem, no século XVIII, as práticas de isolamento, atualmente, atualizadas e reconhecidas como precauções padrão (PP) e precauções específicas (PE). As PE são um conjunto de medidas e barreiras para evitar a transmissão de microrganismos (MO), e abrangem duas categorias: respiratória (aerossóis e gotículas) e contato. Por sua vez, as PP são ações aplicadas a todos os indivíduos em serviços de saúde, independente do seu diagnóstico, tais como: higiene de mãos, etiqueta da tosse, descarte correto de perfuro cortantes, limpeza e desinfecção de artigos e superfícies (Siegel et al., 2007; APECIH, 2012).

As PE estão divididas em categorias, conforme o modo de transmissão de determinados agravos, por meio de gotículas, aerossóis ou pelo contato com o indivíduo e superfícies próximas a ele, como descrito no Quadro 1. As PE são denominadas pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) como precauções baseadas no modo de transmissão (*Transmission based precaution*) (Siegel et al., 2007).

Quadro 1-Tipos de precauções específicas de acordo com o modo de transmissão de agravos.

Tipo de transmissão	Exemplo de agravos	Tipo de precauções	Equipamentos de proteção individual recomendados ao entrar no quarto
Respiratória	Sarampo, Varicela, Tuberculose pulmonar ou laríngea	Aerossóis	Máscara PFF2 Pressão negativa Quarto privativo
	Doença Meningocócica, Influenza, Rubéola	Gotículas	Máscara Comum Quarto privativo
Contato	Colonização ou infecção por bactérias multi-R, Escabiose, diarreia aguda infecciosa	Contato	Avental e luvas

Fonte: Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agent in healthcare settings. Am J Infec Control. 2007]; 35:65-164.

Apesar de todos os avanços, ainda hoje nos deparamos com surtos intra-hospitalares, devido ao não cumprimento das precauções estabelecidas para controlar a transmissão de determinados agravos. Como exemplo, em 2015, um hospital descreveu um surto de varicela em funcionários de uma unidade de terapia intensiva, apontando como caso primário um indivíduo que esteve internado no local (Sarit, Shurt, Deepinder, 2015).

A transmissão de doenças pode se dar por meio das mãos que carregam os MO, de superfícies e equipamentos contaminados, e pela quebra de barreiras e técnicas. Uma revisão sobre a contaminação de superfícies e equipamentos demonstrou que os profissionais da assistência à saúde (PAS) contaminam suas mãos não só tocando nos indivíduos, mas, também, ao tocar superfícies e equipamentos (Russoto et al., 2015).

Atualmente, a principal preocupação dos serviços de controle e prevenção de IRAS é a ameaça crescente das bactérias multirresistentes (BMR), comumente

encontradas no ambiente hospitalar (Sieguet et al., 2006; ANVISA, 2012; OMS, 2015), e que podem ser transmitidas por meio do contato direto ou indireto entre pacientes ou superfícies contaminadas. A existência destas BMR requer uma série de medidas, dentre elas, o controle da transmissão cruzada. Em seu plano para eliminação de BMR, o Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo (CVE-SP) definiu como estratégia de prevenção: a instituição de PE, educação dos PAS sobre o tema e envolvimento dos indivíduos em situação de PE (CVE, 2016).

Existem duas questões principais que permeiam a utilização das PE, a primeira está relacionada à adesão por PAS, de acompanhantes e, até mesmo, de visitantes, e a outra se refere aos eventos adversos decorrentes das PE.

Um estudo apontou que diversas barreiras determinam a adesão as PE por PAS, como o clima institucional, crenças individuais, entre outros (Neves et al., 2011). Outro estudo destaca a importância da educação permanente sobre o tema e a sensibilização dos PAS, para uma maior adesão às medidas de PE (Malagano-Toffano et al, 2012).

A interação entre PAS e paciente é importante para melhor qualidade e segurança do paciente, porém, um estudo seguiu a possível rota de uma infecção cruzada durante visitas à pacientes internados em situação de PE e registrou falha na adesão aos EPI's (Cohen, Hyman, Rosenberg, Larson, 2012).

Indivíduos em PE estão expostos a riscos diferentes dos demais pacientes. Uma revisão sistemática identificou estudos que apontaram eventos adversos decorrentes da situação de PE. Estes eventos permeiam fatores psicológicos, satisfação do indivíduo, segurança do paciente e o tempo despendido em seus cuidados (Morgan et al., 2009; Abdad, Fearday, Safdar, 2010; Guilley-Lerondeau et al., 2017).

Os principais eventos adversos estão relacionados a efeitos psicológicos negativos, que estão presentes em pacientes em PE, um estudo utilizou um questionário de satisfação e demonstrou significância na insatisfação dos pacientes em PE e aumento de ansiedade em relação a pacientes fora da condição de PE (Guilley-Lerondeau et al., 2017).

Um estudo demonstrou um aumento no número de reinternações de pacientes que estiveram internados em PE para contato devido a uma infecção por MRSA (Tran et al., 2016)

Além da sensibilização dos PAS, acredita-se que o envolvimento do indivíduo em PE em seus cuidados de saúde tem potencial para reduzir eventos adversos relacionados às PE (Sharp, Palmore, Grady, 2014; Juskevicius, 2016; APECIH, 2019).

A fim de reduzir os eventos adversos para essa população, foi desenvolvido e validado um protocolo para orientação de indivíduos em PE, que teve como objetivo instrumentalizar os PAS na elaboração de ações educativas para indivíduos em PE (Juskevicius, Padoveze, 2016).

Os especialistas que participaram da validação do protocolo possuíam uma reconhecida expertise na área de prevenção de IRAS, em especial, com relação a PE segundo o modo de transmissão ou na área de conhecimento relacionada ao conceito de *Vulnerabilidade*. A escolha pela necessidade de contemplar tanto a perspectiva mais técnica do protocolo, referente aos aspectos de prevenção de infecção, quanto a perspectiva do conceito de vulnerabilidade na sua dimensão individual, deu-se, pois, o protocolo visa reduzir os eventos adversos em relação as PE, por meio da redução da vulnerabilidade individual.

2.2 VULNERABILIDADE E AUTONOMIA DOS INDIVÍDUOS

O conceito de vulnerabilidade avançou na saúde coletiva a partir da epidemia de HIV/AIDS, na década de 1980, quando foi necessário buscar um conceito diferente do conceito de risco de adquirir um agravo apenas (Ayres et al., 2003; Bertolozzi et al., 2009).

O conceito de vulnerabilidade busca a síntese de elementos associados para descrever o processo de adoecimento, levando em consideração aspectos individuais e condições coletivas, que produzem ou não maior suscetibilidade a um determinado agravo (Ayres et al., 2003; Bertolozzi et al., 2009).

A vulnerabilidade considera três dimensões indissociáveis, sendo estas: dimensão individual, programática e social (Ayres et al., 2006; Bertolozzi et al., 2009).

A dimensão individual envolve conhecimento do indivíduo, como qualidade da informação adquirida, acesso a esta informação e, até mesmo, o desejo de concretizar determinada ação de proteção. Considera, também, o comportamento dos indivíduos, como suas crenças pessoais, religião, cultura, entre outros fatores que influenciarão o modo como este indivíduo se comporta na sociedade (Ayres et al., 2006; Bertolozzi et al., 2009).

A dimensão programática da vulnerabilidade se refere à organização dos serviços de saúde, a forma como enxergam e criam políticas públicas para os problemas de saúde. A dimensão social se refere de forma mais ampla, a ideologia de uma instituição, que irá definir o modo de agir diante das outras duas dimensões, como, por exemplo, a forma como elaborarão determinada política pública (Ayres et al., 2006; Bertolozzi et al., 2009).

O uso do conceito de vulnerabilidade possibilita identificar potenciais condições e fatores para o enfrentamento da questão da autonomia dos indivíduos, favorecendo o vínculo entre o PAS e os indivíduos (Nichiata et al., 2008).

A autonomia e o engajamento dos indivíduos em sua saúde vêm sendo valorizados, principalmente, no que tange a segurança do paciente. O indivíduo tem o direito de participar do seu tratamento e participar das decisões sobre sua saúde. Para que isto seja possível, é importante identificar potenciais elementos de vulnerabilidade, para que os indivíduos sejam capazes de exercer sua autonomia. (Morais, 2010)

Essas condições individuais, como faixa etária, gênero, segmento social, cultura, entre outros, irão determinar particularidades de tomada de decisão deste indivíduo frente a uma situação de vulnerabilidade (Padoveze et al., 2019). Kisten (2012) observou que, quanto menor a alfabetização do indivíduo, maiores são os índices de reinternação hospitalar, e maiores são os erros na administração de medicamentos.

Por outro lado, os PAS precisam estar preparados e sensibilizados para o engajamento dos indivíduos em sua saúde. Ainda hoje, as práticas educativas têm um caráter prescritivo, onde os PAS são os portadores do conhecimento e o transmitem ao indivíduo (Chiesa, Verissimo, 2001).

O engajamento de indivíduos em seus cuidados de saúde, tal qual como a adesão a medidas que protejam sua saúde, não fazem parte apenas de uma decisão do próprio indivíduo. O conceito de adesão traz à tona a discussão, na qual este processo está ligado a diversos elementos da vida, como acessibilidade. O indivíduo precisa ter conhecimento sobre o significado do processo saúde-doença, o que o levou ao adoecimento, para que tenha um comportamento menos passivo e esteja pronto para participar da mudança de comportamento para sua proteção (Bertolozzi et al., 2009).

Os PAS necessitam se sensibilizar de que os indivíduos têm o direito sobre sua saúde e tomadas de decisão, além de como devem educar os indivíduos para que estes tenham autonomia sobre sua saúde. Este enfoque educacional precisa ser bilateral, por meio da identificação de fatores de vulnerabilidade do indivíduo, como seu comportamento, conhecimento prévio, entre outros, para que a informação faça sentido e tenha potencial para reduzir a vulnerabilidade a eventos adversos (Ayres et al., 2006).

Portanto, o conceito de vulnerabilidade tem potencial para apoiar, com a elaboração de ações educativas, que darão autonomia e engajamento aos indivíduos em sua saúde.

2.3 COMUNICAÇÃO EFETIVA EM SAÚDE

Nos últimos anos, educação em saúde e engajamento de pacientes em seus cuidados se tornou peça fundamental para aumentar a segurança do paciente, o princípio deste envolvimento é o cuidado centrado no paciente, a fim de engajá-los, permitindo que sejam mais ativos em seus cuidados (Sharp et al., 2014; Pomey et al., 2015; Butenk et al., 2017; Nielsen et al., 2017; Owens et al., 2017; Tartari et al., 2017; Hostiuc et al., 2018). Apesar disto, ainda vivenciamos a assistência à saúde onde o paciente é agente passivo do cuidado prestado, e isto pode ser a causada desvalorização do papel da educação em saúde, na abordagem dos fatores e elementos que influenciam o processo saúde-doença (Nutbeam, 2000).

Partindo desta perspectiva, a comunicação efetiva é direcionada para garantir o entendimento do paciente em seus cuidados de saúde e, assim, propiciar o

engajamento em seus cuidados. Este é um termo utilizado para compor um conjunto de ações em torno da educação em saúde e engajamento de pacientes. É mais do que transmitir informação e desenvolver habilidades, é permitir que o indivíduo tenha acesso às informações sobre sua saúde e se torne engajado em seus cuidados (Nielsen-Bohlman, Panzer, Kindig, 2004).

É preciso dar ênfase para uma comunicação personalizada, além do desenvolvimento de políticas institucionais para educação em saúde e engajamento de pacientes. No caso de indivíduos em PE, que podem ter seus aspectos psicológicos comprometidos - gerando ansiedade, medo, entre outras emoções-, particular atenção deve ser dada a comunicação, incluindo as necessidades de envolver familiares, pois estes encontram em situação de maior vulnerabilidade a determinados eventos adversos (Juskevicius, 2016).

Os achados de um estudo, que analisou a avaliação da implementação de protocolos para melhorar a comunicação entre pacientes e profissionais durante o trabalho de parto, na Síria e no Reino Unido, foram similares, associando a implementação do protocolo para melhora da comunicação com redução de eventos adversos e melhor satisfação do paciente em relação à experiência do cuidado (Chang et al., 2018).

A equipe precisa compreender o que significa “experiência do paciente” e prestar cuidados sensíveis e apropriados. Devem ser consideradas as necessidades psicológicas dos indivíduos, pois a comunicação entre PAS e indivíduos em PE, pode prevenir e reduzir eventos adversos como a ansiedade (Juskevicius, Padoveze, 2016).

Um estudo associou a experiência positiva de pacientes com a presença de indicadores de segurança. Para ter um indicador é necessário que um protocolo seja criado, o que demonstra maior qualidade no atendimento (Kemp et al., 2016).

Outro estudo abordou a questão da educação em saúde em biossegurança para acompanhantes de portadores de doenças infectocontagiosas, e encontrou em seus achados que, aproximadamente, 90% dos acompanhantes nunca teve a chance de receber educação em saúde na internação atual ou em outras. Havia dúvidas importantes e interesse por parte dos entrevistados, como, por exemplo, saber como não carregar o MO pelo qual seu familiar estava colonizado para sua residência (Azevedo et al., 2018).

Em 2010, o Departamento de Saúde e o Instituto *National Healthcare Service* (NHS) encomendaram ao *King's College London* e *The King's Fund* um projeto de pesquisa intitulado: "O que importa para os pacientes?", desenvolvendo a base de evidências para medir e melhorar a experiência do paciente. Os resultados foram compilados, após extensas entrevistas com pacientes e cuidadores, organizações de representantes de pacientes e organizações do NHS, revisões de literatura e uma revisão detalhada de condições-chave, incluindo saúde mental e internações de longo prazo. O relatório abrange o que importa para os pacientes, o que as organizações do NHS, na Inglaterra, atualmente medem em relação ao que realmente importa para os pacientes, e exemplos de organizações do NHS que estão usando informações sobre a experiência do paciente para melhorar a qualidade e produtividade dos serviços de saúde (NHS, 2019).

O estudo obteve como principal descoberta, por meio da entrevista com pacientes, que a relação do PAS com os pacientes é mais importante do que os aspectos técnicos relacionados ao cuidado prestado. Entre os aspectos relacionais relatados pelos pacientes estão: sentir-se ouvido ou ser orientado sobre seu estado de saúde (NHS, 2019).

Não existe uma abordagem "tamanho único" para melhorar a experiência, e que o que funciona muito bem em um ambiente pode não funcionar tão bem em outro. Existem, no entanto, alguns temas comuns que são compartilhados por organizações que melhoraram com sucesso a experiência do paciente, são eles: envolvimento das lideranças, envolvimento do paciente e treinamento continuado dos PAS (NHS, 2019).

"A comunicação está no centro das boas relações e serviços de saúde precisam investir, não apenas para garantir boas interações presenciais, mas, também, na informação e tecnologia que podem apoiar comunicação efetiva entre a equipe e os pacientes e entre os serviços"(NHS, 2019).

A cultura organizacional precisa estar apoiada em valores para a comunicação efetiva entre PAS e entre PAS e pacientes/visitantes. Um estudo realizou uma meta-análise da literatura apontando que a cultura organizacional está relacionada à experiência positiva ou negativa de pacientes, além de também estar relacionado a outros indicadores como: taxa de mortalidade, queda e IRAS. Este estudo suporta o

argumento a favor de atividades e busca por tecnologias que visam a segurança e experiência positiva dos pacientes (Braithwaite et al., 2017).

A comunicação efetiva pode ser considerada uma tecnologia leve. Na área da saúde, o uso de tecnologias pode enriquecer a assistência prestada, pela sistematização do cuidado. A equipe de enfermagem utiliza diversas tecnologias em seus cuidados, que englobam não só as de caráter técnico científico, como também a ética e relação interpessoal. (Amante et al., 2010)

Tem-se por tecnologia leve as relações interpessoais, acolhimento e gestão de atividades (Koerick et al., 2006). Um estudo realizado com profissionais enfermeiros, para identificar o que estes entendem como tecnologia, apontou que a comunicação e interação com os pacientes são vistas como tecnologia leve e, para desenvolvê-la, os profissionais se utilizam de atributos de cuidados humanos tais como ouvir, o toque e expressar preocupação afeto (Silva, Alvim, Figueiredo, 2008).

Uma revisão integrativa da literatura, realizada em 2019, concluiu que a utilização de tecnologias leves pode contribuir com a qualidade da assistência. Apesar de não ser tão perceptível aos olhos dos indivíduos assistidos, traz muitas vantagens a estese aos PAS, por meio da otimização do tempo e da melhora da comunicação entre os envolvidos. Este estudo também traz à tona a discussão de que as tecnologias leves agregadas ao conhecimento técnico-científico da enfermagem são essenciais para a assistência prestada (Lopes et al., 2019).

Tendo em vista a importância da comunicação efetiva para redução de eventos adversos aos pacientes em PE, e considerando essa como uma tecnologia leve, utilizamos do olhar da ciência da implementação em busca de respostas acerca da estratégia de implementação do protocolo para comunicação efetiva com pacientes em PE (Com-Efe).

2.4 O USO DA CIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO

Apesar de todas as evidências já encontradas na área da saúde, não é tarefa simples realizar a implementação destas, isto pode se dar devido aos diferentes contextos dos diversos serviços de saúde existentes (OMS, 2014).

O crescimento da demanda pela ciência da implementação é claro, pois enquanto os serviços trabalham cada vez mais de maneira dinâmica, com falta de recursos, as evidências precisam ser implementadas para garantir a qualidade dos serviços (Bauer et al., 2015).

A ciência da implementação foi desenvolvida para atender as necessidades de tornar a teoria em prática dentro dos serviços de saúde (Bauer et al., 2015). Por meio da identificação de barreiras e facilitadores, a ciência da implementação, busca métodos para desenvolver práticas baseadas em evidências, em práticas rotineiras, a fim de melhorar a qualidade e eficácia dos serviços de saúde (Eccles, Mittman, 2006; Bauer et al., 2015).

No campo da ciência da implementação existem diversos modelos e teorias descritas para a implementação e sustentação de evidências.

Para a teoria que fundamenta o modelo *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (PARIHS), para que as evidências sejam bem-sucedidas na prática, são necessárias a junção de três elementos igualmente importantes para o sucesso da implementação: a natureza confiável da evidência, o contexto do ambiente onde a evidência será aplicada, e o método utilizado para a implementação da evidência (Kitson, Harvey e McCormack, 1998; Helfrich et al., 2010).

Outra ferramenta é o *Reproduction of Effective Program* (REP), utilizado pelo CDC, este programa consiste em quatro fases: identificação de necessidades, aproximação ao serviço, a implementação propriamente dita, e a manutenção da intervenção implementada (Kilbourne et al., 2007; CDC, 2017).

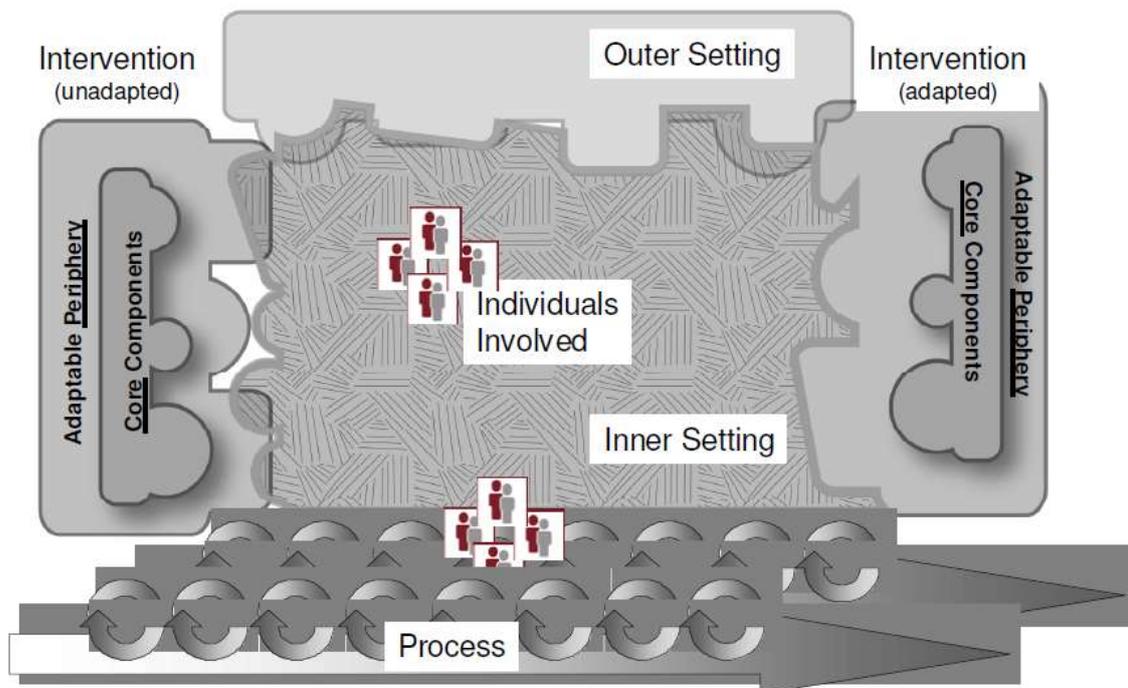
O *Joanna Briggs Institute* (JBI) agrupa métodos de diversos modelos e teorias, sempre considerando revisões sistemáticas como a base de suas implementações, e seguindo um modelo operacional que considera a potência da evidência, a análise do contexto, a implementação e o acompanhamento e avaliação da implementação (JBI, 2017).

Diante da existência de tantas teorias, o pesquisador pode optar pelo modelo que melhor atender sua demanda para a implementação de evidência, avaliando o contexto e realizando a implementação.

O modelo *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) constitui de um quadro consolidado para pesquisa de implementação, e surgiu de uma revisão sistemática realizada em 2009, a partir de um estudo anterior de Greenhalg e colaboradores (2004). O CFIR tem por objetivo integrar as teorias já existentes com as novas teorias que emergiram, e criar um quadro para embasar estudos de implementação. Composto por cinco domínios e seus constructos, o CFIR tem potencial para abordar contexto complexos, como os dos serviços de saúde (Damschroder et al., 2009).

Damschroder et al. (2009) elaborou uma figura esquemática (Figura 1) para demonstrar como ocorre a estratégia de implementação por meio da utilização do CFIR. Este quadro de referência sintetiza a estratégia de implementação, identificando alguns domínios no mesmo, a saber: características da intervenção; cenário externo; cenário interno; características dos indivíduos envolvidos; e, processo de implementação.

Figura 1-Principais domínios do Consolidado para Pesquisa de Implementação (*Major Domains of the Consolidated Framework for Implementation Research*).



Fonte: Damschroder et al., 2009.

Legenda: Intervention = Intervenção. Outer setting = Cenário externo. Inner setting = Cenário interno. Individuals involved = Indivíduos envolvidos. Process = Processo. Adaptable periphery = periferia adaptável. Core components = componentes core.

O contexto em que ocorrerá a intervenção é um fator determinante para o processo da implementação. O CFIR contempla cinco domínios e seus construtos necessários para o entendimento e compreensão de contexto complexos, com a interação de diversos indivíduos e variação de atividades, como são os serviços de saúde (Damschroder et al., 2009).

Os cinco domínios do CFIR estão destacados na Figura 1 e serão apresentados e explanados a seguir (Anexo1):

1) Cenários interno e externo

Os chamados *inner setting* (cenário interno) e *outer setting* (cenário externo) são identificados por: poder legislativo, diretores, profissionais e serviços envolvidos direta ou indiretamente com a estratégia de implementação (Damschroder et al., 2009).

Quanto ao cenário externo, os constructos responderão:

- à necessidade dos pacientes e recursos, assim como as barreiras e facilitadores para supri-las são conhecidos com precisão e priorizados pela organização;
- ao cosmopolitismo, que diz respeito em que medida uma organização é ligada em rede a outras organizações externas;
- pressão pelos pares, que é caracterizada pela pressão competitiva para implementar uma intervenção, tipicamente porque a maioria das organizações ou outra organização-chave similar ou concorrente já implementou ou há uma luta por uma vantagem competitiva;
- e, políticas e incentivos externos, que inclui estratégias externas para disseminar intervenções, incluindo políticas e regulações (governamentais ou de outras entidades centrais), determinações externas, recomendações e diretrizes, pagamento por desempenho, colaborativas e relatório público ou de referência.(Damschroder et al., 2009)

Para a compreensão do cenário interno, os constructos a serem aprofundados são:

- as características estruturais do contexto, a arquitetura social, idade, maturidade e tamanho de uma organização;
- as redes de relação e comunicações, caracterizadas por natureza e qualidade das redes de relações sociais e da comunicação formal e informal numa organização;
- a cultura da organização, normas, valores e premissas básicas de uma determinada organização;
- o clima para implementação que envolvem a tensão para mudança (em que os principais interessados compreendem a situação atual como intolerável ou requer mudança);
- a compatibilidade, que determina o grau de ajuste tangível entre os valores e significados ligados a intervenção pelos indivíduos envolvidos; como estes se alinham às normas, valores, riscos e necessidades percebidas pelos indivíduos; como a intervenção se encaixa nos fluxos e sistemas de trabalho existentes;
- a prioridade relativa, definida pela percepção partilhada entre os indivíduos sobre a importância da implementação numa organização;
- os incentivos e recompensas institucionais, por meio de incentivos extrínsecos, como prêmios de compartilhamento de metas, revisão de desempenho, promoções, aumentos salariais e outros incentivos menos tangíveis, tais como aumento da importância ou respeito;
- as metas e retroalimentação, em que são comunicadas claramente, tratadas e retroalimentadas à equipe, bem como o alinhamento dessa retroalimentação com as metas;
- o clima de aprendizagem, no qual os líderes expressam a sua falibilidade e necessidade de assistência e contribuição dos membros da equipe; os membros da equipe sentem que são essenciais, valorizados e parceiros reconhecidos no processo de mudança; os indivíduos se sentem psicologicamente seguros para tentar novos métodos; e, se há tempo e espaço suficiente para a reflexão e avaliação;

- a prontidão para implementação, observada por indicadores tangíveis e imediatos do compromisso da organização na sua decisão de implementar a intervenção;
- o compromisso da liderança, para compreender o compromisso, envolvimento e responsabilização dos líderes e gestores com a implementação;
- os recursos disponíveis, caracterizado pelo nível dos recursos alocados para a implementação e operações em andamento, incluindo dinheiro, treinamento, educação, espaço físico e tempo;
- e, o acesso à informação e ao conhecimento, por meio da facilidade de acesso à informação assimilável e ao conhecimento sobre a intervenção e como incorporá-los às tarefas do trabalho.(Damschroder et al., 2009)

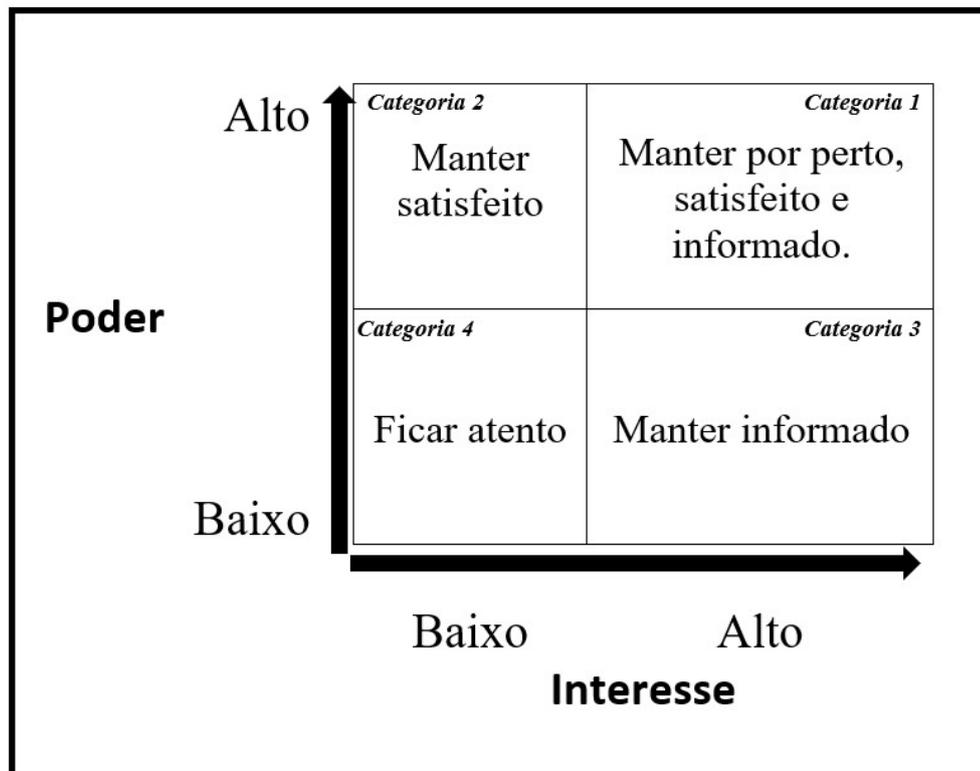
2) Características dos indivíduos

Outro domínio que permeia o contexto são as características dos indivíduos, que considera em seus constructos:

- o conhecimento e crenças sobre a intervenção, que são as atitudes individuais em relação à intervenção e valores atribuídos esta, assim como a familiaridade com fatos, verdades e princípios relacionados à intervenção;
- a autoeficácia, representada pela crença individual na sua própria capacidade para executar as ações necessárias para alcançar as metas da implementação;
- o estágio individual de mudança, caracterização da fase em que um indivíduo está, à medida em que avança para um uso habilidoso, entusiasmado e sustentável da intervenção;
- a identificação individual com a organização, relacionado a como os indivíduos percebem a organização, seu relacionamento e grau de compromisso;
- e, outros atributos pessoais, um constructo amplo que inclui traços como tolerância à ambiguidade, habilidade intelectual, motivação, valores, competência, capacidade e estilo de aprendizagem (Damschroder et al., 2009)

Na ciência da implementação, os indivíduos estão envolvidos a intervenção, de forma direta ou indireta. Estes indivíduos recebem a denominação de *stakeholders*, que são as pessoas que têm algum tipo de interesse na intervenção e podem ser classificadas de acordo com a figura a seguir (Figura 2), desenvolvida por Mendelow, em 1991 (Chinyio, Olomolaiye, 2010).

Figura 2 -Matriz de Mendelow, indicando os níveis de ação com relação aos *stakeholders*, segundo seu interesse e poder de influência na estratégia de implementação.



Fonte: Adaptado de: Chinyio e Olomolaiye (2010).

3) Características da intervenção

O domínio relacionado à intervenção em si é denominado de “características da intervenção”, e apresenta como constructos:

- a origem da intervenção, que diz respeito à percepção dos principais interessados se a intervenção é desenvolvida internamente ou externamente;
- a força e qualidade da evidência, percepção dos principais interessados de que a qualidade e a validade da evidência sustentam a crença de que a intervenção terá os resultados desejados;

- a vantagem relativa, percepção dos principais interessados sobre a vantagem de implementar a intervenção *versus* uma solução alternativa;
- a adaptabilidade, em que medida a intervenção pode ser adaptada, moldada, refinada, ou reinventada para atender as necessidades locais;
- a testabilidade, que designa a habilidade de testar a intervenção em pequena escala na organização e ser capaz de reverter (desfazer a implementação), se necessário;
- a complexidade, dificuldade percebida da implementação, refletida pela duração, escopo, radicalidade, perturbação, centralidade, complexidade e número de passos necessários para implementar;
- a qualidade do projeto e da apresentação, excelência percebida em como a intervenção é composta, apresentada e estruturada;
- e, o custo, associados à implementação da intervenção, incluindo de investimento, fornecimento e custos de oportunidade(Damschroder et al., 2009).
-

4) Processo de implementação

O processo pelo qual ocorre o trajeto da intervenção é o último domínio e possui entre seus construtos a planificação, em que medida um projeto ou método de conduta e tarefas para implementar a intervenção são desenvolvidos antecipadamente, bem como a qualidade desses projetos ou métodos:

- o engajamento, atração e envolvimento das pessoas certas na implementação e no uso da intervenção por meio de uma estratégia combinada de marketing social, educação, profissionais, modelos de conduta, treinamento e outras atividades similares, neste constructo são observados outros quatro subconstructos;
- os líderes de opinião, indivíduos numa organização que têm influência formal ou informal sobre as atitudes e as convicções dos seus colegas, a respeito da implementação da intervenção;
- os líderes formalmente designados internamente para a implementação, indivíduos dentro da organização que foram formalmente designados responsáveis

para implementar uma intervenção, como coordenadores, gestores de projeto, líderes de equipe ou outra posição similar;

- os apoiadores, indivíduos que se dedicam a apoiar, difundir e reforçar a implementação, superando a indiferença ou resistência que a intervenção possa enfrentar numa organização;

- os agentes externos da mudança, indivíduos que são afiliados a uma entidade externa, que formalmente influencia ou facilita decisões de intervenções numa direção desejável;

- a execução, que define concluir a implementação de acordo com o plano;

- e, a reflexão e avaliação, de retroalimentação quantitativa e qualitativa sobre o recurso e a qualidade da implementação, acompanhada de atualizações regulares individuais e para a equipe sobre o progresso e a experiência (Damschroder et al., 2009).

