



Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC)
Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva

GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS SEGURAS PARA A REDUÇÃO DE INFECÇÃO
RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR
DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

FEIRA DE SANTANA

2022

GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS SEGURAS PARA A REDUÇÃO DE INFECÇÃO
RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR
DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre no Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva – Área de concentração: políticas, planejamento e gestão em saúde. Linha de pesquisa – políticas, organização de sistema, serviços e programas de saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvone Santa Barbara da Silva

FEIRA DE SANTANA

2022

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

Rios, Gisa Conceição Moreira

R453a Avaliação das práticas seguras para a redução de infecção relacionada à assistência à saúde no contexto hospitalar durante a pandemia de COVID-19 / Gisa Conceição Moreira Rios. – 2022. 133f.: il.

Orientadora: Silvone Santa Bárbara da Silva

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.

1. Segurança do paciente. 2. COVID-19. 3. Pandemia. 4. Infecção hospitalar. 5. Serviços de Controle de Infecção Hospitalar. 6. Controle de infecções. I. Silva, Silvone Santa Bárbara da, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 616-036.22

DECLARAÇÃO DE DEFESA

GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS SEGURAS PARA A REDUÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre no Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva – Área de concentração: políticas, planejamento e gestão em saúde. Linha de pesquisa – políticas, organização de sistema, serviços e programas de saúde.

Feira de Santana, BA – Brasil, 20 de Dezembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora e Presidente: Prof^a. Dr^a. Silvone Santa Barbara da Silva
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

1^a Titular: Prof^a. Dr^a Gabriela Machado Ezaias Paulino
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

2^a Titular: Prof^a. Dr^a Silvia da Silva Santos Passos
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Suplente: Prof^a. Dr^a. Kleize Araujo de Oliveira Souza
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Às minhas filhas (Ana Clara e Lara) por toda compreensão e olhar sensível, até mesmo às ausências físicas e emocionais em alguns momentos. Vocês são a razão de minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, em primeiro lugar, por me permitir realizar esse sonho e me dar forças em todos os momentos de tropeço.

Aos meus pais, pela educação e amor dedicado e por serem minha rede de apoio sempre que preciso.

Às minhas filhas, Ana Clara e Lara, por serem a razão e a força diária para continuar nessa caminhada.

A meu esposo Carlos por cuidar de nossa família quando necessitamos. Obrigada por seu amor.

À minha orientadora Dr^a Silvone Santa Bárbara, por todos os ensinamentos e por não desistir de mim. Obrigada pelo apoio nos momentos difíceis.

Às doutoras das bancas da qualificação e de defesa pelas preciosas contribuições no estudo.

Aos meus colegas do mestrado, que mesmo vivenciando as aulas de forma remota dividiram momentos de alegria e de compartilhar conhecimentos. Em especial, as minhas queridas Natalí e Laís pelo companheirismo e por dividirmos juntas nossas dificuldades e conquistas: vocês se tornaram amigas especiais e fizeram essa trajetória mais leve.

À minha coordenadora Karla Rios e supervisora Wanney, por tanta sensibilidade e flexibilidade nesse momento final, vocês foram essenciais para que tornar meu caminhar mais leve. Gratidão!

Às novas colegas do setor de auditoria (Alê, Nanda e Luci), pelo companheirismo e por transmitirem sempre votos de sucesso e incentivo, muito obrigada pela força!

À colega Juliana por compartilhar seu saber e por tanta disponibilidade e incentivo quando parecia tudo tão difícil.

À querida Aisiane, que sempre demonstrou torcer por mim e me deu apoio com suas considerações e palavras de afago.

Aos gestores do hospital e Janaina (do CEPER) que me forneceram informações e suporte para o desenvolvimento do estudo.

A diretoria do hospital por permitir a realização da pesquisa e acreditar na ciência como mediadora do saber.

À CAPES, pelo incentivo à pesquisa nessa instituição.

E, por fim aos participantes da pesquisa, colegas profissionais de saúde, gestores e membros do NSP/CCIH por terem aceitado esse convite e contribuído com o preenchimento do questionário.

RIOS, Gisa Conceição Moreira Rios. **Avaliação das práticas seguras para a redução de infecção relacionada à assistência à saúde no contexto hospitalar diante da pandemia de COVID-19.** 2022. 132 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2022.

RESUMO

O estudo teve como objetivo geral avaliar o grau da operacionalização das práticas seguras para redução do risco de infecções associadas ao cuidado em saúde, em um hospital de referência para COVID no interior do estado da Bahia, durante a pandemia pela COVID-19, a partir de quatro dimensões do cuidado: dimensão individual, familiar, profissional e organizacional. Utilizaram-se os conceitos de dimensões do cuidado elaborados por Cecílio (2011), trazendo variáveis e indicadores baseados no aparato legal de Segurança do Paciente e prevenção de infecção relacionada a assistência em saúde (IRAS) descritos nas normas, manuais e resoluções da ANVISA. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, através de estudo de caso único, de abordagem quantitativa, e caráter exploratório, que teve os participantes estratificados por grupos: membros do NSP/CCIH (que tiveram 04 participantes), gestores (com 11 participantes) e profissionais de saúde da assistência (com 69 participantes na pesquisa), sendo que seus nomes e categorias foram preservados, atendendo às questões éticas. Diante do contexto de pandemia, prezando pela segurança física e respeitando as normas de distanciamento social, a pesquisa utilizou recursos virtuais para instrumentalizar a coleta de dados, que foi realizada por meio de questionários online. Para definir o grau de desenvolvimento de ações seguras referente a prevenção de IRAS durante a pandemia foi considerado um escore baseado em intervalos percentual categorizados como adequado, aceitável, insatisfatório e crítico aplicado a cada indicador. Salienta-se que a análise estatística aconteceu por dimensão e variáveis e, no final trouxe um balanço global para avaliar se ocorre um equilíbrio dos resultados encontrados entre as dimensões avaliadas. Os dados foram analisados com base em uma matriz avaliativa elaborada para a pesquisa. Os resultados da pesquisa demonstraram pontos de fragilidade nas quatro dimensões do cuidado avaliadas, principalmente referente as dimensões individual e familiar. Um desafio importante está relacionado ao envolvimento do paciente na sua segurança. Os grupos participantes da pesquisa sinalizam fragilidade tanto no que diz respeito ao desenvolvimento de autonomia, participação no seu cuidado, perpassando pela orientação e estímulo ao autocuidado, incluindo uma comunicação efetiva entre pacientes e profissionais e ainda a deficiência de comunicação dos erros aos familiares dos pacientes. Há ainda necessidade fortalecer e divulgar os protocolos de segurança e pacotes de prevenção de infecções, fortalecer o autocuidado dos profissionais e dar atenção aos aspectos de avaliação, monitoramento e retroalimentação de ações de segurança instituídos. Neste sentido, ressalta-se quanto ao compromisso e ao empenho necessários para melhorar a grau de segurança dos pacientes relacionado a prevenção de IRAS com foco nas unidades de atendimento a pacientes com suspeita e/ou confirmação de infecção pelo novo coronavírus. Acreditamos que os resultados deste estudo poderão auxiliar no planejamento e desenvolvimento de estratégias para a segurança dos pacientes no serviço por tornar visível as fragilidades enfrentadas pelo setor de atendimento aos pacientes COVID quanto a prevenção de infecções. A avaliação pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca do acesso, qualidade técnica, eficiência, qualidade e percepção dos usuários.

Descritores: Segurança do Paciente; Controle de Infecções; Serviços de Controle de Infecção Hospitalar; Infecção Hospitalar; COVID-19; pandemias

RIOS, Gisa Conceição Moreira Rios. **Assessment of safe practices for reducing infection related to health care in the hospital context in the face of the COVID-19 pandemic.** 2022. 132 f. Dissertation (Academic Master's Degree in Collective Health) – Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2022.

ABSTRACTS

The general objective of the study was to evaluate the degree of operationalization of safe practices to reduce the risk of infections associated with health care, in a reference hospital for COVID in the interior of the state of Bahia, during the COVID-19 pandemic, from of four dimensions of care: individual, family, professional and organizational dimension. The concepts of dimensions of care developed by Cecílio (2011) were used, bringing variables and indicators based on the legal apparatus of Patient Safety and prevention of infection related to health care (HAI) described in the norms, manuals and resolutions of ANVISA. This is an evaluative research, through a single case study, with a quantitative approach and exploratory character, which had the participants stratified by groups: members of the NSP/CCIH (who had 04 participants), managers (with 11 participants) and health professionals from the assistance (with 69 participants in the research), and their names and categories were preserved, taking into account ethical issues. Faced with the context of a pandemic, focusing on physical safety and respecting the norms of social distancing, the research used virtual resources to instrument the data collection, which was carried out through online questionnaires. To define the degree of development of safe actions regarding the prevention of HAI during the pandemic, a score based on percentage intervals categorized as adequate, acceptable, unsatisfactory and critical was considered and applied to each indicator. It should be noted that the statistical analysis took place by dimension and variables and, in the end, brought a global balance to assess whether there is a balance in the results found between the evaluated dimensions. Data were analyzed based on an evaluative matrix. The research results showed points of fragility in the four dimensions of care evaluated, mainly referring to the individual and family dimensions. An important challenge is related to patient involvement in their safety. The groups participating in the research indicate fragility both with regard to the development of autonomy, participation in their care, permeating guidance and encouragement for self-care, including effective communication between patients and professionals and also the deficiency in communicating errors to patients' relatives. There is still a need to strengthen and publicize safety protocols and infection prevention packages, strengthen the self-care of professionals and pay attention to aspects of evaluation, monitoring and feedback on instituted safety actions. In this sense, it is important to highlight the commitment and effort needed to improve the degree of patient safety related to the prevention of HAI, focusing on the care units for patients with suspected and/or confirmed infection with the new coronavirus. We believe that the results of this study will be able to help in the planning and development of strategies for the safety of patients in the service, by making visible the weaknesses faced by the sector of care for COVID patients regarding the prevention of infections. The evaluation can produce information both for the improvement of health interventions and for the judgment about access, technical quality, efficiency, quality and users' perception.

Descriptors: Patient Safety; Infection Control; Hospital Infection Control Services; Nosocomial infection; COVID-19; pandemics

RIOS, Gisa Conceição Moreira Rios. **Evaluación de prácticas seguras para la reducción de infecciones relacionadas con la atención a la salud en el contexto hospitalario ante la pandemia de COVID-19.** 2022. 132 f. Disertación (Maestría Académica en Salud Colectiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2022.

RESUMEN

El objetivo general del estudio fue evaluar el grado de operacionalización de prácticas seguras para reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud, en un hospital de referencia para COVID en el interior del estado de Bahía, durante la pandemia de COVID-19, de de cuatro dimensiones del cuidado: dimensión individual, familiar, profesional y organizacional. Se utilizaron los conceptos de dimensiones de la atención desarrollados por Cecílio (2011), trayendo variables e indicadores basados en el aparato legal de Seguridad del Paciente y prevención de infecciones relacionadas con la atención a la salud (HAI) descrito en las normas, manuales y resoluciones de la ANVISA. Se trata de una investigación evaluativa, a través de un estudio de caso único, con abordaje cuantitativo y carácter exploratorio, que tuvo a los participantes estratificados por grupos: integrantes del NSP/CCIH (que tenían 04 participantes), gestores (con 11 participantes) y profesionales de salud de la asistencia (con 69 participantes en la investigación), y se preservaron sus nombres y categorías, teniendo en cuenta cuestiones éticas. Ante el contexto de una pandemia, centrándose en la seguridad física y respetando las normas de distanciamiento social, la investigación utilizó recursos virtuales para instrumentar la recolección de datos, que se realizó a través de cuestionarios en línea. Para definir el grado de desarrollo de acciones seguras en cuanto a la prevención de las IRAS durante la pandemia, se consideró un puntaje basado en intervalos porcentuales categorizados como adecuado, aceptable, insatisfactorio y crítico, aplicado a cada indicador. Cabe señalar que el análisis estadístico se realizó por dimensión y variables y, al final, arrojó un balance global para evaluar si existe un equilibrio en los resultados encontrados entre las dimensiones evaluadas. Los datos fueron analizados con base en una matriz evaluativa. Los resultados de la investigación mostraron puntos de fragilidad en las cuatro dimensiones del cuidado evaluadas, principalmente referidas a las dimensiones individual y familiar. Un reto importante está relacionado con la implicación del paciente en su seguridad. Los grupos participantes de la investigación indican fragilidad tanto en lo que se refiere al desarrollo de la autonomía, participación en su cuidado, permeando la orientación y estímulo para el autocuidado, incluyendo la comunicación efectiva entre pacientes y profesionales y también la deficiencia en la comunicación de errores a los familiares de los pacientes. Aún existe la necesidad de fortalecer y difundir los protocolos de seguridad y los paquetes de prevención de infecciones, fortalecer el autocuidado de los profesionales y prestar atención a los aspectos de evaluación, seguimiento y retroalimentación de las acciones de seguridad instituidas. En este sentido, es importante destacar el compromiso y esfuerzo necesario para mejorar el grado de seguridad del paciente relacionado con la prevención de las IRAS, centrándose en las unidades de atención a pacientes con sospecha y/o confirmación de infección por el nuevo coronavirus. Creemos que los resultados de este estudio podrán ayudar en la planificación y desarrollo de estrategias para la seguridad de los pacientes en el servicio, al visibilizar las debilidades que enfrenta el sector de atención a pacientes COVID en cuanto a la prevención de contagios. La evaluación puede producir información tanto para el mejoramiento de las intervenciones en salud como para el juicio sobre acceso, calidad técnica, eficiencia, calidad y percepción de los usuarios.

Descriptor: Seguridad del Paciente; Control de infección; Servicios de control de infecciones hospitalarias; Infección nosocomial; COVID-19; pandemias

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	FUNDAMENTAÇÃO TEORICA	15
2.1	Política Nacional de Segurança do Paciente	15
2.2	Segurança do Paciente e prevenção de IRAS	16
2.2.1	A higiene das mãos como principal estratégia de prevenção de IRAS	20
2.3	Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente	22
2.4	Reflexos da pandemia na Gestão do Cuidado	27
3	METODOLOGIA	31
3.1	Tipo de Estudo	31
3.2	Modelo Lógico	32
3.3	Campo de Estudo	34
3.4	População da Pesquisa	36
3.5	Técnica e Instrumento de Coleta de Dados	37
3.6	Método de Análise de Dados	39
3.7	Aspectos Éticos	40
4	RESULTADOS	42
4.1	Caracterização dos participantes da pesquisa	42
4.2	Dimensões do Cuidado	45
4.2.1	<u>Dimensão individual</u>	45
4.2.2	<u>Dimensão familiar</u>	50
4.2.3	<u>Dimensão profissional</u>	55
4.2.4	<u>Dimensão organizacional</u>	71
5	DISCUSSÃO	88
6	CONCLUSÕES	100
	REFERÊNCIAS	102
	APÊNDICES	111
	ANEXOS	126

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ANS – Agência Nacional de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CCIH – Comissão de controle de infecção hospitalar

CEP – Comissão de Ética em Pesquisa

CVC – Cateter venoso central

EA – Evento Adverso

EPI – Equipamento de proteção individual

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IH – infecção hospitalar

IPCS – Infecção primária de corrente sanguínea

IPCSL – Infecção Primária da Corrente Sanguínea Laboratorial

IRAS – Infecção relacionada a assistência à saúde

ISC – Infecção sítio cirúrgico

ITU – Infecção de trato urinário

NOTIVISA – Sistema de notificação da Vigilância Sanitária

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAV – Pneumonia associado a ventilação

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

PSP – Plano de segurança do paciente

SESAB – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

SUS – Sistema Único de Saúde

SVD – Sonda vesical de demora

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VM – Ventilação Mecânica

1 INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde é complexo, que não se resume ao aspecto biológico do ser humano relacionado a cura, ou reestabelecimento fisiológico do indivíduo. Portanto, o cuidado possui diversas dimensões que estão inter-relacionadas. Nesse sentido, Cecílio (2011) defende que a gestão do cuidado envolve seis dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária, das quais, as quatro primeiras serão consideradas para o desenvolvimento desta pesquisa.