O uso do CFIR tem se ampliado devido a sua aplicabilidade em contextos complexos, visto que abrange diversas características dos contextos pela utilização dos domínios e construtos (Kirk et al., 2016).

A implementação de protocolos, rotinas, procedimentos, entre outros, vem sendo avaliada e descrita por alguns autores (Chunget al., 2016; Sartor et al., 2017). AOMS desenvolveu um guia para uso da ciência da implementação, motivando pesquisas qualitativas na área (OMS, 2014).

Diversos estudos vêm buscando demonstrar e avaliar a implementação de evidências, rotinas e protocolos em serviços de saúde, as experiências descritas por estes pares pode ser utilizada para implementação em locais diversos (Chung et al., 2016; Padar et al., 2017).

Presumivelmente, a ciência da implementação pode dar subsídios para melhor compreensão do mundo real, por intermédio da identificação de barreiras e facilitadores para a implementação de uma ferramenta, tornando possível colocar a teoria na prática.

2.5 O CENÁRIO HU-USP DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO

O Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) teve origem na proposta de um curso experimental de medicina, no ano de 1966, e ficou pronto em 1978, tendo sua inauguração efetiva em 1981. Este hospital nasceu das necessidades de saúde da população da região do Butantã. O HU atua como hospital de nível secundário, com atenção integral do SUS (Adusp, 2018).

Neste estudo, será importante destacar o contexto atual pelo qual o HU-USP se encontra no momento do estudo, trata-se de um período de mudanças internas bastante conflituosas, iniciadas no ano de 2014, perdendo um montante representativo do corpo clínico em 2015. Em 2017, fechou suas portas para o atendimento de emergência infantil e restringiu o atendimento de emergência adulto. Este hospital é o maior da região do Butantã e atende grande parte da população local, além da comunidade da USP. Além disto, é um hospital-escola importante para a comunidade universitária, apoiando a grade curricular dos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia, odontologia, psicologia, saúde pública, entre outras especialidades da área da saúde e correlatas. O curso de graduação em enfermagem tem 49% do currículo apoiado em atividades dentro do HU-USP, com 224 alunos de graduação na área atuando no ano de 2016 (Adusp, 2018).

O ano de 2020 iniciou com uma declaração da superintendência, expressando o desejo de reinventar o HU-USP, por meio de mudanças externas, como reformas e reestruturação de espaços coletivos, e mudanças internas pela modernização dos fluxos e processos de trabalho, anuncia também a contratação de 179 novos PAS, distribuídos em equipe médica, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, técnicos de enfermagem e técnicos de laboratório (Margarido, 2020)

Além do contexto político que ocorre no HU-USP durante a estratégia de implementação do protocolo Com-Efe nesta pesquisa, também ocorreu a pandemia da doença causada pelo *Sars-cov 2*(COVID-19), que afetou todos os sistemas de saúde de forma drástica, não sendo diferente com o HU-USP, que publicou em 07/04/2020, uma mensagem a respeito do funcionamento durante a emergência de saúde pública relacionada a pandemia da COVID-19. Aulas e atividades de extensão foram suspensas, redução do número de pessoas trabalhando presencialmente,

equipe focada na identificação de risco para COVID-19. Na ocasião, o HU-USP não dispensou funcionários maiores de 60 anos ou com comorbidades, pois isto representa 30% da equipe clínica, o que inviabilizaria o atendimento nas unidades (Superintendência de Saúde da USP, 2020).

2.6 JUSTIFICATIVA

Constatada a importância do engajamento dos indivíduos hospitalizados em situação de PE, na redução de eventos adversos relacionados a sua condição, e, considerando a lacuna existente no que diz respeito a comunicação efetiva em saúde, foi desenvolvido e validado por especialistas um protocolo com o objetivo de instrumentalizar PAS para comunicação efetiva com indivíduos em precauções específicas, o Com-Efe.

Apesar destas constatações, o Com-Efe, até o momento, não foi amplamente implementado nos serviços onde o estudo foi realizado. Diante desta problemática, acreditamos que a utilização da ciência da implementação tem potencial para dar suporte na identificação de barreiras e facilitadores para implementação do Com-Efe, aumentando as chances de alcançar resultados positivos na sua implementação.

Este estudo teve a proposta de articular a implementação do protocolo Com-Efe em um serviço de saúde e avaliar a estratégia de implementação. Os achados obtidos no presente estudo poderão oferecer subsídios para o desenvolvimento de futuras estratégias de implementação em contextos similares.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver e avaliar o processo e resultados da implementação do protocolo Com-Efe para comunicação efetiva, com indivíduos hospitalizados em situação de precauções específicas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as barreiras e facilitadores para implementação do Com-Efe;
- Desenvolver e aplicar uma estratégia para implementação do Com-Efe em um serviço de saúde;
- Avaliar o processo e resultados da implementação do Com-Efe.

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de implementação, por meio da implementação do Com-Efe (Juskevicius, Padoveze, 2016) e de sua avaliação. Esta ciência busca apoiar a aplicação na prática de intervenções demonstradas como efetivas na teoria, por meio de uma profunda avaliação de contexto (Damschroder et al., 2009). O quadro teórico de referência para descrever e analisar a estratégia de implementação será o CFIR.

O estudo foi aplicado em quatro fases, de abril de 2018 a setembro de 2020, a fim de responder às questões de pesquisa: “Como ocorre a estratégia de implementação do Com-Efe em um serviço de saúde?” e “Quais são as barreiras e facilitadores para implementação do Com-Efe?”.

O detalhamento das fases está descrito no tópico referente ao percurso metodológico (4.4).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de São Paulo, no HU-USP. Esta instituição é um hospital-escola existente na Cidade Universitária da USP, e tem como objetivo servir de campo de estudo e prática para os alunos dos cursos na área da saúde da universidade. Presta assistência como hospital de nível de atenção secundário para a comunidade dos distritos próximos com atendimento integral do SUS. É uma referência para atuação pedagógica e de pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Localiza-se no campus da Cidade Universitária, na região do Butantã, ocupando 36.000 m² de área construída, distribuídos em:

- 206 leitos de internação

- Centro Cirúrgico com nove salas e sete leitos de recuperação pós-anestésica
- Centro Obstétrico com quatro salas
- UTI de adultos com 12 leitos
- UTI Pediátrica/Neonatal com 10 leitos
- Ambulatório com 57 consultórios
- Cinco anfiteatros
- 18 salas de aula distribuídas por todo o hospital

O local escolhido para a implementação faz parte do mesmo cenário utilizado para a elaboração do roteiro do Com-Efe em estudo anterior.

A equipe da Comissão de Controle de Infecção (CCIH) do Hospital é formada por duas enfermeiras especialistas em epidemiologia hospitalar, médica infectologista e auxiliar administrativo, o serviço oferece aos colaboradores do HU-USP um manual para recomendação para prevenção de IRAS, incluindo as recomendações para uso de PP e PE (Anexo 2).

O HU-USP possui missão de servir de campo de ensino e pesquisa, além de possuir valores de integralização da assistência, o que torna a execução deste estudo viável. Visa desenvolver atividades de ensino e pesquisa na área de saúde e assistência hospitalar de média complexidade, preferencialmente às populações do Distrito de Saúde do Butantã e da Comunidade Universitária da USP, prestando um serviço diferenciado com atendimento de excelência (Anexo 3).

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

4.3. POPULAÇÃO-ALVO

O estudo teve como público-alvo os(as) enfermeiros(as) que atuam nas unidades de Clínica Médica (CM), Clínica Cirúrgica (CC), Serviço de Qualidade (SEQ) e Serviço de Controle de IRAS (SCIH).

Os critérios de inclusão incluem: enfermeiros(as) que prestem assistência a saúde de forma direta ou indireta aos indivíduos em situação de PE.

4.4 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo foi desenvolvido em quatro fases consecutivas (Figura 3):

- 1) Fase preliminar: Planejamento - Desenho da implementação do Protocolo Com-Efe; (setembro 2017 a fevereiro 2018)
- 2) Fase 1: Familiarização do contexto - Observação não participante; (abril 2018 a maio 2018)
- 3) Fase 2: Implementação - Estratégias e proposta da implementação do Com-Efe; (agosto 2019)
- 4) Fase 3: Adaptação - Oficinas com as enfermeiras; (setembro 2019 a dezembro 2019)
- 5) Fase 4: Avaliação dos resultados da implementação - Entrevistas com enfermeiros(as). (junho 2020 a setembro 2020)

Figura 3 - Representação esquemática das fases da estratégia de implementação do Com-Efe.



Fonte: Autoria própria, 2021.

4.4.1 Fase preliminar: planejamento

Para a proposição do protocolo Com-Efe foram realizadas três reuniões em setembro de 2017, uma com cada supervisora de enfermagem das unidades de CM e CC; e a terceira reunião com a equipe do SCIH. Na ocasião, o protocolo Com-Efe foi apresentado e recebido com boa aceitação.

Em fevereiro de 2018, o projeto de pesquisa foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa (CEP's) e diretoria de enfermagem do HU-USP.

4.4.2 Fase 1: Familiarização do contexto

A familiarização do contexto foi realizada por meio da observação não participante, com o objetivo de aprofundar a compreensão do contexto no qual a educação do paciente para PE é realizada. Na observação não participante, o pesquisador não se envolve com o contexto, permanece apenas como espectador. Os indivíduos no contexto não sabem exatamente o que o pesquisador está observando, sendo possível apreender a situação como ela realmente ocorre (Flick, 2013).

A coleta de dados foi realizada por uma das pesquisadoras com formação em enfermagem e treinamento básico em implementação (L.F.J).

Utilizou-se um diário de campo para coletar informações sobre o contexto ao longo de 20 horas de observação não sequenciais, realizadas nas enfermarias de atendimento médico e cirúrgico e no SCIH. Foram realizados 10 momentos de observação com uma média de duas horas para cada momento, durante os meses de abril 2018 e maio 2018.

4.4.3 Fase 2: Implementação do Com-Efe - Proposta de implementação

Nesta fase ocorreu a proposta de implementação do Com-Efe, no período de agosto de 2019. O desenho e proposta da implementação foram realizados, de acordo com os resultados das fases anteriores e de novas reuniões realizadas com o SCIH e SEQ do HU-USP, as reuniões ocorreram com o propósito de alinhar o melhor desenho e processo para a implementação do Com-Efe.

A proposta da implementação atendeu a critérios desejáveis para um projeto de implementação, tais como: coerência com os objetivos a serem alcançados, factibilidade, aceitabilidade pelo conjunto de envolvidos, viabilidade econômica, sustentabilidade e procedimentos éticos.

Inicialmente, o protocolo Com-Efe foi adaptado para o formato oficial de protocolos operacionais padrão do HU-USP e, posteriormente, inserido no sistema de treinamentos *online* pela plataforma de ensino *Moodle* Extensão, pelo SEQ que, em seguida, orientou os colaboradores das CM e CC sobre a disponibilidade do treinamento em aula expositiva sobre o tema e protocolo Com-Efe no sistema *online*. O protocolo escrito foi disponibilizado, por intermédio de envio por *e-mail* dos(as) Enfermeiros(as) pelo SEQ, para primeira leitura, antes do treinamento *online*, entre as datas 01/08/2019 a 19/08/2019.

Após este período foi realizado por pesquisadora com experiência em docência e em PE (L.F.J) os treinamentos presenciais, nas seguintes datas e horários: 19/08/2019 – períodos matutino, vespertino e noturno; e, 20/08/2019 – no período noturno. Os treinamentos tinham como objetivo esclarecer dúvidas dos materiais disponibilizados em plataformas *online* e garantir a sensibilização dos profissionais envolvidos nos temas de educação em saúde e no conceito de vulnerabilidade, utilizado para elaborar o roteiro de “como abordar indivíduos em PE”.

Após os treinamentos presenciais, foram disponibilizados nas unidades os seguintes materiais de apoio: protocolo Com-Efe impresso no formato padrão do HU-USP, *banner* de divulgação do Com-Efe (Apêndice C) e selo de comunicação efetiva (Apêndice D).

4.4.4 Fase 3: Análise e adaptação do Com-Efe

Esta fase teve como objetivo conhecer quais foram as adaptações que poderiam influenciar a estratégia de implementação. As informações obtidas nesta etapa visaram a captação de elementos para os ajustes necessários no protocolo Com-Efe.

Para a obtenção das informações foram realizadas oficinas, em setembro de 2019, com enfermeiros(as) das unidades de CM, CC e SCIH, utilizando um roteiro de perguntas, a fim de identificar barreiras e facilitadores na estratégia de implementação do Com-Efe. As oficinas tiveram duração de 20 minutos cada, a escolha das perguntas se deu de acordo com a relevância e importância de alguns constructos do CFIR, para este momento da adaptação do Com-Efe, foram utilizados os constructos de: origem da intervenção, complexidade, vantagem relativa e compatibilidade (Apêndice E). Os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias para o aceite de participação desta etapa da pesquisa (Apêndice F).

Após a análise dos resultados das oficinas, o protocolo Com-Efe pôde ser adaptado para melhor atender as demandas dos indivíduos e dos contextos.

Em relação a adaptação, é importante ressaltar que os elementos *core* do protocolo não podem sofrer alterações ou adaptações, pois sem estes elementos, a ferramenta altera seus propósitos. Os elementos *core* neste protocolo são pertencentes ao conceito de vulnerabilidade, utilizado no estudo e desenho do Com-Efe. Como, por exemplo, a autonomia do paciente; individualização no atendimento e aplicação do Com-Efe para cada paciente; direitos deste paciente, em relação ao seu envolvimento nos cuidados de saúde; e, a utilização de diálogo na aplicação das ações educativas em PE.

4.4.5 Fase 4: Avaliação da implementação

A situação da pandemia de Covid-19 impactou a pesquisa na fase de coleta de dados. Após a adaptação e distribuição de novos materiais relacionados a

implementação do Com-Efe, em dezembro de 2019 e janeiro de 2020, estabeleceu-se que as entrevistas ocorreriam em março de 2020, quando se deu início as ações de fechamento no Estado de São Paulo relacionadas à pandemia do COVID-19 no país, o que fez com que as entrevistas fossem adiadas.

Quando foi possível retornar ao HU-SP com precauções, a pesquisadora observou que, naquele momento (junho de 2020), os(as) enfermeiros(as) priorizavam apenas as situações em relação à pandemia de COVID-19, deixando de lado assuntos não urgentes, inclusive não respondendo as tentativas de agendamento de entrevistas.

Nesta visita, também foi constatado que alguns (algumas) enfermeiros(as) se lembravam vagamente sobre o Com-Efe, mas outros(as) não sabiam nada a respeito, apesar de haver lembretes nos postos de prescrição sobre a implementação do Com-Efe, como o banner. O livreto de mesa distribuído em janeiro de 2020 ou a pasta com o Com-Efe impresso não foram encontrados armazenados nas unidades nesta visita.

A partir destes fatos relatados, foi realizada reunião com pesquisadora principal, orientadora e coorientador para discutir medidas para avaliar a estratégia de implementação (principal objetivo desta fase). As estratégias estão listadas e discutidas no Quadro 2, abaixo:

Quadro 2 - Estratégias para avaliação da implementação – impacto da pandemia COVID-19 na coleta de dados – Fase 4.

Técnica	Risco	Nível de factibilidade	Problemas na execução
Grupo focal	Não conseguir reunir a quantidade adequada de profissionais	Difícil	Os profissionais têm dificuldade de deixar suas funções temporariamente ao mesmo tempo, para se reunir para um grupo focal e não têm disponibilidade fora do horário de trabalho
Entrevistas individuais online	Perda de aspectos relacionados a interação entre entrevistador/entrevistado Além do acesso falho a rede de internet	Possível	Seria possível apenas se agendado em horário de trabalho e se houvesse rede de internet boa em todas as unidades

Entrevistas individuais por telefone	Perda de aspectos relacionados a interação entre entrevistador/entrevistado, principalmente a comunicação não verbal	Possível	Seria possível apenas se agendado em horário de trabalho
Fórum <i>online</i>	Poderia não haver interesse de participação	Possível, seria necessário um adendo no CEP	Esta estratégia estaria mais relacionada a realização de um <i>booster</i> no assunto, para relembrar o que já havia sido conversado
Entrevistas individuais presenciais, agendadas pela supervisão	Uma entrevista agendada por um terceiro pode não trazer o mesmo engajamento do entrevistado.	Possível, porém, dependente do supervisor	Os(as) enfermeiros(as) aceitariam as entrevistas, porém, com o viés de aceitarem devido a imposição do supervisor
Entrevistas com líderes, supervisores etc.	Não captar a perspectiva de quem de fato poderia se beneficiar com o uso do Com-Efe	Possível	Os líderes têm maior controle e autonomia de suas agendas, facilitando o agendamento de entrevistas
Perguntas-chave pelo Google formulários	Captar interessados em futuras entrevistas, realizar um <i>booster</i> do assunto e obter respostas importantes para avaliar a implementação	Possível	Dependente das respostas dos participantes

Fonte: Autoria própria, 2020.

Diante do quadro de opções apresentado anteriormente, optou-se por inicialmente realizar um *booster* no assunto por meio do envio de quatro perguntas a respeito do protocolo Com-Efe (Apêndice G), pelo *Google* formulários, utilizando lista de *e-mails* dos(as) enfermeiros(as) das Unidades envolvidas na estratégia de implementação, cedida pelo SEQ. Após uma semana do envio (04/08/2020), o questionário foi reenviado (11/08/2020). A partir das respostas dos questionários do *Google* formulários, foi enviado um convite para realização de entrevista individual via telefone, a fim de captar com mais profundidade aspectos da implementação do Com-Efe.

O objetivo dessa fase foi a avaliação com profundidade da estratégia de implementação do Com-Efe.

Para as entrevistas, optou-se pelo uso de um roteiro semiestruturado, pois este, ao mesmo tempo em que permite que o pesquisador obtenha resultados mais aprofundados sobre as opiniões dos entrevistados, também direciona as perguntas, embasadas em um modelo teórico, de modo a responder os objetivos desta fase do estudo (Trivinos, 1987).

O roteiro de entrevista foi construído com base nos domínios e constructos do CFIR, de acordo com Damschroder et al. (2009). Após a análise dos 28 constructos inseridos nos cinco domínios, foram criadas 30 perguntas que teriam o potencial de direcionar a entrevista para os temas de interesse (Apêndice H).

Os indivíduos de interesse para as entrevistas foram enfermeiros(as) das unidades de CM, CC, SCIH e SEQ.

As entrevistas foram realizadas via telefone, após convite enviado via *e-mail* e a assinatura do TCLE, elaborado conforme as normas exigidas pela Resolução 466 de 2012 do ministério da saúde (Apêndice I).

As entrevistas foram gravadas, transcritas e identificadas com siglas, para manter o sigilo. A duração de cada entrevista foi de aproximadamente 30 minutos.

As entrevistas foram conduzidas por uma das pesquisadoras com formação em enfermagem e treinamento básico em implementação (L.F.J). Antes de iniciar as entrevistas, a pesquisadora requereu autorização para gravar a entrevista, a fim de garantir a recordação de todos os dados.

4.4.5.1. Análise prontuários

Foram coletados os dados de prevalência de PE nas unidades CM e CC, por meio de uma planilha de prevalência (Apêndice J), por aluna de graduação do curso de enfermagem na EEUSP. Esta mesma pesquisadora também revisou os prontuários dos pacientes em PE das unidades CM e CC, a fim de identificar o número de pacientes que receberam a aplicação do Com-Efe, pela identificação do “Selo de comunicação efetiva”.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos CEP's da Escola de Enfermagem da USP (Anexo 4) e do Hospital Universitário da USP (Anexo 5) e foram elaborados os TCLE para os participantes de acordo com a resolução 466/12. CAEE: 80384517.5.0000.5392.

4.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Ao longo desta pesquisa, três técnicas de análises foram utilizadas.

Na fase de familiarização do contexto, onde foi realizada observação não participante foi utilizada a Análise Descritiva, com o objetivo de detalhar as características principais do contexto e possível formulação de temas para as entrevistas posteriores.

Fase 1: O diário de campo foi organizado, pela primeira vez, em um texto completo com o objetivo de facilitar a discussão entre os pesquisadores. Os aspectos relevantes representativos das relações e interações entre os profissionais de saúde e outros indivíduos no contexto foram identificados.

Estes aspectos selecionados foram classificados de acordo com o CFIR, com foco nos domínios “características dos indivíduos” e “cenário interno” (Damschorder et al., 2009; OMS, 2013; Breimaier et al., 2015).

Fase 2: Proposta de implementação - Os conteúdos das reuniões foram categorizados, a fim de identificar barreiras e facilitadores para a estratégia de implementação, assim como destacar os agentes envolvidos.

Fases 3 e 4: Para a análise dos dados das oficinas e entrevistas semiestruturadas, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática como descrita por Bardin (2016).

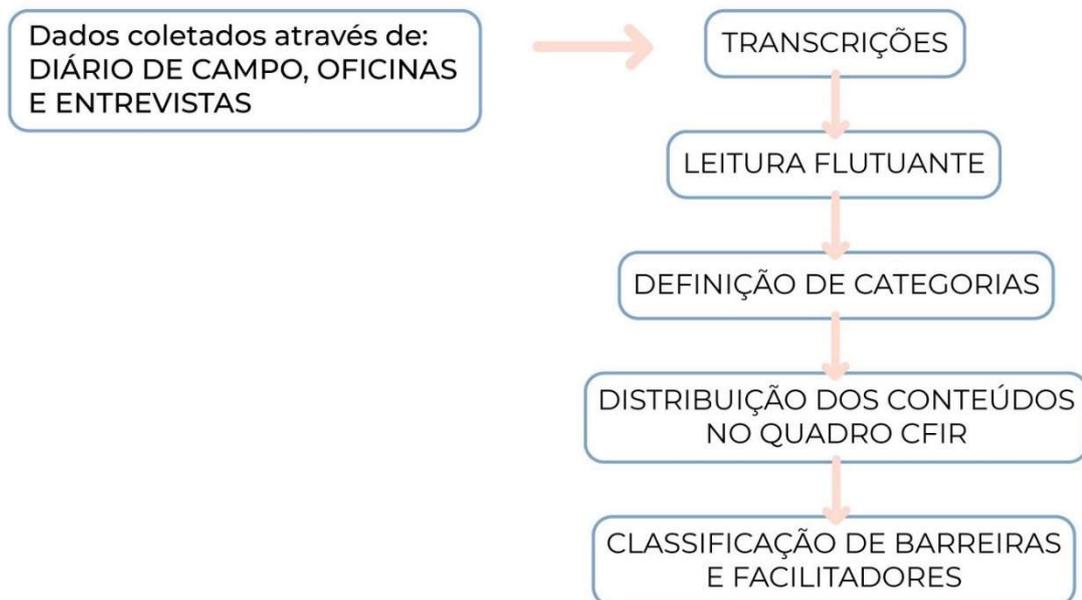
Seguindo o método escolhido, primeiro foi realizada a pré-análise, na qual foi feita a transcrição na íntegra das falas, posteriormente, a leitura flutuante e, por fim, a

confeção de um quadro de análise dos índices (unidades de registro) e dos indicadores (categorias).

Na fase de exploração do material, após codificação do mesmo por meio do recorte, enumeração e agregação das unidades, foi preenchido o quadro citado, elaborando as categorias ou classificando os índices nas categorias escolhidas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão para análise de constructos do CFIR (CFIR, 2020b).

Na última fase, foi realizado o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação das informações coletadas, classificadas e categorizadas. Nesta fase, foram discutidos os significados atribuídos às categorias.

Figura 4 - Roteiro de análise dos dados obtidos através das Fase 1, 3 e 4 deste estudo.



Fonte: Autoria própria, 2021.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 FASE 1: FAMILIARIZAÇÃO DO CONTEXTO

Este capítulo apresenta os resultados da Fase 1, a “Familiarização do Contexto”. Foi realizada observação não participante, com o objetivo de levantar evidências para a compreensão dos contextos, suas ações diárias e suas ações que permeiam a situação de PE.

Buscou-se compreender as relações e interações entre os PAS e outros indivíduos no ambiente da saúde, principalmente para identificar potenciais barreiras e facilitadores na implementação do Com-Efe. Não tentamos observar apenas o processo de educação do paciente, mas procuramos reunir uma compreensão mais ampla de todo o contexto.

As unidades sob observação possuem 65 leitos para internação; a equipe de SCIH é composta por duas enfermeiras, uma médica e um secretário.

As primeiras evidências foram registradas em formato de notas em um diário de campo e foram utilizadas para direcionar a proposta da implementação do Com-Efe.

Nas transcrições dos momentos observados, é apresentada a descrição a partir de dados obtidos sob a perspectiva da pesquisadora, por meio da observação não participante nas CM, CC e SCIH.

1) Setor de SCIH

Na observação relacionada ao setor de SCIH nem todos os membros estavam presentes no setor.

Os funcionários do setor trabalham com cargas horárias de 36h (enfermeira), 24h (médica) e 40h (auxiliar administrativo), de segunda-feira a sexta-feira, em horário comercial.

2) Setores CM e CC

A pesquisadora se instalou em vários locais de observação estratégica, como a área de prescrição, a sala de medicação, a sala de procedimentos, os corredores, os quartos, as salas de estar, as salas administrativas e a copa (Figura 5). Foram realizados 10 momentos de observação com uma média de duas horas para cada momento, durante os meses de abril 2018 e maio 2018.

O número total de leitos disponíveis para internação do momento da coleta de dados era de 34 na CC e 31 na CM. Descrito no Quadro 3, abaixo, a distribuição de leitos, número e tipo de PE, número e categorias de PAS em plantão no momento da observação.

Quadro 3 - Distribuição de leitos de internação e escala de profissionais da assistência à saúde de acordo com o período de trabalho e unidades de internação. São Paulo, 2021.

	MANHÃ		TARDE		NOITE	
	Clínica Cirúrgica	Clínica Médica	Clínica Cirúrgica	Clínica Médica	Clínica Cirúrgica	Clínica Médica
Nº leitos ocupados	25	20	23	21	24	20
Leito de Precauções Específicas	0	1aerossol 2 contato	1contato	1 aerossol 2 contato	0	1 aerossol 2 contato
Nº enfermeiros(as)	3	3	3	4	2	2
Nº Técnicos de enfermagem	4	6	4	7	6	6
Nº outros profissionais de saúde	5	0	1	0	0	0

A coleta de informações sobre o número de leitos ocupados e número de colaboradores de enfermagem de plantão foi fornecida em todos os plantões por um(a) ou mais enfermeiros(as) da unidade. Os(as) enfermeiros(as) justificaram, todas as vezes que foram questionados(as), a proporção de número de leitos ocupados *versus* número de colaboradores de enfermagem, como apresentado nas citações abaixo:

“Como um técnico faltou, um dos enfermeiros teve que assumir as tarefas assistenciais no lugar dele”(Enf. 1 – CC).

“Hoje é um dia atípico, pois normalmente os técnicos faltam mais e ficamos com a escala reduzida”(Enf. 2 – CC).

“Dos técnicos de plantão, dois deles ficam só para fazer medicação”(Enf. 3– CC).

“[...]hoje nossa escala está completa, sem faltas, porque vai ter festa de despedida de um dos colegas”(Enf. A –CM).

Uma enfermeira informou que a ocupação dos setores obedece à escala de *Fugulin*.

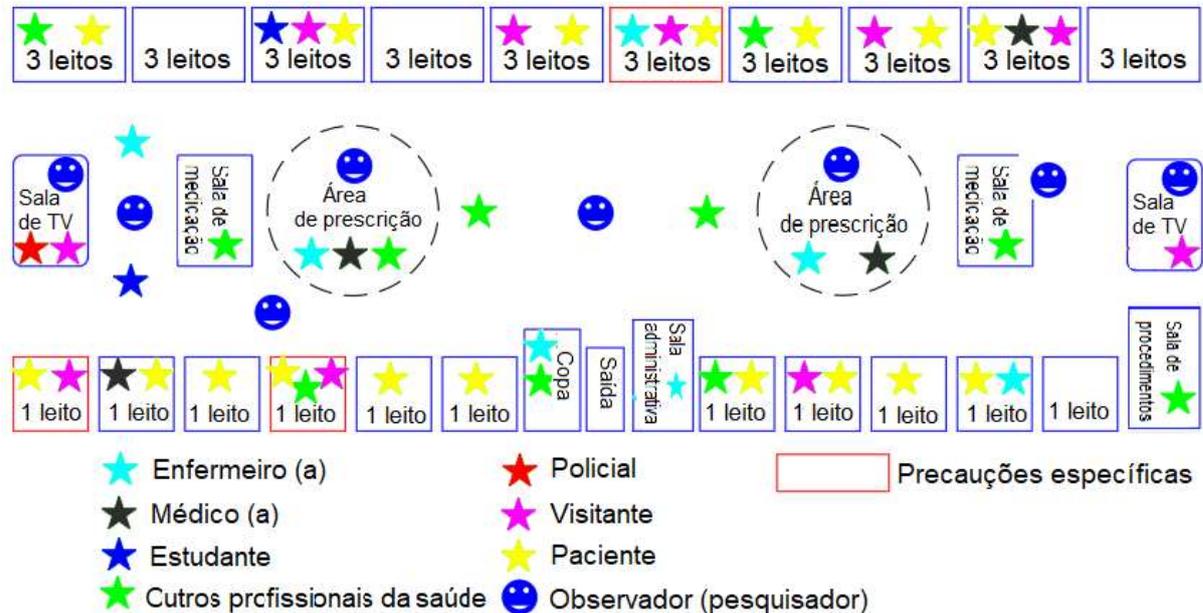
“Esta escala determina o nível de cuidados em alta dependência, cuidados intermediários e cuidados mínimos” (Enf1– CC).

Após coletar as informações relacionadas à ocupação de leitos e número/tipos de pacientes em PE, a pesquisadora se instalou em alguns locais para realizar a observação não-participante. Os locais por onde a pesquisadora permeou estão demonstrados na Figura 5.

O setor de CC permaneceu calmo durante todos os momentos de observação, técnicos de enfermagem permaneciam em suas tarefas, dois fisioterapeutas passaram pela unidade. O local se apresentava limpo e organizado, apesar de não haver circulação de profissionais da higienização hospitalar no momento da observação.

No setor de CM o clima do ambiente esteve agitado durante todos os momentos observados, com atividades realizadas por diversas categorias de PAS.

Figura 5 - Representação dos espaços de observação e indivíduos (categorias profissionais) observados pela pesquisadora. São Paulo, 2021.



Fonte: Autoria própria, 2021.

A partir de um diário de campo, com notas transcritas das observações realizadas, emergiram elementos por meio análise das impressões, o quais foram agrupados em seis categorias: comportamento de autoproteção do PAS, comportamento de proteção do PAS em relação ao paciente, comportamento de autoproteção do paciente, comportamentos adversos em relação à prevenção de IRAS, interação entre os PAS e interação PAS e paciente/visitantes.

- **Comportamento de autoproteção do PAS**

Observou-se algumas situações de autoproteção do PAS como: médico lava as mãos com água e sabão após tocar, sem o uso de luvas, em local com provável presença de secreção de paciente; enfermeiro(a) faz uso de máscara N-95 dentro do quarto de PE para aerossóis.

- **Comportamento de proteção do PAS em relação ao paciente**

Como medidas de proteção do PAS com o paciente, foram observadas as seguintes situações: preparo e manipulação de medicações com uso de máscara; professora higienizou as mãos após o contato com paciente; fisioterapeuta higienizou as mãos após instalação de máscara de *Venturi*, sem o uso de luvas.

- **Comportamento de autoproteção do paciente**

Nesta categoria relacionada não foram observados atitudes ou comportamentos protetores em relação à prevenção da transmissão de microrganismos por parte dos pacientes.

- **Comportamentos adversos em relação à prevenção de IRAS**

Nesta categoria, foi possível observar diversos momentos em que os PAS falharam nos cuidados para prevenção de IRAS, como nos exemplos a seguir:

PAS em quarto de PE para contato, apenas conversando com paciente, mas sem nenhum equipamento de proteção individual; não houve aviso para limpeza de sala de procedimentos após utilização por paciente em PE para contato; enfermeiro(a) utiliza teclado do computador com mãos enluvasadas, que seguravam tubos de sangue; enfermeira não higieniza as mãos antes do contato com paciente; Fisioterapeuta não higieniza as mãos ao sair do quarto do paciente e toca em armários; supervisora observa situação de não utilização de luvas no transporte de paciente em PE para contato, mas não orienta ou alerta o profissional; enfermeiro(a) sai paramentada do quarto e sem higienizar as mãos atende ao telefone na área de prescrição, retorna ao leito sem higienizar as mãos.

- **Interação entre os PAS**

A única interação observada no campo de trabalho foi entre a farmacêutica e residente médica discutindo a respeito de dose de medicação; neste momento outro residente aproveitou a situação para esclarecer uma dúvida com a farmacêutica clínica. Farmacêutica orientou sobre uso de *Ertapenem*, sobre necessidade de autorização do SCIH.

As demais interações ocorreram apenas na copa, tratando-se de conversas pessoais, não relacionadas ao campo de trabalho.