A dimensão individual traz a concepção do cuidar de si em modo singular e as possibilidades individuais de fazer escolhas, na busca pela ampliação da autonomia do sujeito. A dimensão familiar reflete o contexto de vida, considerando as pessoas da família, amigos, vizinhos e as relações que permeiam entre os cuidadores e cuidados. Já na dimensão profissional se considera o encontro entre os profissionais e os usuários e tem como elementos: a competência técnica; a capacidade para dar respostas aos problemas; a postura ética; a capacidade de construir vínculo. E por último, a dimensão organizacional que é realizada nos serviços de saúde, com crescente divisão técnica e social do trabalho em saúde envolvendo o processo de trabalho em equipe, coordenação e comunicação; organização de fluxos e regras; adoção de dispositivos compartilhados entre profissionais. (CECÍLIO, 2011)

No contexto da saúde, o cuidado busca trazer benefícios aos usuários, porém, não se consegue afastar e isentar de riscos existentes de diversas naturezas, o que permeia diariamente os ambientes dos serviços de saúde.

“Considerando que os serviços de saúde são prestados em ambientes complexos, onde vários fatores podem contribuir para a ocorrência dos incidentes relacionados à assistência, faz-se necessária a identificação e tratamento dos riscos aos quais os pacientes estão submetidos”. (BRASIL, 2017b, p, 8)

Diante dessa condição, Vincent e Amalberti (2016) abordam que se faz importante difundir os conceitos e trabalhos no campo da segurança do paciente e os profissionais de saúde e gestores tem o papel de estudar e atuar sobre os incidentes que ocasionam dano aos pacientes a fim de mitigar, reduzir e eliminar eventos adversos, que por vezes tem desfechos trágicos.

O Instituto de Medicina (IOM) dos EUA O IOM entende que a segurança do paciente, juntamente com efetividade do cuidado, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade constituem os seis pilares para o alcance da qualidade em saúde, sendo imprescindível as instituições incluir o reconhecimento dos riscos assistenciais

associados a estratégias de prevenção, afim de minimizar e mitigar a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência. (BRASIL, 2014)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) atualizou o conceito de segurança do paciente, entendendo ser:

“uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde que reduz riscos de forma consistente e sustentável, diminui a ocorrência de dano evitável, torna os erros menos prováveis e reduz o impacto do dano quando este ocorrer.” (OMS, 2021)

O Evento Adverso (EA) por sua vez é todo incidente que resulta em danos à saúde do paciente. Quando ocorre, ocasiona aumento da permanência no hospital, outras complicações no quadro de saúde dos indivíduos, dano ou lesão física, sofrimento, incapacidade e até mesmo morte, tendo, portanto, uma variação no seu nível de gravidade, podendo ser físico, social ou psicológico. (BRASIL, 2014)

Reconhecendo a proporção e amplitude do problema, a OMS, estabeleceu diversas medidas por meio de uma Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com o propósito de definir e identificar prioridades nesta área, contribuindo para a conformação de uma agenda mundial. (BRASIL, 2014)

Associado a um contexto desafiador, a OMS aponta estudos onde cerca de 10% dos pacientes em internamento hospitalar sofrem algum tipo de EA, ocasionando em aumento do tempo de internação e de custos em um sistema que já se encontra sobrecarregado e sem recursos. (BRASIL, 2014)

Apesar do arcabouço de estruturação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, com manuais, portarias instituindo protocolos básicos, eixos norteadores e orientações de atuação, verificamos ainda hoje a incipiência na implantação do programa em muitos municípios e serviços, pois há desafios e barreiras existentes em toda política pública que perpassa não somente pela atuação do Estado, mas também pela forma de execução dessa política nos microespaços. (ANDRADE et al, 2020)

Diante de condições habituais em saúde, verificamos diversos desafios na implementação dessa política. Porém, no ano 2020 houve uma modificação importante no cenário mundial partindo do campo da saúde que ampliou ainda mais os desafios já existentes. Falamos da descoberta de um novo vírus da família coronavírus (CoV) denominado SARSCov2, causador da doença COVID-19, capaz de provocar uma variedade de alterações metabólicas nos indivíduos, desde quadros assintomáticos com transmissão viral, sintomas leves semelhantes a quadros gripais, até mesmo a evolução rápida de piora respiratória para

quadros graves que requerem internação urgente em unidade de terapia intensiva (UTI). (BRASIL, 2021a)

Esse vírus, ocasionou um grande surto iniciado em dezembro de 2019 na China, sendo posteriormente reconhecido como pandemia pela OMS em março do ano seguinte, tendo sido identificado o primeiro caso no Brasil no mês de fevereiro de 2020, demonstrando a grande velocidade de propagação do vírus. (BRASIL, 2021b)

Diante da pandemia ocasionada pelo novo coronavírus, o Sistema Único de Saúde (SUS) precisou se reorganizar para atender a essa nova demanda, havendo alteração em fluxos, protocolos, processos de trabalho, aquisições de materiais, equipamentos, impondo aos profissionais de saúde uma atividade ainda mais desafiadora e estressante, potencializando os riscos de danos aos pacientes. (CALDAS, 2020)

O atual cenário pandêmico amplia ainda mais a necessidade do reforço nas ações de segurança do paciente para fins de prevenção dos eventos adversos. As ações precisam ser intensificadas a fim de reforçar a segurança do paciente em todos os serviços, mediante adoção de gestão de riscos, cumprimento de protocolos, capacitação das equipes, monitoramento de eventos em serviços de saúde, bem como prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). (BRASIL, 2020)

Dessa maneira, o interesse para a realização deste estudo surgiu inicialmente das experiências da mestrandia em seu processo de trabalho, atuando como enfermeira de uma instituição hospitalar referência para atendimento a pacientes com COVID no interior da Bahia e membro do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), a qual teve a oportunidade de vivenciar mudanças organizacionais e operacionais em decorrência da pandemia de COVID-19 nesse serviço, levando a grande inquietação e questionamentos acerca da segurança no atendimento aos pacientes com suspeita ou confirmação da doença, direcionados a um setor específico, fechado, e destinado para este perfil de pacientes onde há isolamento dos pacientes e profissionais.

Para aproximação referente aos estudos voltados para essa temática foi realizado nos meses de maio e junho de 2021 um levantamento de estudos voltados para a temática, tendo como base de dados a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Diante da busca foram utilizados descritores no idioma português e inglês controlados, respectivamente, pela classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) com utilização do operador boleado AND: Infecção Hospitalar / *Cross Infection*; Segurança do Paciente / *Patient Safety*; Pandemia / *Pandemics*; Infecções por novo coronavírus / *Coronavirus Infections*; Prevenção e mitigação / *Prevention and mitigation*; Controle de Infecções / *infection control*; Planejamento em Saúde

/ *Health Planning*; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde / *Health Policy, Planning and Management*; Avaliação em Saúde / *Health Evaluation*. A estratégia utilizada foi realizada conforme demonstrado no quadro 1.

Quadro 1 - Estratégia de busca na base de dado BVS para Estado da Arte do estudo, ano 2021.

Estratégia de Busca	Resultados
1"Hand Hygiene" and "pandemics" and "Infection Control"	84
2"Patient Safety" and "Cross Infection" and "pandemics"	147
3"Patient Safety" and "infection control" and Prevention and Mitigation" and "pandemics"	12
4"Patient Safety" and "pandemics" and "hand hygiene"	08
5"Health Planning" and "pandemics" and "patient safety"	03
6"Health Planning" and "pandemics" and "cross infection"	02
"Health Policy, Planning and Management" and "pandemics"	03
"Planning" and "patient safety" and "pandemics"	57
"Nursing Assessment" and "pandemics"	08
" "Planning" and "Infection Control" and "pandemics" and "hospital"	90
TOTAL	414

Fonte: produção da autora

A amostra final desta revisão foi constituída por 13 referências (Apêndice A), selecionados pelos critérios de inclusão, que foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol; que estivessem disponíveis na íntegra e com acesso gratuito e que retratassem a temática desse estudo no período da pandemia e publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos anos 2019, 2020 e 2021. Foram excluídos da amostra editoriais, cartas ao editor, teses, dissertações, revisões, capítulo de livro, artigos duplicados, documentos que não tivesse ênfase em prevenção de infecção, segurança do paciente ou relacionado somente a infecção por COVID, não pertencente ao contexto hospitalar e que não retratassem o momento da pandemia.

Dos documentos selecionados, um foi encontrado na base de dados BDENF, um na base IBECs, duas referências indexadas na base LILACS e nove na Medline. Referente ao idioma, encontramos três na língua portuguesa, um em espanhol e demais escritos em inglês, sendo maior parte das publicações do ano 2020 (84,6%) e somente 02 publicados no ano 2021, correspondendo a 15,4%.

Dessa forma, pode-se perceber a incipiência de publicações sobre planejamento relacionado ao tema durante o período de pandemia, não sendo identificada nenhuma literatura nessa revisão que trate especificamente sobre o objeto do estudo.

Entendemos, diante dos estudos já realizados, que este trabalho contribuirá para ampliar as discussões pertinentes ao campo do cuidado relacionado a prevenção de IRAS na busca de atenção segura.

Diante dessa problemática, elaboramos a seguinte questão norteadora: no cenário de pandemia ocasionada pela COVID-19, qual o grau de desenvolvimento das práticas seguras operacionalizadas para fins de redução do risco de IRAS em um hospital referência ao atendimento a paciente com COVID no interior do estado da Bahia, durante a pandemia pela COVID-19?

Portanto, o objetivo desse estudo é avaliar o grau da operacionalização das práticas seguras para redução do risco de IRAS um hospital referência ao atendimento a paciente com COVID no interior do estado da Bahia, durante a pandemia pela COVID-19.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Contextualizaremos o objeto de estudo abordando aspectos teóricos sobre a Política Nacional de Segurança do Paciente; sobre a Segurança do Paciente na Pandemia e a prevenção de Infecção associada à Assistência em Saúde; a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente; e, por fim, os reflexos da pandemia na gestão do cuidado.

2.1 Política Nacional de Segurança do Paciente

A PNSP é uma tendência mundial, e também no Brasil, a busca por melhorias na assistência em saúde e na qualidade dos serviços, trazendo à tona um grande problema de saúde pública que ocasiona além do sofrimento do indivíduo e impactos no sistema: incidência dos Eventos Adversos em saúde.

Em seu livro, Wachter (2010) relembra o relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos do ano 1999, intitulado “Errar é humano: construindo um Sistema de Saúde mais Seguro”, onde o autor relatou a frequência de erros nos hospitais, ressaltando que as falhas são em decorrência do sistema e por isso devem ser vistas de forma sistêmica e não individualizada, o que teve grande notoriedade mundial, pois apresentou cerca de 100.000 mortes num ano em decorrência de eventos adversos.

No Brasil, as iniciativas relacionadas a melhoria da segurança do paciente iniciaram em 1990, conforme Milani e Vandresen (2019), que relatam que nesse período já existiam programas para a garantia da qualidade, redução de danos na assistência e satisfação do cliente.

Apesar dos esforços em apoiar ações junto a outros países, no Brasil haviam desafios ainda maiores, a exemplo da alta rotatividade dos profissionais de saúde no SUS, além da limitação financeira, uso indevido das tecnologias e perfil dos usuários, pois estes apresentam baixa taxa de continuidade de orientações referente ao seu autocuidado. Outro problema é a desarticulação entre o ensino, a pesquisa e a assistência e número restrito de pesquisas na área até aquele momento (MILANI, VANDRESEN, 2019).

Em 2004, um marco importante ocorreu com a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente pela OMS, recomendando aos países uma maior atenção ao tema. Esta Aliança teve como objetivo despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência em saúde, além de “organizar os conceitos e as definições

sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos.” (BRASIL, 2014, p. 7)

No ano seguinte, em 2005, a OMS lançou o primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, focado na prevenção e redução de IRAS, com o tema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”, trazendo em sua abordagem padrões simples e claros referente a prática de redução de infecção, incluindo elaboração de manual para higienização das mãos. (WHO, 2005)

Em 2008, houve o Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente da OMS, tendo tema “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, envolvendo a segurança durante o procedimento cirúrgico, direcionada pelo uso da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica. (WHO, 2009)

No Brasil, a ANVISA aderiu aos dois primeiros desafios globais lançados pela OMS nos anos 2007 e 2010, respectivamente. Houveram ainda um conjunto de práticas da vigilância sanitária circunscritas em políticas, normas, técnicas, regulamentações, fiscalizações e monitoramento, entre outros instrumentos, demonstrando que a preocupação com a segurança do paciente permeava legislações sanitárias. (BRASIL, 2017a)

Na obra de Capucho e Cassiani (2013), as autoras sinalizavam a necessidade da implantação de um programa de Segurança do Paciente no país, uma vez que as ações implementadas pelo Ministério da Saúde até então não apresentavam impacto na modificação dos cenários de saúde, havendo carência de metas específicas para prevenção de danos evitáveis e redução nos riscos de incidentes, propondo articulação entre diversas instituições, como Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Ministério da Educação, sendo o último o responsável pela formação dos profissionais de saúde.

Apesar das movimentações internacionais pela OMS, Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e outras medidas nacionais serem iniciadas para melhoria da atenção segura, o Brasil só teve um programa de saúde estruturado referente a questões de Segurança do Paciente no ano 2013, quando o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que trazia como principal objetivo contribuir com qualificação do cuidado aos pacientes nos serviços de saúde, propondo um conjunto de ações de prevenção na busca da redução da ocorrência de incidentes nos serviços. (BRASIL, 2013d)

No mês de julho do mesmo ano, o Ministério da Saúde juntamente com a ANVISA publicou a RDC nº 36 de 26 de julho de 2013, instituindo as ações para a segurança do

paciente nos serviços de saúde. Essa normativa regulamenta a implantação dos NSP, a obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos (EA) e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP), que deve ser instituído pelas organizações de saúde. (BRASIL, 2013b)

As duas legislações trazem a importância e obrigatoriedade da implantação do NSP nos serviços de saúde, independentemente de ser serviço hospitalar, sendo desse núcleo a função de “[...] promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente” (BRASIL, 2013b, p. 2).

O PNSP propõe a implantação de seis protocolos básicos de segurança do paciente, que visa promover a segurança na assistência mediante a instituição de barreiras e modificações nos processos de trabalho e devem ser adaptados à realidade vivenciada por cada serviço. As metas internacionais trazidas nos protocolos são: identificar os pacientes de forma correta; melhorar a forma de comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na utilização dos medicamentos; assegurar a cirurgia segura; higienizar as mãos como forma de evitar infecções; reduzir o risco de ocorrência de quedas e úlceras por pressão (BRASIL, 2014).

Existe ainda nesses documentos, a recomendação referente as notificações dos eventos adversos (EA) por meio do Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA). A notificação tem como objetivo o mapeamento dos EA no serviço bem como o reconhecimento dos fatores contribuintes no desenvolvimento de um incidente ou no aumento dos riscos, o que permite aos profissionais e gestores atuar de forma preventiva para evitar novas ocorrências de mesma natureza, permitindo revisão dos processos com vistas a melhorias. (BRASIL, 2016)

2.2 Segurança do Paciente e Prevenção de Infecção associada à Assistência em Saúde

O tema Segurança do Paciente é amplamente discutido em todo mundo, onde milhões de pessoas sofrem lesões debilitantes e mortes decorrentes de práticas em saúde inseguras. Neste contexto, as instituições prestadoras de cuidado em saúde, principalmente hospitalares, são ambientes que oferecem maiores riscos aos pacientes. Assim, a instituição tem como objetivo a saúde e o bem-estar de seus usuários e por isso deve avaliar a atuação assistencial e da gestão, quanto à estrutura-processo-resultado e investir em prevenção de eventos adversos.

A OMS lançou no ano 2004 a Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Nesse documento foram estabelecidas seis metas internacionais para gerar promoção de melhorias das práticas em saúde e dentre elas foi considerado como meta a prevenção do risco de IRAS.

As IH's são, portanto, classificadas como um tipo de IRAS e, segundo a Portaria do Ministério da Saúde Nº 2.616 de 12 de maio de 1998, define-se por infecção hospitalar (IH) qualquer infecção “adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares”. (BRASIL, 1998)

Lichy e Marques (2002) referem como fatores de risco para o desenvolvimento de IH: condições imunológicas do paciente; utilização de métodos invasivos de tratamento e; ambiente de exposição. Diante disso, entendemos que os pacientes com maior gravidade apresentam assim maior vulnerabilidade a adquirirem infecções pois além dos fatores acima, estão num ambiente suscetível, e estes fatores somados contribuem não somente para o alto índice de IH na UTI, como ainda para a alta prevalência de morbimortalidade.

Santos et al (2014) lembram que o diagnóstico de IH leva em consideração alguns critérios clínicos norteadores. Sendo assim, para que um caso de infecção seja considerado hospitalar/nosocomial se faz necessário verificar se as manifestações clínicas começaram há no mínimo 72 horas após a admissão no hospital e ainda deve ser analisado se houve algum procedimento diagnóstico e/ou terapêutico durante este período.

De acordo com a ANVISA (2013), os critérios ainda devem incluir evidências clínicas (sinais e sintomas), resultados de exames laboratoriais (microbiológicos, histopatológicos e sorológicos) e estudos de imagem (ultrassonografia, radiológicos, endoscópios, etc.).

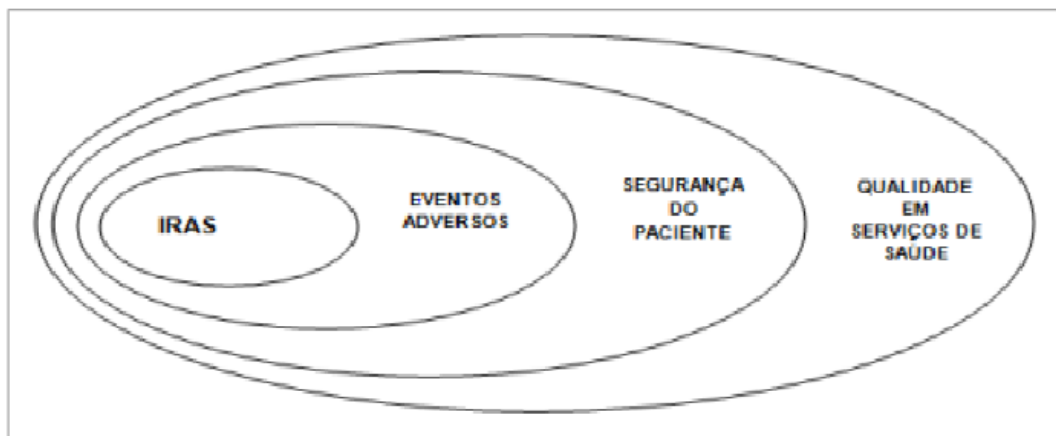
As IRAS, ou infecções “nosocomiais” e “hospitalares”, são aquelas que ocorrem em pacientes diante de atendimentos de saúde que não estão presentes ou em incubação no momento da sua admissão; infecções adquiridas no ambiente hospitalar ou de cuidado, com sintomas após a alta e as infecções ocupacionais entre a equipes de saúde (OMS, 2022).

Costa (2016) ressalta que as IRAS se configuram um grave problema de saúde pública por serem EA mais frequentes, com alta morbidade e mortalidade, tendo grande impacto na segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde (Figura 3).

A OMS (2022) lembra que essas infecções afetam centenas de milhões de pacientes anualmente em todo o mundo, levando a uma mortalidade significativa e a enormes perdas financeiras para os sistemas de saúde, estimando que de cada 100 pacientes hospitalizados de cuidados intensivos, 7 em países desenvolvidos e 15 em países em desenvolvimento irão adquirir pelo menos uma IRAS. Estima ainda que em países de alta renda, aproximadamente

30% dos pacientes em UTI são afetados por pelo menos uma IRAS, enquanto que em países de baixa e média renda, essa frequência é de pelo menos 2-20 vezes maior, especialmente em neonatos.

Figura 3: IRAS: um problema de qualidade nos serviços de saúde



FONTE: COSTA (2016, p. 24)

As IRAS representam uma grande ameaça à segurança do paciente sendo uma das complicações mais frequentes e insidiosas, elevando ainda as taxas de morbidade e mortalidade e, segundo Knobben et al (2006) citado por Pitombeira e seus colaboradores (2014), se configura portanto uma grande preocupação porque ocasiona o prolongamento do tempo de internação do paciente, re-hospitalização, aumento dos custos com a assistência para mais de 300%, podendo ainda causar limitações físicas que reduzem a qualidade de vida dos pacientes.

Em estudo retrospectivo realizado por França e seus colaboradores (2020) em pacientes de UTI de um hospital de médio porte, a incidência de IH encontrada foi de 28,44%, sendo que 22,11% são infecções relacionadas à pneumonia associada ao ventilador mecânico e 6,34% são infecções do trato urinário (ITU) associadas a SVD.

Outro estudo realizado por Assis e seus colaboradores (2022) em uma UTI brasileira que buscava identificar a prevalência dos EAs e a necessidade de cuidado do paciente crítico em terapia intensiva relataram que a infecção adquirida na UTI foi o EA mais frequente, apresentando percentual de 34,1% dos pacientes estudados, seguida da LPP (22,1%).

Souza e seus colaboradores (2015) em um estudo realizado com 889 pacientes diagnosticados com pelo menos um episódio de IRAS internados em um hospital universitário francês, 341 evoluíram a óbito, representando uma taxa mortalidade de 38,4%, sendo que a maioria dos óbitos foi relacionada a estas infecções, sendo essa a principal causa de morte.

As IRAS têm, portanto, merecido grande destaque como um problema de saúde pública há vários séculos, correspondendo a um dos eventos adversos mais prevalentes aos pacientes durante a atenção e cuidado assistencial. Oliveira e Paula (2012, p. 218) consideram que “o limite da busca pelo cuidado de melhor qualidade e a segurança do paciente vem tangenciando a história de forma tímida, seguindo diferentes denominações até os dias atuais”. Contudo lembram que, com base em pesquisas, a OMS reconhece as IRAS como uma falha na segurança do paciente, podendo ocorrer entre 5% a 17%, dentre os quais 60% podem ser evitáveis.

Esse é, portanto, um grave desafio a ser vencido e, sabidamente, em todo o mundo, a prevenção de IH's depende muito mais da instituição de saúde e de seus trabalhadores do que dos pacientes, o que requer envolvimento de todos.

Cabral e Silva (2013) apontam que no Brasil, estima-se que 5% a 15% dos pacientes internados contraem alguma IH. Diante disso, ressalta a importância da criação de setores dentro da instituição hospitalar que atuam no controle com a finalidade de diminuir o risco de infecção, os custos hospitalares, a ainda ampliar a qualidade da assistência prestada.

O controle das IRAS sempre representou um grande desafio para as instituições de saúde e reconhecemos que a qualidade dos serviços de saúde relacionado às IRAS continua evocando atenção pois trata-se não somente de aspecto biológico, mas também histórico e social, que vem gerando impacto direto na segurança da assistência, nos custos hospitalares, ampliando o tempo de internação, morbidade e mortalidade dos pacientes. (OLIVEIRA; PAULA, 2012)

2.2.1 A higiene das mãos como principal estratégia de prevenção

O PNSP propõe quatro eixos, trazendo no eixo 1 referente ao estímulo a uma prática assistencial segura, a descrição de protocolos de segurança do paciente. Na Portaria MS/GM nº 529/2013, encontramos os protocolos básicos definidos pela OMS a serem elaborados e implantados, sendo um deles o protocolo de prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde.

Na publicação de Marziale e seus colaboradores (2020) houve a descrição de todos os procedimentos necessários para a segurança dos profissionais de saúde e dos pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19, incluindo a técnica correta de higiene das mãos, obedecendo os passos recomendados pela literatura nacional e internacional tanto com água e

sabonete líquido, com duração de 40 a 60 segundos, como com álcool em gel, com duração de 20 a 30 segundos de duração.

Para fins de garantir abordagem contínua e global diante de uma ação tão simples, mas complexa do ponto de vista sistêmico, a OMS recomenda implementar a Estratégia Multimodal, que consiste em um conjunto de ações com objetivo de reduzir a ocorrência de infecções preveníveis, formada por atributos e etapas a serem sistematizados. (OMS, 2009b)

A OMS propôs como etapas imprescindíveis a higienização das mãos nos serviços de saúde minimamente em “cinco momentos”: antes do contato com o paciente, antes de algum procedimento asséptico, após ocorrida exposição a fluidos orgânicos, após contato com o paciente e após o contato com o ambiente do paciente, sempre utilizando a mesma técnica para todos os momentos. (BRASIL, 2009)

Uma outra grande preocupação referente ao procedimento de higiene das mãos deve ser ainda referente ao risco de recontaminação das mãos ou luvas. Para que isso não ocorra, Gon e seus colaboradores (2020) apontam como recomendações o desenvolvimento de um modelo mental através de treinamento, monitoramento e feedback; normas sociais com exemplo pelas lideranças, tendo cumprimento do protocolo por todos; modificação dos comportamentos de risco; além de um ambiente favorável a higiene das mãos com redução das oportunidades de recontaminação.

A OMS recomenda que todos os serviços de saúde, devam estabelecer ou fortalecer seu programa multimodal e garantir materiais e atualização dos trabalhadores sobre a temática. Propõe o uso de lembretes e comunicações sobre a importância da higiene das mãos na prevenção da propagação da COVID19, com utilização de diferentes estratégias de educação, afim de suprir as lacunas sobre a prática de higiene das mãos. (BATISTA et al, 2020)

A prevenção de infecções tem permeado os diversos planos de trabalho nos serviços de saúde e essa é uma ação fundamental durante a pandemia vivenciada na atualidade, especialmente motivado pela prevenção da disseminação da COVID-19. As estratégias a serem adotadas devem ser reforçadas e a prevenção de IRAS se configura uma meta internacional de Segurança do Paciente instituída pela OMS e incluída pela ANVISA como estratégia de segurança do paciente. (BRASIL, 2021b)

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) salienta que a prevenção de IRAS é um sério desafio em qualquer momento, porém, com o advento da COVID-19 houve maior ênfase referente a boas práticas de higienização das mãos na redução do risco de transmissão como parte de um pacote de medidas preventivas. (OPAS, 2021)

Uma boa higienização das mãos também é vital na prevenção de quaisquer infecções adquiridas na atenção à saúde, a propagação da resistência antimicrobiana e outras ameaças emergentes à saúde. A infecção adquirida durante a prestação de serviços de saúde é um grande problema global, mas os pacientes em países de baixa e média renda têm duas vezes mais probabilidade de infecção do que os pacientes em países de alta renda (15% e 7% dos pacientes, respectivamente); o risco em unidades de terapia intensiva (UTI), principalmente entre recém-nascidos, é entre 2 e 20 vezes maior. (OPAS, 2021)

A higienização das mãos é reconhecida pelo cenário mundial como uma medida primária muito importante no controle de IRAS, sendo considerada um dos pilares da prevenção e do controle de infecções nos serviços de saúde, tendo sido tratada como prioridade, reconhecido como uma questão global pela OMS. (WHO, 2005)

A segurança dos pacientes depende da higienização cuidadosa, atenciosa e frequente das mãos dos profissionais, bem como do controle de infecções nos serviços de saúde. Portanto, concorre para a melhoria da qualidade no atendimento e na assistência ao paciente, havendo impacto inclusive na redução da morbidade e da mortalidade dos pacientes, além da redução de custos associados ao tratamento dos quadros infecciosos. (BRASIL, 2009)

As medidas de segurança devem ser seguidas por todo o corpo das instituições de saúde, pois estão todos expostos a riscos ocupacionais. Dentre as medidas preventivas do adoecimento dos profissionais de saúde, destaca-se a necessidade da imunização dos trabalhadores, a execução de técnicas seguras de trabalho, uso rigoroso das Precauções Padrão que incluem a higienização das mãos, uso adequado de EPI, além do descarte adequado de material perfurocortante. (BRASIL, 2013a)

Em um dos estudos, Batista e seus colaboradores (2020) consideram que no cenário da pandemia de COVID-19, os gestores, comunidade acadêmica, profissionais de saúde e população em geral passaram a reconhecer a relevância da higiene das mãos para o cuidado pessoal e com o outro e descrevem que o controle da disseminação do vírus se baseia na tríade: uso universal de máscara, distanciamento social e higiene das mãos. Acrescenta-se como importante barreira de proteção a vacinação contra a COVID-19.

Zhou em seus colaboradores (2020) realizou estudo na China com objetivo de descrever a conformidade da higienização das mãos durante a pandemia. Os critérios de conformidade incluíram comportamento, procedimento, duração, método de secagem das mãos e o geral. Os resultados obtidos no estudo demonstram 79,44% de conformidade com os critérios gerais, 96,71% em relação ao comportamento, 95,74% referente ao procedimento, 88,93% relacionado a duração e 88,42% com relação ao método de secagem das mãos. Outro dado apresentado nesse estudo é que a conformidade com o comportamento de higiene das mãos relacionado à proteção do paciente foi menor do que para a autoproteção.

Huang e seus colaboradores (2021) realizaram um trabalho de medição da higienização das mãos pelos profissionais de forma automatizada na entrada e saída dos quartos dos pacientes durante a pandemia de COVID-19, realizando uma correlação entre adesão à higiene das mãos e dados epidemiológicos COVID-19. Os resultados do estudo apontam que a taxa de higiene das mãos na entrada do quarto diminuiu com o tempo; na saída do quarto, aumentou 13,73% durante a primeira onda de COVID-19, diminuiu 9,87% durante o período pós bloqueio e depois se recuperou em 2,82% durante a segunda onda da epidemia.

Durante a pandemia de COVID-19, os profissionais de saúde foram qualificados e incentivados a aderir aos princípios das diretrizes da OMS para a prática de higiene das mãos, sendo demonstrado através de relato nos diversos estudos. Porém, Batista e seus colaboradores (2020), referem que as mudanças na estrutura, a disponibilidade de trabalhadores e de recursos materiais são importantes para a assistência de pacientes com COVID-19, porém isoladamente não garante a modificação na postura dos profissionais no que diz respeito à prática de higiene das mãos.