- **Interação de PAS com pacientes/visitantes**

Foi observado que, durante o procedimento de higiene de mãos e uso de EPIs para PE, não ocorreu nenhuma orientação ou fala em relação ao ato de prevenção de IRAS, enquanto para outros procedimentos observados, como administração de medicamentos e sessões fisioterápicas os PAS realizaram orientação sobre o procedimento no momento anterior a sua realização.

“[...]agora nós vamos andar pelo corredor um pouquinho para que o senhor fique bem logo” (Fisio 1– CC).

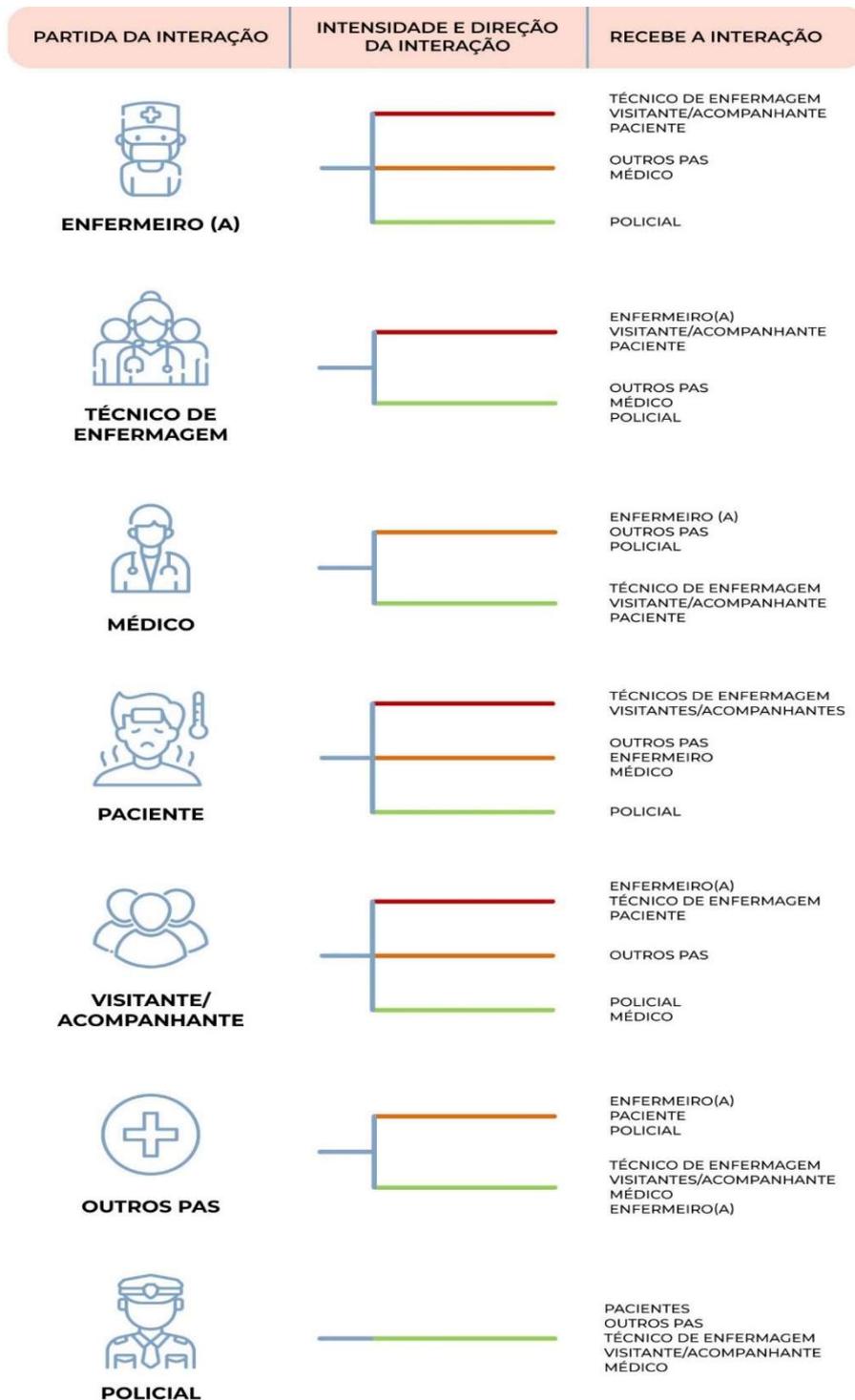
“[...]o senhor não pode se levantar sozinho, pois sua perna não vai ficar boa nunca” (Med 1– CC).

“[...]vou dar para a senhora a medicação para dor prescrita pelo médico” (Tec. Enf. 1 – CM).

Foi possível, por meio da observação não participante, estimar a intensidade de interação entre os indivíduos que permeiam os setores de CM e CC. A Figura 6 representa a interação entre os indivíduos dos contextos observados, destacadas a intensidade da interação por meio de código de cores. A interação foi estimada pela frequência e duração de contatos entre os indivíduos durante o período de observação.

Observou-se que, algumas vezes, a intensidade da interação entre os indivíduos pode variar, a depender da direção da interação. No caso da interação entre pacientes e enfermeiros(as), percebeu-se que a interação do profissional com o paciente é alta, entanto, torna-se menos intensa quando parte do paciente com o enfermeiro.

Figura 6 - Representação da intensidade e direção da interação entre os indivíduos nos contextos observados.



Legenda: Vermelho - Interação de alta intensidade. Laranja - Interação de média intensidade. Verde - Interação de fraca intensidade.

Pode-se notar que alguns casos como a interação médico(a)/enfermeiro(a), policial/enfermeiro(a) e paciente/médico(a), a interação mantém a intensidade para ambas as direções, demonstrando que, uma vez a relação entre os indivíduos se inicia frágil, ela tem a tendência em permanecer assim, até que um dos indivíduos mude seu comportamento e transforme a interação entre eles.

A equipe de técnicos de enfermagem possui a interação de alta intensidade com o paciente, visitantes e acompanhantes, assim como, também, representa a interação mais forte do paciente.

O(a) enfermeiro(a) exerce um papel de liderança no contexto, e isto pode ser observado pela intensidade de interação com os outros PAS do contexto. Representa uma referência para todos que circulam pelo contexto. Porém como o paciente, muitas vezes, não pode circular fora do seu quarto, a interação com este é menos intensa do que a relação entre o(a) enfermeiro(a) e os visitantes/acompanhantes, que circulam nas áreas de prescrição, por exemplo.

Após a categorização das observações, as impressões foram classificadas em facilitadores ou barreiras, e distribuídas nos domínios e constructos do CFIR. O que permitiu a análise de dois dos cinco domínios, “cenário interno” e “características dos indivíduos”, nos contextos observados (Quadro 4).

Quadro 4 - Síntese da avaliação do contexto em um ambiente hospitalar de acordo com as dimensões do CFIR(1), classificadas em barreiras e facilitadores para a estratégia de implementação. São Paulo, 2021.

Dimensões do CFIR	
Constructos	Cenário interno
Características estruturais	<p>As enfermarias sob observação possuem 65 leitos para internação.</p> <p>O ambiente ficou em geral calmo, sem excesso de pessoas e raras situações de emergência clínica.(+)</p> <p>Com frequência existem indivíduos em precaução específica, principalmente devido à colonização / infecção por microrganismos multirresistentes.(+)</p>
Redes de relações e Comunicação	<p>O ambiente possui espaços de interação multiprofissional coletiva, tanto entre profissionais (posto de enfermagem, sala de medicação, sala de café) como entre pacientes, policiais e visitantes (TV / sala de leitura). (+)</p> <p>A comunicação eficaz ocorre de maneira insuficiente e sugere que os indivíduos acreditam que todos sabem o que deve ser feito em relação a medidas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde e precauções específicas.(-)</p> <p>O planejamento e a discussão sobre como proceder em situações de precauções específicas não parece ser sistematizado, isto é, acontece de forma aleatória e sem planejamento ou reflexão, o que aponta para a falta de padronização na orientação de pacientes, visitantes, acompanhantes, policiais, profissionais e alunos.(-)</p>

(Continua)

(Continuação)

Cultura	<p>Existem processos estabelecidos que favorecem a adoção de medidas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. (+)</p> <p>Existem treinamentos frequentes e presença contínua de estudantes e pesquisadores, o que pode ser um elemento favorável para a permeabilidade dos profissionais às inovações nas práticas assistenciais. (+)</p>
Clima de implementação	<p><u>Tensão para a mudança:</u> o Serviço de Controle de Infecções oferece treinamentos sobre higiene das mãos e cartazes para lembrete aos profissionais sobre a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. (+)</p> <p><u>Compatibilidade:</u> A estrutura física disponível em geral é favorável à adoção de medidas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. (+)</p> <p><u>Metas e comentários:</u> o Serviço de Controle de Infecções comunica taxas e metas para a prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. (+)</p> <p><u>Clima de Aprendizagem:</u> Processos de trabalho são possivelmente influenciados por excesso de carga de trabalho (por falta de pessoal).(-)</p>
Tensão para mudanças	<p><u>Compromisso da liderança:</u> os líderes mostram-se interessados em prevenir as infecções relacionadas à assistência à saúde em seus setores e aprovarão o projeto apresentado a eles. (+)</p> <p><u>Acesso ao Conhecimento e Informação:</u> Os processos de trabalho não garantem a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde desses serviços e pacientes, uma vez que não são padronizados (sistematização da orientação ao paciente). (-)</p> <p>Há um forte enfoque técnico para a realização dessas atividades, mas não há foco na comunicação efetiva.(-)</p>

(Continua)

(Continuação)

Constructos	Características dos indivíduos
<p>Conhecimento e Crenças sobre a intervenção</p>	<p>Os indivíduos que compõem esse microambiente são diversificados. Além de médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, há estudantes, professores, pesquisadores, acompanhantes, visitantes e policiais. (+)</p> <p>É reconhecido que a maioria dos visitantes, acompanhantes e policiais, não sabem o suficiente sobre as precauções específicas. (+)</p> <p>Não se pode ignorar que todos esses indivíduos interagem no microambiente da unidade e que a comunicação efetiva deve ocorrer para que as medidas preventivas sejam devidamente compreendidas e adotadas por todos, de acordo com sua pertinência. (+)</p> <p>A interação pessoal entre os membros da equipe parece ser agradável, não conflitante. (+)</p> <p>Os profissionais da assistência saúde recebem treinamento sobre precauções específicas através do setor de educação continuada, pelo menos uma vez por ano. (+)</p> <p>As medidas de prevenção existem e são amplamente adotadas. Observa-se que ainda existem falhas na plena adesão, principalmente quanto à higienização das mãos e uso adequado das precauções específicas, o que pode afetar o modo como o paciente é tratado. (-)</p> <p>Não há nenhum comportamento de alerta entre os profissionais para corrigir falhas nas medidas de prevenção quando elas ocorrem. (-)</p>

(1) Consolidated Framework for Implementation Research. <https://cfirguide.org>

(Concluído)

Legenda: (+) – Facilitador para a implementação da intervenção

(-) – Barreira para a implementação da intervenção

Por meio do domínio de características dos indivíduos, foi possível identificar quatro categorias dos principais interessados (*stakeholders*): supervisores de enfermagem, SCIH, enfermeiros e pacientes. Estas categorias estão distribuídas no Quadro 5, que aponta o impacto potencial da intervenção para cada um deles, a influência dessas na implementação da intervenção, a importância da intervenção para si e qual o potencial para contribuir ou bloquear a implementação da intervenção. Pode-se observar que todos os principais interessados identificados possuem alto impacto na influência no contexto ao mesmo tempo em que a intervenção possui grande representação em sua rotina/saúde.

A classificação dos principais interessados foi esquematizada na Figura 7, como promotores ou possíveis promotores (latentes) da intervenção. Identificou-se que os(as) enfermeiros(as) e supervisores de enfermagem, bem como os membros do setor de SCIH, têm o poder de contribuir na estratégia de implementação da intervenção (Com-Efe), mas podem ou não a priorizar neste momento. Já os pacientes e acompanhantes estão posicionados no campo dos defensores ou apáticos da intervenção, pois a intervenção tem impacto em sua saúde, porém, os mesmos podem ou não dar importância a implementação da intervenção.

Quadro 5 - Análise de potencial poder e interesse na implementação do Com-Efe referente aos principais interessados identificados. São Paulo, 2021.

Potencial poder/interesse na intervenção	Principais interessados (Stakeholders)			
	Supervisores Unidades	Enfermeiros Unidades	SCIH	Pacientes/Acompanhantes
PODER na Imposição de barreiras para a intervenção	Alto—de acordo com o grau de aceitação a importância da intervenção	Alto—de acordo com o grau de aceitação da importância da intervenção	Alto—de acordo com o grau aceitação a importância da intervenção e dar suporte ou não para as unidades envolvidas	Médio—de acordo com grau de interesse em ser envolvido nos cuidados de saúde
PODER na Influência no contexto	Alto – por meio da priorização de protocolos a serem adotados	Alto – por meio das ações diretas na implementação de intervenções	Alto – por meio do suporte para a implementação de intervenções	Médio – de acordo com o grau de interesse no envolvimento nos seus cuidados de saúde

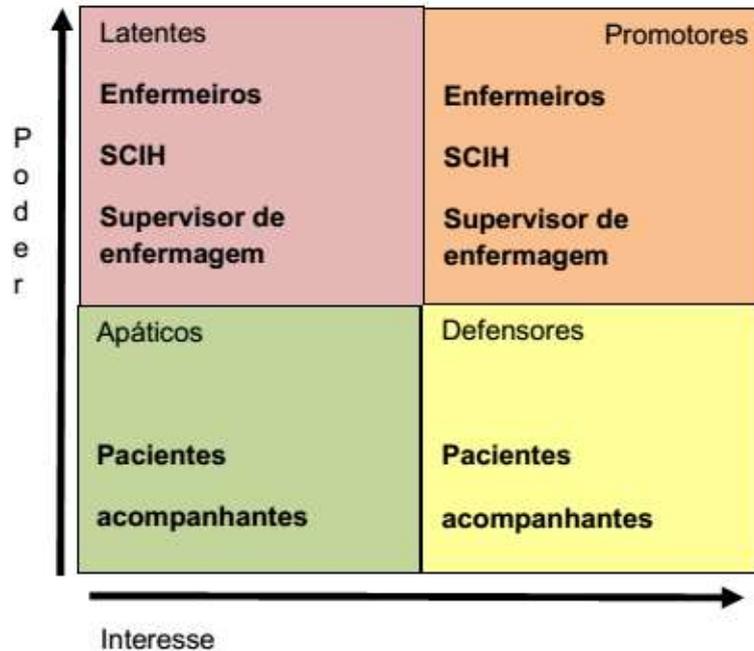
(Continua)

(Continuação)

INTERESSE no impacto e importância da intervenção	Alto - crença no potencial da intervenção na adesão ao pacote de medidas para PE e evitar infecções	Alto - crença no potencial da intervenção em estabelecer melhor relação entre PAS e paciente	Alto - crença no potencial de no potencial da intervenção na adesão ao pacote de medidas para PE e evitar infecções	Alto - crença no potencial de engajamento no seu cuidado e evitar infecção
INTERESSE na Contribuição para a implementação da intervenção	Alto – por meio do estímulo ao engajamento da equipe na implementação da intervenção	Alto–por meio das ações diretas na implementação da intervenção	Alto–por meio do suporte às unidades envolvidas	Alto– por meio do seu envolvimento nos cuidados de saúde

(Concluído)

Figura 7 - Classificação dos principais interessados em relação a estratégia de implementação do Com-Efe. São Paulo, 2021.



5.2FASE 2: IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO COM-EFE

Após a familiarização do contexto, visando desenhar a estratégia de implementação, foram realizadas três reuniões com as equipes de SCIH e SEQ. Na ocasião das reuniões, foi apresentado o protocolo Com-Efe na sua versão original. Posteriormente, esse protocolo foi adaptado ao formato oficial de protocolos operacionais padrão do HU-USP, e submetido ao SCIH e SEQ para aprovação final. As impressões das reuniões, bem como as ações encaminhadas e seus desfechos foram organizados por meio da utilização de um diário e categorizadas em: agentes envolvidos, obstáculos identificados, encaminhamento/solução, barreira persistentes e facilitador obtidos, bem como a classificação dos principais interessados que participaram da reunião (Quadro 6).

Quadro 6 - Reuniões para encaminhamento de barreiras identificadas com os serviços de apoio.

Data da reunião	Membros do SCIH e SEQ	REUNIÃO		DESFECHO	
		Barreiras identificadas	Encaminhamento	Barreiras persistentes	Facilitadores obtidos
10/02	SCIH 1 - PROMOTOR SCIH 2 - LATENTE	Treinar presencialmente a equipe	Indicação de contato com o setor de Ensino e qualidade	Adesão parcial da equipe ao treinamento, devido à sobrecarga de trabalho	Apoio do SEQ
		Lidar com a crença da equipe de que envolver os pacientes em seus cuidados não aumenta adesão dos PAS para uso dos EPIs (menor demanda dos pacientes)	Sem estratégias propostas	Crença por parte da equipe de enfermagem de que para aumentar a adesão aos EPIs, os pacientes devem verbalizar o assunto com os PAS	Aceitação, por parte da equipe de enfermagem, sobre a importância de envolvimento de pacientes em seus cuidados
		Percepção da necessidade de instituir um (ou mais) responsável (s) pelo protocolo Com-Efe	Indicação de delegação para outros agentes (PAS das unidades)	Identificar PAS nas unidades que teriam interesse na liderança na implementação do protocolo Com-Efe	A orientação do uso de EPIs em PE já faz parte da rotina, facilitando o interesse de tornar a atividade sistematizada

(Continua)

(Continuação)

17/03	SCIH 1 - PROMOTOR SEQ 1 - PROMOTOR	Planejamento dos treinamentos online e <i>in locu</i>	Agendamento de reuniões para envolvimento dos supervisors de enfermagem na organização dos treinamentos. Avanço parcial	Envolvimento das supervisoras de enfermagem	Apoio do SEQ no planejamento e divulgação dos treinamentos
15/05	SCIH 3 -LATENTE SEQ 1 - PROMOTOR	Planejamento treinamentos online e <i>in locu</i>	Organização e divulgação da data para o treinamento presencial e disponibilização na plataforma <i>online</i>	Garantir ampla participação dos PAS envolvidos	Apoio do serviço de Educação e Qualidade na organização dos treinamentos e elaboração dos materiais
		Banalização da precaução de contato, devido à falta de EPIs em alguns momentos	Sem estratégias propostas	Padronização e auditoria do uso de EPIs para precaução de contato	EPIs disponíveis no momento da implementação

(Concluído)

Após as reuniões, iniciou-se a divulgação do treinamento *online*, incluindo a inserção no sistema de educação *online Moodle* extensão do protocolo Com-Efe e a respectiva aula expositiva sobre o tema. O SEQ realizou a divulgação e orientação do treinamento *online* na data de 01/08/2019, com prazo para primeira leitura do material até 19/08/2019. O treinamento *online* foi enviado para 14 enfermeiros da CM e 14 enfermeiros(as) da CC, incluindo os supervisores de enfermagem das respectivas unidades. Verificamos que o material foi acessado para leitura prévia por apenas cinco enfermeiros(as), representando apenas 18% do total dos(as) enfermeiros(as) que tiveram acesso ao treinamento *online*.

Em um segundo momento, foram realizados os treinamentos presenciais nos setores, desenvolvido pela pesquisadora, que possui experiência na área de docência e na temática de PE (L.F.J). Os treinamentos foram realizados em todos os plantões nas CM e CC. No total, 15 enfermeiros(as) na CM e nove na CC participaram do treinamento. Neste momento, apenas os(as) enfermeiros(as) foram convidados a participar do treinamento presencial, não foram convidados outros profissionais de saúde. A ação teve adesão de 100% dos(as) enfermeiros(as) que estavam de plantão nos momentos em que os treinamentos foram ofertados; apenas enfermeiros(as) de licença médica ou férias não participaram.

Após os treinamentos presenciais, foram disponibilizados nas unidades os seguintes materiais de apoio: duas pastas com elástico encapadas com o logotipo Com-Efe, contendo: o protocolo Com-Efe impresso, banner de divulgação do protocolo Com-Efe - quatro cópias, selos autoadesivos, com a finalidade de registrar no prontuário após cada aplicação do Com-Efe em pacientes em PE, de modo a facilitar a documentação do processo.

5.3 FASE 3: ANÁLISE PRELIMINAR DA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO E ADAPTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO COM-EFE

Foram realizadas três oficinas com enfermeiros(as) das unidades de CM, CC e SCIH utilizando um roteiro de perguntas, a fim de identificar barreiras e facilitadores na implementação do Com-Efe. As oficinas tiveram duração de 20 minutos cada.

As oficinas foram gravadas, após prévia autorização dos participantes, e posteriormente transcritas. O conteúdo das transcrições foi organizado, analisado e categorizado de acordo com a técnica de análise de conteúdo temática (Bardin, 2016), descrita no capítulo 4.6. Após a análise da transcrição das oficinas, os elementos que emergiram foram codificados em 24 categorias iniciais, distribuídas em 17 categorias intermediárias, que permaneceram como categorias temáticas finais (CT). As categorias foram distribuídas nos cinco domínios do CFIR. As barreiras e facilitadores foram destacados dentro de cada categoria inserida nos domínios e constructos do CFIR. Porém, ainda nessa fase, alguns constructos continuaram não sendo captados nos temas emergentes (Quadro 7).

Quadro 7 - Barreiras e Facilitadores destacados em oficinas com Enfermeiros(as) das unidades de clínica médica, cirúrgica e serviço de controle de infecções hospitalares de acordo com as dimensões do CFIR (1).

Domínios e Construtos CFIR	CATEGORIA TEMÁTICA (CT)
I. Características da intervenção	
Vantagem relativa	(CT1) Vantagem de ter um protocolo padronizado para orientação de pacientes e familiares em precauções específicas
	(CT2) Potencial do protocolo para adesão as medidas de precauções padrão e precauções específicas, por meio do envolvimento do paciente
Adaptabilidade	(CT3) Sugestões de adaptações nos materiais fornecidos
Qualidade do projeto e da apresentação	(CT4) Reconhecimento da importância e qualidade dos materiais fornecidos
II. Cenário Externo	
Necessidades dos pacientes e recursos	(CT5) Comunicação efetiva para aprimorar as relações com pacientes em precauções específicas
	(CT6) Sensibilização de outros atores

(Continua)

(Continuação)

III. Cenário Interno	
Características estruturais	(CT7)Características estruturais para aplicação e orientação dos PE para pacientes e familiares
Redes de relações e Comunicação	(CT8)Profissional enfermeiro como a referência para orientação sobre precauções específicas
Clima para implementação	(CT9)Condições de trabalho incompatíveis com a utilização dos materiais fornecidos
Prioridade relativa	(CT10)Priorização da implementação de orientação aos pacientes em PE
-Metas e Retroalimentação	(CT11)Percepção de melhora na comunicação efetiva pós uso do Com-Efe
-Clima de aprendizagem	(CT12)Tempo para aprender sobre o novo protocolo
Compromisso da liderança	(CT13)Envolvimento da liderança em relação a implementação

(Continua)

(Continuação)

IV. Características dos indivíduos	
Estágio individual de mudança	(CT14)Motivação individual para buscar conhecimento sobre o novo protocolo
V. Processo	
Líderes de opinião	(CT15)Envolvimento de líderes de opinião, apontados pelos profissionais
Execução	(CT16)Utilização do Com-Efe
	(CT17)Percepção de oportunidade de abordar pacientes em PE

(1) Consolidated Framework for Implementation Research. <https://cfirguide.org>

(Concluído)

5.3.1 Características da intervenção

- **Vantagem relativa**

CT1 - Vantagem de ter um protocolo para orientação de pacientes e familiares em PE

Relato dos entrevistados a respeito da vantagem de utilização de um protocolo sistematizado para orientação em PE:

“Eu acho que é uma forma de você padronizar as condutas que a equipe pode estar desenvolvendo dentro da unidade, é uma padronização de linguagem, das pessoas falarem a mesma linguagem.”

“Eu acho que é válida (a implementação do Com-Efe).”

“Ter um protocolo facilita realmente.”

“[...]fazer o paciente entender sempre foi muito difícil, então esse direcionamento facilita e vai facilitar a gente, e na verdade a ideia é usar sim (o protocolo).”

“[...]jele (o protocolo) facilita e pra gente poder fazer o paciente entender e esclarecer as dúvidas e foi o que você falou, provavelmente exige outras abordagens, então é válido sim, eu considero válido.”

“Acho que todo mundo deveria tomar conhecimento desse protocolo.”

“Eu acho interessante num caso em que a gente perceber uma dificuldade, a gente tem isso (o protocolo) para se apoiar.”

“[...]já ter um protocolo realmente é uma segurança, é uma coisa legal, pra poder direcionar.”

“Ter um protocolo é um apoio nos momentos mais difíceis.”

CT2- Potencial do protocolo para adesão as medidas de PP e PE, por meio do envolvimento do paciente

Compreensão, por parte dos entrevistados, de que o envolvimento de pacientes colabora com a segurança em saúde:

“[...]do protocolo, o paciente teria uma consciência de porque está em precaução de contato, ele tem consciência da segurança, dele cobrar, observar, perceber, comentar que não higienizou as mãos ou não usou o avental, acho que talvez a importância desse protocolo seja desse lado.”

- **Adaptabilidade**

CT3 - Sugestões de adaptações nos materiais fornecidos

Impressões e sugestões dos entrevistados a respeito dos pontos positivos e negativos dos materiais apresentados e fornecidos:

“Se você tivesse um kit já pronto, um folder para entregar para o paciente, abordando aqueles pontos (do roteiro), igual tem o de risco de queda, a gente entregaria e explicaria.”

“Já está à mão, para várias coisas a gente tem isso, por exemplo, o paciente vai de alta com ostomia, nós temos o folder, fazemos a orientação e entregamos. E é uma maneira de sistematizar este momento.”

“Acho que é de fixar, por exemplo, pensei em isolamento, eu penso na placa, nos aventais e aí já pegar o protocolo, saber que o protocolo faz parte do kit de isolamento.”

“[...]porque o Com-Efe é um protocolo, né, e tem o protocolo de queda, aí quando você entra, já apresenta as perguntas.”

“Talvez, se (o protocolo Com-Efe) tivesse presente no PROCENF (sistema), a gente já colocaria, poderia até ser uma atividade do PROCENF, família presente? Reforçou a importância do isolamento? Alguma atividade assim para a prescrição de enfermagem. Eu acho uma medida mais efetiva, que talvez tivesse mais adesão, por ser uma coisa que a gente tá acostumado a fazer.”

“[...]podia incluir no PROCENF, porque tem um domínio que está assim: Paciente necessita de isolamento, e a gente responde sim ou não. Se sim, abre uma outra pergunta: qual a necessidade do isolamento? Aí aparece as opções: cultura de vigilância, institucionalizado, outra instituição, cultura positiva. A próxima pergunta é: Já foram coletadas culturas? Se sim, ele pede o resultado. Talvez, uma outra pergunta: Família e paciente foram orientados? E a resposta: sim ou não.”

- **Qualidade do projeto e da apresentação**

CT4 - Reconhecimento da importância dos materiais fornecidos

Relato dos entrevistados a respeito da importância dada aos materiais fornecidos:

“Também não usei (os materiais fornecidos), só o treinamento e minha experiência.”

“Especificamente, não usei o roteiro do protocolo. Fiz, basicamente, como a gente faz, fiz a abordagem, expliquei, perguntei se eles haviam entendido.”

“E o que eu acho da implementação desse selinho (selo comunicação efetiva em PE), de verdade, que assim, não é muito útil.”

“[...]e a gente colocou o selinho (selo de comunicação efetiva no prontuário).”

“Coloquei, coloquei sim o selinho (selo de comunicação efetiva no prontuário) no prontuário do paciente, isso sim!.”

“A gente já tem uma folha da CCIH, que é aquela vermelha, chama bem atenção, uma folha de sulfite e isso já é bem rotina, que a gente coloca na primeira folha do prontuário e do cardex, que chama bem atenção.”

“[...]por exemplo, se é um paciente que não estava em isolamento e agora saiu uma cultura positiva, eu, por exemplo, vou passar visita, que é a primeira coisa que eu faço para ver como os pacientes estão, daí eu falo, a senhora veio para cá né, tá em isolamento, tá sabendo como funciona?”

“[...]tá descrito diversos pontos de abordar que, justamente, é o que sistematiza abordagem.” (se referindo ao roteiro do protocolo Com-Efe)

5.3.2 Cenário externo

- **Necessidades do paciente e recursos**

CT5 - Comunicação efetiva com pacientes em PE

Quando perguntados a respeito da orientação dada aos pacientes em PE, os entrevistados relataram uma orientação não dialogada entre as partes envolvidas:

“[...]falta até, talvez, um pouco de tempo pra gente poder escutar melhor o retorno do paciente.”

“E os que já estavam em precaução não verbalizaram dúvidas, pelo menos, não no meu plantão.”

“[...]ela (a paciente) também entendeu e logo saiu do isolamento.”

“[...]Jou, por exemplo, tem muito isolamento que o paciente está na enfermaria, a gente tem que ir lá explicar. “olha o senhor está na enfermaria, estamos colocando uma placa vermelha em cima do seu leito, que não tinha antes e eu vou trocar de quarto porque você vai para um apartamento”.

“É, a gente já fala: não é que você está com uma infecção, é que você está colonizado, porque nossa imunidade diminuí quando recebe muito antibiótico, daí as bactérias fazem uma casinha no nosso corpo, daí pode passar para os outros, também, que estão né, mais debilitados”.

“A gente explica do jeito que ele (o paciente) consegue entender.”

CT6 - Sensibilização de outros atores

Alguns entrevistados apontaram a importância de uma equipe sensibilizada para a adesão às PE:

“Enquanto não sensibilizar eles (a equipe médica), de que os pacientes estão ficando em isolamento porque está vindo bactéria resistente e esse tipo de coisa, eles não. Não sei.”

“[...]quem mais entra sem avental, eles entram em grupo no quarto do isolamento e dizem que não estão encostando em nada, é a equipe médica.”

“É que assim né, o médico fala que o paciente tem que andar, a gente orienta que tem que ser junto com a fisioterapia, a enfermagem não consegue controlar.”

“[...]nosso combinado é que ninguém (pacientes em precauções e visitantes) vá para a sala de televisão, aí você chega e tem gente lá, porque alguém deixou ele sentar lá fora.”

“[...]nem sempre é o enfermeiro que coloca (a folha de precaução da CCIH no prontuário), a CCIH coloca também, quando eles têm acesso primeiro a microbiologia, os técnicos colocam também, então eu acho que é um duplo trabalho (inserir o selo de comunicação efetiva).”

“A gente nem orienta só o familiar e acompanhante, que nem, vem aqui equipe da psicologia, equipe da TO (terapia ocupacional), nem sempre entende, que nem, o psicólogo vai atender, por exemplo, daí eu falei: olha a família está em isolamento de contato, daí não dá pra sentar na sala de TV, porque a família pegou no paciente, sentou no quarto dele e tudo mais e vai acabar contaminando a sala de TV, então vamos levar na salinha, lá eu forro a cadeira com avental; e ele falou: eu nunca tinha pensado nisso”.

“[...]os outros profissionais que vêm, que não estão tão íntimos com as placas (de precaução) e tudo mais.” (se referindo às equipes com menor adesão às medidas de PE)

“[...]eu acho legal, mas eu acho que o grande problema não é a equipe de enfermagem, é a equipe médica.” (se referindo às equipes com menor adesão às medidas de PE)

5.3.3 Cenário interno

- **Características estruturais**

CT7 - Características estruturais para aplicação e orientação dos PE para pacientes e familiares

Relato dos entrevistados a respeito da influência da estrutura física nas orientações para PE:

“[...]as vezes, você desiste e separa um poltrona só para eles sentarem.” (se referindo a sala de TV da unidade, que pode ser utilizada por acompanhantes, visitantes e até mesmo pacientes, fora de situação de precauções para PE)

“Não beber água no filtro (o familiar do paciente em precaução para PE). A gente libera uma garrafa de água para ele.”

“[...]tem muitos familiares e acompanhantes, e aí eles ficam, principalmente, no quarto com seis pacientes, eles ficam todos amigos, os familiares, aí ficam pegando, quer ajudar o outro. Então, é a primeira coisa que a gente faz é orientar do isolamento, até porque assim, o familiar que está em isolamento, vamos supor o acompanhante que já está no quarto privativo, eu só ponho a placa, mas esse familiar não pode mais se sentar na sala de TV, igual antigamente ele fazia. Então, a primeira coisa é falar para esse familiar não ir na sala de TV, não ir lá no balcão e ficar colocando a mão no balcão para falar com a gente.”

- **Redes de relação e comunicação**

CT8 - Profissional enfermeiro como a referência para orientação sobre PE

Foram identificados, em alguns relatos, a importância do profissional enfermeiro como líder dos setores:

“Eles (os outros profissionais) já olham a plaquinha (de PE) e já perguntam para a gente: o que eu uso nesse?”