Outra pontuação importante demonstrada no estudo de Ghimire, Dhungel e Pokhrel (2020) é de que cerca de 2/3 dos entrevistados não se sentiam confiantes quanto à capacidade existente do sistema de saúde em protegê-los da transmissão de agentes infecciosos, o que pode estar, segundo os autores, associado a insuficiência de práticas educativas para os profissionais de saúde para prevenção de infecções.

Portanto, conforme assinalam Zhou e seus colaboradores (2020) a educação e a supervisão são ferramentas importantes para aprimorar a prática de higiene das mãos, porém, nem sempre se traduz em mudança de comportamento, devendo haver abordagens adequadas para tornar o processo educativo eficaz, garantindo a adesão dos profissionais.

2.3 Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente

O cuidado em saúde sempre foi compreendido como uma necessidade importante cercada de muitos benefícios na busca do reequilíbrio biológico diante de qualquer condição de adoecimento e por isso, era visto como algo positivo. A gestão do cuidado, portanto, não é algo tão simples, pois o sistema de saúde é extremamente complexo.

Cecílio (2011) traz em sua literatura o entendimento do cuidado em saúde como o suprimento de aporte tecnológico baseado nas necessidades de saúde que os indivíduos apresentam, independente do espaço em que esteja inserido, permeando desde a atenção

primária até a alta complexidade, com vistas no bem estar, segurança e autonomia de cada sujeito.

A gestão do cuidado é entendida como “provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz”. (CECÍLIO, 2011, p. 589). Diante desse entendimento, o autor aponta diferentes dimensões desse cuidado, que devem ser observadas, que são: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária, fortalecendo ainda mais o discurso de complexidade desse campo, onde na produção do cuidado, a micropolítica coloca o usuário como centro das organizações de saúde.

Figura 1. Elementos presentes nas várias dimensões da gestão do cuidado em saúde

Dimensão da gestão do cuidado	Atores ou protagonistas	Principais elementos: a lógica da dimensão
Individual	Cada um de nós.	Cuidar de si. Autonomia. Escolha.
Familiar	Família. Ciclo de amigos. Vizinhos.	Apoio. Proximidade. Mundo da vida.
Profissional	Profissionais de saúde. O Médico.	O preparo técnico. Ética. Vínculos.
Organizacional	A equipe de saúde. O gerente.	Div. Téc. do trabalho. Coordenação.
Sistêmica	Os gestores.	Linhas ou redes de cuidado. Financiamento.
Societária	O “Estado” A “Sociedade Civil”	Políticas sociais.

FONTE: Cecílio (2011)

Conceitualmente, Cecílio (2011) nos traz na dimensão individual a concepção do cuidado consigo de modo pessoal, envolvendo as possibilidades individuais de realizar suas escolhas, fortalecendo a importância da autonomia do sujeito. Na dimensão familiar, considera o indivíduo dentro do seu contexto de vida, considerando o ecossistema familiar, amigos, vizinhos e todas as relações que envolvem o cuidado e sua rede de apoio. Já na dimensão profissional, reflete sobre a conexão entre os profissionais e os usuários, envolvendo tanto a competência técnica; a resolução dos problemas de saúde e necessidades apresentadas; a postura ética e a capacidade de construir vínculo. A dimensão organizacional,

portanto, envolve o processo de trabalho em equipe, a coordenação e comunicação; a organização de fluxos e regras; a adoção de dispositivos compartilhados entre profissionais e a divisão técnica e social do trabalho em saúde.

Temos ainda duas dimensões do cuidado trazidos pelo mesmo autor que envolvem a dimensão sistêmica do cuidado e a dimensão societária, sendo a primeira aquela que trata das construções de redes de atenção ou linhas de cuidado entre os serviços de saúde tendo a integralidade do cuidado como objetivo maior a ser alcançado, e a segunda, traz como objeto a configuração das políticas públicas em geral, sendo a dimensão mais ampla da gestão do cuidado. (CECÍLIO, 2011)

A avaliação da gestão do cuidado é, portanto, importante e desafiadora, que requer um olhar multifatorial, devendo considerar vertentes não somente dos gestores, mas ainda dos profissionais, usuários e da comunidade que faz uso desses serviços.

O movimento em prol do cuidado seguro estimula uma forma de repensar e revisitar os processos assistenciais em saúde, em busca da identificação de falhas anterior a ocorrência do dano ao paciente. Sabidamente a segurança do paciente é uma das dimensões da qualidade e, portanto, devem ser indissociáveis (GAMA; SATURNO, 2013).

A OMS define incidente como todo evento ou circunstância decorrente do cuidado que pode ser evitado e não associado à sua doença de base. Estes por sua vez podem ser classificados com base nos desfechos, sendo então considerado um incidente sem danos sempre que o evento atinge o paciente e, apesar do risco, o mesmo não apresentou nenhum dano; e EA, quando o evento ou circunstância atinge o paciente a ocorre dano em decorrência desse episódio. (OMS, 2009a)

A Segurança do Paciente é, portanto, o conjunto de ações pensadas e planejadas que estão voltadas à proteção do paciente contra riscos ou danos em decorrência do cuidado prestado em serviços de saúde e essa temática não se restringe somente ao ambiente hospitalar, tendo sendo considerada pela OMS (OMS, 2019) a redução ao mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário relacionado ao cuidado de saúde.

“Sabe-se que quatro a dezessete por cento (4% a 17%) de todos os pacientes que são admitidos em um serviço de saúde sofrem incidente relacionado à assistência à saúde (que não está relacionado à sua doença de base), podendo afetar sua saúde e recuperação”. (BRASIL, 2017c, p. 11)

Siman e seus colaboradores (2019) referem que os componentes estruturais de melhoria das práticas estão na avaliação da qualidade dos serviços, na melhoria da Segurança do Paciente e na implementação de uma cultura de Segurança do Paciente, sendo este um

processo contínuo envolvendo atividades educativas, bem como ações planejadas a fim de detectar e analisar Eventos Adversos (EA) e situações de risco.

Apesar do discurso de qualidade e melhorias através do cuidado em saúde, a realidade de elevadas taxas de eventos adversos se coloca como grande entrave nesse cenário, uma vez que ocasionam aumento da permanência no hospital, outras complicações no quadro de saúde dos indivíduos, dano ou lesão física, sofrimento, incapacidade e até mesmo morte, tendo, portanto, uma variação no seu nível de gravidade, podendo ser físico, social ou psicológico, como também perda da confiança nos profissionais de saúde e na instituição.

Os incidentes relacionados ao cuidado em saúde passaram a ser notados como algo indesejado, sendo estes compreendidos como um evento que resultou ou poderia ter resultado em dano desnecessário ao paciente, levando a compreensão de que os erros na área da saúde estão presentes no cotidiano do processo de cuidado e por isso se faz necessário um olhar ampliado. Uma assistência quando prestada por seres humanos sempre há possibilidade de riscos e danos ao paciente e esta realidade não pode mais ser ignorada (BRASIL, 2017a).

A assistência no campo da saúde foi sofrendo modificações ao longo do tempo, tendo acrescido tecnologias e modificando seu formato até mesmo na relação estabelecida entre profissionais e pacientes, tendo a presença dos erros como algo cada vez mais presente. Dessa forma, os incidentes e eventos tem ganhado visibilidade cada vez maior no cenário da saúde, tanto no âmbito hospitalar, como também em demais serviços onde há assistência ao paciente, como ambulatorios, clinicas, atenção domiciliar, sendo estudado por diversos pesquisadores.

Milani e Vandresen (2019) consideram a redução na ocorrência dos eventos adversos algo desafiador considerando que a causa dos erros é multifatorial, estando os profissionais suscetíveis diante de sistemas com processos complexos e mal planejados. As autoras reforçam que não somente nos hospitais existem cuidados e riscos e ainda concluem que em seu estudo que 50% das hospitalizações ocorreram em decorrência de causas evitáveis, o que mostra que a segurança do paciente possui relevância em todos os níveis de atenção à saúde.

Nessa perspectiva, a segurança do paciente é compreendida como conjunto de ações com finalidade criar barreiras, prevenir os incidentes, reduzir ou inibir os desfechos indesejados que ocorrem em decorrência da assistência de saúde e é definida pelo Ministério da Saúde como redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário relacionado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013b).

Sousa e Mendes (2019) consideram a segurança do paciente como uma das dimensões da qualidade do cuidado de saúde e os autores retratam que se configura em preocupação global e requer visão sistêmica, integrando setores da organização e rede de serviços para que

a comunicação e os resultados possam ser garantidos aos pacientes. Dessa forma, tem adquirido importância não somente para os pacientes e seus familiares, mas gestores e profissionais de saúde, todos envolvidos na garantia da assistência segura.

2.4 Reflexos da pandemia na gestão do cuidado

A descoberta de um novo vírus da família coronavírus (CoV) denominado SARSCov2, causador da doença COVID-19, ocasionou um grande surto iniciado em dezembro de 2019 na China, sendo posteriormente reconhecido como pandemia pela OMS em março do ano seguinte, tendo sido identificado o primeiro caso no Brasil no mês de fevereiro de 2020, demonstrando a grande velocidade de propagação do vírus em todo o mundo. (BRASIL, 2021a)

Diante dessa nova realidade, ocasionada pela descoberta do coronavírus, os sistemas de saúde tiveram que se reorganizar para atender a essa nova e crescente demanda por atendimento nas unidades de saúde, havendo alteração em diversos processos de trabalho dentro dos serviços, incluindo aquisição de insumos como materiais e equipamentos, trazendo aos profissionais de saúde uma atividade ainda mais desafiadora e estressante, potencializando os riscos de danos aos pacientes.

A presença dessa nova doença infecciosa impactou a rotina das instituições de saúde e ganhou corpo em todos os debates em torno da saúde no Brasil. A questão da segurança do paciente também sofreu transformações dentro e fora das organizações.

Na atualidade, no cenário de pandemia de COVID-19 o qual estamos vivendo, os gestores, profissionais de saúde e toda a população em geral reconhecem a relevância e importância da higiene das mãos para o cuidado pessoal e com o outro, e para a segurança do paciente, sendo um mecanismo de barreira na transmissão do vírus, e parte da tríade de prevenção composta pelo uso universal de máscara, distanciamento social e higiene das mãos.

Diante das informações acerca da doença e todas condições de risco e rápido crescimento no número de casos em todo o mundo, os sistemas de saúde mundialmente necessitaram se estruturar para o enfrentamento da doença com vistas a redução de danos e prevenção de riscos aos pacientes, profissionais e toda a comunidade.

Rapidamente, a doença ocasionada pelo novo coronavírus se tornou um grave problema de saúde pública requerendo planejamento e implementação de melhores práticas. Segundo postulados de Testa (1983), um dos principais elementos para que o planejamento ocorra é o diagnóstico, incluindo nessa fase cálculo de indicadores e análises de problemas, a

fim de constituir um quadro de análise para levantar e compreender os problemas de saúde. O autor não propõe um método de planejamento, porém, sugere um modo de entender o processo de planejamento.

Planejamento é um termo utilizado no cotidiano da política e da administração, em ambas esferas: pública ou privada. Entende-se como um processo de racionalização das ações humanas, consistindo em definir proposições e construir a sua viabilidade, visando a solução de problemas, bem como o atendimento de necessidades individuais e coletivas. (TEIXEIRA, 2010)

No cenário de crise instalado, houve, portanto, a necessidade de adequações, que somente seriam possíveis mediante a conformação de um planejamento, tendo como produto a formulação de planos para respostas rápidas à disseminação da doença, como referido por Albuquerque (2020). Nesses planos, para esse momento de contingência, diversas ações foram sendo definidas, incluindo ações para detecção precoce, isolamento e bloqueio de disseminação, vigilância epidemiológica, medidas de prevenção e controle de infecção, bem como a avaliação dos impactos sanitários.

No plano de contingência nacional elaborado pelo Ministério da Saúde também no ano inicial da pandemia, existem orientações aos serviços de saúde quanto à prevenção e o controle de infecção para casos suspeitos e confirmados de COVID-19, porém, apresenta lacunas no delineamento de estratégias de prevenção e controle de infecções que levam à COVID-19 entre profissionais de saúde. (BRASIL, 2020).

Diante das ações planejadas pela esfera pública, toda a comunidade foi mobilizada para se manter em isolamento social, objetivando reduzir a ocorrência de novos casos e promover a organização dos serviços de saúde para atendimento aos pacientes acometidos com a doença e que necessitassem de hospitalização. Nessa etapa inicial, os esforços se concentraram no desenvolvimento de maior capacidade para atendimento aos casos suspeitos ou confirmados, sendo necessário um planejamento por parte dos serviços incluindo medidas ambientais e administrativas que, quando combinadas com equipamentos de proteção individual, higiene das mãos, minimizam o risco de disseminação da infecção para pacientes e profissionais de saúde.

O estudo de Wilkinson e seus colaboradores (2020) demonstrou um modelo de preparação dos serviços onde foram divididas clínicas e hospitais distritais em três zonas codificadas por cores com base na avaliação de risco para COVID-19. Além dessa estratégia, garantiram ainda o distanciamento social, higiene das mãos, triagem rápida, gerenciamento

separado de pacientes sintomáticos e atenção à prevenção da transmissão de infecção entre profissionais de saúde.

Nos estudos de Ferreira e seus colaboradores (2020), os autores relatam que para o melhor enfrentamento e estruturação de ações no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC) foi estruturado o Gabinete de Segurança do Paciente, grupo responsável pela redefinição dos processos, difusão da informação aos diversos setores envolvidos, implementação de inovações no uso de tecnologias, realização da vigilância clínica, gestão dos equipamentos de proteção, motivação e suporte emocional dos profissionais e consolidação das principais metas de segurança do paciente, incluindo prevenção de infecções através da higiene das mãos.

Os últimos esforços referidos foram também levantados como estratégias essenciais em outra literatura descrita por Yu e seus colaboradores (2020), que reforçam as ações visando a prevenção da disseminação do COVID-19 entre profissionais de saúde em ambiente hospitalar durante a pandemia: controle da fonte de infecção mediante construção de barreiras físicas eficazes; triagem de pacientes; bloqueio de vias de transmissão; ambiente limpo mediante desinfecção do ar e superfícies; proteção de profissionais e grupos vulneráveis mediante treinamento, bem como distribuição de equipamentos de proteção; gestão e tratamento da exposição ocupacional; e medidas de prevenção e controle de infecção.

As adaptações feitas por um grande serviço de doenças intestinais no mesmo período foram também estruturadas a partir de um plano, tendo como princípios básicos a segurança dos pacientes e da equipe, a prevenção da transmissão da doença, além da garantia de conformidade com diretrizes nacionais sobre distanciamento social e estratificação de risco. (GONZALEZ et al, 2020)

Outra vivência identificada na literatura que reforça a necessidade do planejamento numa trajetória exitosa durante a pandemia foi descrita por Kwan e seus colaboradores (2021), onde apresentam o modelo da Iniciativa de Engenharia de Sistemas para a Segurança do Paciente (SEIPS), que consiste em cinco domínios principais: organização, pessoa, tarefas, tecnologias e ferramentas e meio ambiente. Essa ferramenta adota princípios de fatores humanos e oferece uma estrutura conceitual abrangente para facilitar a gestão hospitalar entender seu próprio sistema.

Obaseki e seus colaboradores (2020) analisando os desafios de prontidão e resposta a emergências durante a pandemia COVID-19 em evolução na Nigéria referente as oportunidades e pontos fortes do Hospital Universitário da Universidade de Benin descrevem que nesse serviço foram incluídas fases semelhantes aos demais serviços referidos, sendo

constituída uma estrutura de governança que se apoiava em sete pilares: gestão clínica; diagnóstico; logística e suprimentos; prevenção, controle e vigilância de infecções; triagem; comunicação; e coordenação central e pesquisa.

A vivência durante a atual pandemia vem exacerbando os desafios de atuação dos integrantes das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), pela necessidade de construir fluxos, revisar protocolos, bem como pela tomada imediata e assertiva de decisões em busca do controle da disseminação do vírus e proteção dos profissionais envolvidos na linha de frente.

Oliveira e seus colaboradores (2020) apresentam um relato de membros dessa comissão, que mais uma vez ratificam a necessidade de desenvolver atividades mediante a elaboração e implementação de um Plano de Contingência, contemplando estratégias e políticas para o enfrentamento da pandemia do SARSCoV-2, bem como o gerenciamento dos recursos materiais e de trabalhadores. As ações incluíram triagem específica para atendimento de casos suspeitos e/ou confirmados; oferta de máscaras cirúrgicas aos pacientes e acompanhantes; vigilância e gestão de profissionais infectados; implantação de protocolos clínicos e fluxos de trabalho. Além disso, criação de coorte com equipes específicas, com fortalecimento da comunicação interna.

Diante de tantas medidas necessárias a serem tomadas, demandando rápida estruturação dos serviços, observamos nos estudos apresentados anteriormente ações de adaptações administrativas, ambientais, estruturais e comportamentais. Porém, as adequações do espaço e suprimentos de equipamentos e materiais somente não garantem prevenção de transmissão e estas, só serão eficazes se acompanhadas do uso adequado de equipamento de proteção individual (EPI), higiene das mãos e limpeza do ambiente (WILKINSON et al, 2020), o que pode ser promovido através da atuação das equipes de controle de infecção e segurança do paciente fortalecendo as ações de prevenção e práticas educativas.

Na contramão, os recursos de insumos são escassos, estruturas físicas inadequadas e profissionais com baixa expertise para o controle de IRAS são adversidades encontradas em condições habituais nos serviços de saúde e que apresentam impacto significativo na implementação das boas práticas em saúde recomendadas pela ANVISA. (BRASIL, 2017a)

3 METODOLOGIA

Esse capítulo consta: o tipo do estudo, o modelo lógico, o campo do estudo, a população da pesquisa, o detalhamento da técnica e instrumento de coleta de dados, os métodos de análise dos dados e os aspectos éticos da pesquisa, incluindo os riscos e benefícios dessa pesquisa.

3.1 Tipo de Estudo

Estudo avaliativo, utilizando-se do estudo de caso envolvendo um hospital referência para atendimento a COVID durante a pandemia, com abordagem quantitativa e caráter exploratório. A pesquisa avaliativa traz a interdependência entre variáveis e sua inserção contextual como importante propriedade, exigindo diferentes abordagens metodológicas e a compreensão do fenômeno avaliado em sua complexidade. (VIEIRA-DA-SILVA et al. 2007).

Arreaza e Moraes (2010) consideram a pesquisa avaliativa como a aplicação sistemática de procedimentos advindos das ciências sociais para promover julgamentos sobre os programas de intervenção, analisando tanto as bases teóricas, como o processo operacional e a implementação dos mesmos inter-relacionando com o contexto no qual estão inseridos, considerando os atores e suas perspectivas.

Hartz e Vieira-da-Silva (2005) reforçam que se faz necessário a avaliação qualificada e permanente das intervenções ocorridas na área de saúde mesmo diante dos desafios conceituais e metodológicos para a sua realização.

Como estratégia metodológica foi utilizado o estudo de caso, que segundo Yin (2010) investiga fenômenos da contemporaneidade dentro de um contexto real, utilizado quando há pouca evidência entre os limites entre o fenômeno e contexto, onde o pesquisador busca responder questões que explique a conjuntura atual de algum fenômeno social.

Para Denis & Champagne (1997), o estudo de caso parece ser a estratégia de pesquisa particularmente útil para conduzir este tipo de avaliação, sendo definido como a investigação empírica de um fenômeno que pode dificilmente ser isolado ou dissociado do seu contexto. Caracteriza-se pelo foco do estudo ser o próprio caso e onde existe a necessidade de apresentar informações em profundidade. Na perspectiva de Cruz (2006), o caso no estudo é tomado como unidade significativa de um todo, ou mesmo o fornecedor de uma fonte de explicações e, por isso, suficiente tanto para fundamentar um julgamento fidedigno quanto para tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora. (COSTA, 2016, p. 32)

Quanto a abordagem quantitativa, o estudo possui um caráter formal, objetivo e sistemático, onde se utilizam dados numéricos para obter informações acerca do universo

analisado e é utilizado para descrever, testar relações e determinar causas (CRESWELL, 2013).

Silva e Menezes (2001) consideram que em razão da maior precisão e confiabilidade, os estudos quantitativos são mais indicados para o planejamento de ações coletivas, pois seus resultados são passíveis de generalização, principalmente quando as amostras pesquisadas representam, com fidelidade, a população de onde foram retiradas.

As pesquisas exploratórias tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e a maioria das pesquisas científicas passam por uma etapa exploratória, visto que o pesquisador busca familiarizar-se com o fenômeno que pretende estudar. (GIL, 2002).

3.2 Modelo Lógico

Para contribuir com a avaliação de um programa ou um serviço, uma das ferramentas que pode ser utilizada é o desenho do modelo lógico. Construir o modelo lógico de um programa ou serviço significa detalhar os seus componentes e a forma de operacionalização dos mesmos, descrevendo a sequência lógica dos eventos que possam representar os desfechos finais. Se trata de um esquema visual que mostra como um programa deve ser implementado e quais os resultados esperados, não significando necessariamente a realidade em si. (MEDINA et al., 2005).

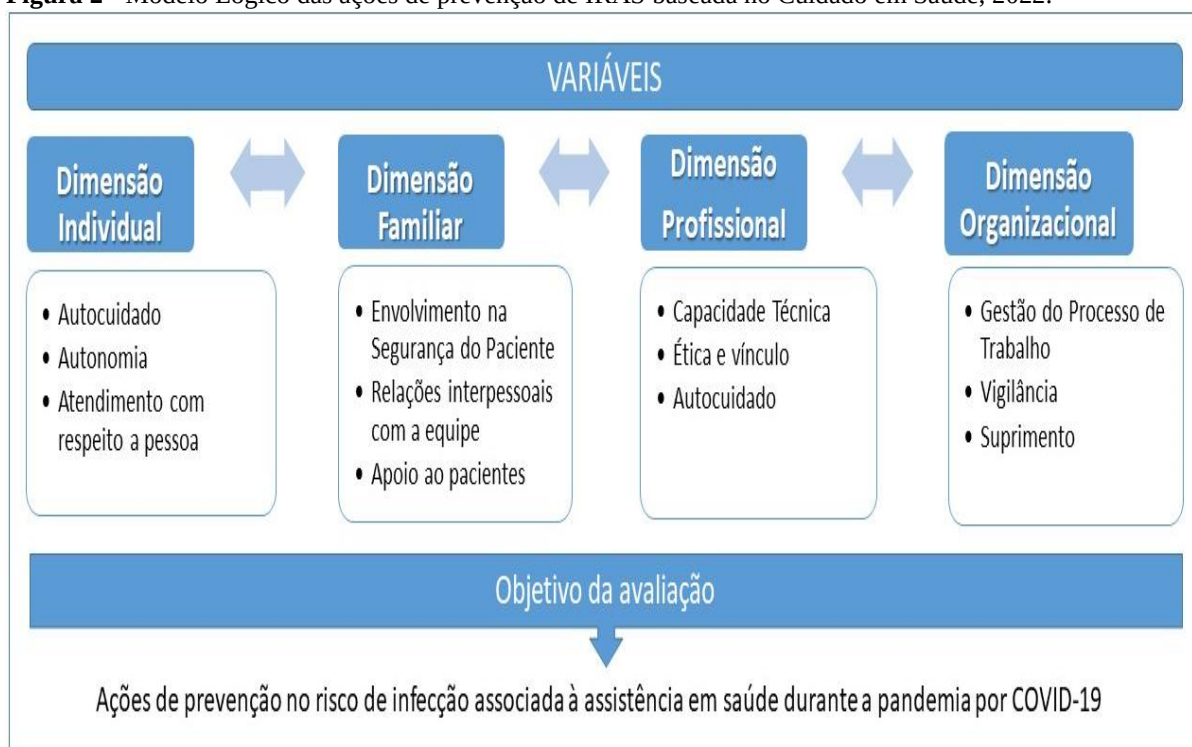
Cassiolato e Guerresi (2010) consideram que aplicação do modelo lógico como ferramenta promove o planejamento e comunicação do que se pretende alcançar, sendo um passo essencial na organização dos trabalhos de avaliação.

Na elaboração do modelo lógico, foram utilizadas as técnicas de análise de documento, tendo como base para a sua construção as publicações oficiais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde e OMS, contemplando aspectos referentes a Segurança do Paciente com enfoque na meta de Prevenção de IRAS conforme descrito abaixo, tomando como base as dimensões elegíveis ao estudo propostas por Cecílio (2011), que forma:

- A **dimensão individual**, considerando que se trata da concepção do cuidar de si e as possibilidades individuais de fazer escolhas, na busca pela ampliação da autonomia do sujeito, contemplará as seguintes variáveis: autocuidado, autonomia e atendimento com respeito a pessoa;

- A **dimensão familiar** se trata no contexto de vida, considerando as pessoas da família, amigos, vizinhos e as relações que permeiam entre os cuidadores e cuidados e terá como variáveis: envolvimento na segurança do paciente; relações interpessoais com a equipe; e apoio ao paciente;
- Na **dimensão profissional** se considera o encontro entre os profissionais e os usuários, tendo como variáveis: a capacidade técnica, ética e vínculo e autocuidado;
- A **dimensão organizacional** acontece nos serviços de saúde, com crescente divisão técnica e social do trabalho, envolvendo o trabalho em equipe e a coordenação e comunicação, e terá como variáveis: gestão do processo de trabalho, vigilância e suprimento.

Figura 2 - Modelo Lógico das ações de prevenção de IRAS baseada no Cuidado em Saúde, 2022.



Fonte: Construção do autor baseado em Cecílio (2011).

A construção da Modelo Lógico precedeu a escolha dos questionamentos avaliativos, considerando um conjunto de postulados acerca da temática do estudo levantados a partir da análise documental das literaturas.

Após a construção do Modelo Lógico foi confeccionada a Matriz de Análise de Julgamento (Apêndice D), trazendo as dimensões, variáveis, indicadores e perguntas avaliativas a serem utilizadas para a elaboração do questionário.

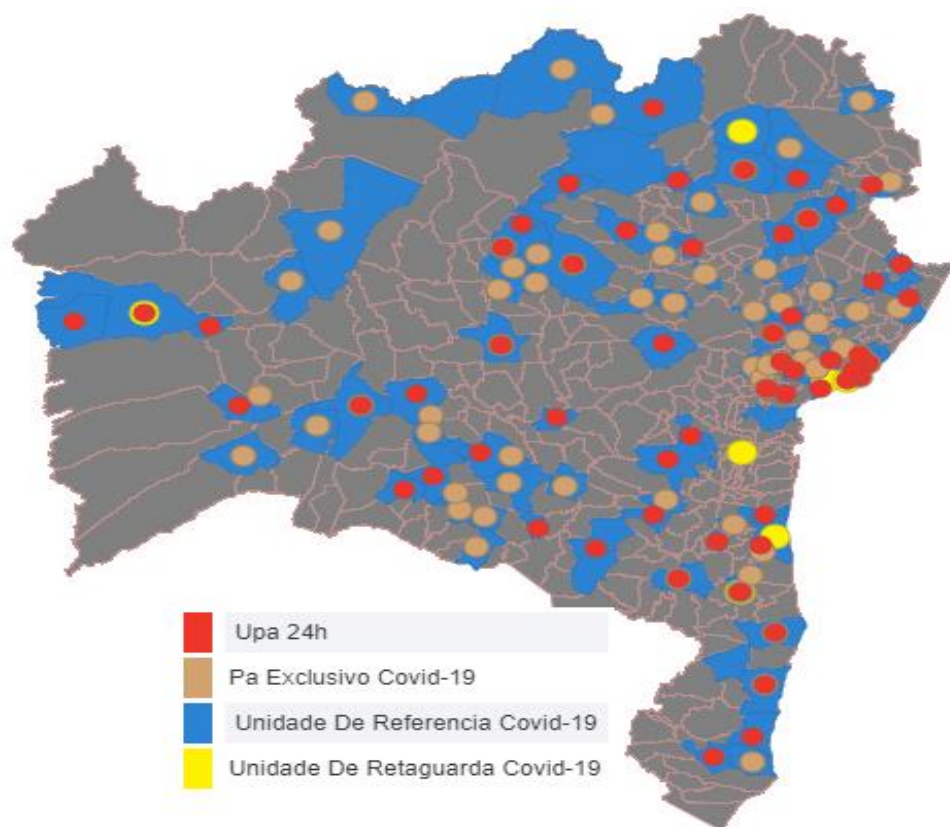
Na elaboração da Matriz de Análise de Julgamento, foram definidos critérios objetivos, capazes de traduzir o resultado esperado a nível de efetividade do atendimento seguro nas UTI COVID quanto ao risco de infecções, induzidos por meio dos conceitos fundamentais orientadores do processo de trabalho de cada variável na literatura. Considerando que cada conceito representa a expectativa que enseja uma capacidade para sua concretização, foram definidas competências específicas para cada um dos indicadores, trazendo como perguntas avaliativas desse estudo.

3.3 Campo de Estudo

O estudo foi desenvolvido nos setores de Terapia Intensiva no âmbito de uma unidade da rede pública hospitalar do estado da Bahia pertencente a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) destinada ao atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de acometimento pela COVID-19 durante a pandemia ocasionada por esse vírus no período de março de 2020 a setembro de 2021.

O estado da Bahia atualmente é composto por 417 municípios e possui cerca de 15.203.934 habitantes segundo o censo demográfico realizado no ano 2015 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Nesse estado, houve incremento de leitos e destinação de unidades para atendimento aos pacientes na pandemia por COVID-19, tendo disponível no momento da pesquisa 1891 leitos específicos para atendimento a casos suspeitos ou confirmados. Identificamos em site da SESAB a descrição de 72 unidades de pronto-atendimento hospitalares, 66 unidades de referência hospitalar, 07 unidades de retaguarda e 83 Unidades de pronto-atendimento (UPA) conforme mapa abaixo. Essas unidades estão distribuídas nas 09 macrorregiões de saúde e 22 regiões de saúde do estado.

Mapa 1 – Distribuição de unidades de referência ao atendimento de casos de COVID no Estado da Bahia no ano 2021.



FONTE: Site SESAB ([Central Integrada de Comando e Controle da Saúde - COVID-19](http://saude.ba.gov.br) (saude.ba.gov.br))

Este estudo foi realizado em um hospital referência ao atendimento a paciente com COVID no interior do estado da Bahia, durante a pandemia pela COVID-19. Se trata de um dos hospitais públicos do interior da Bahia pertencente a rede própria da SESAB que atuou como referência para atendimento a pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por COVID-19, que teve disponível 40 leitos de Terapia Intensiva destinados de forma exclusiva a usuários do SUS, sendo esse o local da pesquisa.