“Eles mesmos (outros profissionais) já criaram esse hábito, de sempre perguntar para a gente. Mesmo que esteja na enfermaria.” (a respeito dos pacientes em situação de PE)

“[...]às vezes, a pergunta é direcionada para a gente (enfermeiros), pois o técnico nem sempre sabe qual a bactéria, o agente. Então, a pergunta acaba chegando até nós, e a gente vai esclarecer, mas ele (o paciente) aborda as mais diversas pessoas.”

- **Clima para implementação**

CT9 -Condições de trabalho incompatíveis com a utilização dos materiais fornecidos

Alguns entrevistados relataram as dificuldades na utilização dos materiais fornecidos:

“[...]no caso do isolamento, você vai até o protocolo, lê, no meio do caminho alguém te para, você já esqueceu os pontos de abordagem. Uma coisa simples de ir ao protocolo olhar e ver se orientei tudo, pode ser muito difícil.”

“O que realmente a gente percebeu, todo mundo fez a abordagem com os pacientes e família, acabou usando apenas a experiência, não sei se a dinâmica do dia acabou que a gente também não usa o roteiro.”

- **Prioridade relativa**

CT10 - Priorização da implementação de orientação aos pacientes em PE

Foi percebida a não priorização da implementação da intervenção, ao longo do processo de trabalho, relatada por alguns entrevistados:

“[...]o protocolo deveria estar lá na primeira (escala de prioridade).”

“[...]tem que ser a prioridade[...].” (se referindo a comunicação efetiva com pacientes em PE)

“[...]no momento que eu vou lá (no leito/quarto do paciente em PE), e coloco a placa (placa de PE) na parede, eu já estou explicando para ele, já começa a abordagem inicial aí.”

“Então de imediato mobiliza nesse sentido, de pôr a placa (placa de PE) e disponibilizar os materiais (EPI's) e depois ver onde vai colocar o paciente.”

“[...]é porque é meio inerente (se referindo a orientação de pacientes em PE), porque quando entra em isolamento, a primeira coisa que a gente faz, quando entra

a plaquinha (placa de PE), é orientar familiar e paciente, é a primeira coisa que a gente faz, porque tem muito familiar.”

“[...]na admissão, é a primeira coisa que a gente fala, se ele tá em isolamento, porque vai ter que coletar o swab né, a gente já coleta quando já chega, né. Porque você vai avaliar se tem lesão por pressão, como tá a pele, aí já faz, já coleta naquela hora, já.”

“[...]É automático, quando você já dá uma orientação.” (se referindo a orientação de pacientes em PE)

“[...]acho que não virou um hábito, uma rotina, de fazer em todo processo de admissão, dos pacientes que acabam isolando, acho que ainda falta implementar a nossa rotina.”

“[...]quando eu vejo aluno da graduação com aquela pastinha (pasta protocolo Com-Efe) na mão, eu me lembro que esqueci de novo desse negócio.”

“[...]acho que a escala de prioridade varia, varia o dia, o que tem para fazer, pois a nossa rotina não é fixa.” (se referindo a orientação de pacientes em PE),

“[...]essa questão de você colocar como prioridade depende do dia, da dinâmica, não é uma coisa fixa.” (se referindo a orientação de pacientes em PE),

“[...]de tudo que tenho para fazer ia ficar um pouquinho para baixo.” (se referindo a orientação de pacientes em PE),

“Então, nessa primeira hora que eu já to vendo o paciente, os acessos, se tá com cateter, se tá confortável, se tá com família, se tá agitado, quando eu vou passando visita eu já vejo quem tá em isolamento e eu já reforço, mesmo que foi orientado, eu procuro reforçar e se é um paciente que tá vindo de outro pronto socorro. Daí, se hoje a enfermeira E6 fez a internação, amanhã eu vou passar visita, eu reforço: olha, já coletou seu exame, assim que sair o resultado, se vier positivo, vai permanecer aqui, e, se não, pode ser que você continue nesse quarto, mas que seja liberado do isolamento, para poder sair do quarto”.

“[...]às vezes, naquele momento não vai ser possível fazer essa mudança, essa conversa com o paciente, pela dinâmica mesmo. Eu tenho admissão, levar paciente para o centro cirúrgico, e aí você vai acabar colocando a placa, para falar que o

paciente está em isolamento, deixar os materiais disponíveis ali, até o momento que eu consigo transferir de quarto, não sei se isso acontece aqui.”

- **Metas e retroalimentação**

CT11 - Percepção de melhora na comunicação efetiva, pós uso do Com-Efe

Um profissional identificou uma melhora na comunicação após utilização do Com-Efe:

“[...]e, realmente, depois da nossa conversa, eu consegui chegar até ele e a esposa e explicar a situação e eles entenderam.” (se referindo a mudanças na orientação de pacientes em PE),

- **Clima de aprendizagem**

CT12 - Tempo para aprender sobre o novo protocolo

Houve relatos a respeito da falta de tempo para incorporar aprendizado sobre o Com-Efe:

“[...]só que é como a gente disse por conta da nossa situação de trabalho, nem sempre a gente consegue.” (se referindo a sobrecarga de trabalho)

“[...]a gente não teve tempo hábil pra poder sentar, ler [...].” (se referendo a leitura do material fornecido)

“[...]a gente nem sempre tem o tempo de pegar (o protocolo).” (se referindo ao momento da assistência e orientação ao paciente em PE)

- **Compromisso da liderança**

CT13 - Envolvimento da liderança em relação a implementação

Foi percebido, por meio de relatos, o não envolvimento de lideranças na implementação da intervenção:

“Neste momento não estamos conseguindo realizar a implementação do protocolo, até porque, no treinamento com você (pesquisadora), a gente ficou de ver onde a gente ia colocar os selinhos (selo de comunicação efetiva em PE) e acho que, infelizmente, isso se perdeu, a gente falou que ia falar com a chefe.”

“Eu tinha até sugerido uma pastinha do lado de lá (pasta protocolo Com-Efe), acho que fui até eu que falei isso, mas depois a gente, eu, realmente, não perguntei, a gente não conversou. A gente ficou de ver onde ia colocar (o selo), se na capa do prontuário, no cardex, mas acabou que a gente se perdeu, né, nessa parte.”

“na verdade, como a gente não começou a fazer, e a gente acabou, meio que, esquecendo, meio que, deixando para lá.” (se referindo a utilização e implementação do Com-Efe)

5.3.4 Características dos indivíduos

- **Estágio individual de mudança**

CT14 - Motivação individual para buscar sobre o novo protocolo

Dois entrevistados não haviam participado dos treinamentos na apresentação do Com-Efe:

“[...]eu não conheço o protocolo, estava de férias quando implementou, não sei te dizer, mas não mudou nada do que a gente tava fazendo.”

“[...]eu nem conheci o protocolo.”

5.3.5 Processo

- **Líderes de opinião**

CT15 - Envolvimento de líderes de opinião, apontados pelos profissionais

Quando perguntados a respeito de qual profissional poderia liderar internamente a intervenção, os entrevistados apontaram alguns líderes de opinião:

“[...]acho que a CCIH, a enfermeira ou o próprio médico que venha fazer a vigilância e veja que o paciente está em isolamento, acho que é um ator que pode ver se o protocolo está sendo seguido, se as informações estão sendo passadas.”

“[...]aí eu acho que o outro ator é a própria educação continuada, na questão de auditorias e ver se o protocolo está sendo atuante.”

- **Execução**

CT16 –Utilização do Com-Efe

Quando perguntados a respeito da utilização do Com-Efe na prática, os entrevistados apontaram a falta de tempo como principal barreira:

“É que, por conta da nossa situação (falta de tempo para algumas demandas), a gente usou só aquele momento que você nos orientou (treinamentos sobre o Com-Efe) e a nossa experiência.”

“[...]mas, nem sempre a gente tem como pegar (o protocolo) e fazer, então, por causa do tempo, a gente vai lá e usa nossa experiência da abordagem que a gente está acostumada no momento.”

“Acho que a gente ainda não implementou, eu não fiz em nenhum dos pacientes, não mudou nada, estamos fazendo do mesmo jeito.”

CT17 - Percepção de oportunidade de abordar pacientes em PE

Outra barreira observada foi a respeito da falta de percepção de oportunidades, por parte dos PAS, para abordar os pacientes em PE:

“[...]poucas oportunidades de abordar os pacientes, porque surgiram poucos pacientes que deveriam ir para as precauções.”

“[...] então a demanda foi pequena nesse intervalo.” (se referindo a demanda de pacientes em situação de PE)

“[...]foi a única oportunidade que eu tive depois da nossa conversa.” (se referindo a oportunidade de utilizar o Com-Efe com paciente em PE)

“[...]nessas poucas abordagens[...].” (se referindo a oportunidade de utilizar o Com-Efe com paciente em PE)

“Tive uma única oportunidade também, foi uma coincidência, desde que era para implementar o protocolo, eu tive só um caso de uma paciente que chegou e era para entrar em precaução por conta de ter vindo de outro serviço.”

“Realmente, a gente não teve casos novos de isolamento.”

5.3.6 Adaptação do Com-Efe

Após a análise de barreiras e facilitadores, a estratégia de implementação sofreu adaptações relacionadas à divulgação de seus materiais e conceitos. Apenas a periferia adaptável do Com-Efe foi alterada, sem alteração no *core* do protocolo, que se trata do conceito de vulnerabilidade, que considera as relações com o paciente em um processo dialético.

Um vídeo educativo foi desenvolvido pela pesquisadora responsável (link: <http://eaulas.usp.br/portal/video.action?idItem=9010>), apresentando o protocolo Com-Efe e suas vantagens. O vídeo foi divulgado em redes sociais e, também, no *Moodle* oficial com a colaboração do SEQ, do HU-SP, a fim de buscar a sensibilização dos PAS a respeito do *core* do Com-Efe. Além disto, foi desenvolvido e entregue nas unidades um livreto de mesa para apoiar a orientação à beira-leito aos pacientes em PE (Anexo 6).

Na análise de prontuários, realizada por estudante de graduação, nos meses de agosto e setembro de 2019, não foi localizado nenhum selo de comunicação efetiva. A análise de prontuários ocorreria até a finalização do estudo, porém, optou-se por cessar a verificação dos selos de comunicação efetiva, uma vez que o mesmo não estava sendo utilizado pela equipe. Fez parte da adaptação da implementação, a retirada deste material, sem prejuízos para o processo da implementação do Com-Efe.

5.4 FASE 4: AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO COM-EFE

Foram enviados, em duas datas consecutivas, questionários compostos por quatro perguntas cujo objetivo era identificar o reconhecimento do protocolo Com-Efe dos(as) atuais enfermeiros(as) dos setores envolvidos na implementação (CC, CM, SCIH e SEQ); visto que, entre as fases 3 e 4, passaram-se sete meses, podendo ter ocorrido troca de colaboradores dos setores.

Dentre os(as) enfermeiros(as), que receberam o questionário via *e-mail*, 18 haviam participado dos treinamentos *in loco*. Apenas oito enfermeiros(as) responderam aos questionários, este grupo foi convidado, via *e-mail*, para uma entrevista telefônica individual. Cinco enfermeiros(as) retornaram o contato via *e-mail*, agendando e realizando a entrevista individual, com o objetivo de avaliar a implementação do Com-Efe.

As entrevistas foram realizadas com quatro enfermeiras, com duração média de 15 a 35 minutos cada. Após prévia autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. O conteúdo da transcrição foi organizado, analisado e categorizado, de acordo com a técnica de análise de conteúdo temática (Bardin, 2016), descrita no capítulo 4.6.

Após a análise da transcrição das entrevistas, os elementos que emergiram foram codificados em oito categorias iniciais, divididas em 16 categorias intermediárias. Estas foram novamente analisadas e divididas em 25 categorias temáticas finais (CT), posteriormente distribuídas nos domínios e constructos do CFIR. As barreiras e facilitadores foram destacados dentro de cada domínio e constructo do CFIR (Quadro 8).

Quadro 8 - Barreiras e facilitadores destacados em entrevistas com Enfermeiros(as) das unidades de CM, CC e SCIH, de acordo com as dimensões do CFIR (1).

Domínios e Construtos CFIR	CATEGORIA TEMÁTICA (CT)
I. Característica da intervenção	
Origem da intervenção	(CT1) Crenças sobre o Com-Efe
Força e qualidade da evidência	(CT2) Percepção acerca da utilização do Com-Efe na educação de indivíduos em precauções específicas
Vantagem relativa	(CT3) Percepção das vantagens do Com-Efe
Adaptabilidade	(CT4) Outras formas para atingir a plena implementação do Com-Efe
Complexidade	(CT5) Dificuldade para implementação do Com-Efe
Qualidade do projeto e da apresentação	(CT6) Percepção sobre a apresentação do Com-Efe

(Continua)

(Continuação)

II. Cenário Externo	
Cosmopolitismo	(CT7)A busca de informações sobre o Com-Efe
Necessidades dos pacientes e recursos	(CT8)Percepção sobre as necessidades de saúde do paciente em precauções específicas
Pressão pelos pares	(CT9)Importância dada a outras instituições
III. Cenário Interno	
Redes de relações e Comunicação	(CT10)Implementação de protocolos na instituição
Cultura	(CT11)Comunicação efetiva com o paciente a respeito das precauções específicas
Clima de implementação	(CT12)Clima do contexto para implementação
Tensão para mudança	(CT13) Importância dada a sistematização da comunicação efetiva em precauções específicas
Prioridade relativa	(CT14)Prioridade acerca da educação de indivíduos em precauções específicas
Incentivos e Recompensas	(CT15)Estratégias para implementação do Com-Efe
Clima de aprendizagem	(CT16)Percepção de novo conhecimento proveniente do Com-Efe

(Continua)

(Continuação)

Compromisso da liderança	(CT17) Percepção do envolvimento dos líderes
Recursos disponíveis	(CT18) Percepção dos recursos disponibilizados para a implementação
Acesso à informação e ao conhecimento	(CT19) Reconhecimento do acesso às informações disponibilizadas sobre o Com-Efe
IV. Características dos indivíduos	
Conhecimento e crenças sobre a intervenção	(CT20) Crenças sobre o Com-Efe
Estágio individual de mudança	(CT21) Comprometimento individual com a implementação
Identificação individual com a organização	(CT22) Autopercepção de comprometimento com a instituição
V. Processo	
Planificação	(CT23) Percepções da estratégia de implementação
Líderes de opinião	(CT24) Influenciadores da estratégia de implementação
Execução	(CT25) Comunicação a respeito das precauções específicas

(1) Consolidated Framework for Implementation Research. <https://cfirguide.org>

(Concluído)

5.4.1 Características da intervenção

- **Origem da intervenção**

CT1 - Crenças sobre o Com-Efe

Os entrevistados relataram suas crenças a respeito do Com-Efe e sua procedência:

“Acredito que está baseado em evidência, pois para fazer qualquer manual precisa disso.”(E1)

“Acredito que está baseado em evidência, só o fato de já partir de uma pesquisadora da Escola de Enfermagem, com todas as exigências de lá, já parte deste princípio.”(E2)

“Acredito que está baseado em evidência, que foi pautado nas melhores recomendações de especialistas, sem dúvida.”(E3)

“É um doutorado, né, é uma sistematização da comunicação e tem evidência.”(E4)

“Eu acredito que está baseado em evidência, mesmo que você não tenha uma matanálise do que tem que falar sempre pro paciente, a metodologia do Com-Efe, acho, que vem de experiências que o enfermeiro vem acumulando ao longo do tempo, do perfil do hospital, então segue essa metodologia, isso é muito evidente.”(E5)

- **Força e qualidade da evidência**

CT2 - Percepção acerca da utilização do Com-Efe na educação de indivíduos em precauções específicas.

Nesta categoria, estão apresentados relatos sobre como os entrevistados se sentiram a respeito de utilizar o Com-Efe na orientação de pacientes em PE:

“Aqui na unidade, a gente sempre orienta todo mundo, a gente sempre fez isso[...]orientamos os residentes e, também, os familiares.”(E1)

“A gente, com certeza usou, e foi nas situações mais críticas até, porque pro pacientes saber do COVID era bem complicado, de toda época que a gente passou, foi a que mais precisou[...]mas, com certeza, com todos aqueles passos que você passou, eu, com certeza, não cheguei a fazer.” (E2)

“Bom, eu acho que essa implementação vem para agregar uma melhor qualidade a assistência, em especial, os pacientes em PE, ainda mais no momento da pandemia, onde a gente tem essas PE envolvidas, aí você traz uma qualidade não só para o profissional, paciente e família.” (E3)

“Poderia ser utilizado até mais na unidade pediátrica, por causa dos vírus respiratórios, tem muita precaução de contato[...]tem um entendimento da família das precauções para tuberculose, coronavírus, então se tem algo para educar o paciente sobre as PE, ajuda a enfermagem, e a gente pode fazer um paralelo com as bactérias multirresistentes. Então, acho que é uma ferramenta que pode usar para o adulto também, para ajudar o enfermeiro a não deixar passar nenhuma informação despercebida, na hora da internação é mais difícil, tanto para o familiar quanto para o paciente de entender por que ele está isolado. Eu acho que é um instrumento que deveria ser utilizado, não só nas unidades onde foi escolhido para implementação.”(E5)

- **Vantagem relativa**

CT3 - Percepção das vantagens do Com-Efe

Os entrevistados relataram suas percepções a respeito das vantagens em utilizar o Com-Efe, agregando ou substituindo os métodos convencionais:

“Formalizando só o Com-Efe, que tem todas as etapas, o que a gente tinha era a nossa experiência, nada formalizado, que tem etapas[...] então, por isso a vantagem de ter etapas a serem seguidas, como o Com-Efe.”(E1)

“Pela metodologia do protocolo do Com-Efe, eu entendo que é uma lógica mais sistematizada, com os passos que você deve seguir, quais são as etapas, em comparação com o que fazíamos antes do Com-Efe, lógico, nós fazíamos a orientação, mas ela acontecia de uma forma não tão padronizada.” (E3)

“Acho que não existia algo desse tipo, acho que o paciente pergunta e elas (as enfermeiras) respondem, eu vejo vantagem por ser sistematizado, se todo mundo seguisse ia ser legal.”(E4)

“Eu acho que a vantagem do Com-Efe, é que ele tem uma metodologia que você segue um passo a passo[...]o Com-Efe permite que você possa voltar outras vezes na orientação, até o paciente tirar todas as dúvidas.”(E5)

- **Adaptabilidade**

CT4 – Outras formas para atingir a plena implementação do Com-Efe.

Algumas adaptações, para facilitar a implementação do Com-Efe, foram sugeridas pelos entrevistados:

“Acho que tem que colocar nos computadores e em lembretes na TV, porque aqui no HU a gente tem pessoas que mexem com vídeo, isso também poderia ser colocado na internação[...].”(E1)

“Tem um protocolo aqui com a gente, acho que o material é bom, você viu como foi no começo e aí você viu como melhorar, tem até um livrinho de mesa aqui fora.” (E2)

“Eu acho que você fez muitas intervenções bastante interessantes, mas eu sinto falta de um maior envolvimento das pessoas que estão no campo de prática, acho que as pessoas não entenderam bem qual era o objetivo principal, o que o Com-Efe poderia trazer para a prática, a finalidade dele não foi bem compreendida, talvez utilizando outras estratégias, que você tentou, mas no momento não ajudou [...] talvez fazer fóruns com os grupos, para eles colocarem suas dúvidas, não só para os enfermeiros, mas para os técnicos de enfermagem também.”(E3)

“O protocolo em si acho que está bem certinho, mas para a implementação, o que faltou, talvez, a desvantagem de você não ser do HU, faltou uma pessoa referência, o ruim é que as chefias não se envolveram, acho que se elas tivessem cobrado, as pessoas teriam feito, eu vejo isso em outros protocolos, até virar rotina.” (E4)

“Eu acho que sim, não é que as etiquetas, esse conteúdo de mesa que tem uma mobilidade para levar onde você for orientar o paciente, higienizar o material e tudo, mas o enfermeiro tem uma tendência a seguir as prioridades[...]os enfermeiros não incorporaram o passo a passo do Com-Efe, mesmo com o material disponível, eles têm uma dificuldade de mudar a dinâmica de trabalho, acho que então precisa de uma supervisão mais próxima, participar das primeiras aplicações, eu penso que isso pode ajudar.”(E5)

- **Complexidade**

CT5 – Dificuldade para implementação do Com-Efe

Um entrevistado apontou dificuldade durante a implementação do Com-Efe, que tem relação com a percepção de complexidade do material:

“Acho que o protocolo está bem escrito, só acho ele um pouco teórico, ali na descrição mesmo, mas acho que as informações estão ali, eu não tive dificuldade.”(E3)

- **Qualidade do projeto e da apresentação**

CT6 - Percepção sobre a apresentação do Com-Efe

Em relação a forma como o protocolo foi apresentado nas unidades, os relatos foram positivos:

“Acho que foi tranquilo, para mim ficou muito claro [...].”(E2)

“Foram as estratégias que a gente encontrou naquele momento, disponibilizamos o protocolo, você foi falar com os pares [...].”(E3)

“A apresentação foi muito boa [...] você apresentou para as chefias, equipes, fez treinamento, fez vídeo, fez suporte de mesa, fez adesivo para sinalizar, fez logotipo para lembrar as pessoas.” (E4)

“Você apresentou seu projeto, os objetivos, os itens que fariam parte do Com-Efe, mas sem fechá-lo demais, você deixa em aberto, apenas dando dicas do que deve ser abordada como, por exemplo, a abordagem dos EPIs [...]” (E5)

5.4.2 Cenário externo

- **Cosmopolitismo**

CT7 – A busca de informações sobre o Com-Efe

Os entrevistados foram perguntados se fizeram contato com outras unidades internas e externas, a fim de conhecer mais sobre a utilização da intervenção:

“Eu acho que não foi feito contato com nenhum outro local para falar sobre o Com-Efe.” (E1)

“Que eu saiba, não foi feito contato com nenhum outro local para falar do Com-Efe.” (E2)

“A gente fez contato, principalmente, com as CM e CC, com as chefias, no sentido se eles tinham recebido o material, se tinham conversado com a equipe, talvez tenha faltado um empenho maior do SEQ e SCIH.” (E3)

“Eu, pelo menos, não fiz contato com nenhuma unidade sobre o Com-Efe.” (E5)

- **Necessidades dos pacientes e recursos**

CT8 - Percepção sobre as necessidades de saúde do paciente em precauções específicas

Os entrevistados foram perguntados a respeito de como realizavam as orientações para pacientes em PE, a fim de captar a percepção das necessidades dos pacientes:

“[...]a gente sempre orientou os pacientes e familiares.”(E1) (se referindo a orientação a respeito da situação de PE)

“Normalmente, a gente tem uma noção do que eles têm dúvida, principalmente, no aviso do isolamento, nessa conversa a gente consegue perceber pelo menos alguma coisa.” (E2)

“Enquanto educação, a gente não trabalha em nenhum momento com os profissionais para essa questão de precauções específicas, principalmente, com os adultos. Na criança eu já havia trabalhado com a CCIH, com materiais para a família.” (E3)

“A gente (SCIH) faz atuação muito pontual, então as vezes chamam a gente no berçário, porque teve um problema que a mãe do bebê não seguia as normas de precauções, por exemplo. Também já fui chamada na CC, porque o paciente com BMR ficava andando no corredor.” (E4)

“[...]uma das queixas do enfermeiro é a falta de controle da família e, talvez, seja falta de orientação. É difícil que um leigo entenda que uma bactéria que ele não vê, pode fazer mal para outros pacientes. E isso tem pouca importância, porque eles só estão preocupados com seus familiares.” (E5)

“[...] porque o paciente na admissão não tá pronto para entender, perguntar, ter curiosidade sobre bactéria que ele tem, ele não compreende naquele momento, mesmo que você diga[...] o paciente em PE de contato fica muito tempo internado, e isso banaliza depois de um tempo.” (E5)

“[...] muitas vezes, a gente não quer discutir com o paciente, porque eles são da comunidade, e, também, porque a gente tá muito sobrecarregado, você deve saber, por outras pessoas que já entrevistou, a situação do HU, com falta de funcionário.”(E1)

- **Pressão de pares**

CT9 - Importância dada a outras instituições

Os entrevistados relataram opiniões diferentes, quando perguntados a respeito da importância de outras instituições já terem realizado a implementação de uma intervenção:

“Acho que seria até uma coisa importante, saber que outros serviços usam, não sei se incentivo, mas acho que ia ser bom saber, mas acho que pra gente não ia mudar tanto, a gente ia continuar fazendo do mesmo jeito.” (E2)

“Acho que quando você traz experiências com resultados positivos de outros lugares e apresenta antes de implementar, isso faz a diferença.” (E3)

“Não acho que mudaria nada saber que outras instituição utilizam o Com-Efe.” (E4)

“Aqui no HU, os enfermeiros, médicos, se importam muito com os hospitais de primeira linha de atendimento, aqui em São Paulo. Muito profissionais trabalham nestes hospitais e aqui no HU, então acho que teria um impacto na adesão ao protocolo, sim, porque eles teriam visto que deu certo.”(E5)

5.4.3 Cenário interno

- **Redes de relações e Comunicação**

CT10 – Implementação de protocolos na instituição

Os entrevistados relataram a forma como ocorrem as implementações nas unidades:

“As implementações aqui ocorrem no boca a boca, a gente passa tudo para as residentes.” (E1)

“Normalmente, vem da educação, eles acionam um enfermeiro referência ou chamam a equipe toda para dar treinamento, mas, normalmente, é através do SEQ.” (E2)

“O protocolo a se implementar é elaborado, através da metodologia Joanna Briggs, não todos os protocolos, mas a gente tem as melhores práticas de um tema, a gente vai a campo verificar as barreiras para colocar em prática o protocolo, aí a gente sana as barreiras, treina as equipes e depois volta para ver se as melhores práticas estão ocorrendo, mas essa parte é difícil.” (E3)

“Os protocolos são implementados fazendo treinamento com a equipe, em cada unidade, pois cada unidade parece um hospital diferente. A impressão que eu tenho é que, se a chefe valorizar o protocolo, ele vai pra frente, porque ela cobra que aconteça [...].”(E4)

“A gente não implanta nada sem parceria de algum representante da equipe assistencial.” (E5)

- **Cultura**

CT11 - Comunicação efetiva com os pacientes a respeito das precauções específicas

Foram relatados momento de comunicação com pacientes em PE.

“Os leigos e os médicos também não usam corretamente os EPIs, isso tira a nossa autoridade com a família.”(E1)

“Quando ainda tinha visita, acontecia de as pessoas chegarem da rua, então a gente orientava a higiene de mãos. Tem paciente em PE para contato que quer ir na sala de TV, então a gente orienta isso.”(E2)

“Este é um trabalho que a gente faz em parceria com o SCIH, nunca tivemos informação da unidade sobre a necessidade de orientação sobre como orientar os pacientes.” (E3)

“A gente se preocupa bastante, mas a gente realmente tem que pensar de levar essa situação do Com-Efe a sério, essa sistematização da comunicação, porque a gente leva muito a sério, mas ao mesmo tempo a gente faz coisas muito pontuais aqui no SCIH, a gente só faz orientações quando percebe um problema, mas a gente não faz a apresentação deste problema de comunicação.”(E4)

- **Clima de implementação**

CT12 – O clima do contexto para implementação

Alguns entrevistados relataram o clima no momento em que a intervenção foi apresentada:

“Eu acho que, quando a gente recebeu a primeira vez, foi uma época de muita demanda, então teve alguns enfermeiros que tiveram muitas dificuldades de seguir o protocolo, por conta de excesso de trabalho.”(E2)

“[...]mas acho que o que atrapalhou mesmo foi a dinâmica de trabalho.”(E2)

- **Tensão para mudança**

CT13 - Importância dada a sistematização da comunicação em precauções específicas

Alguns entrevistados relataram suas impressões a respeito de sistematizar a orientação com pacientes em PE:

“Eu acho que a orientação sistematizada deveria ser feito sempre, a internação poderia sistematizar isso.”(E1)

“Não tinha ideia de que daria para fazer algo sistematizado, a gente sentia que talvez o que fazemos não fosse melhor.” (E3)

“Eu tinha uma ideia de que era importante a comunicação efetiva, pois fiz um estudo anterior que destacou isso.” (E4)

“Eu já trabalhei com queixas dos próprios pacientes a respeito das orientações sobre PE. Isso surgiu na época de vírus respiratório na pediatria, e lá temos todo um processo de orientação estabelecido.”(E5)

- **Prioridade relativa**

CT14 - Prioridade acerca da educação de indivíduos em precauções específicas

Percepção relatada por entrevistados a respeito da prioridade dada para a orientação em PE:

“A gente já faz orientação de paciente em PE, mas acho muito bom reforçar estes assuntos sempre.”(E1)

“Acho que foi abaixo do que deveria o meu envolvimento, a gente deveria ter se importado mais, mas a gente não conseguiu.”(E2)

“Eu acho que faltou envolvimento sim, a gente tentou ajudar a pesquisadora nas etapas que ela necessitou, mas acho que a gente devia ter dado mais embasamento, não por ser uma pesquisa, mas para a transformar parte da instituição.” (E3)

“Acho que a gente poderia ter ajudado mais, ter se envolvido mais, mas refletindo, não entrou nas prioridades, talvez por questões de outros problemas.” (E4)

“Eu acho muito importante esse tema, porque o paciente precisa” (E5) (se referindo a temática de comunicação efetiva com paciente em situação de PE)

- **Incentivos e recompensas organizacionais**

CT15 - Estratégias para implementação do Com-Efe

Um dos entrevistados apontou uma possível barreira durante a estratégia de implementação:

“Não sei como a gente conseguiria, mas, talvez, seria interessante se a gente tivesse mais discussões aqui dentro[...]” (E2) (se referindo as estratégias para futuras implementações)

- **Clima de aprendizagem**

CT16 - Percepção de novo conhecimento proveniente do Com-Efe

Um entrevistado relatou a percepção de novo aprendizado acerca do tema, devido ao Com-Efe:

“Acho que houve sim algum aprendizado, essa questão de quando iniciar a orientação e a captação do que ele (o paciente) apreendeu.”(E2)

- **Compromisso da liderança**

CT17 – Percepção do envolvimento dos líderes

Relatos a respeito do envolvimento e compromisso com a implementação, por parte das lideranças:

“Acho que a educação e o SCIH, além do departamento de enfermagem que é muito forte aqui, têm esse papel de incentivar isso (a implementação)[...].” (E1)

“Talvez, pelo tema precauções específicas, eu vejo, eu não consegui perceber qual foi o envolvimento das enfermeiras da CCIH, mas acho que as enfermeiras teriam uma relação bastante positiva na implementação desse protocolo, até mais que a educação.” (E3)

- **Recursos disponíveis**

CT18 – Percepção dos recursos disponibilizados para a implementação

Recursos identificados pelos entrevistados como utilizados e disponibilizados ao longo da implementação:

“Acredito que disponibilizamos o Moodle, espaço físico para reuniões, e-mails dos funcionários e envio de e-mails para chamar aos treinamentos.” (E3)

“Acredito que o que foi disponibilizado foi apenas o tempo.” (E4)

“Acho que foi mais as conversas e reuniões, tempo então.”(E5)

- **Acesso à informação e ao conhecimento**

CT19 – Reconhecimento do acesso às informações disponibilizadas sobre o Com-Efe

A percepção acerca da disponibilidade de materiais para utilização do Com-Efe foram relatadas:

“[...] depois que veio o livrinho de mesa, ficou melhor e mais acessível, porque qualquer dúvida, ele está ali.”(E2)

“[...] acho que pode ter dificuldade de traduzir o protocolo para a prática.”(E3)

“Eu tenho aquele que você deu (protocolo), o calendário de mesa eu não tenho, mas acho que ele facilita muito. O protocolo em si está no meu e-mail.” (E4)

“[...]os protocolos do HU ficam na área de trabalho dos computadores, mas o Com-Efe não foi incluído.” (E5)

5.4.4 Características dos indivíduos

- **Conhecimentos e crenças sobre a intervenção**

CT20 - Crenças sobre o Com-Efe

Os entrevistados relataram suas crenças e conhecimentos a respeito do Com-Efe:

“Com certeza, o que a gente já tem de bagagem dá um norte e a gente vai direcionando, mas contando com o que a gente sabe.” (E2)

“Com certeza, porque eu sei da importância, sei que é importante fazer (orientação do paciente em PE), por isso a gente percebe que a equipe não sabe a importância das precauções, principalmente de contato. Por eles não conhecerem o suficiente, talvez eles não tenham dado valor como deveriam.” (E4)

“Acho que sim, por a gente fazer vigilância de BMR e vírus sincicial respiratório na pediatria, então a minha percepção de saber o impacto disso (orientação para PE) no paciente e profissionais. Isso tem um impacto na aceitação do Com-Efe.” (E5)

“Acho que a sistematização da orientação do paciente veio após conhecer o Com-Efe, após a apresentação dele, uma nova perspectiva de educação do paciente.” (E3)

- **Estágio individual para mudança**

CT21 - Comprometimento individual com a implementação

Nesta pergunta, os entrevistados puderam refletir e relatar sobre seu envolvimento individual na implementação.:

“Não me dediquei inteiramente devido a situação do HU, mas acho muito importante esse tipo de protocolo e sempre estímulo muito os colegas a utilizarem.”
(E1)

“Eu me comprometi pouco, porque eu acho que, por mim e pela equipe, a gente poderia ter se dedicado mais a estudar o material, principalmente agora com a demanda do Covid-19. Para estimular os colegas, diante deste período crítico, estamos atendendo pacientes muito diferentes, muito complexos. Então, eu acho que, na situação, seria difícil tentar mudar ou incentivar alguma coisa. Acho que daria, mas na loucura atual, fica mais complicado.”(E2)

“Eu, na época, não me lembro como foi a implementação, faz algum tempo já, eu lembro que usei umas duas vezes.”(E2)

“Eu me comprometi de pouco a moderado, talvez o fato de a gente ter interpretado como uma pesquisa, sem ser da instituição, não demos a importância devida.” (E3)

“Eu dei apoio ao pesquisador, no sentido de tentar aproximar, principalmente, lógico, com as chefias das unidades, junto com a CCIH, que também buscou apoio, a gente tentou buscar outra plataforma, para que a gente pudesse ver quem acessou o treinamento.” (E3)

“Eu me comprometi pouco, a gente poderia ter se envolvido mais, só te ajudando no início, fizemos reunião com você e te levamos nas unidades, mas acho que poderíamos ter nos envolvido mais. Estou estimulada a falar com os setores sobre o Com-Efe, mas qualquer mudança ou nova implementação, desde que começou a crise no hospital e agora na pandemia, as pessoas pensam que é mais trabalho e se sentem sobrecarregadas.” (E4)

“Na verdade, a gente só deu suporte para te levar nas unidades, te apresentar, mas a gente não se envolveu na implementação propriamente dita”.(E4)

“Eu me envolvi pouco, porque acho que eu fiquei mais de apoio a você, então assim, de tentar acionar a chefia, envolver a educação continuada, do que propriamente com o projeto na unidade. É difícil, tem que ter uma parceria, o projeto foi feito, os enfermeiros já conhecem (o Com-Efe), mas eles não utilizam para facilitar a compreensão do paciente e familiar sobre a importância do isolamento. Mas acho que a gente pode retomar isso, como uma atividade do SCIH, mas quando a unidade estiver com um grande problema relacionado ao tema. Assim, a gente tem mais adesão dos enfermeiros e chefias, que perceberam o problema., é o momento ideal para apresentar uma coisa nova.”(E5)

“Eu só acompanhei o processo (de implementação).”(E5)

- **Identificação individual com a organização**

CT22–Autopercepção de comprometimento com a instituição

Todos os entrevistados relataram seu envolvimento e comprometimento com a instituição hospitalar:

“Sou muito comprometida com o HU. Eu vim do Rio de Janeiro e escolhi o HU, porque sempre gostei de ensino e pesquisa, e aqui o enfermeiro exerce muito seu papel. Eu sou professora e sempre incentivei meus alunos a trabalharem aqui, agora que o contrato é temporário, eu incentivo menos” (E1)

“Eu estou aqui (no HU) desde 2001, praticamente minha segunda casa, meu sustento, sou 100% HU.” (E2)

“Considero-me uma pessoa bastante envolvida com as atividades do Hospital, bastante comprometida com todas as ações que me são propostas, eu tento fazer o meu melhor.” (E3)

“Quando estou aqui, sou 100% comprometida.” (E4)

“Envolvo-me muito, tanto no trabalho do setor, há 17 anos e não abandonamos a metodologia que utilizamos desde o início do setor e novas implementações, a gente já implementou muita coisa aqui.” (E5)

5.4.5 Processo

- **Planificação**

CT23 - Percepções sobre o planejamento da estratégia de implementação

Os entrevistados foram convidados a lembrar sobre como ocorreu o planejamento e apresentação do Com-Efe:

“Não me lembro bem sobre o plano de implementação.” (E1)

“Eu lembro de você trazendo o protocolo, explicando para a gente como seriam os passos, e que a gente o teria impresso na unidade. No começo, lembro que você trouxe um selinho para colocar nos prontuários dos pacientes que a gente abordasse, aí eu usei logo em seguida, depois você retornou para ver as dificuldades e aí você deixou o material mais acessível. Não lembro se teve algum cartaz, e depois uma reunião com as enfermeiras e agora essa entrevista.” (E2)

- **Líderes de opinião**

CT24 - Influenciadores da estratégia de implementação

Alguns entrevistados relataram sobre os possíveis influenciadores da implementação:

“Nisso, acho que ficou um pouco solto, como uma coisa nova, para que os enfermeiros utilizassem, acho que precisava de mais intervenções suas (da pesquisadora), para você dizer que está presente, perguntar se tem alguém que se interessaria em ajudar e essa pessoa poderia escrever um artigo com você. Eu sei que é um doutorado, mas a gente tem buscado apoio dos residentes, assim eles participam da ação e depois usam como trabalho de conclusão de curso. Tudo tem

que ter um dono, no seu trabalho as chefias não se envolveram, aí elas não conseguem dialogar com as enfermeiras. Foi como se tivesse colocado lá, sem dono, então acho que faltou o apoio da chefia.” (E5)

“Acho que não, acho que nós, enfermeiros aqui do setor, a gente tentou utilizar, para ver se a gente conseguia melhorar ainda mais a orientação dos pacientes, mas a dinâmica atrapalhou muito isso, mas não enxergo uma pessoa que tenha atrapalhado o processo.”(E2)

“As chefias, não só elas, mas se tivesse uma enfermeira de cada plantão, iria melhorar, se elas se envolvessem seria positivo.” (E4)

- **Execução**

CT25 - Comunicação a respeito das precauções específicas

Os entrevistados relataram sobre como estavam realizando a orientação de pacientes em PE, após a apresentação do Com-Efe:

“A gente orienta sobre os cuidados, fala para os familiares que não podem ficar na sala de TV, mas a gente não discute quando eles não querem, porque tem muita gente da comunidade, e fica complicado se indispor.” (E1)

“A gente ou o pessoal da CCIH mesmo que sabe se tem alguma BMR, e aí o enfermeiro aborda o paciente e os técnicos levam para o quarto individual.” (E2)

“A gente só vai fazer a orientação quando a equipe de enfermagem aponta algum problema com médico ou com familiares que estão desobedecendo as normas de precauções.”(E4)

5.5 SÍNTESE DOS RESULTADOS

O presente estudo utilizou o CFIR na análise de todos os dados coletados ao longo do processo. O CFIR favorece a organização sistemática das barreiras e facilitadores encontrados, de acordo com constructos pré-definidos, o que favorece a melhor compreensão de quais são os domínios nos quais a implementação pode ter

maiores dificuldades ou facilidades. Afigura 8 foi construída a fim de demonstrar em quais domínios e constructos foram destacadas as principais barreiras e facilitadores ao longo da estratégia de implementação.

Figura 8 - Representação esquemática do consolidado da análise das barreiras e facilitadores analisados ao longo da estratégia de implementação do Com-Efe. São Paulo, 2021.



Fonte: Autoria própria, 2021.

Sobre os elementos que poderiam influenciar positivamente a estratégia de implementação, estão destacados nos constructos: origem da intervenção; força e qualidade da evidência; vantagem relativa; identificação individual com a organização; metas e retroalimentação; pressão pelos pares; redes de relação e comunicação; e, conhecimentos e crenças sobre a intervenção. Estes elementos estão relacionados à

percepção de vantagem ao se utilizar o Com-Efe, crenças positivas a respeito da qualidade das evidências científicas e valorização da sistematização de uma rotina.

Por sua vez, as barreiras estão presentes em maior destaque nos constructos: estágio individual para mudança; incentivos e recompensas; compromisso da liderança; complexidade; qualidade e apresentação do projeto; cosmopolitismo; clima de implementação; adaptabilidade; necessidades dos pacientes; prioridade relativa; clima de aprendizagem; acesso à informação; recursos disponíveis; planificação; execução; e, líderes de opinião.

No constructo de necessidades do paciente, foram identificadas barreiras a respeito da noção do que seja o diálogo entre PAS e paciente, o que impacta diretamente o elemento *core* do Com-Efe. Facilitadores foram identificados na percepção da necessidade de orientar pacientes e familiares acerca das PE, para maior segurança.

As barreiras identificadas em maior número nos demais constructos estavam relacionadas à adaptação do material para incorporação institucional, ao fato de não haver um líder institucional formalmente nomeado, ao não compromisso da liderança para com a implementação do Com-Efe e ao fato da intervenção não ser priorizada no momento, seja devido ao clima para a implementação ou pela disposição individual para mudanças.

Outros elementos foram caracterizados com a mesma quantidade de barreiras e facilitadores, identificados como nos constructos de cultura e características estruturais, no qual foi identificada uma certa cultura de segurança do paciente em relação a IRAS, e adequada estrutura física. Porém, ao mesmo tempo, foram observadas e mencionadas pelos participantes as atitudes contrárias a essa cultura, como, por exemplo, a não adesão as PE.

Apesar da utilização de três estratégias metodológicas em fases diferentes, alguns constructos do CFIR não foram identificados, sendo estes: custo, testabilidade, políticas de incentivos externos, prontidão para implementação, autoeficácia, engajamento, líderes formalmente nomeados, apoiadores, reflexão e avaliação e agentes externos de mudança. Alguns dos constructos poderiam ser caracterizados apenas no caso de a implementação ter ocorrido, como, por exemplo, reflexão e

avaliação. Outros constructos, como a testabilidade, podem não ter relação com a intervenção, no caso desta não possuir um cronograma de testes pré-implementação.

Um estudo sobre os benefícios e desafios na utilização do CFIR destaca que alguns constructos não são caracterizados, devido ao desafio de os diferenciar de outros durante a interpretação dos dados, como é o caso de líderes de opinião e líderes formalmente nomeados. Outros constructos podem não ter sido identificados, devido ao desafio de contemplação dos critérios de inclusão, com a utilização de uma ferramenta aberta para a coleta de dados, onde o entrevistado pode responder livremente, sem necessariamente seguir exatamente a linha de raciocínio do que foi perguntado (Jorgenson et al., 2021).

Após a síntese dos resultados, foram identificadas as lições aprendidas na estratégia de implementação e sugestões para futuras implementações do Com-Efe em contextos similares. Os resultados foram organizados segundo os domínios e constructos do CFIR (Quadro 9).

Quadro 9 -Lições aprendidas e sugestões para futuras estratégias de implementação do Com-Efe, segundo domínios e constructos do CFIR. São Paulo, 2021.

Domínios e Construtos CFIR	LIÇÕES APRENDIDAS NA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO	SUGESTÃO PARA FUTURAS ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DO Com-Efe
I. Característica da intervenção		
Origem da intervenção	Os indivíduos não desenvolveram sentido de pertencimento, pois não se sentiram envolvidos na proposta da intervenção.	<ul style="list-style-type: none"> • Engajar, desde o princípio, os principais envolvidos nas medidas de PE na estratégia de implementação; • Identificar formadores de opinião e lideranças para compor parcerias para a estratégia de implementação; • Oferecer apoio técnico e científico ao longo da estratégia de implementação.
Força e qualidade da evidência	A familiarização com evidências científicas robustas contribuiu para promover o engajamento dos principais interessados.	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar evidência científica robusta e disponibilizar as evidências para consultas ao longo da estratégia de implementação; • Desenvolver estratégias inovadoras, porém, com compatibilidade, o máximo possível próxima ao que já é realizado; • Apresentar exemplos externos ou internos de sucesso com o uso da ferramenta ou ferramentas semelhantes.
Vantagem relativa	Nem sempre os participantes conseguiram identificar as vantagens da utilização de uma nova ferramenta ou processo comparado com o que já é feito.	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver a conscientização do cuidado centrado no paciente e respeito a sua autonomia; • Destacar os benefícios para que os principais interessados considerem mais vantagens sobre o uso da ferramenta.

(Continua)

(Continuação)

II. Cenário Externo		
Necessidade do paciente	Os profissionais tiveram diferentes graus de percepção sobre as necessidades de saúde do paciente em PE.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a percepção dos profissionais quanto ao reconhecimento do paciente como o centro do cuidado, e o quanto as necessidades do paciente são priorizadas na instituição; • Desenvolver estratégias diversificadas para divulgação e treinamento da equipe de saúde sobre o tema, tais como materiais virtuais e impresso, treinamentos <i>online</i> e <i>in loco</i>, apresentação de evidências científicas.
Pressão de pares	O uso da intervenção em outras instituições de <i>benchmarking</i> influencia a implementação	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar se há pressão competitiva, ou seja, se a instituição é influenciada pelas ações de outra instituição; • Desenvolver estratégias para integrar experiências de outros serviços.
III. Cenário Interno		
Clima para implementação	<p>O clima institucional, fatores econômicos, sócio-políticos externos e internos influenciaram a implementação.</p> <p>A alta demanda de atividades e a insuficiente priorização da intervenção em relação a rotina já existente prejudicaram a implementação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ao planejar a implementação, considerar o momento político-econômico da instituição; • Considerar o adiamento da implementação ao identificar um clima incompatível com a intervenção; • Identificar o grau de importância dada à intervenção; • Investigar previamente o impacto positivo e facilitador que a intervenção poderá trazer aos problemas percebidos pelos indivíduos.

(Continua)

(Continuação)

(Concluído)

IV. Características dos indivíduos		
Estágio individual de mudança	Grandes variações no grau de comprometimento individual com a implementação prejudicaram a adesão em larga escala.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar se os indivíduos envolvidos no contexto são receptivos à sistematização da comunicação com pacientes em PE; • Identificar se os principais interessados percebem a situação atual como uma necessidade de mudança; • Identificar a influência de cada um dos principais interessados, a fim de direcionar o planejamento da intervenção.
V. Processo		
Liderança	O grau de envolvimento da liderança afetou a adesão por parte dos demais membros da equipe.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar se o uso da intervenção é apoiado pelos líderes; • Estabelecer contatos preliminares com as lideranças do serviço e as incluir no processo de planejamento da implementação; • Identificar se a intervenção se ajusta à cultura da organização quanto às demandas para as lideranças.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

6.1 FAMILIARIZAÇÃO DO CONTEXTO

A familiarização do contexto é a fase importante na estratégia de implementação (Kilbourne, 2007; Damschorder, 2009; OMS, 2013). Esta etapa possibilita antecipar e, até mesmo, ultrapassar as barreiras que possam ocorrer ao longo do processo, colaborando com o sucesso da implementação (Nielsen, 2019).

Neste estudo, foram utilizadas diversas estratégias para a compreensão do contexto. Inicialmente, foram realizadas reuniões com as lideranças das unidades, bem como nos setores-chave para a implementação, como SCIH e SEQ. Após este primeiro contato, ocorreu a observação não participante nas unidades, buscando compreender a dinâmica das unidades e dos indivíduos que por ali transitavam.

Por meio das reuniões preliminares e da observação não participante do contexto, foi possível identificar alguns principais interessados na implementação e os classificar. Esta classificação é importante, pois a implementação pode ser direcionada a partir do resultado. Estudos apontam que identificar os principais interessados precocemente e manter contato com eles ao longo do processo, é importante para o sucesso da implementação (Maguire et al., 2016; Valaitis et al., 2016).

Os(as) enfermeiros (as) foram classificados como influência de médio impacto para a implementação do Com-Efe, dependendo de seus supervisores para concretizar a implementação, mas de alto impacto na influência do contexto, devido à alta intensidade de interação com todos os indivíduos Além, de representar o indivíduo que estabelece a conexão entre as demais relações. O enfermeiro assistencial, muitas vezes, enxerga o seu papel, mas há um elemento crítico para sua execução, que é a supervisão de enfermagem como liderança e que, muitas vezes, não prioriza as mesmas ações que o enfermeiro da assistência direta ao paciente.

A interação dos indivíduos do contexto se altera bastante, em termos de intensidade, mas o(a) enfermeiro(a) se destaca ao manter alta intensidade de relação com todos os demais indivíduos do contexto. Este profissional é apontado, em uma

revisão sobre educação de paciente para autocuidado, como o mais procurado para esclarecer dúvidas, demonstrando a importância deste profissional no processo de educação de pacientes; e reforçando a escolha de centralizar a implementação do Com-Efe nestes (Rees, Williams, 2009).

Observou-se uma diversidade de PAS que estão inseridos no microambiente do paciente. Ao mesmo tempo, estes PAS têm uma adesão insuficiente às medidas de prevenção de infecção estabelecidas pelo setor de SCIH. Um estudo apontou que diversas barreiras determinam a adesão às PE por PAS, como o clima institucional, crenças individuais, entre outros (Neves et al., 2011). Outro estudo destaca a importância da educação permanente sobre o tema e a sensibilização dos PAS, para uma maior adesão às medidas de PE (Malaguti-Toffano et al., 2012).

O contexto apresentou diversas barreiras, como relacionadas ao clima institucional e sobrecarga de trabalho. Se, por um lado, a sobrecarga de trabalho existe, por outro, não se superou o modelo paternalista de entender a educação em saúde ao paciente de forma prescritiva, na qual o PAS fala e os pacientes, familiares e visitantes entendem, sendo isso compreendido na medida em que “obedecem”. Por estes motivos, surge a necessidade e urgência de inovação para outras medidas na implementação de novas rotinas e ferramentas a respeito das PE. Medidas estas que se estendam aos pacientes, tendo este como centro do cuidado, além dos tradicionais treinamentos direcionados às equipes técnicas.

Uma revisão realizada sobre educação para autocuidado de pacientes portadores de doenças crônicas, observou que as intervenções desenvolvidas com olhar centrado no paciente e o estímulo da ativa participação dele no treinamento para os seus cuidados têm resultados positivos no objetivo final das intervenções (Rees, Williams, 2009). Contudo, não identificamos estudos similares na área de orientações de pacientes em PE.

Além da sensibilização dos PAS, acredita-se que o envolvimento do indivíduo em PE em seus cuidados de saúde tem potencial para reduzir eventos adversos relacionados às PE (Sharp, Palmore, Grady, 2014; Juskevicius, 2016). E, neste sentido, o contexto observado dispõe de áreas para convivência dos indivíduos como pacientes, visitantes e outros. Porém essas áreas não são exploradas pelos PAS para estimular a interação positiva entre os indivíduos, buscando pela melhora de uma

comunicação efetiva; isto pode se dar também pela inexistência de protocolos para comunicação efetiva entre PAS e pacientes e com seus pares.

6.2 IMPLEMENTAÇÃO

A fase de implementação, propriamente dita, é quando a intervenção é iniciada. É um momento de destaque na estratégia de implementação, pois para a maior parte dos envolvidos, este será o primeiro contato com a nova intervenção (Simpson, Flynn, 2007).

Simpson e Flynn (2007) descrevem que os fatores importantes para o sucesso de implementação de uma inovação, são treinamentos e materiais apresentados. Os treinamentos devem considerar a complexidade da inovação e do contexto; quanto maior a complexidade, maior a necessidade de inserir diversas ferramentas que garantam primeiro contato com a intervenção, demonstrando força da evidência, além de treinamentos acessíveis em termos de localização, assim como qualidade dos materiais apresentados.

Antecedendo a apresentação, a etapa de planejamento foi uma etapa vital no processo, pois é o momento em que se pode identificar quem são os principais interessados e os possíveis líderes de opinião presentes no contexto (Kilbourne et al., 2007). Em nosso estudo, na fase de planejamento, foi ratificada a importância da etapa de treinamento para a implementação do Com-Efe. Em parceria com o SEQ, foi disponibilizado um treinamento *online* para todos(as) os(as) enfermeiros(as) e supervisores(as) de enfermagem da CM e CC. Neste momento, apenas 18% acessaram o treinamento.

A opção pelo reconhecimento do protocolo Com-Efe antes do treinamento *in loco* ocorreu na intenção de que os principais envolvidos no processo obtivessem um primeiro contato com o instrumento, possibilitando o surgimento de interesse no tema e, até mesmo, levantando a problemática a respeito de como é realizada a educação de paciente em PE. De acordo com Gonçalves e Morão (2009), houve um impacto maior em treinados que acreditavam que o treinamento poderia trazer um impacto de mudança positiva no seu trabalho.

Após este primeiro momento, foi realizado treinamento presencial nas unidades. A opção por esta modalidade de treinamento se deu pois dentre as considerações feitas para que profissionais participassem de treinamento estavam a localização e o tempo dispendido para tal. A adesão massiva dos enfermeiros no treinamento presencial mostra que a opção *online* possui limitações e que ainda há preferência pelo modelo presencial.

Além das estratégias de treinamentos, foi disponibilizado o material impresso para consulta e lembrete. Estes materiais vêm sendo utilizados em diversas estratégias de implementação de intervenções, pois funcionam como um aviso diário das mudanças necessárias para o processo. Alguns estudos de implementação de intervenções, como a adesão a higienização de mãos e a prevenção de infecção do trato urinário relacionado à sondagem vesical de demora, vêm se utilizando da estratégia de lembrete não apenas para sua função essencial, mas como forma de informar a todos os indivíduos sobre os novos processos que ocorrem nas unidades (ANVISA, 2006; Andrade, Fernandes, 2016; Valim et al., 2019).

6.3 ANÁLISE PRELIMINAR E ADAPTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO

As oficinas foram realizadas com questões norteadoras, a fim de verificar os principais pontos de adaptação dos materiais e processo da implementação.

Percebeu-se que os profissionais acreditam que o protocolo Com-Efe oferece uma segurança para uma comunicação padronizada a respeito das PE, não apenas com os pacientes, mas também entre os próprios profissionais. Além de possibilitar o registro da comunicação efetiva realizada junto ao paciente e familiar. A comunicação efetiva representa grande importância para o grupo, que demonstra uma comunicação prejudicada com os pacientes, nem sempre percebida pelos profissionais. Uma comunicação efetiva com os pacientes em PE pode colaborar na redução de IRAS, já que está relacionada ao aumento de atitudes autoprotetoras (Juskevicius, Padoveze, 2016; Braithwaite et al., 2017)

Além desta questão, emergiu das oficinas a questão relacionada a não adesão as PE por parte da equipe. Isto dificulta a comunicação com o paciente, visto que nem

todos os PAS se comportam de maneira uniforme, o que gera um conflito de entendimento do paciente sobre quais sejam os procedimentos corretos. Deste item, surge a necessidade de treinamentos e até mesmo uma auditoria mais ativa para com estes membros da equipe.

Em relação a complexidade para a implementação do Com-Efe, os profissionais demonstraram acreditar que um protocolo mais objetivo e menos teórico seria mais aplicável no dia a dia, onde a carga de trabalho e a priorização por outras tarefas atrapalham a implementação do protocolo Com-Efe no formato que foi apresentado, em especial no início da estratégia de implementação.

A etapa de adaptação é o momento de compreender o que pode ser barreira para a transformação de atitudes dos indivíduos diretamente envolvidos no processo, e isto se torna importante para a implementação, pois a inovação em um contexto complexo depende diretamente das respostas dos indivíduos envolvidos, e do significado da inovação para estes é o que determinará seu sucesso ou não (Greenhalh et al., 2004).

Outro fato apontado como barreira para a implementação de novas intervenções, é o não envolvimento das lideranças com o novo protocolo. O envolvimento positivo ou negativo dos líderes influencia a implementação, pois, muitas vezes, os profissionais hierarquicamente abaixo não têm o poder para modificar as rotinas necessárias para o sucesso da implementação. Por outro lado, se o líder apoia a implementação, encorajando as mudanças necessárias, os profissionais tendem a progredir com o processo (Valaitis et al., 2016).

6.4 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO

Existem diversas formas de avaliação da implementação, descritas por Bauer e colaboradores (2015). Neste estudo, realizamos uma avaliação na qual, ao longo do processo, foram realizadas diferentes abordagens que buscaram colaborar com o sucesso da estratégia de implementação. Isto se deu por meio da observação não participante do contexto, oficinas para adaptação e, por fim, as entrevistas com enfermeiros(as). Para esta etapa, foram utilizadas entrevistas com abordagem qualitativa, formuladas pela tradução das entrevistas proposta pelo quadro conceitual

do CFIR, que busca, a partir de suas questões semiestruturadas, responder os constructos inseridos nos seus cinco domínios (Damschroder et al., 2009; Robins et al., 2013; Maguire et al., 2016; Valaitis et al., 2016).

Ficaram destacados como alguns dos facilitadores identificados, os constructos da força e qualidade da evidência e a crença positiva sobre a intervenção por parte dos principais envolvidos, vitais na estratégia de implementação (Jabbour et al., 2018).

Outro item, já descrito anteriormente como primordial no processo e avaliado positivamente nesta fase pelos(as) enfermeiros(as), foi a qualidade do projeto e apresentação dos materiais. Neste estudo, houve variação de materiais e treinamentos disponibilizados, a fim de atender a todos os principais envolvidos. Por meio de banner, treinamentos *online*, treinamentos *in loco*, livreto de mesa, vídeo e protocolo impresso, tentou-se engajar o público-alvo. Quanto mais facilitado for o acesso aos treinamentos e materiais, maior a adesão a estes (Simpson, 2002; Powell et al., 2015).

Os(as) enfermeiros(as) têm a percepção da necessidade de envolver os pacientes em PE em seus cuidados, a fim de que eles colaborem. Porém a forma como isto é feito não é questionada pelos profissionais que, possivelmente, acreditam que o formato prescritivo de educação em saúde seja suficiente para evitar os eventos adversos relacionados a PE. A culpa pelo insucesso em relação às orientações de PE, muitas vezes, recai sobre o paciente e familiar, que tendem a “desobedecer” às orientações fornecidas pela equipe de enfermagem.

Apesar disto, a equipe teve a percepção de ter aprendido algo com o Com-Efe para a melhora da comunicação do paciente, principalmente, no que diz respeito à sistematização da orientação por todos os membros da equipe. Outros estudos fazem a observação de que uma das vantagens de participar de uma estratégia de implementação é o aprendizado sobre inovações (Edmondson, 2001).

Sobre os fatores que poderiam ter influência negativa na estratégia de implementação estão: a dificuldade de acessar e utilizar Com-Efe; o clima de sobrecarga de trabalho, devido a situações políticas do HU; e, posteriormente, a pandemia de COVID-19. Esta última, poderia ter sido uma motivação para melhorar as dinâmicas em relação às PE, mas não foi o que se observou. Fatores relacionados

ao clima organizacional também influenciaram negativamente a prioridade relativa dada a intervenção e o estágio individual para mudança.

Por mais acessível que o material da implementação esteja, existe a possibilidade de não se encaixar na rotina prioritária do serviço. Nas entrevistas surgiram barreiras para aplicação do Com-Efe, por não se tratar de um instrumento oficial inserido no prontuário eletrônico do paciente (PROCENF- programa para a documentação eletrônica dos dados referentes a avaliação inicial e evolução dos pacientes), o que, na visão dos entrevistados, facilitaria o processo. Apesar da distribuição do Com-Efe em formato de livreto com linguagem mais direta e objetiva, que poderia ser levado à beira-leito, a fim de lembrar o profissional a importância dos itens de orientação, isto não foi visto como facilitador pelos entrevistados.

O contexto em seu ambiente social, cultural e econômico, deve ser considerado durante o processo. Neste contexto havia uma barreira extrema, relacionada à percepção em relação à sobrecarga de trabalho que, neste caso, foi apontada devido à situação política do serviço, descrita em capítulo anterior, e agravada pela pandemia de COVID-19, que impactou negativamente todos os serviços de saúde do mundo. Não considerar a influência do contexto na implementação pode limitar que o mesmo possa ser aplicado a contextos semelhantes (May, Johnson, Finch, 2016; Nielsen et al., 2019; Levinson et al., 2020). No presente estudo, as barreiras relacionadas a esta categoria foram discutidas e consideradas ao longo do processo.

A ausência de comunicação e troca com outros serviços a respeito de educação de pacientes em PE, inserida no constructo de cosmopolitismo, também pode ter sido uma barreira neste processo, pois, como observado, se determinados hospitais de referência utilizassem o Com-Efe, isto poderia ter colaborado com a implementação como uma referência exemplar. Um estudo levantou que este pode ter sido um motivo forte para o sucesso da implementação de uma intervenção em grande escala, por meio do mimetismo isomórfico (Dixon-Woods, 2011).

A barreira mais limitadora identificada foi o não envolvimento da liderança na estratégia de implementação e a não instituição de outro líder para esta implementação, que não fosse a pesquisadora. Maguire e colaboradores (2016) determinam que os principais interessados devem ser identificados precocemente, e ser mantidos informados quanto a estratégia de implementação. Porém, apesar de isto ter sido feito por meio de reuniões periódicas com os identificados como principais

interessados, eles não se mostraram ativos no processo, mantendo-se passivos na maior parte das oportunidades, sem exercer um papel de liderança frente a intervenção.

6.5 SÍNTESE DA DISCUSSÃO

A implementação do Com-Efe foi caracterizada como falha, uma vez que não foi incorporada nas rotinas das CM e CC durante o período de estudo. Atribui-se a falha da implementação neste estudo a quatro principais elementos: a origem da intervenção, a incorporação institucional, o conceito de comunicação efetiva e o contexto do HU-SP.

Em relação a origem da intervenção, observou-se um ponto de falha, pois, se por um lado há um reconhecimento e respeito nos acadêmicos da EEUSP por parte dos principais interessados, a necessidade da intervenção não partiu da instituição. Mesmo havendo reconhecimento da evidência científica, a educação de pacientes em PE não é vista como um problema pela instituição.

A incorporação institucional não ocorreu durante a estratégia de implementação do Com-Efe, por duas razões. A primeira relacionada ao contexto atual do HU-SP e da pandemia de COVID-19, que poderia representar um bom momento para o diálogo sobre PE mas criou prioridades diferentes; a segunda, ao fato de que os líderes não se envolveram com a estratégia de implementação.

Observou-se uma falta de entendimento a respeito do conceito de comunicação efetiva ao longo da estratégia de implementação, com foco dos PAS voltado para incorporação de educação prescritiva, como *folders*. A comunicação efetiva não foi incorporada e o componente dialógico não foi captado, apesar do componente de sistematização da educação em PE ter sido captado. O cuidado centrado no paciente ainda é mais focado na utilização de tecnologias e na resolução imediata de problemas e, mais uma vez, identifica-se a necessidade do desejo da própria instituição em rever a relação entre PAS e pacientes/visitantes.

Houve falha no engajamento dos principais interessados para uma nova forma de pensar na educação para PE realizada com pacientes/visitantes. Uma pesquisa demonstrou que comportamento de prevenção de IRAS pode ser afetado pelo estado

psicológico dos indivíduos (Assis et al., 2021). Portanto, avaliar e identificar os principais interessados de forma individualizada pode ser fundamental para a sensibilização e engajamento necessários para mudança de comportamento.

6.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Neste estudo, não foi possível realizar a avaliação da implementação no período planejado e muitos profissionais envolvidos no início do processo não estavam mais nas unidades onde ocorreu a implementação, limitando o número de entrevistas com profissionais que conheceram o Com-Efe e participaram da sua estratégia de implementação. Por se tratar de um estudo da vida real, aponta-se para a necessidade de um acompanhamento contínuo, tornando necessário a incorporação da intervenção pela própria instituição.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

A ciência da implementação permite que seja feita uma documentação organizada e profunda de barreiras e facilitadores identificados ao longo de um processo de implementação. Assim sendo, pode também contribuir na implementação de diversas inovações em contexto similares, apenas adaptando alguns elementos, conforme a pertinência.

Neste estudo, concluímos que o Com-Efe não foi efetivamente implementado no local do estudo. Entre as razões para a falha na implementação, identificou-se a dificuldade de incorporação do elemento central, ou seja, o conceito de vulnerabilidade, que apoia uma relação mais dialógica entre PAS e pacientes, em particular considerando os diversos aspectos da vulnerabilidade individual.

O contexto do estudo se revelou complexo, apresentando barreiras desde o início do processo da implementação, tais como a identificação de principais interessados e líderes para a intervenção, além do clima organizacional desfavorável no momento. O fraco envolvimento das lideranças formais, sem o estímulo para incorporação dos conceitos de vulnerabilidade, elementos *core* do Com-Efe, no processo de orientar pacientes e familiares a respeito das PE foi identificado como uma barreira. Destacou-se a baixa prioridade dada para a implementação de uma comunicação efetiva com pacientes em precauções específicas, por meio do Com-Efe.

A avaliação da implementação possibilitou identificar fatores que podem colaborar com estratégias futuras e alertar quanto a possíveis barreiras durante o processo de implementação.

REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

- Abdad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *J Hop Infec* [Internet]. 2010 [citado 2013 mai. 04];76(2):97-102. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20619929>
- ADUSP. Associação dos Docentes da Universidade de São Paulo. Estão atacando o Hospital da USP. Dossiê HU. 2018 Disponível em: <https://www.adusp.org.br/index.php/imprensa/cads/3126-dossie-hu-estao-atacando-o-hospital-da-usp>.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária [homepage na internet]. Brasília; 2012. [citado 2017 abr 03]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/informacoes-tecnicas13>.
- Amante LN, Anders JC, Mirelles BHS, Padilha MI, Kletemberg DF. The interface between teaching of the nursing process and the application in professional practice. *Rev Eletr Enferm*[internet]. 2017[citado 2019 mai 10];12(1):201-7. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/9538>
- Andrade VLF, Fernandes FAV. Prevenção da infecção do trato urinário associada ao cateterismo: estratégias na implementação de *guidelines* internacionais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2678. [Citado 2020 nov 09]. DOI: 10.1590/1518-8345.0963.2678.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitaria. Ministério da Saúde. Um guia para implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- APECIH. Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Precauções e isolamentos. 2ª ed. São Paulo: APECIH; 2012.
- APECIH. Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Prevenção e controle de infecções associadas à assistência extra-hospitalar. In: Juskevicius LF, Padoveze MC, Passos IPBD, Figueredo RM. Precaução padrão e precaução específica na prática da assistência extra-hospitalar. São Paulo: APECIH, 2019.
- Assis GR, Benuti GG, Moretto MLT, Vidigal CG, Santos RP, Lobo RL et al. Psychological characteristics are associated with healthcare worker adherence to infection control practices. *Am J Infect Control*. [Internet]. 2021 [citado 30 nov 2021];49(7):879-884. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655321000201>
- Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Junior I. O risco, vulnerabilidade e prática de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

Ayres JRJM, Paiva V, França-Junior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro de vulnerabilidade e direitos humanos. In: Apostila do curso de especialização em prevenção ao HIV/AIDS no quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. São Paulo:NEPAIDS, 2010.

Azevedo AP, Cristino JS, Viana MF, Medeiros FP, Azevedo LS. Educação em saúde para acompanhantes de pacientes internados. Rev enfer UFPE on line. [Internet]. 2018[citado em 2019 jun. 04];12(4):1168-73. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230649>

Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70: Lisboa,2016.

Barberis I, Bragazzi NL, Martini N. The historyoftuberculosis: fromthefirsthistoricalrecordstotheisolationofKoch'sbacillus. J PrevMedHyg[Internet]. 2017 [citado 2017 abr 05];58(1):E9-E12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28515626>

Bauer MS, Daamschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM.Anintroductiontoimplementationsciencefor the non-specialist. BMC Psychology[Internet]. 2015 [citado 2017 abr 03];3:32. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26376626>

Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. Rev Esc Enferm USP[Internet]. 2009 [citado 2013 abr 03];43(2):1326-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf>

Breimaier HE, Heckemann B, Halfens RJG, Lohrmann C. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): a useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice. BMC Nursing [Internet]. 2015 [citado 2017 ago 15];14:43. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-015-0088-4>

Braithwaite J, Herkes J,Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. BMJ Open [Internet]. 2017 [citado 2019 fev 06];7:e017708. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/11/e017708>

Butenko S, Lockwood C, McArthur A. Patient experiences of partnering with healthcare professionals for hand hygiene compliance: a systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports. [internet]. 2017 [citado em 2019 fev 24];15(6):1645-1670. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28628522>

Centers for Disease Control and Prevention: replicating effective programs plus [internet]. [citado 2017 jul. 17]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/research/interventionresearch/rep/index.html>

Centro de Vigilância Epidemiológica “Alexandre Vranjac” [Internet]. São Paulo; 2016. [citado 2017 abr. 2]. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/>.

Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)[internet]; 2020a [citado 2018 dez. 12]. Disponível em: <https://cfirguide.org/>.

Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) [internet]; 2020b [citado 2021 ago. 12].Disponível em: <https://cfirguide.org/constructs-portuguese/>

Chiesa AM, Veríssimo MLOR. A Educação em saúde na prática do PSF: manual de enfermagem instituto para o desenvolvimento da saúde. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS); 2001. Disponível em : <https://repositorio.usp.br/item/001228333>

Chinyio E, Olomolaiye P (editores). Construction stakeholder management. Nova Jersey: Blackwell, 2010. 392p. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Amir-Al-Khafaji/publication/321716466_Construction_Stakeholder_Management/links/5b169c294585151f91fb9a40/Construction-Stakeholder-Management.pdf

Chung CF, Munson SA, Thompson MJ, Baldwin LM, Kaplan J, Cline R et al. Implementation of a new Kiosk technology for bloodpressure management in a family medicine clinic: from the WWAMI Region Practice and Research Network. *Journal Am. Board Fam. Med* [Internet]. 2016 [citado 2017 mai 29]; 29(5): 620–629. Disponível em: <https://www.jabfm.org/content/29/5/620.short>

Chang YS, Coxon K, Portela AG, Furuta M, Bick D. Interventions to support effective communication between maternity care staff and women in labour: a mixed-methods systematic review. *Midwifery* [Internet]. 2018 [citado 2019 dez 19]; 59:4-16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29351865>

Cohen B, Hyman S, Rosenberg L, Larson E. Frequency of Patient Contact with Health Care Personnel and Visitors: Implications for Infection Prevention. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2012 [citado 2022 mai 01]; 38(12): 560–565. Disponível em: [10.1016/s1553-7250\(12\)38073-2](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(12)38073-2)

Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Sci* [Internet]. 2009 [citado 2017 out 31]; 4:50. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-50>

Damschroder LJ, Lowery JC. Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR). *Implementation Sci*. 2013; 8(51). DOI: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-51>

Dixon-Woods M, Bosk CL, Aveling EL, Goeschel CA, Pronovost PJ. Explaining Michigan: developing an ex post theory of a quality improvement program. *Milbank Q*. 2011; 89(2): 167-205. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2011.00625.x

Eccles MP, Mittman BS. Welcome to implementation science. *Implementation Sci* [Internet]. 2006 [citado 2017 abr 03]; 1. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-1-1>

Edmondson AC, Bohmer RM, Pisano GP. Disrupted routines: team learning and new technology implementation in hospitals. *Adm Sci Q*. 2001; 46(4): 685-716. DOI: <https://doi.org/10.2307/3094828>

Flick U. Introdução à metodologia da pesquisa. Penso: Porto Alegre, 2013.

Gonçalves A, Mourão L. A expectativa em relação ao treinamento influencia o impacto das ações de capacitação?. *Rev. Adm. Pública* [Internet]. 2011 [citado 01

fev 2021];45(2):483-513. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122011000200009>.

Guilley-Lerondeau B, Bourigault C, Guille des Buttes AC, Birgand G, Lepelletier D. Adverse effects of isolation: a prospective matched cohort study including 90 direct interviews of hospitalized patients in a French University Hospital. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2017;36:75-80. DOI: 10.1007/s10096-016-2772-z.

Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in services organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*[Internet]. 2004 [citado 2017 ago 07];82(4):581-629. DOI: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x.

Helfrich CD, Damschroder LJ, Hagedorn HJ, Daggett GS, Sahay A, Ritchie M et al. A critical synthesis of literature on the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework. *Implementation Sci*. 2010;5:82. DOI: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-82>

Hostiuc S, Molnar AJ, Moldoveanu A, Aluaş M, Moldoveanu F, Bocicor I et al. Patient autonomy and disclosure of material information about hospital-acquired infections. *Infect Drug Resist*[Internet]. 2018 [citado 2018 mar 10];11:369-375. DOI: 10.2147/IDR.S149590.

Jabbour M, Newton AS, Johnson D, Curran JA. Defining barriers and enablers for clinical pathway implementation in complex clinical settings. *Implementation Sci* 2018;13(1):139. DOI: 10.1186/s13012-018-0832-8.

Joanna Briggs Institute. Reviewers Manual [Internet]. 2017. [citado 2017Out 31]. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/display/MANUAL/Joanna+Briggs+Institute+Reviewer%27s+Manual>.

Jorgenson AC, Price L, Padoveze MC, Luz RA, Juskevicius LF. Challenges and lessons learnt using the Consolidated Framework for Implementation Research: researcher experiences in Brazil and the United Kingdom. *Nurse Researcher*. Publicação aceita em 08 Nov 2021.

Juskevicius LF. Precauções específicas para transmissão de microrganismos: elaboração e validação de instrumento para contribuir na redução da vulnerabilidade individual [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-12052017-162011/pt-br.php>

Juskevicius LF, Padoveze MC. Precauções específicas para evitar a transmissão de microrganismos: desenvolvimento e validação de roteiro educacional. *CogitareEnferm*[Internet]. 2016 [citado 2016 dez 03];21(4):01-10. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47060>

Kemp KA, Santana MJ, Southern DA, McCormack B, Quan H. Association of inpatient hospital experience with patient safety indicators: a cross-sectional, Canadian study. *BJM Open* [Internet]. 2016 [citado 2017 set 10];6:e011242. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27371554>

Kilbourne AM, Neumann MS, Pincus HA, Stall R. Implementation evidence-based interventions in health care: application of the replicating effective programs

framework. Implementation Sci [Internet]. 2007 [cited 2017 Out 31];2:42. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18067681>

Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. Implement Sci[Internet]. 2016 [citado 2017 mai 24];11:72. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27189233>

Kisten JC. Patient health literacy and the practice of evidence-based medicine. BMJ Evid Based Med[Internet]. 2012 [citado 2013 mai 04];17(5):135-136. Disponível em: <https://ebm.bmj.com/content/17/5/135.short>

Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. Qual Health Care[Internet]. 1998[citado 2017;7:149–158. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2483604/>

Koerich MS, Backes DS, Scortegagna HM, Wall ML, Veronese AM et al. Care technologies in health and nursing and their philosophical perspectives. Texto contexto enferm [Internet]. 2006[citado 2019 out 20];15:178-185. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000500022&script=sci_abstract&lng=pt

Levinson JD, Garfinkel RA, Berinstein DM, Flory M, Spellman FA. Timing of povidone-iodine application to reduce the risk of endophthalmitis after intravitreal injections. Ophthalmol Retina [internet]. 2018;2(7):654-658. DOI: 10.1016/j.oret.2017.06.004.

Lopes RS, Tomé EM, Sverzut C, Sobrinho MF. Uso de inovações tecnológicas em cuidados de enfermagem: revisão integrativa. Rev. Humanidades & Tecnologias. [Internet]. 2019[citado 2020 mar 22];19. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337874926_USO_DE_INOVACOES_TECNOLOGICAS_NO_CUIDADO_EM_ENFERMAGEM_revisao_integrativa

Maguire EM, Bokhour BG, Wagner TH, Asch SM, Gifford AL, Gallagher TH et al. Evaluating the implementation of a national disclosure policy for large-scale adverse events in an integrated health care system: identification of gaps and successes. BMC Health Serv Res[Internet]. 2016[citado 2021 fev 01]; 16:648. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27835983/>

Malaguti-Toffano SE, Santos CB, Canini SRMS, Galvão MTG, Brevidelli MM, Gir E. Adherence to standard precautions by nursing professionals in a university hospital. Acta Paul Enferm[Internet]. 2012 [citado 2017 abr 03];25(3):401-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/NGd5pnPrNNbCWtMTxs3P3Vp/?lang=en&format=pdf>

Margarido PFR. Hospital Universitário da USP começa 2020 com mais eficiência e qualidade. Jornal da USP. 2020 jan. 06 [citado 2020 abr 05]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/universidade/hospital-universitario-da-usp-vai-comecar-2020-com-mais-eficiencia-e-qualidade/>

May CR, Johnson M, Finch T. Implementation, context and complexity. Implementation Sci [Internet]. 2016 [citado 2021 fev 08];11:141. DOI: 10.1186/s13012-016-0506-3

Mendelow A. Stakeholder mapping. Proceedings of the 2nd International Conference on Information Systems. Cambridge, MA; 1991.

Morais IM. The vulnerability of the patient versus individual autonomy. Rev. Bras. Saude Mater. Infant [Internet]. 2010 [citado 2013 dez04];10(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/hhp3jNdCMN4W5WsGpQLQD7d/?lang=pt>

Morgan DJ, Pineles L, Shardell M, Grahan MM, Mohammadi S, Forrest GM et al. The effect of contact precautions on healthcare worker activity in acute care hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet]. 2013 [citado 2017 nov 04];34(1):69-73. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23221195/>

National Healthcare Service. NHS [homepage na internet]. England; 2019. [citado 2019 set. 3]. Disponível em: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/areas-of-interest/hospital-care/quality-accounts/domain-4-ensuring-people-have-a-positive-experience-of-care>

Neves HC, Souza AC, Medeiros M, Munari DB, Ribeiro LC, Tipple AF. Safety of nursing staff and determinants of adherence to personal protective equipment. Rev Lat Am Enfermagem [internet]. 2011 [citado 2017 abr 03];19(2):354-61. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21584383/>

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracollila LA. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. Rev Lat Am Enfermagem [internet]. 2008 [citado 2013 jan 23];16(5). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/R8kNrY9WMdcmv5cXJzmQFQ/?format=pdf&lang=pt>

Nilsen P, Bernhardsson S. Context matters in implementation science: a scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. BMC Health Serv Res [internet]. 2019 [citado em 2020 nov 20];19(1):189. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4015-3>

Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. Health literacy: a prescription to end confusion. Institute of medicine [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004 [citado 2020 abr 03]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216032/>

Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century. Health promotion international [internet]. 2000 [citado 2019 jan 24];15(3):259-267. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>

Organização Mundial de Saúde (OMS). Global action plan on antimicrobial resistance. World Health Organization: Genebra, 2015; 28p. Disponível em: <https://ahpsr.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-antimicrobial-resistance>

Organização Mundial de Saúde (OMS). Implementation research toolkit work book. World Health Organization: Genebra, 2014; 175p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/110523/9789241506960_Workbook_eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

Owens K, Eggers J, Keller S, McDonald A. The imperative of culture: a quantitative analysis of the impact of culture on workforce engagement, patient experience,

physician engagement, value-based purchasing, and turnover. *J Health Leadersh* [internet]. 2017 [citado 2019 jan 12];9:25-31. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29355220>

Padar M, Uusvel G, Starkpof L, Starkpof J, Blaser AR. Implementation of enteral feeding protocol in an intensive care unit: before-and-after study. *World J Crit Care Med*[Internet]. 2017 [citado 2017 out 31];6(1):56-64. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28224108>

Padoveze MC, Juskevicius LF, Santos TR, Nichiata LI, Ciosak SI, Bertolozzi MR. The concept of vulnerability applied to Healthcare-associated Infections. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2019 [citado 2020 jan 10];72:311-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/4xRjdwSczymJSMzccdJwXJr/?format=pdf&lang=pt>

Padoveze MC, Iguane C, Luz R, Juskevicius LF. Portuguese translation of short definitions CFIR [internet]. 2021. Disponível em: <https://cfirguide.org/constructs-portuguese/>

Pomey MP, Ghadiri DP, Karazivan P, Fernandez N, Clavel N. Patients as partners: a qualitative study of patients engagement in their health care. *Plos One* [internet]. 2015 [citado em 2017 fev 20];10(4):e0122499. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25856569>

Powell BJ, Beidas RS, Lewis CC, Aarons GA, McMillen JC, Proctor EK et al. Methods to improve the selection and tailoring of implementation strategies. *J Behav Health Serv Res* [internet]. 2017;44(2):177-194. DOI: 10.1007/s11414-015-9475-6.

Superintendência de Saúde da Universidade de São Paulo. Mensagem à comunidades sobre o funcionamento do Hospital Universitário na pandemia do coronavírus [internet]. São Paulo, 07 abr 2020. Disponível em: <http://sau.usp.br/mensagem-a-comunidade-sobre-o-funcionamento-do-hospital-universitario-na-pandemia-do-coronavirus/>

Rees S, Williams A. Promoting and supporting self-management for adults living in the community with physical chronic illness: a systematic review of the effectiveness and meaningfulness of the patient-practitioner encounter. *JBI Libr Syst Ver* [internet]. 2009 [citado 2021 jan 25];7(13):492-582. DOI: 10.11124/01938924-200907130-00001.

Robins LS, Jackson JE, Green BB, Korngiebel D, Force RW, Baldwin LM. Barriers and facilitators to evidence-based blood pressure control in community practice. *J Am Board Fam Med* [internet]. 2013;26(5):539-57. DOI: 10.3122/jabfm.2013.05.130060.

Russotto V, Cortegiani A, Raineri SM, Giarratano A. Bacterial contamination of inanimate surfaces and equipment in the intensive care unit. *J Intensive Care*[internet]. 2015 [citado 2017 mai 16];3-54. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676153/pdf/40560_2015_Article_120.pdf.

Sartor P, Colaianni I, Cardinal MV, Bua J, Freilij H, Gürtler RE. Improving access to Chagas disease diagnosis and etiologic treatment in remote rural communities of the Argentine Chaco through strengthened primary health care and broad social participation. *PLoS Negl Trop Dis* [internet]. 2017 [citado 2017 mai

- 29];11(2):e0005336. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0005336>
- Sariti S, Shruti S, Deepinder C, Chhina RS. Chicken pox outbreak in the Intensive Care Unit of a tertiary care hospital: Lessons learnt the hard way. *Indian J CritCare Med* [internet]. 2015 [citado 2017 mai 29];19(12): 723-725. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26816447>
- Sharp D, Palmore T, Grady C. The ethics of empowering patients as partners in healthcare-associated infection prevention. *InfectControlHospEpidemiol* [internet]. 2014[citado 2017 abr 03];35(3):307–309. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24521598>
- Sieglue JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings. Center of Disease Control and Prevention; 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/mdro/>
- Sieglue JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, the e Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agent in healthcare settings. *Am J Infec Control* [Internet]. 2007 [citado 2013 jun 15];35:65-164. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>
- Silva DC, Alvim NAT, Figueiredo PA. Light technologies in health and its relation with the hospital nursing care. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2008 [citado 15 mar 2020];12(2):291-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a14.pdf>
- Simpson DD, Flynn PM. Moving innovations into treatment: a stage-based approach to program change. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2007[citado 2 fev 2021];33(2):111–120. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1995028/>
- Simpson DD. A conceptual framework for transferring research to practice. *J Subst Abuse Treat* [internet]. 2002;22(4):171-82. DOI: 10.1016/s0740-5472(02)00231-3.
- Tartari E, Weterings V, Gastmeier P, Bano R, Widmer A, Kluytmans J et al. Patient engagement with surgical site infection prevention: an expert panel perspective. *Antimicrob Resist Infect Control* [internet]. 2017 [citado em 2019 mar 06];12(6):45. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28507731>
- Tran K et al. The Effect of Hospital Isolation Precautions on Patient Outcomes and Cost of Care: A Multi-Site, Retrospective, Propensity Score-Matched Cohort Study. *J Gen Intern Med* [internet]. 2017 [citado em 2022 mai 01]; 32(3): 262–268. Disponível em: doi: [10.1007/s11606-016-3862-4](https://doi.org/10.1007/s11606-016-3862-4)
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [internet]. 2007;19(6):349-357. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17872937/>
- Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- Valaitis R, MacDonald M, Kothari A, O'Mara L, Regan S, Garcia J et al. Moving towards a new vision: implementation of a public health policy intervention. *BMC*

Public Health[Internet]. 2016 [citado 2021 fev 02];16:412. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3056-3>

Valim MD, Rocha ILS, Souza TPM, Cruz YA, Bezerra TB, Baggio E et al. Efficacy of the multimodal strategy for Hand Hygiene compliance: an integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [citado 2020 nov 09];72(2):578-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0584>

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – LISTA DE PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DO DOUTORADO

Juskevicius LF, Luz RA, Felix AM, Timmons S, Padoveze MC. Lessons learned from a failed implementation: effective communication with patients in transmission-based precautions. Submetido a: Implementation Science Communications em janeiro/2021.

Iguane C, Luz RA, Juskevicius LF, Padoveze MC. Translation of Consolidated Conceptual Framework for Implementation Research – CFIR [internet]. 2020. Disponível em: <https://cfirguide.org/constructs-portuguese/>

Jorgenson AC, Price L, Padoveze MC, Luz RA, Juskevicius LF. Challenges and lessons learnt using the Consolidated Framework for Implementation Research: researcher experiences in Brazil and the United Kingdom. Nurse Researcher. Publicação aceita em 2021Nov08.

Juskevicius LF, Padoveze MC. Patient education on transmission bases precautions: a context assessment in a university hospital, São Paulo, Brazil. In: Anais do The 11th Healthcare Infection society Internacional Conference; 2018Nov26-28; Liverpool [Internet]. Liverpool: Health Infection Society; 2018:146. Disponível em: <https://www.his.org.uk/media/1788/abstract-supplement-free-paper-abstracts.pdf>

Juskevicius LF, Padoveze MC, Passos IPBD, Figueiredo RM. Prevenção e controle de infecções associadas à assistência extra-hospitalar. São Paulo: APECIH, 2019;1:517.

Juskevicius LF, Padoveze MC. Com-Efe: Comunicação Efetiva em Saúde [internet]. São Paulo: E-aulas USP; 2020. Disponível em: <http://eaulas.usp.br/portal/search.action;jsessionid=F8B3C27B64C96DA265C4D334AC8FAB54>

Juskevicius LF, Padoveze MC. Como melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes em isolamento. Jornal da Universidade de São Paulo [internet]. 2020 mar 17. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/ciencias-da-saude/como-melhorar-a-comunicacao-entre-profissionais-de-saude-e-pacientes-em-isolamento/>

Passos IPBD, Juskevicius LF, Padoveze MC, Figueiredo RM. Estratégias educativas para prevenção de transmissão de microrganismos na atenção primária à saúde In: Proenf - Atenção primária à saúde. 1 ed. São Paulo: Artmed, 2020;1:1-32.

APÊNDICE B – PROTOCOLO COM-EFE: COMUNICAÇÃO EFETIVA EM SAÚDE PARA INDIVÍDUOS EM PREAUCÕES ESPECÍFICAS



ComEfe
Precauções Específicas



Comunicação Efetiva em Saúde

**COMUNICAÇÃO EFETIVA COM
PACIENTES EM PRECAUÇÕES
ESPECÍFICAS**

Com-Efe



AUTORES

Luize Fabrega Juskevicius. Doutoranda Enfermagem em Saude Coletiva. EEUSP
 Maria Clara Padoveze. Professora Doutora Programa de Enfermagem. EEUSP

APLICAÇÃO

Paciente em precauções específicas; familiares e acompanhantes de pacientes em situação de precauções específicas.

INTRODUÇÃO

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

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

O conceito de vulnerabilidade em saúde é oriundo da década de 80, quando começou a ser utilizado como quadro conceitual para dar resposta à epidemia de HIV com o objetivo de propor debates e ações sobre os diferentes graus da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção (Nichiate et al, 2008). Este conceito apresenta potencial para aplicação dirigida também a outros agravos. Contudo, os profissionais da assistência à saúde (PAS) ainda não estão completamente familiarizados com este conceito, pois a utilização deste termo ainda se dá no sentido do conceito clássico de risco. O conceito de vulnerabilidade foi estruturado em três dimensões indissociáveis: A dimensão social, a programática e a individual, esta última é permeada por aspectos que vão desde o que o indivíduo detém de informação até cultura, gênero, país, segmento social, faixa etária entre outros (Ayres et al, 2003; Bertolozzi et al, 2009).



Estes mesmos aspectos, quando abordados adequadamente poderão contribuir para um comportamento protetor, minimizando assim, a vulnerabilidade dos indivíduos aos agravos em saúde.

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

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

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

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



OBJETIVO

O objetivo deste protocolo é instrumentalizar profissionais para comunicação efetiva com pacientes em PE a fim de reduzir a vulnerabilidade individual aos eventos adversos.

INDICE

1. Definição de precaução padrão
2. Definição de precauções específicas
3. Roteiro para Comunicação Efetiva



1. PRECAUÇÕES PADRÃO

- Aplicar em todas as situações de atendimento a pacientes;
- Previnem a transmissão de microrganismos, inclusive quando ainda não ocorreu suspeita de doença transmissível;
- Protegem o profissional e evitam a transmissão cruzada entre pacientes.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A higienização das mãos deve ser feita com água e antisséptico degermante, ou preparação alcoólica (conforme capítulo a seguir). Higienizar após contato com fluidos corpóreos, manipular materiais e equipamentos contaminados, retirar luvas ou avental, antes e após contato com qualquer paciente.

LUVAS

As luvas são obrigatórias sempre que houver risco de contato com qualquer fluido corpóreo. Calçar as luvas após a higienização das mãos. Trocar as luvas mesmo entre procedimentos no mesmo paciente, caso ocorra contato com secreções contaminantes. Calçar luvas limpas antes de manipular mucosas ou pele não íntegra do paciente. Não tocar superfícies com as luvas (ex: telefone, teclado, maçaneta). Retirar as luvas imediatamente após o uso, e higienizar as mãos em seguida.

AVENTAL

Usar avental de manga longa sempre que houver risco de respingo ou contato da pele ou roupas do profissional com fluidos, secreções e excreções do paciente (ex: dar banho, aspirar secreção, realizar procedimentos invasivos). Vestir avental limpo antes do procedimento. Descartar o *hamper* imediatamente após o uso, e higienizar as mãos. Não usar o mesmo avental para cuidar de pacientes diferentes.

MÁSCARA CIRÚRGICA, ÓCULOS, PROTETOR FACIAL

Usar sempre que houver exposição da face do profissional a respingos de sangue, saliva, ou outros fluidos e secreções de pacientes. O profissional que apresentar infecção das vias aéreas (ex: resfriado) deve utilizar máscara cirúrgica até a remissão dos sintomas.

PREVENÇÃO DE ACIDENTES COM PERFUROCORCORTANTES

Não reencapar a agulha. Não desconectar a agulha da seringa antes do descarte. Disponibilizar caixas de descarte em locais de fácil acesso.

DESCONTAMINAÇÃO DO AMBIENTE

Realizar limpeza concorrente do mobiliário dos pacientes e das bancadas de trabalho a cada plantão. Realizar limpeza terminal na alta do paciente. Limpar e desinfetar superfícies sempre que houver sangue ou secreções.

ARTIGOS E EQUIPAMENTOS

Todos os artigos e equipamentos devem ser submetidos a limpeza e desinfecção ou esterilização antes de serem usados para outro paciente.

Fonte: Cassettari, Valéria; Silveira, Isa Rodrigues. Manual para a Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência. CCIH/HU-USP. São Paulo, 2018.



2. PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS

PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS

- As infecções de transmissão respiratória podem exigir precauções com gotículas ou com aerossóis, conforme o agente envolvido.

	GOTÍCULAS	AEROSSÓIS
JUSTIFICATIVA	Gotículas consideradas grandes (>5 micras) são eliminadas durante a fala, respiração, tosse e aspiração de secreções. Atingem até um metro de distância do paciente, e rapidamente se depositam no chão, cessando a transmissão. A transmissão não ocorre em distâncias maiores, nem por períodos prolongados.	A transmissão por aerossóis é diferente da transmissão por gotículas. Algumas partículas eliminadas durante a respiração, fala ou tosse podem se ressecar e ficam suspensas no ar por horas, atingindo inclusive quartos adjacentes. Poucos microrganismos são capazes de sobreviver nessas partículas.
EXEMPLOS	Doença Meningocócica, Rubéola, Influenza	Tuberculose, Sarampo, Varicela
QUARTO PRIVATIVO	Obrigatório, com porta fechada. Pode ser compartilhado entre porta do mesmo microrganismo.	Obrigatório, com porta fechada. A ventilação externa deve proporcionar seis trocas de ar por hora, e a janela não deve comunicar o quarto com área de circulação de pessoas. Ao invés da ventilação externa, pode ser utilizada ventilação com pressão negativa e filtro de alta eficácia (não é utilizada no HUUSP).
MASCARA	Usar máscara cirúrgica para entrar no quarto. Colocar a máscara antes de entrar no quarto, e dispensar no lixo após a saída.	Usar máscara tipo respirador (PFF2 ou equivalente) para entrar no quarto. Colocar a máscara antes de entrar, e retirar somente após a saída. Essa máscara pode ser reutilizada pelo mesmo profissional enquanto não estiver danificada e nem fora do prazo recomendado pelo fabricante.
TRANSPORTE DO PACIENTE	Evitar transportar o paciente. Realizar procedimentos no quarto, sempre que possível. Se o paciente precisar sair do quarto, deve usar máscara cirúrgica. Comunicar o diagnóstico do paciente à área para onde será transportado.	Evitar transportar o paciente. Realizar procedimentos no quarto sempre que possível. Se o paciente precisar sair do quarto, deve usar máscara cirúrgica. Comunicar o diagnóstico do paciente à área para onde será transportado.

Fonte: Cassettari, Valéria; Silveira, Isa Rodrigues. Manual para a Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência. CCIH/HU-USP. São Paulo, 2018.



PRECAUÇÕES DE CONTATO

- Aplicadas na suspeita ou confirmação de doença ou colonização por microrganismos transmitidos pelo contato. Para conferir as indicações deste tipo de precaução, consultar também os capítulos “Bactérias Multirresistentes” e “Indicações de precauções respiratórias e de contato”.

QUARTO PRIVATIVO

Recomendado. Pode ser individual, ou compartilhado entre pacientes portadores do mesmo microrganismo.

LUVAS

Uso obrigatório para qualquer contato com o paciente ou seu leito, mobiliário e equipamentos do entorno. Trocar as luvas entre dois procedimentos diferentes no mesmo paciente. Descartar as luvas no próprio quarto e higienizar as mãos imediatamente com gel alcoólico, ou degermante contendo antisséptico.

AVENTAL

Usar sempre que houver possibilidade de contato das roupas do profissional com o paciente, seu leito ou material e equipamento contaminado. Se o paciente apresentar diarreia, ileostomia, colostomia ou ferida com secreção não contida por curativo, o avental passa a ser obrigatório ao entrar no quarto. Dispensar o avental no *hamper* imediatamente após o uso (não pendurar).

TRANSPORTE DO PACIENTE

Deve ser evitado, preferindo procedimentos no leito sempre que possível. Quando for necessário o transporte, o profissional deverá seguir as precauções de contato durante todo o trajeto. Comunicar o diagnóstico do paciente à área para onde será transportado.

ARTIGOS E EQUIPAMENTOS

São todos de uso exclusivo para o paciente, incluindo termômetro, estetoscópio e esfigmomanômetro. Devem ser limpos e desinfetados (ou esterilizados) após a alta.

Fonte: Cassettari, Valéria; Silveira, Isa Rodrigues. Manual para a Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência. CCIH/HU-USP. São Paulo, 2018.



3. ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS

ROTEIRO PARA ELABORACAO DE AÇÕES EDUCATIVAS

Indivíduos em Precauções Específicas

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LUIZE FÁBREGA JUSKEVICIUS

MARIA CLARA PADOVEZE

SÃO PAULO

2015



PROPOSTA DO ROTEIRO

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

COMO O ROTEIRO PODE SER UTILIZADO?

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

Define-se por diálogo uma mediação do processo social, onde educador e educando se encontram numa tarefa em que ambos são sujeitos do ato e assim recriam o conhecimento (Miranda e Barroso, 2004).

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

Considerar a abordagem no momento em que as PE forem instituídas, pois proporciona mais possibilidade de exercer um comportamento protetor.