Esse hospital se localiza na cidade de Feira de Santana, segunda maior cidade da Bahia, com cerca de 627.477 habitantes (IBGE, 2017), centro da Macrorregião Centro Leste da Bahia. Possui 252 leitos hospitalares, sendo todos os leitos mantidos pelo Governo Estadual através da SESAB para atendimento ao SUS. É caracterizado como hospital de grande porte, e atende a cerca de 127 municípios mediante pactuação através da Secretaria Municipal de Saúde, assistindo a um grande número de usuários do SUS dessas regiões.

Apesar de ser uma unidade porta aberta, durante a pandemia teve seu perfil de acesso modificado para atendimento a pacientes regulados e incremento de 40 leitos de terapia intensiva exclusivos para atendimento a pacientes com suspeita ou confirmação de infecção

por COVID-19, fazendo parte das unidades de referência para COVID na Bahia, sendo esses setores de terapia intensiva o locus do estudo.

3.4 População da Pesquisa

Para construção do estudo, os participantes foram estratificados por grupos:

- Grupo 1 – profissionais de saúde que atuam nos setores de atendimento a pacientes com COVID-19. Para este grupo definimos o seguinte critério de inclusão: profissional de saúde que atue em assistência direta aos pacientes que apresentam suspeita ou confirmação de COVID-19, pertencentes à equipe multiprofissional, que podem ser enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, médicos, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fonoaudiólogos, atuando nesse posto há, no mínimo, seis (6) meses. Como critério de exclusão, profissionais que se encontram em período de afastamento do serviço por licenças (médica, maternidade, prêmio, por interesse particular) e atestados médicos durante o período da coleta de dados.
- Grupo 2 - Gestores da Instituição (representantes das diretorias geral, diretoria técnica, médica, de enfermagem). Para este grupo participaram diretores, supervisores, gestores e lideranças de setores COVID com atuação superior a seis (6) meses, exceto aqueles afastados pelos mesmos motivos citados acima.
- Grupo 3 – membros do NSP e CCIH, também com atuação acima de seis (6) meses, tendo mesmo critério de exclusão dos demais.

A escolha da participação da categoria profissionais de saúde se justifica por serem àqueles que desempenham o cuidado de forma direta, tendo grande implicação em questões de segurança e conhecimento para contribuir com a pesquisa. Os gestores da instituição foram incluídos por entendermos que a cultura de segurança começa na gestão e perpassa por questões de ordem política, estrutural e organizacional, o que muitas vezes determina a filosofia da gestão hospitalar. O último grupo escolhido, referente ao NSP e CCIH, são profissionais que possuem a expertise e participam de toda a definição das políticas institucionais relacionadas a Segurança do Paciente e controle de infecção, dado que esses são o alvo dessa ação.

A amostra final foi do tipo não probabilística e intencional, onde, segundo Segundo Gil (2002), numa amostra intencional, os indivíduos são selecionados baseado em características relevantes ao objeto de pesquisa. Prodanov e Freitas (2013) reforçam que esse tipo de amostragem não probabilística consiste em selecionar um subgrupo da população que

possa ser considerado representativo de toda a população, onde o pesquisador se dirige de forma intencional a grupos dos quais deseja colher informações.

A população de profissionais de saúde das UTI's do hospital é de 319, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas. No NSP e CCIH temos 15 profissionais e a gestão temos 16 pessoas. Tivemos nessa pesquisa 85 participantes, sendo 69 profissionais de saúde, correspondendo a 21,63% da população, 11 gestores, perfazendo percentual de 68,75% de participação dessa categoria e 04 (quatro) membros do NSP e CCIH, num percentual de 26,67% nesse grupo, havendo somente um respondente com categoria não identificada.

Todos os participantes da pesquisa tiveram acesso inicial ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), fazendo parte da pesquisa somente aqueles que estiveram de acordo e emitiram assinatura desse documento, em atendimento aos aspectos éticos da pesquisa.

3.5 Técnica e Instrumento de Coleta de Dados

Foram aplicados questionários com gestores, membros do NSP e CCIH e profissionais da assistência que vivenciaram o atendimento a pacientes com COVID-19 durante a pandemia dessa doença.

O questionário (Apêndice C) foi elaborado para atender ao objetivo da pesquisa contendo perguntas avaliativas, com base nas dimensões analisadas, direcionadas aos grupos participantes da pesquisa, tendo como base 04 (quatro) dimensões do Cuidado descritas por Cecílio (2011): dimensão individual, familiar, profissional e organizacional e orientado pelo modelo lógico. Foram encaminhados por meio digital, incluindo envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esse tipo de instrumento para coleta de dados possibilitou que um grupo de pessoas responda às mesmas perguntas, numa sequência preestabelecida, permitindo ao pesquisador a oportunidade de comparar essas respostas de forma sistemática e objetiva. Gray (2012, p. 275), descreve algumas características que justificam sua ampla utilização, como: baixo custo em termos de tempo e dinheiro; rápido retorno dos dados, de várias pessoas; e a flexibilidade de escolha do local e momento mais adequado para o preenchimento, conforme a vontade do participante do estudo.

Conforme mencionado anteriormente, antes de iniciar a pesquisa foi construído o Modelo Lógico, que norteou a construção da Matriz de Análise de Julgamento (Apêndice D), contendo os indicadores e perguntas avaliativas a serem utilizadas no questionário.

O questionário contém 03 (três) seções principais: SEÇÃO A, que trata do consentimento informado para participação da pesquisa; SEÇÃO B, levanta a identificação do perfil do participante; e a SEÇÃO C traz perguntas avaliativas acerca da prevenção e controle de IRAS na unidade de trabalho, sendo a última seção dividida em 04 dimensões principais: individual, familiar, profissional e organizacional. As dimensões possuem variáveis de análise, que estão dispostas da letra A a K seguindo detalhamento descrito em Matriz de Análise e Julgamento, totalizando 86 perguntas avaliativas.

Diante do contexto de pandemia, prezando pela segurança física e respeitando as normas de distanciamento social, a pesquisa utilizou recursos virtuais para instrumentalizar a coleta de dados. No formulário eletrônico seguiram as orientações para procedimentos em pesquisas em ambiente virtual, divulgados no Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 2021, e entende-se por:

0.1. Meio ou ambiente virtual: aquele que envolve a utilização da internet (como e-mails, sites eletrônicos, formulários disponibilizados por programas, etc.), do telefone (ligação de áudio, de vídeo, uso de aplicativos de chamadas, etc.), assim como outros programas e aplicativos que utilizam esses meios.

0.2. Forma não presencial: contato realizado por meio ou ambiente virtual, inclusive telefônico, não envolvendo a presença física do pesquisador e do participante de pesquisa. (BRASIL, 2021c, p.2)

Os formulários para preenchimento do questionário de pesquisa foram disponibilizados aos participantes por meio de Google Forms, ferramenta gratuita de formulários do Google que permite produção desse instrumento de fácil e eficiente, possibilitando ao participante realizar seu preenchimento pela Web ou por meio do aplicativo Android ou iOS. A escolha pelo Google Forms é fortalecida pois essa ferramenta possibilita salvar o feedback recebido para que seja analisado detalhadamente, permitindo que dados coletados sejam visualizados em uma planilha, facilitando a tabulação e análise dos dados.

Os participantes puderam acessar o formulário através de um link que foi disponibilizado pela pesquisadora, por e-mail ou via whatsapp baseado na preferência do participante. Inicialmente, foi esclarecido ao participante a finalidade e o objetivo da pesquisa, assim como sua importância na colaboração pessoal, deixando evidente o caráter estritamente confidencial e que as informações prestadas permanecerão no anonimato.

Para viabilizar a coleta de dados, se fez necessário o fornecimento do nome dos profissionais e contato telefônico pela instituição mediante solicitação ao coordenador direto

após apresentação do projeto de pesquisa. Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa através de um convite enviado pela pesquisadora e nos casos que demonstraram interesse, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e link de participação através do email ou via whatsapp conforme optado pelo participante. Foram ainda solicitadas informações documentais dos setores de NSP e CCIH.

Para a realização dessa pesquisa, a etapa precedente foi a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) sob o CAAE 57381322.3.0000.0053, seguido da aprovação pela instituição envolvida no estudo, e somente após essas etapas a coleta de dado foi iniciada.

3.6 Método de Análise dos Dados

Após a fase da coleta de dados, foi realizada a avaliação da tabulação, com a digitação dos dados para proceder a análise estatística. Esse tipo de análise, segundo Koche (2011) permite estabelecer uma análise com juízos de valor pelo pesquisador acerca das relações entre as variáveis existentes, tendo em vista o objeto estudado e o marco teórico utilizado como base de referência.

Para possibilitar a análise, houve inicialmente o momento da montagem do instrumento para sua análise com a utilização de planilhas eletrônicas em softwares Microsoft Excel, que possibilitaram o levantamento necessário para a inserção dos dados no software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences ou Pacote Estatístico para as Ciências Sociais), permitindo a confecção de tabelas e cálculos de maneira a permitir a avaliação quantitativa.

Os parâmetros foram adotados considerando o entendimento de que a normatização acerca da prática segura para prevenção de IRAS está disponível há muitos anos, sendo atualizado e fortalecido durante a pandemia ocasionada pelo novo coronavírus, sendo amplamente divulgados pelos órgãos normatizadores.

Para definir o grau de desenvolvimento de ações seguras referente a prevenção de IRAS durante a pandemia foi considerado um escore, tendo como base as considerações de Cosendey e seus colaboradores (2003), que referem que a utilização de um vetor de classificações ou escores é a melhor forma de representação das dimensões, permitindo que as classificações sejam somadas ou usadas como médias ou porcentagens.

Tendo por base a literatura acima, definimos a classificação desse estudo baseado em intervalos percentual categorizados como adequado, aceitável, insatisfatório e crítico aplicado a cada indicador.

Assim, foi possível identificar quais os indicadores se encontram passíveis de maior atenção referente a riscos de infecção associada ao cuidado em pacientes internados em setor destinado a perfil de COVID-19 durante a pandemia conforme percentuais abaixo.

Quadro 1 – Intervalos de escores para determinar o grau de desenvolvimento das práticas seguras

GRAU DE SEGURANÇA	PERCENTUAL
Adequado	> 75%
Aceitável	> 50 - 75%
Insatisfatório	> 25 - 50%
Crítico	< 25%

Fonte: Adaptado de Cosendey (2003).

Salienta-se que a análise estatística aconteceu por dimensão e variáveis e, no final trouxe um balanço global para avaliar se ocorre um equilíbrio dos resultados encontrados entre as dimensões avaliadas.

3.7 Aspectos Éticos

O estudo se baseou na Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no território nacional. Essa resolução enfatiza que “as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes”. (BRASIL, 2013c, p. 3)

Teve ainda como fundamentação legal a Resolução nº 674/2022, do Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no Sistema CEP/Conep, sendo a pesquisa tipificada como A3, com previsão de tramitação simplificada. (BRASIL

A participação na pesquisa se deu mediante aceitação do TCLE, onde o participante autorizou a sua participação de forma voluntária na pesquisa e as informações coletadas foram utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantido o total sigilo e confidencialidade das informações.

O TCLE apresentou todas as informações necessárias, em linguagem acessível e objetiva, de fácil entendimento, incluindo informações sobre o estudo como os objetivos da pesquisa, justificativa, procedimentos utilizados na pesquisa. Foram ainda declarados todos os

riscos e os benefícios (diretos e indiretos) da pesquisa, assim como os procedimentos a serem tomados a fim de resguardar o respeito aos princípios éticos vigentes.

O termo foi previamente submetido ao CEP, sendo reservado aos participantes o direito de desistência em qualquer fase do estudo, sem que lhe sejam imputadas penalidades, constrangimentos ou prejuízos, sendo ainda garantido ao participante o direito de não responder a qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa.

O TCLE foi enviado eletronicamente através do Google Forms, um aplicativo de gerenciamento de pesquisa pelo Google para pesquisa e coleta e registro de informações. O formulário online foi enviado ao participante via e-mail e/ou whatsapp, e após preenchimento, se desejado, os participantes puderam receber uma cópia automaticamente da sua resposta por e-mail. Os participantes foram também orientados a guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico assinado.

Ressalta-se que a coleta de dados só foi iniciada após a apreciação e aprovação pelo CEP da UEFS sob o CAAE 57381322.3.0000.0053, sendo entregue uma cópia do parecer consubstanciado aprovado do CEP/UEFS ao hospital participante da pesquisa.

Por se tratar de pesquisa online, foram ainda consideradas adaptações validadas pelo ofício do CONEP/SECNS/MS circular n. 2/2021, de 24 de fevereiro de 2021, que trata das orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

4 RESULTADOS

Nesse capítulo trataremos dos resultados obtidos neste estudo, onde iremos apresentar a caracterização dos participantes da pesquisa e na sequência, será discorrido acerca dos indicadores levantados que tratam das variáveis de cada dimensão do cuidado. As dimensões do cuidado trabalhadas nesse estudo são baseadas na obra de Cecílio (2013), onde trabalhamos as 04 (quatro) primeiras, conforme já discorrido em capítulos anteriores: individual, familiar, profissional e organizacional.

A primeira dimensão do cuidado é a dimensão individual, como variáveis o autocuidado; a autonomia; e o atendimento com respeito a pessoa, valores e direitos, havendo 07 (sete) indicadores.

A segunda é a dimensão familiar, tendo como variáveis avaliadas: o envolvimento na Segurança do Paciente; as relações interpessoais com a equipe; e o apoio para os pacientes, havendo nessa dimensão 06 (seis) indicadores.

Traremos ainda a dimensão profissional, com as variáveis referentes a capacidade técnica e ao autocuidado profissional, sendo contemplado com a análise de 06 (seis) indicadores.

E por fim, é apresentada a dimensão organizacional, que contempla como variáveis a gestão do processo de trabalho na UTI; a vigilância; e o suporte e a estrutura. Essas variáveis trazem análises de 09 (nove) indicadores.

As perguntas avaliativas foram avaliadas a partir do percentual apresentado em cada indicador, tendo avaliação final baseada no somatório de respostas positivas nos itens investigados, sendo considerados aspectos com alto grau de segurança aquelas dimensões cuja média de pontuação dos itens escritos positivamente obteve 75% de respostas positivas.

De modo semelhante, áreas frágeis da cultura de segurança do paciente e que necessitam de melhoria são consideradas aquelas dimensões que obtiveram 50% ou menos de respostas positivas.

4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Neste estudo, um total de 85 profissionais que atuaram no processo de trabalho envolvendo o paciente com suspeita ou confirmação de contaminação com o vírus SARSCOV-2 responderam a pesquisa.

A distribuição dos participantes do estudo por categoria está apresentada na Tabela 1. A análise dessas informações revelou que a maioria dos profissionais que responderam a pesquisa são profissionais de saúde que atuaram nas UTI's, correspondendo a 81%, seguida por gestores (14,3%) e somente 4,8% representam os profissionais das Comissão de NSP/CCIH.

Tabela 1 – Características dos profissionais que atuaram com pacientes em rota COVID no Hospital Geral Clérison Andrade e responderam a pesquisa.

Grupo de Trabalho (n=85)	n (%)
Gestor	12 (14,1)
Profissional de Saúde	68 (80%)
Membro CCIH ou NSP	4 (4,7%)
Não identificado	1 (1,2%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

No grupo de profissionais de saúde, houve predominância da equipe de enfermagem, onde 27,9% são enfermeiros e 26,5% são técnicos de enfermagem. Além desses profissionais, participaram do estudo médicos e fisioterapeutas, ambos com representação de 14,7%, tendo ainda 16,2% de participação de outros profissionais, que incluem psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo e assistente social.

Dentre os profissionais de saúde que participaram do estudo, em sua maior parte possuem cerca de 2 a 5 anos de formação acadêmica (33,8%). Apenas 1,5% possui formação com tempo inferior a 1 ano, 26,5% se encontra entre 6 a 10 anos de formação completa, 30,0% possui formação entre 11 a 20 anos e 05 profissionais têm formação a mais de 21 anos.

Referente ao tempo de atuação profissional, foi constatado que a maioria dos profissionais atuam na área de saúde entre 2 a 5 anos (35,3%), seguido de profissionais que atuam entre 11 a 20 anos (33,8%), tendo ainda 23,5% a faixa de tempo entre 6 a 10 anos e por último com 7,4% estão os profissionais com atuação superior a 21 anos.

Cabe destacar que os profissionais foram selecionados para atuar nas unidades de atendimento a pacientes COVID em decorrência da situação de emergência mundial, independente do tempo de atuação e formação. Sendo assim, dos profissionais de saúde que participaram, 52,9% atuavam nesse hospital entre 2 a 5 anos, 20,6% atuavam entre 11 a 20 anos, 16,2% estavam no hospital entre 6 a 10 anos e 10,3% tinham menos de 1 ano de atuação no hospital.

Tabela 2 – Distribuição por categoria profissional dos profissionais que atuaram com pacientes em rota COVID no Hospital Geral Cleriston Andrade e responderam a pesquisa.

Categoria profissional de saúde (n=68)	n (%)
Enfermeiro	19 (27,9)
Técnico de Enfermagem	18 (26,5)
Fisioterapeuta	10 (14,7)
Médico	10 (14,7)
Outros	11 (16,2)
Tempo de formação acadêmica (n=68)	
Menos de 1 ano	1 (1,5)
De 2 a 5 anos	23 (33,8)
Entre 6 e 10 anos	18 (26,5)
Entre 11 a 20 anos	21 (30,9)
Mais de 21 anos	5 (7,4)
Tempo de atuação profissional (n=68)	
Menos de 1 ano	0 (0)
De 2 a 5 anos	24 (35,3)
Entre 6 e 10 anos	16 (23,5)
Entre 11 a 20 anos	23 (33,8)
Mais de 21 anos	5 (7,4)
Tempo de atuação no hospital (n=68)	
Menos de 1 ano	7 (10,3)
De 2 a 5 anos	36 (52,9)
Entre 6 e 10 anos	11 (16,2)
Entre 11 a 20 anos	14 (20,6)
Mais de 21 anos	0 (0)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Referente aos gestores, que participaram da pesquisa, a maior parte deles atuam na área profissional entre 11 a 20 anos (75%) e todos os demais atuam com tempo superior a 21 anos. Na posição de liderança, 58,3% estão atuando entre 11 a 20 anos, 33,3% atuam entre 6 e 10 anos e 8,3% estão no cargo há mais de 21 anos.

Tabela 3 – Tempo de atuação profissional e na gestão dos gestores do Hospital Geral Cleriston Andrade que responderam a pesquisa.

Tempo de atuação profissional (n=12)	
Menos de 1 ano	0 (0%)
De 2 a 5 anos	0 (0%)
Entre 6 e 10 anos	0 (0%)
Entre 11 a 20 anos	9 (75%)
Mais de 21 anos	3 (25%)
Tempo de atuação na gestão no hospital (n=12)	
Menos de 1 ano	0 (0%)
De 2 a 5 anos	0 (0%)
Entre 6 e 10 anos	4 (33,3%)
Entre 11 a 20 anos	7 (58,3%)
Mais de 21 anos	1 (8,3%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

No que se refere aos profissionais que atuam nas comissões e participaram da pesquisa, tivemos 03 (três) dos 05 (cinco) membros da CCIH que concordaram em responder o instrumento da pesquisa e apenas 01 (um) profissional do NSP, de um total de 10 pessoas nessa comissão. Dos membros participantes referente ao grupo da CCIH e NSP, três (3) profissionais atuam na comissão entre 2 a 5 anos e 1 profissional possui entre 6 a 10 anos de atuação.

4.2 Dimensões do cuidado

As dimensões do cuidado propostas por Cecílio (2011) deram sustentação teórica para a discussão dos resultados. Para Cecílio, as dimensões basilares para o cuidado são: a dimensão individual, dimensão familiar, dimensão profissional, dimensão organizacional, dimensão sistêmica e dimensão societária. No entanto, para este estudo utilizamos as quatro primeiras dimensões devido às condições operacionais para realização da pesquisa, uma vez que as demais envolve uma amplitude maior de espaços, não sendo possível pesquisar no tempo determinado para esse estudo.

Desta maneira, o estudo traz abaixo resultados de dados referente as dimensões, familiar, profissional e organizacional, sendo levantadas variáveis pertinentes ao cuidado em saúde dentro de cada um desses aspectos, tendo indicadores avaliados por grupos de atuação no hospital que foi campo de pesquisa.

Traremos os dados ilustrados em gráficos e quadros e iremos destacar em nossa avaliação os aspectos considerados como “sim” como nosso parâmetro de respostas para classificar o indicador, entendendo tanto “não” como “não sei” como respostas negativas referente ao cumprimento do requisito de segurança.

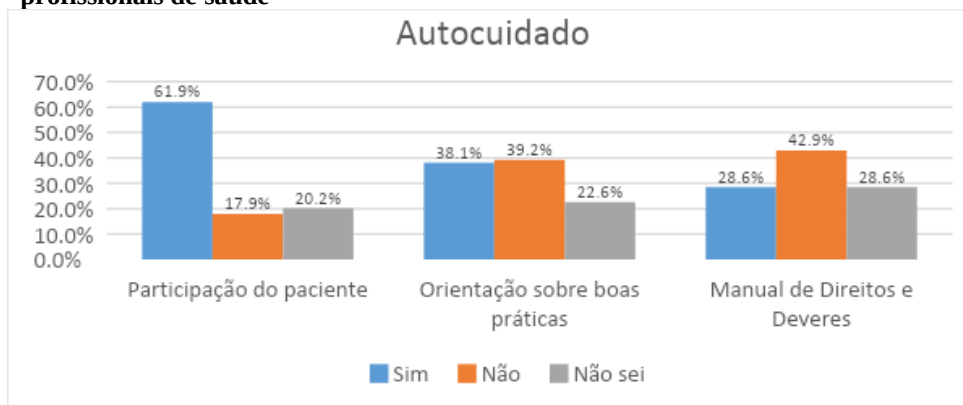
4.2.1 Dimensão Individual

Nessa dimensão são trabalhadas 03 (três) variáveis, que são: autocuidado; autonomia; e atendimento com respeito a pessoa, valores e direitos, havendo 07 (sete) indicadores utilizados para avaliar os aspectos pertinentes ao olhar do cuidado no âmbito individual.

4.2.1.1 Autocuidado

Na avaliação da variável sobre o autocuidado, dois quesitos importantes foram levantados na pesquisa: pacientes participando do cuidado e incentivando a equipe no cumprimento de boas práticas e a outra referente a existência de Manual de Direitos e Deveres do Paciente disponível para os pacientes. Para essa análise, três perguntas foram realizadas.

Gráfico 1 – Percentual global dos indicadores referente ao autocuidado pertencente a dimensão individual a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Quando questionados se é uma prática do hospital estimular que os pacientes participem do seu cuidado, obtivemos resposta positiva 61,9%, indicando um escore dentro do padrão conceituado como aceitável em nossa pesquisa.

Referente a pergunta se os pacientes são orientados e estimulados a incentivar os profissionais no cumprimento das boas práticas pela sua segurança, obtivemos escore considerado insatisfatório, onde somente 38,1% consideram que esse requisito é atendido.

Quanto à existência de Manual de Direitos e Deveres disponível para os pacientes, 28,6% afirmaram que havia disponibilidade, tendo escore também insatisfatório para esse aspecto avaliado.

Quadro 3 – Percentual por grupos dos indicadores referente ao autocuidado pertencente a dimensão individual

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Participação do paciente	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	7 (63,6%)	3 (27,3%)	1 (9,1%)	38 (61,3%)	10 (16,1%)	14 (22,6%)
Orientação sobre boas práticas	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	2 (18,2%)	6 (54,5%)	3 (27,3%)	25 (40,3%)	22 (35,5%)	15 (24,2%)
Manual de Direitos e Deveres	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	1 (9,1%)	8 (72,7%)	2 (18,2%)	19 (30,6%)	25 (40,3%)	18 (29,0%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Na análise por segmento, observamos que essa variável teve divergência quanto a opinião dos diferentes grupos. Quando avaliamos o aspecto referente à prática do hospital de estimular que os pacientes participem do seu cuidado, observamos que os dados dos membros do NSP/CCIH (50%) classificam o aspecto como insatisfatório, enquanto que os e gestores e os profissionais de saúde consideraram como aceitável, com 63,3% e 61,3% respectivamente,

apresentando um percentual global dentro do escore aceitável (61,9%), demonstrado no gráfico 1.

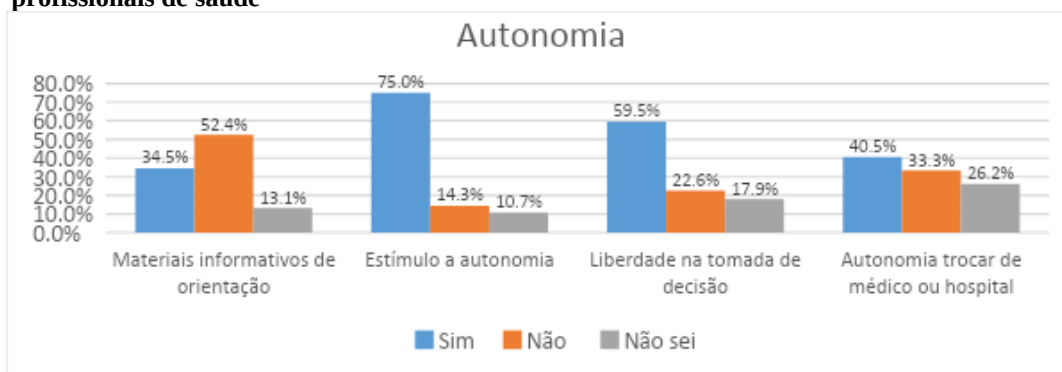
Quando analisamos se os pacientes são orientados e estimulados a incentivar os profissionais no cumprimento das boas práticas pela sua segurança, tivemos como aspecto crítico o grupo de membros do NSP/CCIH (25%) e gestores (18,2%), sendo que os profissionais de saúde consideraram como insatisfatório (40,3%), porém tendo percentual ainda insatisfatório na variação global, com 38,1%.

Já no quesito que trata da existência de Manual de Direitos e Deveres disponível para os pacientes, o comportamento do escore se repete, onde tanto membros do NSP/CCIH quanto gestores consideram como crítico com 25% e 9,1% respectivamente, profissionais de saúde classificam como aceitável (30,6%), refletindo no percentual global de 40,5%, sendo considerado aceitável também.

4.2.1.2 Autonomia

Outra variável analisada foi referente a autonomia dos pacientes. Nessa variável, o primeiro indicador analisado se refere a materiais informativos para orientação sobre Segurança do Paciente utilizados e disponíveis aos pacientes, tendo como resposta positiva de somente 34,5% dos participantes, trazendo para esse aspecto um escore insatisfatório, conforme demonstrado no gráfico abaixo:

Gráfico 2 – Percentual global dos indicadores referente a autonomia pertencente a dimensão individual a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

O segundo indicador questiona acerca do estímulo da autonomia e liberdade para tomar decisões relacionadas à sua saúde. Quando perguntados se os pacientes são estimulados

a ter autonomia para cuidar da sua saúde à medida que sua capacidade os permite, 75% referem que sim, apresentando aspecto referido como aceitável em nossa pesquisa.

Referente a questões que tratam sobre a liberdade para tomar decisões relacionadas à sua própria saúde, 59,5% dos profissionais informam que os pacientes possuem liberdade de tomada de decisão, sendo esses dados traduzidos em aspecto aceitável. Os profissionais também foram questionados se os pacientes podem optar por trocar de médico ou hospital se não se sentirem seguros, o que trouxe como resposta 40,5% de retorno afirmativo, refletindo um escore insatisfatório quanto a esse aspecto.

Quadro 4 – Percentual por grupos dos indicadores referente a autonomia pertencente a dimensão individual

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Materiais informativos	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	6 (54,4%)	4 (36,4%)	1 (9,1%)	17 (27,4%)	35 (56,5%)	10 (16,1%)
Estímulo à autonomia	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	10 (90,9%)	1 (9,1%)	0 (0%)	47 (75,8%)	9 (14,5%)	6 (9,7%)
Liberdade de decisão	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	9 (81,8%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	37 (59,7%)	14 (22,6%)	11 (17,7%)
Opção por troca de médico e/ou instituição	0 (0%)	2 (50%)	2 (50%)	3 (27,3%)	4 (36,4%)	4 (36,4%)	25 (40,3%)	22 (35,5%)	15 (24,2%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

A análise por grupos nos revelou que o aspecto que trata de materiais informativos para orientação sobre Segurança do Paciente utilizados e disponíveis aos pacientes foi considerado aceitável pelos gestores (54,4%), porém, levando em conta os dados dos membros do NSP/CCIH (50%) e profissionais de saúde (27,4%) que atuam na assistência direta trazem dados que demonstram aspecto insatisfatório, tendo escore global também insatisfatório.

Quando questionados se o serviço orienta os pacientes sobre Segurança do paciente, os dados dos membros do NSP/CCIH classificam como insatisfatório esse quesito (50%), divergindo dos profissionais de saúde (75,8%) e os gestores (90,9%) que entendem que esse quesito está adequado, tendo escore global de 75%, entendido como aceitável pelos parâmetros do nosso estudo.

Ainda nessa variável, avaliamos se há estímulo aos pacientes a ter autonomia e liberdade para tomar decisões relacionadas à sua própria saúde. Observamos grande divergência de percepção pelos três grupos estudados, apresentando 25% pelos membros do NSP/CCIH (crítico), 59,7% profissionais de saúde, refletindo escore aceitável, e já pelos

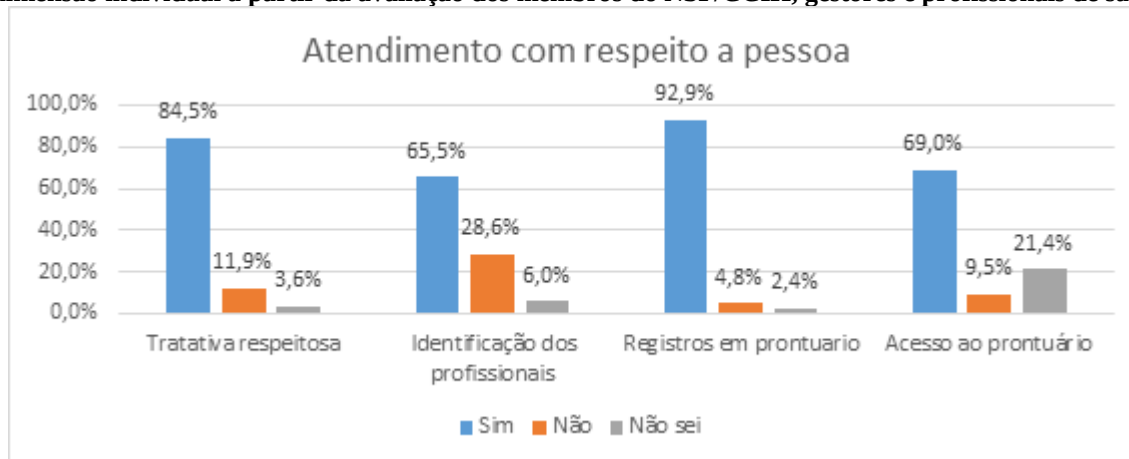
gestores foi classificado como adequado com 81,8%, tendo para esse quesito um escore global aceitável (59,5%).