ELABORAÇÃO DA AÇÃO EDUCATIVA

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

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



Tópico	Sugestão de abordagem	Justificativa
Como abordar o indivíduo	Perguntar ao indivíduo o que ele conhece sobre seu diagnóstico, se é transmissível e como se transmite, levando a um resgate do conhecimento e experiências sobre sua condição de saúde.	A singularidade do indivíduo precisa ser considerada e as orientações não devem restringir-se a informações prescritivas ou a apresentação de textos padronizados.
	Perguntar sobre as internações anteriores e orientações recebidas sobre os cuidados durante a internação.	
O que abordar com o indivíduo	Por que está em PE:	
	Por que está em PE: Explicar a finalidade da instituição da PE, envolvendo o indivíduo, familiares e PAS frente o seu diagnóstico.	A partir das informações fornecidas pelo indivíduo, a orientação precisa completar ou reforçar o conhecimento ou corrigir eventuais erros sobre o motivo de instituição de PE.
	Explicar o tempo de permanência em PE.	Este item tem potencial para reduzir sentimentos negativos como a ansiedade e dúvidas.
	Explicar a diferença entre colonização e infecção.	Para o indivíduo pode não ser muito clara a diferença entre estar colonizado e infectado e o desconhecimento destes conceitos pode gerar ansiedade sobre o diagnóstico. O esclarecimento de que a condição de portador pode ser um fator de transmissão é



O que abordar com o indivíduo		importante para a aceitação da necessidade de introdução das PE.	
	O que deve ser utilizado:		
	Explicar o que os PAS devem utilizar como paramentação: Apresentar os EPI's para o quarto/leito e deixar que o indivíduo conheça e manipule os materiais e experimente-os.		Ao conhecer o que deve ser utilizado para o seu cuidado, o indivíduo pode buscar comportamento auto-protetor e sinalizar os PAS e visitantes quando uso inadequado de EPI's.
	Explicar o que os familiares e visitantes devem utilizar como paramentação e quais cuidados específicos podem ser tomados.		
	Como os EPI's devem ser utilizados e quais os outros cuidados:		
	Orientar o indivíduo sobre as condutas e paramentações para sair do quarto. A sugestão é que o indivíduo experimente os EPI's (neste momento os PAS devem referir-se aos procedimentos padronizados pela CCIH da sua instituição)		No momento em que experimentar os EPI's, o indivíduo pode expressar os sentimentos e sensações ao utilizar aquela paramentação.
	Explicar como serão os procedimentos em caso de reinternação por bactérias multi resistentes.		Colabora com a compreensão do indivíduo para a próxima internação.
	Perguntar sobre seus hábitos de higiene de mãos e reforçar a importância desta medida para sua proteção.		Identificar as práticas de higiene que o indivíduo tem para depois introduzir e novas informações sobre a higiene de mãos e reforçar aquelas já apreendidas.
Informar que a equipe está			



O que abordar com o indivíduo	capacitada em relação ao uso de EPI's em de cada PE.	Toda a equipe deve ter uma conduta uniforme para proteção do indivíduo em PE, dos outros indivíduos e de si próprio
	Orientar o indivíduo a notificar o(a) enfermeiro(a) sobre qualquer inadequação no processo dos seus cuidados, como ausência de higiene de mãos e/ou não utilização de EPI's.	A identificação de práticas e procedimentos de risco dos PAS pelo próprio indivíduo pode evitar a ocorrência de eventos adversos. A indicação de notificação ao profissional enfermeiro ocorre, pois em geral ele exerce o papel de integrar as ações entre os diferentes profissionais de saúde.
Captção da compreensão do indivíduo	<p>Captar o conhecimento apreendido pelo indivíduo e familiares. A captação poderá ser feita através do estímulo a verbalização sobre o que foi apreendido. Sugere-se também avaliar a captação da informação por meio da observação do comportamento do indivíduo, a fim de verificar se este é congruente com o que foi verbalizado/orientado.</p> <p>Recomenda-se que periodicamente seja realizada nova abordagem.</p>	A avaliação após a realização da ação educativa é fundamental para reconhecer o que o indivíduo apreendeu sobre a ação realizada.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*. 2010;76(2):97-102.
- Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Junior I. O risco, vulnerabilidade e prática de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. *Tratado de saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006
- Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2009 ;43(2):1326-30
- Cassettari, Valéria; Silveira, Isa Rodrigues. *Manual para a Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência*. CCIH/HU-USP. São Paulo, 2018
- Chiesa AM, Veríssimo MLOR. *A Educação em saúde na prática do PSF: Manual de enfermagem instituto para o desenvolvimento da saúde*. São Paulo, 2001.
- Juskevicius LF, Padoveze MC. *Precaucoes e Isolamento: Comunicacao efetiva com pacientes em precaucoes especificas por bacterias multiresistentes e seus familiares*. In: *Plano de prevencao e controle de bacterias multirresistentes para hospitais do Estado de Sao Paulo, Centro de Vigilancia Epidemiologica do Estado de Sao Paulo*, 2016.
- Juskevicius LF, Padoveze MC. *Precauções específicas para evitar a transmissão de microrganismos: desenvolvimento e validação de roteiro educacional*. *Cogitare Enferm* 2016; 21(4): 01-10.
- Meyer EED, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Caderno de Saúde Pública*. 2006;22(6):1335-1342
- Morais MI. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2010;10(2).
- Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracollila LA. A utilização do conceito "Vulnerabilidade" pela enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2008;16 (5).
- Rabelo AHS, Souza TV. O conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contato: Contribuições para a enfermagem pediátrica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2009;13(02):271-78.
- Sieguel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agent in healthcare settings. *Am J Infec Control*. [Internet] 2007 [cited 2013 Jun 15]; 35: 65-164. Available from: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>
- WHO. World Health Organization. Patients for Patient Safety – Statement of Case. How patient engagement became a priority. [Internet]. 2004 [cited 2016 Apr 06] Available from: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/en/index.html

APÊNDICE C –BANNER DIVULGAÇÃO COM-EFE

Voce ja pensou que....



Essa imagem pode ser diferente?

Se o *“Protocolo para Comunicação Efetiva com pacientes em Precauções Específicas”* for utilizado



Eventos adversos podem ser evitados, por meio de uma comunicação efetiva entre profissionais de saúde e paciente

O ComEfe foi desenvolvido para melhorar a comunicação com pacientes em situação de PE...

Participe e incentive seus colegas a participar da implementação do ComEfe!!!

APÊNDICE D – SELO COMUNICAÇÃO EFETIVA COM-EFE

SELO DE COMUNICACAO
EFETIVA
Tipo de PE: _____
Motivo: _____
Data da PE: _____
Profissional: _____
Data da conversa: _____

APÊNDICE E – ROTEIRO PARA OFICINAS DE ENFERMEIROS(AS)- FASE 3: ADAPTAÇÃO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Perguntas iniciais:

Comente como está ocorrendo a implementação do Com-Efe nesta unidade.

Complexidade:

Você teve algum problema para a implementação do Com-Efe?

Origem da intervenção:

O que você está achando da iniciativa de implementar o Com-Efe? Quem você acredita que está envolvido na construção e aplicação deste protocolo?

Prioridade relativa:

Como a aplicação do Com-Efe se encaixa nas suas rotinas de prioridades atuais?

Compatibilidade:

Caso não esteja sendo aplicado ou não se encaixe na rotina de prioridades:

Como você realiza a orientação de pacientes e familiares de pacientes em Precauções Específicas?

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - FASE 3: ADAPTAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr(a) para participar da pesquisa intitulada “Avaliação da implementação do Com-Efe: protocolo para comunicação efetiva com indivíduos em precauções para doenças transmissíveis”, desenvolvida pela Sra. Luize Fábrega Juskevicius.

O objetivo desta pesquisa é avaliar o processo e resultados da implementação do protocolo para comunicação efetiva com pacientes em precauções específicas – Com-Efe.

Sua participação é voluntária e acontecerá mediante uma oficina, que será gravada em áudio para posterior transcrição. A duração estimada da oficina é de 30 minutos e será realizada nas dependências do setor de clínica médica ou cirúrgica do Hospital Universitário.

Durante a oficina, você pode sentir algum desconforto, pois o assunto tratado pode mobilizar sentimentos desagradáveis. Caso isso ocorra, podemos suspender a sua participação.

Você tem liberdade para retirar seu consentimento, sem qualquer prejuízo, e a qualquer momento da investigação.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não se divulgará a identificação de nenhum participante da pesquisa, garantindo, assim, o seu anonimato e a privacidade da sua participação.

Não há benefícios diretos ou previsão de custo com a sua participação neste estudo.

Você poderá solicitar indenização em virtude de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

A pesquisadora responsável por este estudo pode ser encontrada na Rua Maria Máximo, 11030-101 – Santos-SP. No telefone: (13)997372436 e e-mail: luizejuskevicius@usp.br.

Caso você tenha alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Endereço: Av. D.r Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP: 05403-000. Telefone: (11)3061-8858 e e-mail: cepee@usp.br.

Identificação Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP -
Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565, 3º andar - CEP: 05508-000. *E-mail:*
cep@hu.usp.br. Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h.

Caso você tenha compreendido as informações prestadas e concorde em participar, por favor, assine as duas vias deste Termo de Consentimento, guarde uma via assinada pelo pesquisador para si e devolva a outra.

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.

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Participante

Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO GOOGLE FORMULÁRIOS PARA BOOSTER DO COM-EFE

IMPLEMENTAÇÃO COM-EFE HU

Avaliação da implementação do protocolo ComEfe no Hospital Universitário (HU-SP)

* Required

Email address *

Your email

VOCÊ SABE O QUE É O COM-EFE? *

- SIM
- NÃO
- JÁ VI, MAS NÃO SEI EXATAMENTE DO QUE SE TRATA
- NÃO SEI, MAS TENHO CURIOSIDADE EM SABER

VOCÊ JÁ USOU O COM-EFE? *

- SIM
- NÃO

VOCÊ ACREDITA QUE A PANDEMIA DE COVID-19: *

- ESTIMULOU A IMPLEMENTAÇÃO DO COM-EFE
- ATRAPALHOU A IMPLEMENTAÇÃO DO COM-EFE
- NEM ATRAPALHOU NEM ESTIMULOU
- NÃO SEI O QUE É O COM-EFE

"A educação de pacientes em precauções específicas é uma prioridade no trabalho da enfermagem e deve ser feita de maneira sistemática". QUAL A SUA OPINIÃO EM RELAÇÃO A ESSA FRASE? *

- CONCORDO PLENAMENTE
- CONCORDO PARCIALMENTE
- NÃO TENHO OPINIÃO
- DISCORDO PARCIALMENTE
- DISCORDO TOTALMENTE

APÊNDICE H –ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS ENFERMEIROS(AS) - FASE 4: AVALIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - ESCOLA DE ENFERMAGEM

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Caracterização do sujeito do estudo

Nome: _____

Unidade de serviço: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Tempo de formação: _____

Tempo de trabalho na instituição: _____

Tempo de trabalho no setor: _____

Possui especialização? _____ Se sim, qual? _____

I. Características da Intervenção

Origem da intervenção

1. O que você está achando desta implementação do Com-Efe?

Força e qualidade da evidência

2. Você acredita que esta implementação do Com-Efe está embasada em evidência científica? Por quê?

Vantagem relativa

3. Que vantagens você vê no Com-Efe?

4. E qual alternativa você vê para a mesma finalidade?

Adaptabilidade

5. Você acredita que é necessário alguma adaptação ou melhoria para o Com-Efe? Quais?

Complexidade

6. Você está encontrando dificuldades em utilizar o Com-Efe na educação de pacientes em precauções específicas? Quais?

Qualidade da apresentação dos materiais

7. Qual a sua opinião da forma como o Com-Efe foi apresentado para as unidades?

II. Outer setting

Cosmopolitismo

8. Sua unidade fez contato com a outra unidade para trocar ideias sobre o Com-Efe?

Necessidade dos pacientes

9. Você conhece as necessidades de educação e orientação dos pacientes, visitantes e acompanhantes em precauções específicas atendidos na sua Unidade?

Pressão pelos pares

10. Que tipo de impacto tem o fato de você saber que outras instituições já estariam implementando educação de pacientes em precauções específicas antes da sua instituição começar a participar?

III. Inner settings

Características estruturais

11. O que sua unidade já vinha fazendo antes referente à educação de pacientes, visitantes e acompanhantes em precauções específicas?

Redes e comunicações

12. Como ocorre a implementação de novas iniciativas na sua Unidade?

Cultura

13. Como você vê as características da sua unidade com relação a preocupação com o envolvimento e educação de pacientes, especificamente em relação as precauções específicas?

Clima para implementação

14. Como o Com-Efe foi recebido na sua unidade? Foi realizado algum tipo de preparação?

Tensão para mudança

15. Antes do Com-Efe, já havia alguma percepção de que era necessária algum roteiro ou guia específico para educação de pacientes em precauções específicas?

Prioridade relativa

16. Qual a sua percepção quanto ao grau de importância dada para o Com-Efe na sua unidade?

Incentivos e recompensas institucionais

17. Que tipos de incentivos internos você pôde perceber que ajudaram na implementação do Com-Efe?

Clima de aprendizagem

18. Houve algum aprendizado durante a implementação do Com-Efe? Se sim, Qual?

Compromisso da liderança

19. Quais foram suas ações para a implementação do Com-Efe?

Recursos disponíveis

20. Que tipos de recursos foram utilizados diretamente para o Com-Efe (tempo, espaço físico):

Acesso à informação e conhecimento

21. Qual foi o grau de dificuldade em acessar as informações sobre o Com-Efe?

IV. Características dos indivíduos

Conhecimento e crença em relação a intervenção

22. Na sua perspectiva, o seu conhecimento individual sobre Precauções Específicas influenciou de alguma forma na implementação do Com-Efe? Porquê?

Autoeficácia

23. O quanto você achou complicado ou difícil utilizar o Com-Efe na educação dos pacientes, visitantes e acompanhantes em precauções específicas?

Estágio individual de mudança

24. Como você classificaria o seu grau de envolvimento na implementação do Com-Efe: pouca, moderada, alta, muito alta? Porquê?

24b. O quanto você está motivado(a) a estimular os seus colegas?

Identificação individual com a organização

25. Conte como é o seu relacionamento e seu grau de comprometimento com sua instituição:

Compatibilidade

26. Como o Com-Efe se encaixou no seu dia a dia de trabalho?

V. Processo

Planejamento

27. Você pode descrever o plano para implementar o protocolo Com-Efe na sua Unidade?

Líderes de opinião

28. Você apontaria alguma pessoa que pode ter influenciado (positivamente ou negativamente) na implementação do Com-Efe?

Líderes internos formalmente nomeados

29. Como foi a decisão dentro da sua unidade de quem seria a pessoa responsável por garantir a educação dos pacientes em precauções específicas?

Execução

30. Como você tem feito a rotina de educação de pacientes em precauções específicas?

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - FASE 4: AVALIAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr(a) para participar da pesquisa intitulada “Avaliação da implementação do Com-Efe: protocolo para comunicação efetiva com indivíduos em precauções para doenças transmissíveis”, desenvolvida pela Sra. Luize Fábrega Juskevicius.

O objetivo desta pesquisa é avaliar o processo e resultados da implementação de um roteiro para embasar ações educativas, para indivíduos em precauções específicas.

Sua participação é voluntária e acontecerá mediante uma entrevista, que será gravada em áudio, para posterior transcrição do depoimento. A duração estimada da entrevista é de 30 minutos e ocorrerá em local privativo nas dependências do setor de clínica médica ou cirúrgica do Hospital Universitário.

Durante a entrevista, você pode sentir algum desconforto, pois o assunto tratado pode mobilizar sentimentos desagradáveis. Caso isso ocorra, podemos suspender a entrevista.

Você tem liberdade para retirar seu consentimento, sem qualquer prejuízo, e a qualquer momento da investigação.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante da pesquisa, garantindo, assim, o seu anonimato e a privacidade da sua participação.

Não há benefícios diretos ou previsão de custo com a sua participação neste estudo.

Você poderá solicitar indenização em virtude de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Rubrica participante: _____ Rubrica pesquisador: _____

A pesquisadora responsável por este estudo pode ser encontrada na Rua Maria Máximo, 11030-101 – Santos-SP. No telefone: (13)997372436 e e-mail: luizejuskevicius@usp.br.

Caso você tenha alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Endereço: Av. D.r Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP: 05403-000. Telefone: (11)3061-8858 e e-mail: cepee@usp.br.

Identificação Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP - Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565, 3º andar - CEP: 05508-000. E-mail: cep@hu.usp.br. Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h.

Caso você tenha compreendido as informações prestadas e concorde em participar, por favor, assine as duas vias deste Termo de Consentimento, guarde uma via assinada pelo pesquisador para si e devolva a outra.

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.

Luize Fábrega Juskevicius
EEUSP

Assinatura do Participante

Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE J – PLANILHA COLETA DE DADOS PREVALÊNCIA DE PACIENTES EM PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS - FASE 4: AVALIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM



Nome do pesquisador:

Data: __/__/__

Unidade sob vigilância:

Paciente	Contato	Gotículas	Respiratório	Associadas	Doença (motivo da precaução)	Selo de comunicação efetiva? (S\N)

Resumo da Situação Epidemiológica (diária):

Precauções	Número de casos de precauções total no dia	Prevalência	Observações
------------	--	-------------	-------------

Contato

Gotículas

Aerossol

Associadas

Total

Número de pacientes internados (denominador): _____

Definições:

Fórmula de prevalência: número de casos em precauções internados (novos e antigos)/número de pacientes internados (no dia) x 100

ANEXOS

ANEXO 1 – TRADUÇÃO DO CONSOLIDATED FRAMEWORK FOR IMPLEMENTATION RESEARCH (CFIR)

1

Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação - CFIR (*Consolidated Framework for Implementation Research - CFIR*)

Comitê de tradução

Translation committee

Maria Clara Padoveze

Enfermeira. Mestre, Doutora. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.

RN, MsC, PhD Associate Professor School of Nursing, University of São Paulo. São Paulo, Brazil.

padoveze@usp.br

Celso Inguane

Antropólogo. Mestre, Doutor. Postdoc do Departamento de Saúde Global, University of Washington, Seattle, USA.

PhD, MPH Postdoctoral scholar Department of Global Health University of Washington, Seattle, USA.

celsoi@uw.edu

Reginaldo Adalberto Luz

Enfermeiro. Mestre, Doutor. Professor Instrutor Santa Casa de São Paulo da Faculdade de Ciências Médicas. São Paulo, Brasil.

RN, MsC, PhD Instructor Professor Santa Casa de São Paulo School of Medical Sciences, São Paulo, Brazil.

reginaldo.enfermeiro@gmail.com

Luize Fábrega Juskevicius

Enfermeira. Mestre. Doutoranda na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.

RN, MsC, PhD research School of Nursing, University of São Paulo, Brazil

luizejuskevicius@usp.br

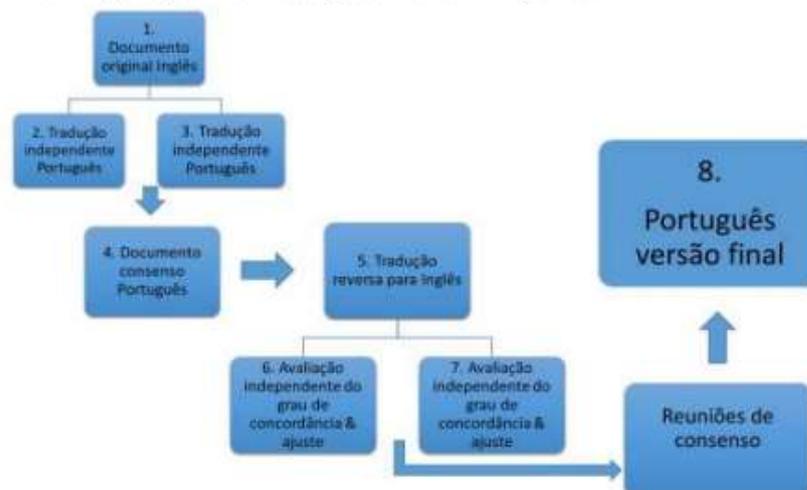
Processo de tradução

A equipe de tradutores foi composta por nativos do idioma Português, sendo três deles nativos do idioma Português do Brasil (BR). Todos os membros da equipe de tradução possuem experiência de atividades de pesquisa internacional em países de língua inglesa.

O documento referente aos constructos do Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação original em Inglês foi traduzido de forma independente para o Português (BR) por dois pesquisadores, a partir do original disponível em: <https://cfirguide.org/constructs>.

Após a primeira tradução de consenso, foi realizada a tradução reversa, por um tradutor profissional (Português – Inglês). A partir da tradução reversa, dois pesquisadores identificaram o grau de concordância (alto, moderado ou baixo) entre a versão original, as versões traduzidas e a tradução reversa e realizaram o ajuste da versão da tradução do documento para o Português (BR) / Português. Os quatro pesquisadores realizaram reuniões com o objetivo de examinar as discrepâncias entre palavras, frases e significados. As traduções com concordância moderada ou baixa foram revistas a fim de alcançar equivalência conceitual (mesma compreensão) e semântica (mesmo significado). Ao final o comitê avaliou se a tradução apresentava palavras com sentido diferente em Português e Português (BR). Onde necessário, as adaptações para o Português foram feitas em formato de notas. Algumas palavras e expressões são de difícil tradução direta do Inglês para o Português/ Português (BR); neste caso notas do tradutor foram feitas ao final para justificar as opções definidas pela equipe de tradução. (Figura)

Figura. Representação esquemática do processo de tradução dos constructos do Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação – CFIR do original em Inglês para o Português. Dezembro, 2020.



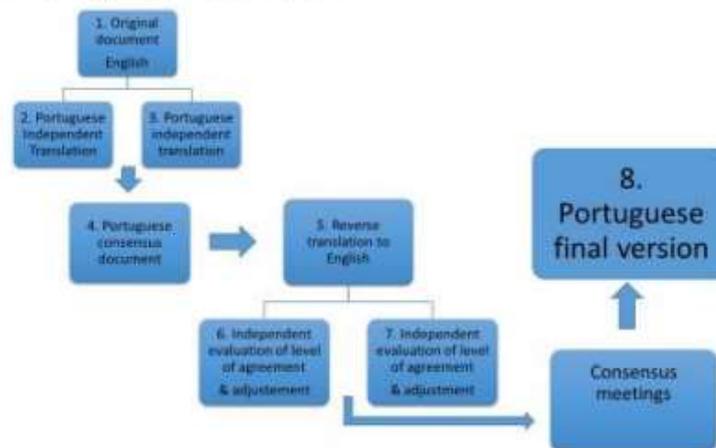
Translation process

The team of translators was composed of native speakers of the Portuguese language, three of them being native speakers of Brazilian Portuguese (BR). All members of the translation team have experience in international research activities in English-speaking countries.

The document regarding the constructs of the Consolidated Framework for Implementation Research in English was independently translated into Portuguese (BR) by two researchers, from the original available at: <https://cfirguide.org/constructs>.

After the first consensus translation, the reverse translation was performed by a professional translator (Portuguese - English). From the reverse translation, two researchers identified the level of agreement (high, moderate or low) between the original version, the translated versions and the reverse translation, and carried out the adjustment of the version of the translation of the document into Portuguese (BR) / Portuguese. The four researchers held meetings to examine discrepancies between words, phrases and meanings. The translations with moderate or low concordance were reviewed in order to achieve conceptual (same understanding) and semantic (same meaning) equivalence. At the end, the committee evaluated whether the translation had words with different meanings in Portuguese and Portuguese (BR). Where necessary, adaptations to Portuguese were made in note format. Some words and expressions are difficult to translate directly from English into Portuguese/Portuguese (BR); in this case, translator's notes were made at the end to justify the options set by the translation team (Figure).

Figure. Schematic representation of the translation process of the Consolidated Framework for Implementation Research - CFIR constructs from the original English into Portuguese. December, 2020.



Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação		
CFIR Website		
Constructo¹	Breve descrição	
I. CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO		
A	Origem da intervenção	Percepção dos principais interessados se a intervenção é desenvolvida internamente ² ou externamente.
B	Força e qualidade da evidência	Percepção dos principais interessados de que a qualidade e a validade da evidência sustentam a crença de que a intervenção terá os resultados desejados.
C	Vantagem relativa	Percepção dos principais interessados sobre a vantagem de implementar a intervenção versus uma solução alternativa.
D	Adaptabilidade	Em que medida a intervenção pode ser adaptada, moldada, refinada, ou reinventada para atender as necessidades locais.
E	Testabilidade	A habilidade de testar a intervenção em pequena escala na organização e ser capaz de reverter (desfazer a implementação) se necessário.
F	Complexidade	Dificuldade percebida da implementação, refletida pela duração, escopo, radicalidade, perturbação, centralidade, complexidade e número de passos necessários para implementar.
G	Qualidade do projeto e da apresentação.	Excelência percebida em como a intervenção é composta, apresentada e estruturada.
H	Custo	Custos da intervenção e custos associados à implementação da intervenção, incluindo de investimento, fornecimento e custos de oportunidade.

¹ O termo "conceito operacional" é, igualmente, aceitável.

² Há quem prefira escrever "interna ou externamente".

II. CENÁRIO EXTERNO		
A	Necessidades dos pacientes e recursos	Em que medida as necessidades dos pacientes, assim como as barreiras e facilitadores para suprir essas necessidades são conhecidos com precisão e priorizados pela organização ³ .
B	Cosmopolitanismo	Em que medida uma organização é ligada em rede a outras organizações externas.
C	Pressão de pares	Pressão mimética ou competitiva para implementar uma intervenção; tipicamente porque a maioria das organizações ou outra organização-chave similar ou concorrente já implementou ou há uma luta por uma vantagem competitiva.
D	Políticas e incentivos externos	Um constructo amplo que inclui estratégias externas para disseminar intervenções, incluindo políticas e regulações (governamentais ou de outras entidades centrais), determinações externas, recomendações e diretrizes, pagamento por desempenho, colaborativas e relatório público ou de referência.
III. CENÁRIO INTERNO		
A	Características estruturais	A arquitetura social, idade, maturidade e tamanho de uma organização.
B	Redes de relações e Comunicação	Natureza e qualidade das redes de relações sociais e, natureza e qualidade da comunicação formal e informal numa organização.
C	Cultura	Normas, valores e premissas básicas de uma determinada organização.
D	Clima de implementação	A capacidade de absorção para mudança, receptividade compartilhada para uma intervenção entre os indivíduos envolvidos e, em que medida a utilização de tal intervenção será recompensada, apoiada e esperada na organização.

³ No contexto do CFIR, o termo organização também significa instituição.

1	Tensão para mudanças	Em que medida os principais interessados compreendem a situação atual como intolerável ou requer mudança.
2	Compatibilidade	O grau de ajuste tangível entre os valores e significados ligados a intervenção pelos indivíduos envolvidos; como estes se alinham às normas, valores, riscos e necessidades percebidas pelos indivíduos; como a intervenção se encaixa nos fluxos e sistemas de trabalho existentes.
3	Prioridade relativa	Percepção partilhada entre os indivíduos sobre a importância da implementação numa organização.
4	Incentivos e recompensas organizacionais	Incentivos extrínsecos, como prêmios de compartilhamento ⁴ de metas, revisão de desempenho, promoções, aumentos salariais e outros incentivos menos tangíveis, tais como aumento da importância ou respeito.
5	Metas e Retroalimentação	Em que medida as metas são comunicadas claramente, tratadas e retroalimentadas à equipe e o alinhamento dessa retroalimentação com as metas.
6	Clima de aprendizagem	Um clima no qual: a) os líderes expressam a sua falibilidade e necessidade de assistência e contribuição dos membros da equipe; b) os membros da equipe sentem que são essenciais, valorizados e parceiros reconhecidos no processo de mudança; c) os indivíduos se sentem psicologicamente seguros para tentar novos métodos; e d) há tempo e espaço suficiente para a reflexão e avaliação.
E	Prontidão para implementação	Indicadores tangíveis e imediatos do compromisso da organização na sua decisão de implementar a intervenção.
1	Compromisso da liderança	Compromisso, envolvimento, e responsabilização dos líderes e gestores com a implementação.
2	Recursos disponíveis	O nível dos recursos alocados para a implementação e operações em andamento, incluindo dinheiro, treinamento, educação, espaço físico e tempo.

⁴ Em português, também se usa o termo "partilha".

3	Acesso à informação e ao conhecimento	Facilidade de acesso à informação assimilável e ao conhecimento sobre a intervenção e como incorporá-los às tarefas do trabalho.
IV. CARACTERÍSTICAS DOS INDIVÍDUOS		
A	Conhecimento e crenças sobre a intervenção	Atitudes individuais em relação à intervenção e valores atribuídos à intervenção, assim como a familiaridade com factos, verdades e princípios relacionados à intervenção.
B	Auto eficácia	Crença individual na sua própria capacidade para executar as ações necessárias para alcançar as metas da implementação.
C	Estágio individual de mudança	Caracterização da fase em que um indivíduo está, à medida que ele ou ela avança para um uso habilidoso, entusiasmado e sustentável da intervenção.
D	Identificação individual com a organização	Um constructo amplo relacionado à como os indivíduos percebem a organização, seu relacionamento e grau de compromisso com essa organização.
E	Outros atributos pessoais	Um constructo amplo que inclui outros traços pessoais, como tolerância à ambiguidade, habilidade intelectual, motivação, valores, competência, capacidade e estilo de aprendizagem.
V. PROCESSO		
A	Planificação	Em que medida um projeto ou método de conduta e tarefas para implementar a intervenção são desenvolvidos antecipadamente e a qualidade desses projetos ou métodos.
B	Engajamento	Atração e envolvimento das pessoas certas na implementação e no uso da intervenção por meio de uma estratégia combinada de marketing social, educação, profissionais modelos de conduta, treinamento e outras atividades similares.

1	Líderes de Opinião	Indivíduos numa organização que têm influência formal ou informal sobre as atitudes e as convicções dos seus colegas, a respeito da implementação da intervenção.
2	Líderes Formalmente Designados Internamente para a Implementação	Indivíduos dentro da organização que foram formalmente designados responsáveis para implementar uma intervenção, como coordenadores, gestores de projeto, líderes de equipe ou outra posição similar
3	Apoiadores ⁵	Indivíduos que se dedicam a apoiar, difundir e reforçar a implementação, superando a indiferença ou resistência que a intervenção possa enfrentar numa organização.
4	Agentes Externos de Mudança	Indivíduos que são afiliados a uma entidade externa, que formalmente influencia ou facilita decisões de intervenções numa direção desejável.
C	Execução	Executar ou concluir a implementação de acordo com o plano.
D	Reflexão e avaliação	Retroalimentação quantitativa e qualitativa sobre o decurso e a qualidade da implementação, acompanhada de atualizações regulares individuais e para a equipe sobre o progresso e a experiência.

⁵ Em português também se pode usar o termo “apoiantes”. Mas, de forma geral, não há uma tradução fiel do termo “champions” para a língua portuguesa.

Nota complementar do comitê de tradução

A língua portuguesa ou português, é falada em 9 países: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe, Timor Leste. Um acordo ortográfico foi assinado em 1990 entre países que formam a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Contudo, os sentidos de algumas palavras e expressões possuem diferenças entre os países, notadamente o Português falado no Brasil (BR). Durante o processo de tradução, os membros do comitê buscaram identificar palavras e expressões para minimizar o impacto dessas eventuais diferenças.

Alguns desafios durante o processo de tradução se referem a ausência de termo de tradução fiel ao sentido do termo usado em inglês. A seguir são apresentadas as justificativas para algumas das principais escolhas de neologismos ou palavras equivalentes, na ausência de termo de tradução direta fiel ao sentido empregado no documento original.

Testability: testabilidade pode ser considerado ou neologismo ou anglicismo, não tendo sido identificada esta palavra em dicionários de língua portuguesa. Tem sido utilizada na área de conhecimento de tecnologia de informação, porém com sentido próprio. Contudo, os autores optaram por manter esta tradução uma vez que é de fácil compreensão o seu sentido dentro do quadro de referência apresentado.

Setting: cenário foi escolhido por ser considerada a tradução mais apropriada considerando a definição em Damschroder et al, 2009: "...the 'setting' includes the environmental characteristics in which implementation occurs..."

Cosmopolitanism: cosmopolitanismo também pode ser considerado um neologismo. Contudo, esta foi a opção para diferenciar da palavra "cosmopolitismo", relacionada a interesse por tudo o que provem de grandes centros.

Stakeholders: optou-se por principais interessados, embora podendo admitir-se outras expressões cabíveis, tais como "principais envolvidos" ou "partes interessadas", entre outras.

Champions: optou-se por apoiadores, pois a tradução direta "campeões" não é compatível com o sentido atribuído em inglês e considerando a compatibilidade com o constructo.

Referência

Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci* 2009;4:50.

**ANEXO 2 – MANUAL PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES
RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE (IRAS) - CCIH/HU**

**Manual para a Prevenção das
Infecções Relacionadas à Assistência**



**São Paulo
2018**

Sugestão para citação

Cassettari, Valéria; Silveira, Isa Rodrigues. Manual para a Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência. CCIH/HU-USP. São Paulo, 2018.

É permitida a reprodução total ou parcial desta publicação, desde que citada a fonte.

Autoras:

Valéria Cassettari

Médica Infectologista, Coordenadora do Controle de Infecções Hospitalares do Hospital Universitário da USP

Isa Rodrigues da Silveira

Enfermeira do Controle de Infecções Hospitalares do Hospital Universitário da USP

Colaboradoras:

Cristiane Lion de Botero – colaboração em Reprocessamento de Artigos Hospitalares
Chefe de Seção Técnica do Centro de Materiais e Esterilização do Hospital Universitário da USP

Claudia Moraes – colaboração em Processamento de Endoscópios Flexíveis

Enfermeira Chefe do Serviço de Diagnóstico por Imagem e Endoscopia do Hospital Universitário da USP

INTRODUÇÃO

O objetivo deste manual é orientar, de forma clara e objetiva, sobre as medidas básicas de prevenção das infecções hospitalares.

Os temas foram selecionados a partir das dúvidas apresentadas pela equipe assistencial ao serviço de controle de infecção do Hospital Universitário da USP.

São medidas simples e essenciais para a segurança dos pacientes e profissionais de saúde. Diminuem os riscos de infecção hospitalar e a circulação de bactérias multirresistentes, gerando melhores resultados das internações.

ÍNDICE

PRECAUÇÕES E ISOLAMENTO

PRECAUÇÕES PADRÃO.....	6
HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS.....	8
PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS.....	11
PRECAUÇÕES DE CONTATO.....	12
INDICAÇÕES DE PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS E DE CONTATO.....	13
ISOLAMENTO POR BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES.....	18
CULTURAS DE VIGILÂNCIA.....	20
UNIDADE NEONATAL – NORMAS PARA INTERNAÇÃO DE PACIENTES EXTERNOS	22
VÍRUS RESPIRATÓRIOS EM CRIANÇAS – NORMAS PARA PREVENÇÃO	24
TUBERCULOSE PULMONAR - NORMAS PARA ISOLAMENTO.....	25
VARICELA.....	27
TÉTANO: PROFILAXIA APÓS FERIMENTOS.....	31
DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	32
VACINAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	34
ACIDENTES OCUPACIONAIS COM MATERIAL BIOLÓGICO	35

INFECÇÕES RELACIONADAS A PROCEDIMENTOS – PREVENÇÃO/TRATAMENTO

ANTISSEPZIA DAS MÃOS PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	40
PREPARO DA PELE DO PACIENTE PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	42
ANTIBIOTICO-PROFILAXIA PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E ENDOSCÓPICOS ...	44
COLETA DE HEMOCULTURA	51
CATETER VENOSO CENTRAL – INSERÇÃO E CUIDADOS	54
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE INFECÇÃO RELACIONADA A CATETER	58
BACTERIÚRIA x INFECÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A SONDA VESICAL	60

ROTINAS DE TROCA E PROCESSAMENTO DE PRODUTOS

ROTINA DE TROCA DE CATETERES VASCULARES	62
ROTINA DE TROCA DE EQUIPOS E ACESSÓRIOS	64
ROTINA DE TROCA DE ACESSÓRIOS DE VENTILAÇÃO	66
PROCESSAMENTO DE PRODUTOS MÉDICO-HOSPITALARES	68
PROCESSAMENTO DE ENDOSCÓPIOS FLEXÍVEIS	78

PROTOCOLO SEPSE PARA PRONTO SOCORRO DE ADULTOS	82
---	-----------

SENSIBILIDADE BACTERIANA – DADOS LOCAIS	84
--	-----------

PRECAUÇÕES PADRÃO

Aplicar em todas as situações de atendimento a pacientes. Previnem a transmissão de microrganismos, inclusive quando ainda não ocorreu suspeita de doença transmissível. Protegem o profissional e evitam a transmissão cruzada entre pacientes.

❖ HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A higienização das mãos deve ser feita com água e antisséptico degermante, ou preparação alcoólica (conforme capítulo a seguir). Higienizar após contato com fluidos corpóreos, manipular materiais e equipamentos contaminados, retirar luvas ou avental, antes e após contato com qualquer paciente.

❖ LUVAS

As luvas são obrigatórias sempre que houver risco de contato com qualquer fluido corpóreo. Calçar as luvas após a higienização das mãos. Trocar as luvas mesmo entre procedimentos no mesmo paciente, caso ocorra contato com secreções contaminantes. Calçar luvas limpas antes de manipular mucosas ou pele não íntegra do paciente. Não tocar superfícies com as luvas (ex: telefone, teclado, maçaneta). Retirar as luvas imediatamente após o uso, e higienizar as mãos em seguida.

❖ AVENTAL

Usar avental de manga longa sempre que houver risco de respingo ou contato da pele ou roupas do profissional com fluidos, secreções e excreções do paciente (ex: dar banho, aspirar secreção, realizar procedimentos invasivos). Vestir avental limpo antes do procedimento. Dispensar no *hamper* imediatamente após o uso, e higienizar as mãos. Não usar o mesmo avental para cuidar de pacientes diferentes.

❖ MÁSCARA CIRÚRGICA, ÓCULOS, PROTETOR FACIAL

Usar sempre que houver exposição da face do profissional a respingos de sangue, saliva, ou outros fluidos e secreções de pacientes. O profissional que apresentar infecção das vias aéreas (ex: resfriado) deve utilizar máscara cirúrgica até a remissão dos sintomas.

❖ PREVENÇÃO DE ACIDENTES COM PERFUROCORTANTES

Não reencapar a agulha. Não desconectar a agulha da seringa antes do descarte. Disponibilizar caixas de descarte em locais de fácil acesso.

❖ DESCONTAMINAÇÃO DO AMBIENTE

Realizar limpeza concorrente do mobiliário dos pacientes e das bancadas de trabalho a cada plantão. Realizar limpeza terminal na alta do paciente. Limpar e desinfetar superfícies sempre que houver sangue ou secreções.

❖ ARTIGOS E EQUIPAMENTOS

Todos os artigos e equipamentos devem ser submetidos a limpeza e desinfecção ou esterilização antes de serem usados para outro paciente.

Referência:

Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, 2007 - Last update: February, 2017

Disponível em <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>

HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

INTRODUÇÃO

Higienizar as mãos é a medida mais simples e mais importante para prevenção de infecções hospitalares e de multirresistência bacteriana. Deve ser um hábito incorporado e realizado automaticamente pelo profissional de saúde.

OBJETIVOS

Remover sujeira, suor, oleosidade.

Remover a flora microbiana transitória superficial da pele, para evitar transmissão de microrganismos de pacientes para profissionais, e evitar transmissão entre os pacientes através das mãos dos profissionais (transmissão cruzada).

INDICAÇÕES ESSENCIAIS DE HIGIENE DAS MÃOS (5 MOMENTOS)

1. Antes de entrar em contato com o paciente.
2. Imediatamente antes da realização de procedimento asséptico.
3. Após procedimento com risco de contato com fluídos corporais (e após a retirada de luvas).
4. Após contato com o paciente e ao sair do local de assistência.
5. Após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies próximas ao paciente, mesmo sem ter tido contato com o paciente.

PRODUTOS AUTORIZADOS PARA HIGIENE DAS MÃOS

- água e sabão líquido
- água e degermante antisséptico
- preparação alcoólica 70% (gel, espuma ou solução)

QUANDO UTILIZAR OBRIGATORIAMENTE ÁGUA E SABÃO OU DEGERMANTE

- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas.
- Ao iniciar ou terminar o turno de trabalho.
- Antes e após alimentar-se ou ir ao banheiro.
- Antes de preparar alimentos.
- Antes de preparar medicamentos.
- Após contato com paciente portador de *Clostridium difficile*.
- Após várias aplicações consecutivas de álcool-gel.

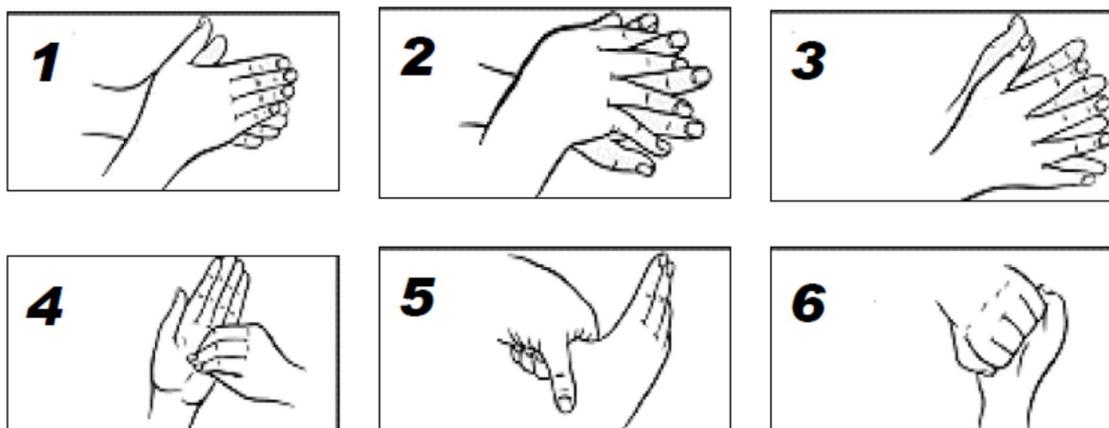
Nas situações descritas acima, não está autorizada a higienização das mãos com preparação alcoólica.

TÉCNICA PARA USO DE ÁGUA E SABÃO OU DEGERMANETE

- Abrir a torneira, molhar as mãos e colocar o sabão líquido (± 2 ml)
- Ensaboar e friccionar as mãos por 40 a 60 segundos, em todas as suas faces, espaços interdigitais, articulações, unhas e pontas dos dedos. É importante

estabelecer uma sequência fixa, para que a lavagem completa das mãos ocorra automaticamente.

- Enxaguar as mãos.
- Enxugar as mãos com papel toalha.
- Fechar a torneira com o papel toalha, evitando contaminar as mãos novamente.



INDICAÇÕES DE USO DE PREPARAÇÃO ALCOÓLICA

- Antes e após qualquer contato com o paciente.
- Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro mais limpo, durante o cuidado ao mesmo paciente (obs: recomenda-se evitar esta situação, procurando manipular primeiro o sítio mais limpo e por último o mais contaminado).
- Antes de calçar luvas e após retirá-las.
- Antes e após manipular dispositivos invasivos (ex: cateteres vasculares ou urinários, tubo traqueal).
- Após contato com materiais ou equipamentos contaminados.
- Após contato com objetos ou superfícies próximos ao paciente (ex: lençóis, cama, bomba de infusão, ventilador mecânico).

Nas situações descritas acima, está autorizada também a higienização das mãos com água e sabão ou degermante antisséptico.

TÉCNICA PARA USO DE PREPARAÇÃO ALCOÓLICA

Aplicar o preparado alcoólico nas mãos realizando durante 20 a 30 segundos os mesmos movimentos indicados na figura acima. Esperar secar.

DEGERMANTE CONTENDO ANTISSÉPTICO

Higienização das mãos com degermante contendo antisséptico é obrigatória em situações que exigem redução máxima da população bacteriana, como:

- após cuidar de paciente portador de bactéria multirresistente;
- realização de procedimentos invasivos, como passagem de sondas e cateteres;

- situações de surto.

No HU-USP é utilizado o degermante com clorexidina em todos os dispensadores das pias das unidades de atendimento a pacientes.

Referência:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Higienização das mãos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, 2009

WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a Summary. World Health Organization 2009

PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS

As infecções de transmissão respiratória podem exigir precauções com gotículas ou com aerossóis, conforme o agente envolvido.

	GOTÍCULAS	AEROSSÓIS
Justificativa	Gotículas consideradas grandes (>5 micras) são eliminadas durante a fala, respiração, tosse e aspiração de secreções. Atingem até um metro de distância do paciente, e rapidamente se depositam no chão, cessando a transmissão. A transmissão não ocorre em distâncias maiores, nem por períodos prolongados.	A transmissão por aerossóis é diferente da transmissão por gotículas. Algumas partículas eliminadas durante a respiração, fala ou tosse podem se ressecar e ficam suspensas no ar por horas, atingindo inclusive quartos adjacentes. Poucos microrganismos são capazes de sobreviver nessas partículas.
Exemplos	Doença Meningocócica, Rubéola, Influenza	Tuberculose, Sarampo, Varicela
Quarto Privativo	Obrigatório, com porta fechada. Pode ser compartilhado entre portadores do mesmo microrganismo.	Obrigatório, com porta fechada. A ventilação externa deve proporcionar seis trocas de ar por hora, e a janela não deve comunicar o quarto com área de circulação de pessoas. Ao invés da ventilação externa, pode ser utilizada ventilação com pressão negativa e filtro de alta eficácia (não é utilizada no HU-USP).
Máscara	Usar máscara <u>cirúrgica</u> para entrar no quarto. Colocar a máscara antes de entrar no quarto, e dispensar no lixo após a saída.	Usar máscara <u>tipo respirador</u> (PFF2 ou equivalente) para entrar no quarto. Colocar a máscara antes de entrar, e retirar somente após a saída. Essa máscara pode ser reutilizada pelo mesmo profissional enquanto não estiver danificada e nem fora do prazo recomendado pelo fabricante.
Transporte do Paciente	Evitar transportar o paciente. Realizar procedimentos no quarto, sempre que possível. Se o paciente precisar sair do quarto, deve usar máscara cirúrgica. Comunicar o diagnóstico do paciente à área para onde será transportado.	Evitar transportar o paciente. Realizar procedimentos no quarto sempre que possível. Se o paciente precisar sair do quarto, deve usar máscara cirúrgica. Comunicar o diagnóstico do paciente à área para onde será transportado.

Referência:

Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, 2007 - Last update: February, 2017

Disponível em <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>

PRECAUÇÕES DE CONTATO

Aplicadas na suspeita ou confirmação de doença ou colonização por microrganismos transmitidos pelo contato. Para conferir as indicações deste tipo de precaução, consultar também os capítulos "Bactérias Multirresistentes" e "Indicações de precauções respiratórias e de contato".

❖ QUARTO PRIVATIVO

Recomendado.

Pode ser individual, ou compartilhado entre pacientes portadores do mesmo microrganismo.

❖ LUVAS

Uso obrigatório para qualquer contato com o paciente ou seu leito, mobiliário e equipamentos do entorno.

Trocar as luvas entre dois procedimentos diferentes no mesmo paciente.

Descartar as luvas no próprio quarto e higienizar as mãos imediatamente com géis alcoólicos, ou degermante contendo antisséptico.

❖ AVENTAL

Usar sempre que houver possibilidade de contato das roupas do profissional com o paciente, seu leito ou material e equipamento contaminado.

Se o paciente apresentar diarreia, ileostomia, colostomia ou ferida com secreção não contida por curativo, o avental passa a ser obrigatório ao entrar no quarto.

Dispensar o avental no *hamper* imediatamente após o uso (não pendurar).

❖ TRANSPORTE DO PACIENTE

Deve ser evitado, preferindo procedimentos no leito sempre que possível.

Quando for necessário o transporte, o profissional deverá seguir as precauções de contato durante todo o trajeto. Comunicar o diagnóstico do paciente à área para onde será transportado.

❖ ARTIGOS E EQUIPAMENTOS

São todos de uso exclusivo para o paciente, incluindo termômetro, estetoscópio e esfigmomanômetro. Devem ser limpos e desinfetados (ou esterilizados) após a alta.

Referência:

Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, 2007 - Last update: February, 2017

Disponível em <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>

INDICAÇÕES DE PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS E DE CONTATO

a) Situações clínicas que requerem precauções empíricas

Precauções para:	Condição clínica	Possibilidade diagnóstica que justifica a precaução
Aerossóis	• Exantema vesicular*.	Varicela, Herpes Zoster disseminado
	• Exantema maculopapular com febre e coriza.	Rubéola, Sarampo
	• Tosse, febre, infiltrado pulmonar em paciente HIV+.	Tuberculose
Gotículas	• Meningite.	D. Meningocócica
	• Petéquias e febre.	D. Meningocócica
	• Tosse persistente paroxística ou severa durante períodos de ocorrência de Coqueluche.	Coqueluche
Contato	• Diarréia aguda infecciosa em paciente incontinente ou em uso de fralda.	Bactérias ou vírus entéricos
	• Diarréia em adulto com história de uso recente de antimicrobiano.	<i>Clostridium difficile</i>
	• Exantema vesicular*.	Varicela, Herpes Zoster disseminado
	• Bronquiolite em lactentes e crianças jovens.	VRS, Vírus Parainfluenza, Metapneumovírus
	• História de colonização ou infecção por bactéria multi-R.	Bactéria multi-R
	• Internação recente em outro hospital ou instituição de longa permanência.	Bactéria multi-R
	• Abscessos ou feridas com drenagem de secreção não contida pelo curativo.	<i>Staphylococcus/</i> <i>Streptococcus</i>

*Condição que exige duas categorias de isolamento.

b) Relação das doenças e agentes infecciosos, e precauções indicadas.

Doença ou agente infeccioso	Tipo de Precaução	Período
ACTINOMICOSE	Padrão	
ADENOVÍRUS		
▪ Conjuntivite	Contato	Durante a doença
▪ Infecção pulmonar em pediatria	Gotículas + Contato	
ASPERGILOSE	Padrão	
BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES (ver capítulo "Bactérias multirresistentes")	Contato	Até a alta hospitalar
BLASTOMICOSE SULAMERICANA (<i>P. brasiliensis</i>): pulmonar ou cutânea	Padrão	
BRONQUIOLITE (Lactente e pré-escolar)		
▪ Sem agente definido	Contato	Durante a doença
▪ VRS/Parainfluenza/Metapneumovírus/Bocavírus	Contato	
▪ Influenza	Gotículas	
▪ Adenovírus/Rinovírus	Contato + Gotículas	
CANDIDÍASE (todas as formas)	Padrão	
CAXUMBA	Gotículas	9 dias após tumefação
CITOMEGALOVÍRUS	Padrão	Evitar que gestantes prestem assistência direta ao portador de CMV
<i>Clostridium perfringens</i> Gangrena gasosa ou intoxicação alimentar	Padrão	
<i>Chlamydia trachomatis</i> Conjuntivite, respiratória e genital (Cancro Mole)	Padrão	
CÓLERA	Contato	Durante a doença
COLITE PSEUDOMEMBRANOSA (<i>Clostridium difficile</i>)	Contato	Durante a internação
CONJUNTIVITE		
▪ Bacteriana (gonocócica, <i>C. trachomatis</i> , outras)	Padrão	
▪ Viral aguda (hemorrágica)	Contato	Durante a doença
COQUELUCHE	Gotículas	5 dias de terapia eficaz
CORONAVÍRUS	Aerossóis + Contato	Durante a doença
CREUTZFELDT-JACOB (Doença da Vaca Louca)	Padrão	
CRIOCOCOSE	Padrão	
DENGUE	Padrão	
DIFTERIA		Terapia eficaz e duas culturas negativas com intervalo de 24h
▪ Cutânea	Contato	
▪ Faríngea	Gotículas	
ENTEROCOLITE NECROTIZANTE	Padrão	
ENTEROVIROSE (Coxsackie ou Echovirus)		
▪ Adulto	Padrão	
▪ Lactente e pré-escolar	Contato	Durante a doença
EPIGLOTITE (<i>Haemophilus influenzae</i>)	Gotículas	24h de terapia eficaz
ERITEMA INFECCIOSO (ver Parvovirus B19)		
ESCABIOSE	Contato	24h de terapia eficaz
ESQUISTOSSOMOSE	Padrão	
EXANTEMA SÚBITO (Roséola)	Padrão	
FEBRE AMARELA	Padrão	
FEBRE TIFÓIDE		
▪ Paciente continente	Padrão	
▪ Paciente incontinente ou uso de fralda	Contato	Durante a doença
GASTROENTERITE		
▪ <i>Campylobacter</i> Cólera, <i>Clostridium difficile</i> , <i>Cryptosporidium</i>	Contato	Durante a doença
▪ <i>Escherichia coli</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , Rotavírus		
- Paciente continente	Padrão	

- Incontinente ou em uso de fraldas	Contato	Durante a doença
GANGRENA GASOSA	Padrão	
GONORRÉIA	Padrão	
GUILLAIN-BARRÉ , Síndrome de	Padrão	
HANSENÍASE	Padrão	
HANTAVIROSE	Padrão	
HEPATITE VIRAL		
▪ Vírus B, vírus C e outros	Padrão	
▪ Vírus A	Padrão	
- Se uso de fraldas ou incontinente	Contato (1)	Durante a doença
HERPES SIMPLES		
▪ Encefalite	Padrão	
▪ Mucocutâneo recorrente	Padrão	
▪ Mucocutâneo disseminado ou primário grave	Contato	Até lesões virarem crostas
▪ Neonatal	Contato (2)	
HERPES ZOSTER		
▪ Localizado em imunocompetente	Padrão	
▪ Localizado em imunossuprimido, ou disseminado	Contato+Aerossóis	Até lesões virarem crostas
HIDATIDOSE	Padrão	
HISTOPLASMOSE	Padrão	
HIV	Padrão	
IMPETIGO	Contato	
INFLUENZA (A,B,C)	Gotículas	Durante a doença
INTOXICAÇÃO ALIMENTAR <i>C. botulium, C. perfringens, C. welchii, S. aureus</i>	Padrão	
KAWASAKI , Síndrome de	Padrão	
LEGIONELOSE	Padrão	
LEPTOSPIROSE	Padrão	
LISTERIOSE	Padrão	
LYME , Doença de	Padrão	
LINFOGRANULOMA VENÉREO	Padrão	
MALÁRIA	Padrão	
MENINGITE		
▪ <i>N. meningitidis</i> ou <i>H.influenzae</i> (suspeita ou confirmação)	Gotícula (3)	24h de terapia eficaz
▪ <i>M. tuberculosis</i> ,	Padrão (4)	
▪ fungos, vírus, <i>S. pneumoniae</i> , Enterobactérias, <i>Listeria</i> , outras bactérias	Padrão	
MENINGOCOCCEMIA	Gotículas (3)	24h de terapia eficaz
MICOBACTERIOSE ATÍPICA (não TB)	Padrão	
MOLUSCO CONTAGIOSO	Padrão	
MONONUCLEOSE INFECCIOSA	Padrão	
MUCORMICOSE	Padrão	
NOCARDIOSE	Padrão	
PARASITOSE INTESTINAL (amebíase, ascaridíase, estrogiloidíase, giardíase, oxiuriase, teníase, tricuriase)	Padrão	
PARVOVÍRUS B19		
▪ Doença crônica em imunossuprimido	Gotículas	Durante internação
▪ Crise aplástica transitória ou de células vermelhas	Gotículas	Durante 7 dias
PEDICULOSE	Contato	24h de terapia eficaz
PESTE		
▪ Bulbônica	Padrão	
▪ Pneumônica	Contato	3 dias de terapia eficaz
PNEUMONIA		
▪ Adenovírus	Contato + gotículas	Durante a doença
▪ Influenza	Gotículas	Durante a doença

▪ <i>Chlamydia</i> , <i>Legionella spp</i> , <i>S.aureus</i>	Padrão	
▪ <i>Haemophilus influenzae</i>		
- Adultos	Padrão	
- Pacientes pediátricos	Gotículas	24h de terapia eficaz
▪ <i>Mycoplasma</i>	Gotículas	Durante a doença
▪ <i>Pneumocystis carinii</i>	Padrão (5)	
▪ <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Padrão	
RAIVA	Padrão	
RIQUETSIOSE	Padrão	
RINOVÍRUS	Contato+Gotículas	Durante a doença
ROTAVÍRUS e outros vírus causadores de gastroenterite		
▪ Paciente continente	Padrão	
▪ Paciente incontinente ou em uso de fralda	Contato	Durante a doença
RUBÉOLA		
▪ Congênita	Contato (6)	Até 1 ano de idade
▪ Adquirida	Gotículas	7 dias após início do exantema
SALMONELOSE (inclusive Febre Tifóide)		
▪ Paciente continente	Padrão	
▪ Paciente incontinente ou uso de fralda	Contato	Durante a doença
SARAMPO	Aerossóis	Durante a doença
SHIGELOSE		
▪ Paciente continente	Padrão	
▪ Paciente incontinente ou uso de fralda	Contato	Durante a doença
SÍFILIS (qualquer forma)	Padrão	
<i>Staphylococcus aureus</i>		
▪ Pele, ferida e queimadura:		
- com secreção não contida	Contato	Durante a doença
- com secreção contida	Padrão	
▪ Furunculose		
- Lactentes e pré-escolares	Contato	Durante a doença
- Demais pacientes	Padrão	
▪ Enterocolite		
- Paciente continente	Padrão	
- Paciente incontinente ou uso de fralda	Contato	Durante a doença
▪ Síndrome da pele escaldada	Padrão	
▪ Síndrome do choque tóxico	Padrão	
Streptococcus Grupo A (<i>S. pyogenes</i>)		
▪ Faringite: lactante e pré-escolar		
▪ Escarlatina: lactante e pré-escolar	Gotículas	24h de terapia eficaz
▪ Pneumonia: lactante e pré-escolar		
▪ Endometrite (sepse puerperal)	Padrão	
▪ Pele, ferida e queimadura:		
- com secreção contida	Padrão	
- com secreção não contida	Contato + Gotículas	24h de terapia eficaz
Streptococcus Grupo B (<i>S. agalactiae</i>) ou Grupo não A não B	Padrão	
TÉTANO (<i>Clostridium tetanii</i>)	Padrão	
TIFO endêmico e epidêmico (não é Febre Tifóide)	Padrão	
TINEA	Padrão	
TOXOPLASMOSE	Padrão	
TRACOMA AGUDO	Padrão	
TRICOMONÍASE	Padrão	
TUBERCULOSE		
▪ Pulmonar ou laringea (suspeita ou confirmada)	Aerossóis	3 pesquisas BAAR negativas após 15 dias de

ISOLAMENTO POR BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES

INTRODUÇÃO

A infecção hospitalar por bactéria multirresistente piora o prognóstico do paciente. Para prevenir a transmissão dessas bactérias são extremamente importantes:

- precauções padrão ao atender qualquer paciente, com destaque para a higiene das mãos;
- precauções de contato ao atender os portadores de bactérias multirresistentes.

QUAIS BACTÉRIAS QUE EXIGEM PRECAUÇÕES DE CONTATO?

O padrão de sensibilidade das bactérias varia entre os hospitais, e também entre as diversas unidades de internação de um mesmo hospital e até em uma mesma unidade, em momentos diferentes. A tabela abaixo define as bactérias que, em 2017, indicam precauções de contato em cada área do Hospital Universitário da USP. Essa definição é revista periodicamente pela CCIH. Cada instituição deve ter sua própria recomendação, conforme a epidemiologia local.

Bactéria	Obstetrícia e unidades pediátricas e neonatais	UTI de Adultos, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica
<i>S. aureus</i>	Resistência a oxacilina	Resistência a vancomicina
<i>Enterococcus sp</i>	Resistência a vancomicina	Resistência a vancomicina
<i>P. aeruginosa</i>	Resistência a ceftazidima <u>ou</u> ciprofloxacina <u>ou</u> imipenem <u>ou</u> meropenem	Resistência a ceftazidima <u>ou</u> ciprofloxacina <u>ou</u> imipenem <u>ou</u> meropenem
<i>A. baumannii</i>	Resistência a ceftazidima	Resistência a ceftazidima
<i>Klebsiella sp, E. coli</i>	Resistência a cefalosporina de terceira geração* <u>ou</u> a ciprofloxacina	Resistência a cefalosporina de terceira geração*
<i>Citrobacter, Enterobacter, Serratia, Proteus, Providencia, Morganella</i>	Resistência a cefalosporina de terceira geração* <u>ou</u> a ciprofloxacina	Resistência a cefalosporina de terceira geração*
Outras bactérias	Consultar a CCIH	Consultar a CCIH

*Cefalosporinas de terceira geração: ceftriaxona, cefotaxima, ceftazidima.

TEMPO DE ISOLAMENTO

Até a alta do paciente.

Por quê?

Mesmo pacientes que recebem antibióticos permanecem colonizados após a cura da infecção, podendo transmitir a bactéria para outros pacientes através das mãos dos profissionais.

		tratamento
▪ Extra-pulmonar e não laringea	Padrão	
VARICELA	Aerossóis + Contato	Até lesões virarem crostas
VÍRUS PARAINFLUENZAE		
▪ Pacientes pediátricos	Contato	Durante a doença
VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO		
▪ Pacientes pediátricos	Contato	Durante a doença
ZIGOMICOSE	Padrão	

- (1) Duração das precauções de contato: durante toda a hospitalização para crianças < 3 anos; duas semanas após início dos sintomas para crianças de 3-14 anos; uma semana para >14 anos.
- (2) Para recém-nascido assintomático, porém exposto a infecção materna ativa, nascido por via vaginal ou cesariana, com ruptura de membranas por mais de 4-6 horas: manter precauções de contato até obter culturas virais de superfície negativas, colhidas após 24-36 horas do nascimento.
- (3) Não é necessário completar o esquema profilático do acompanhante de paciente pediátrico com meningite antes de suspender o isolamento.
- (4) Investigar tuberculose pulmonar ativa.
- (5) Evitar compartilhar quarto com paciente imunossuprimido.
- (6) Manter precauções até 1 ano de idade (a menos que cultura viral de urina e nasofaringe sejam negativas, após 3 meses de idade).

Referências:

Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar – APECIH. Precauções e isolamento – 2a edição. São Paulo; 2012.

Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, 2007 - Last update: February, 2017

Disponível em <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>

O tempo de isolamento pode ser encurtado?

Pode, em alguns casos, mas isso não deve ser tomado como regra. Se houver previsão de estadia muito prolongada do paciente, o caso pode ser avaliado individualmente pela CCIH para verificar a possibilidade de suspender o isolamento antes da alta.

Quais os critérios para encurtar o isolamento?

Duas culturas negativas consecutivas, com intervalo de uma semana, preferencialmente em dois materiais, conforme tabela abaixo.

Bactéria	Material recomendado
<i>S.aureus</i>	Prega cutânea, narinas
<i>P.aeruginosa</i>	Secreção traqueal
<i>A.baumannii</i>	Secreção traqueal, prega cutânea
<i>Klebsiella sp, Enterobacter sp, Serratia sp, E.coli</i>	Swab retal (ou fezes), secreção traqueal
<i>Enterococcus sp.</i>	Swab retal (ou fezes)

ANEXO 3 – MISSÃO, VISÃO E VALORES DO HU-USP

MISSÃO DO HU

Desenvolver atividades de ensino e pesquisa na área de saúde e assistência hospitalar de média complexidade, preferencialmente às populações do Distrito de Saúde do Butantã e da Comunidade Universitária da USP prestando um serviço diferenciado com atendimento de excelência.

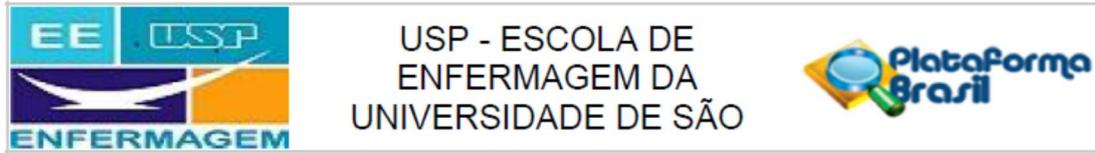
VISÃO

O Hospital Universitário deverá se consolidar como referência para hospital de complexidade média por possibilitar ensino adaptado à realidade e propiciar pesquisa de tecnologias aplicáveis às demais instituições.

VALORES

Assistência e Ensino com conteúdo integralizado de todo o processo de diagnóstico, tratamento, cuidado e reabilitação com ênfase no recurso humano por ser o capital principal do HU.

ANEXO 4 – APROVAÇÃO DO CEP/EEUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLEMENTAÇÃO DE ROTEIRO PARA ENVOLVIMENTO DE INDIVÍDUOS EM PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS

Pesquisador: Luize Fábrega Juskevicius

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80384517.5.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.490.652

Apresentação do Projeto:

Na primeira versão do projeto foram indicados as seguintes inconsistências:

São necessários ajustes:

- 1) no tópico riscos e benefícios: há inconsistências nas informações. O tópico inicia dizendo não haver riscos e na sequência aponta o desconforto. Isto ocorre no projeto, nas informações básicas quanto no TCLE;
- 2) Há incompatibilidade entre os orçamentos apresentados no projeto e nas informações básica;
- 3) Dimensionamento das entrevistas: não há dimensionamento no projeto, apenas nas informações básicas é possível encontrar essa informação;
- 4) TCLE - É preciso ajustar a questão dos riscos e a ausência da possibilidade de indenização.

Objetivo da Pesquisa:

- I. Conhecer as barreiras e facilitadores para implementação do ROTEIRO.
- II. Desenhar estratégia para implementação do ROTEIRO.
- III. Propor a implementação do ROTEIRO.
- IV. Avaliar a implementação do ROTEIRO.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3061-8858 E-mail: cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 2.490.652

Você pode sentir algum desconforto, pois o assunto tratado pode mobilizar sentimentos desagradáveis. Caso isso ocorra, podemos suspender a entrevista.

Benefícios:

Não há benefícios diretos ou previsão de custo com a sua participação neste estudo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As questões foram sanadas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos apresentados conforme resolução 466/12

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As inconsistências foram sanadas.

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_DO_PROJETO_1038972.pdf	18/12/2017 12:11:21		Aceito
Outros	AnuenciaDiretoriaenfermagem.pdf	18/12/2017 12:10:54	Luize Fábrega Juskevicius	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCorrigido.docx	18/12/2017 12:05:25	Luize Fábrega Juskevicius	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLCorrigido.pdf	18/12/2017 12:04:53	Luize Fábrega Juskevicius	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	25/11/2017 12:22:44	Luize Fábrega Juskevicius	Aceito
Outros	cartaanuenciaCCIHU.PDF	23/11/2017	Luize Fábrega	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 2.490.652

Outros	cartaanuenciaCCIHHU.PDF	14:37:22	Juskevicius	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cadastroptotocolopesquisaHU.pdf	22/11/2017 16:44:28	Luize Fábrega Juskevicius	Aceito
Orçamento	orcamentoHU.pdf	22/11/2017 16:26:57	Luize Fábrega Juskevicius	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaobeneficioHU.pdf	22/11/2017 16:26:01	Luize Fábrega Juskevicius	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaocompromissopesquisadorHU.pdf	22/11/2017 16:23:47	Luize Fábrega Juskevicius	Aceito
Cronograma	CronogramaHU.pdf	22/11/2017 16:18:30	Luize Fábrega Juskevicius	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 07 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

ANEXO 5 – APROVAÇÃO DO CEP/HU



São Paulo, 19 de fevereiro de 2018.

Il^{mo}(a). Sr^a).

Luíze Fábrega Juskevicius

Pesquisador(a) responsável

Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** “Implementação de roteiro para envolvimento de indivíduos em precauções específicas”

Orinetradora: Profa. Dra. Maria Clara Padoveze

CAAE: 80384517.5.3001.0076

Registro CEP-HU/USP: 1694/18

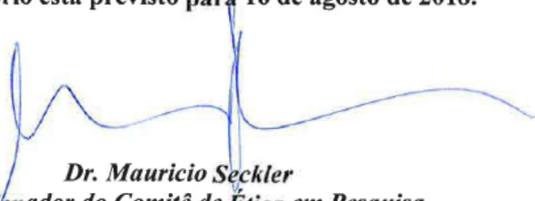
Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 16 de fevereiro de 2018 analisou o Projeto de Pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como o seu **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios parciais semestrais e final, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, inciso XI.2, letra “d”.

O primeiro relatório está previsto para 16 de agosto de 2018.

Atenciosamente,


Dr. Mauricio Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP

ANEXO 6 – IMAGEM LIVRETO DE MESA - FASE 3: ADAPTAÇÃO