Quanto à autonomia do paciente em optar por trocar de médico ou instituição diante de sentimento de insegurança, obtivemos escore crítico pelos membros do NSP/CCIH, com 0% de resposta afirmativa, mantendo todos os demais grupos e escore global classificação de perfil insatisfatório para a questão, tendo percentual 27,3% para os gestores, 40,3% para profissionais da assistência e percentual global de 40,5% de respostas afirmativas.

4.2.1.3 Atendimento com respeito a pessoa

Outra variável analisada foi referente ao atendimento com respeito a pessoa, valores e direitos, onde levantamos aspectos sobre a tratativa respeitosa por nome e sobrenome; identificação das pessoas responsáveis por sua assistência e registros em prontuário sobre todas as informações relevantes a sua saúde, sendo a variável com escores adequado e aceitável, demonstrando aspectos de maior segurança nesse serviço.

Gráfico 3 – Percentual global dos indicadores referente ao atendimento com respeito a pessoa pertencente a dimensão individual a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

No primeiro item analisado, os profissionais foram questionados se a forma de tratar os pacientes se dá de maneira respeitosa por nome e sobrenome e não por números, códigos ou de modo genérico, trazendo um escore adequado com 84,5%.

A identificação das pessoas responsáveis pela prestação da assistência por meio de crachás contendo cargo, profissão e nome da instituição ou outra forma trouxe um retorno de 65,5% de respostas afirmativas, demonstrando escore aceitável para esse aspecto analisado.

No que diz respeito aos registros de informações dos pacientes no prontuário, 92,9% dos respondentes afirmam que todos os registros de informações relevantes à saúde do paciente estão em prontuário, obtendo escore classificado como adequado.

Ainda acerca dos registros em prontuário, os profissionais foram questionados se o paciente tem direito de acessar seu prontuário sempre que desejado, 69% referem que sim, classificado como escore aceitável por nosso parâmetro de avaliação.

Quadro 5 – Percentual por grupos dos indicadores referente atendimento com respeito a pessoa pertencente a dimensão individual

INDICADOR AVALIADO	MEMBROS NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Tratativa respeitosa	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	9 (81,8%)	2 (18,2%)	0 (0%)	53 (85,5%)	7 (11,3%)	2 (3,2%)
Identificação dos profissionais	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	8 (72,7%)	3 (27,3%)	0 (0%)	40 (64,5%)	18 (29,0%)	4 (6,5%)
Registro em prontuário	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	57 (91,9%)	3 (4,8%)	2 (3,2%)
Acesso ao prontuário	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	38 (61,3%)	8 (12,9%)	16 (25,8%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Na avaliação por grupos de trabalho, os dois indicadores com escore de maior percentual foram referentes a análise da tratativa respeitosa por nome e sobrenome; e o segundo foi referente ao respeito aos registros de informações dos pacientes no prontuário, tendo percentual considerado adequado pelos gestores e profissionais de saúde, e, considerado aceitável pelos membros do NSP/CCIH, porém mantendo percentual global adequado.

A análise do indicador que trata da identificação das pessoas responsáveis pela prestação da assistência por meio de crachás contendo cargo, profissão e nome da instituição ou outra forma de identificação trouxe como escore pelos gestores (72,7%) e profissionais (64,5%) aspecto considerado aceitável, porém, pelos membros do NSP/CCIH foi categorizado como crítico (25%), trazendo percentual global aceitável (66,5%).

Referente a oportunidade de acessar seu prontuário sempre que desejado, membros do NSP/CCIH e profissionais de saúde trouxeram classificação como aceitável com 75% e 61,3% respectivamente, gestores classificaram como adequado com 100% de respostas afirmativas e o percentual global também foi classificado como aceitável, com 69%.

4.2.2 Dimensão Familiar

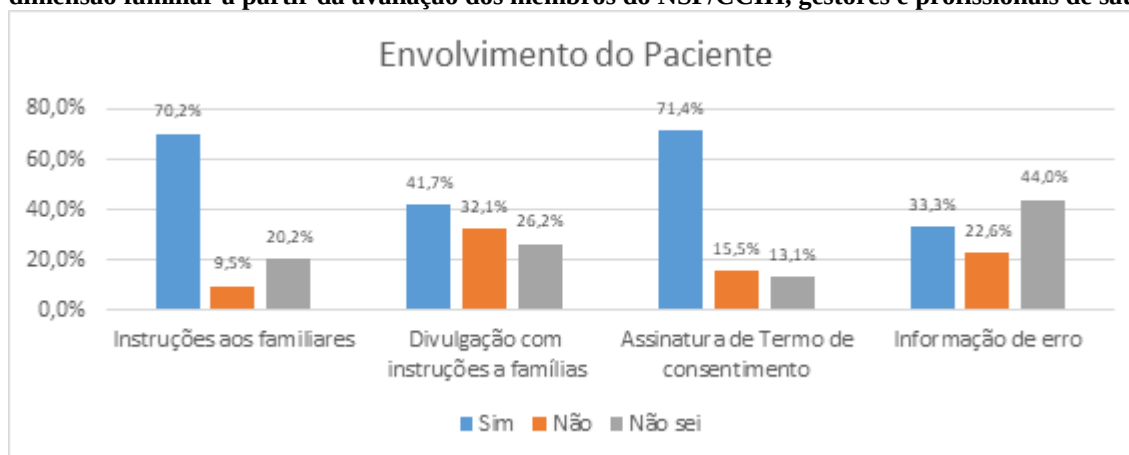
Nessa dimensão, 03 (três) variáveis são analisadas, que são: envolvimento na Segurança do Paciente; relações interpessoais com a equipe; e apoio para os pacientes,

havendo 06 (seis) indicadores que possibilitaram a avaliação do aspecto do cuidado no âmbito familiar.

4.2.2.1 Envolvimento na Segurança do Paciente

O envolvimento da família na Segurança do paciente foi avaliado através de categorias relacionadas a instruções sobre a Segurança do Paciente aos familiares; termo de consentimento assinado diante de qualquer necessidade; e informações aos familiares diante ocorrência de erro com pacientes.

Gráfico 4 – Percentual global dos indicadores referente ao envolvimento do paciente pertencente a dimensão familiar a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Quanto ao fornecimento de instruções sobre a Segurança do Paciente aos familiares, 70,2% dos respondentes referem que o serviço realizava instruções sobre segurança do paciente aos familiares, trazendo escore aceitável para esse quesito. Ainda foi questionado se houve algum meio eletrônico, gráfico ou audiovisual utilizado para instruir as famílias sobre a segurança do paciente, sendo referido por 41,7% que sim, com escore insatisfatório para esse ponto avaliado.

O acionamento de familiares para assinatura do Termo de consentimento antes da realização de procedimentos novos a serem realizados nos pacientes foi outra pergunta do questionário, tendo 71,4% dos participantes considerando como requisito de segurança cumprido na instituição, demonstrando escore aceitável.

E ainda referente as informações aos familiares diante da ocorrência de erro com pacientes, somente 33,3% referem que os familiares são informados quando há ocorrência de erro, trazendo entendimento de escore insatisfatório quanto a comunicação dos eventos.

Quadro 6 – Percentual por grupos dos indicadores referente ao envolvimento com o paciente pertencente a dimensão familiar

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Instruções aos familiares	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	9 (81,8%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	43 (69,4%)	7 (11,3%)	12 (19,4%)
Instrução com divulgação as famílias	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	3 (27,3%)	5 (45,5%)	3 (27,3%)	25 (40,3%)	20 (32,3%)	17 (27,4%)
Assinatura do Termo de Consentimento	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	7 (63,6%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)	43 (69,4%)	10 (16,1%)	9 (14,5%)
Informe de erro	0 (0%)	2 (50%)	2 (50%)	3 (27,3%)	2 (18,2%)	6 (54,5%)	20 (32,3%)	15 (24,2%)	27 (43,5%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Na análise dos dados por grupos detalhados no quadro acima, verificamos que o item referente ao fornecimento de instruções aos familiares sobre a tema de Segurança do Paciente traz opiniões divergentes, apresentando percentuais coletados dos membros do NSP/CCIH de 50%, com entendimento de grau insatisfatório, tendo escore considerado aceitável pelos profissionais da assistência direta (69,4%) enquanto que os gestores, com 81,8% percebem que o quesito de instruções aos familiares é considerado adequado, tendo percentual global considerado também como aceitável.

Com relação a divulgação com instrução aos familiares sobre a Segurança do Paciente através de algum meio eletrônico, gráfico ou audiovisual, somente os membros do NSP/CCIH classificam como aceitável (50%), enquanto que os profissionais de saúde (40,3%) e gestores (27,3%) consideram como insatisfatório, o que reflete no percentual global como mesma classificação.

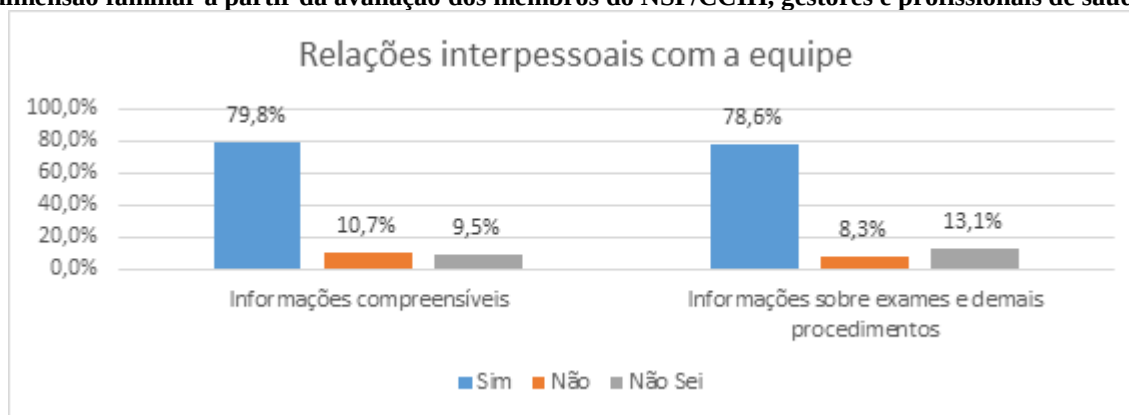
Referente ao acionamento das famílias para assinar Termo de consentimento antes da realização de procedimentos novos a serem realizados nos pacientes, todos os grupos e o percentual global demonstram escore aceitável, tendo percentual de membros de NSP/CCIH considerado 75%, gestores 63,6%, profissionais de saúde 69,4% e percentual global 71,4%.

Por último, quando analisado acerca das informações aos familiares diante ocorrência de erro com os pacientes, todos os grupos estudados trouxeram informações que se classificam como insatisfatório, sendo o indicador com menor percentual de avaliação por todos nessa variável, que apresenta dados dos gestores 27,3%, profissionais de saúde 32,3% e percentual global 33,2%, com percentual zero (0%) pelos membros do NSP/CCIH.

4.2.2.2 Relações interpessoais com a equipe

Outra variável analisada dentro da dimensão familiar, foram as relações interpessoais entre família e equipe de saúde, onde foi analisado informações objetivas, completas e compreensíveis sobre estado de saúde do seu familiar e garantia de informações sobre exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos, inclusive riscos e benefícios.

Gráfico 5 – Percentual global dos indicadores referente a relações interpessoais com a equipe pertencente a dimensão familiar a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Ao ser questionado quanto ao fornecimento de informações de forma objetiva, completa e compreensível sobre estado de saúde do seu familiar, 79,8% dos participantes da pesquisa informam que ocorrer, sendo aspecto considerado adequado. Ainda foi questionado nessa variável se todas as informações sobre exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos, inclusive riscos e benefícios são repassados aos familiares, onde 78,6% afirmaram que sim, tendo também escore adequado para esse aspecto avaliado.

Quadro 7 – Percentual por grupos dos indicadores referente a relações interpessoais com a equipe pertencente a dimensão familiar

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Informações compreensíveis	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	9 (81,8%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	49 (79,0%)	8 (12,9%)	5 (8,1%)
Informações sobre exames e procedimentos	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	10 (90,9%)	0 (0%)	1 (9,1%)	47 (75,8%)	6 (9,7%)	9 (14,5%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

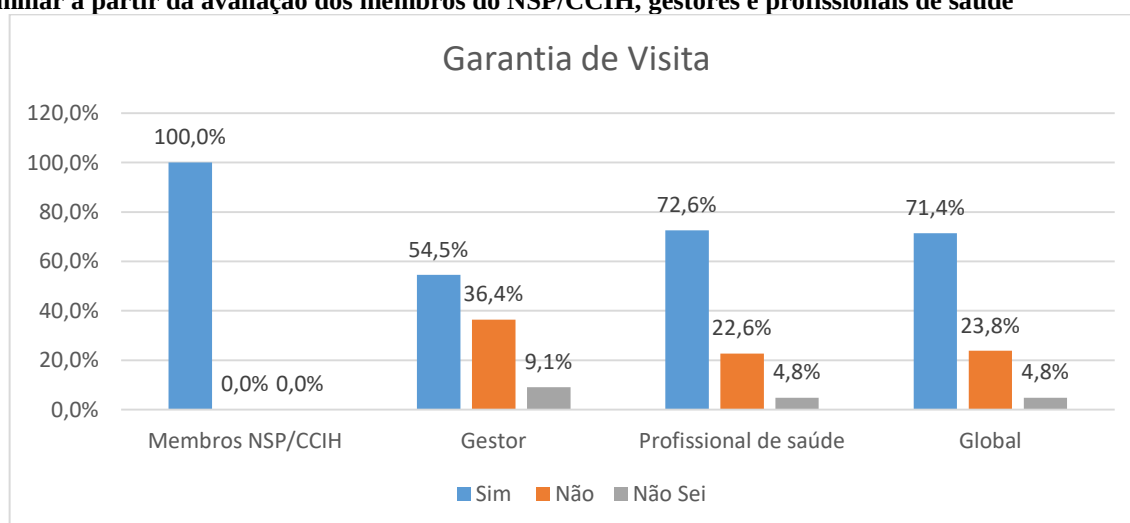
A avaliação do escore de forma detalhada conforme acima nos traz a mesma categorização referente aos dois indicadores avaliados: tanto para aspectos acerca de informações dadas de forma objetiva, completa e compreensível sobre estado de saúde do seu familiar, quanto referente a informações sobre exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos, inclusive riscos e benefícios serem repassadas aos familiares.

Observamos que nessa variável há divergência de opinião entre os grupos participantes nos dois questionamentos realizados. Os membros do NSP/CCIH consideram pelos dados como insatisfatório aspectos sobre as informações dadas de forma objetiva, completa e compreensível acerca do estado de saúde do seu familiar e também as informações sobre exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos, inclusive riscos e benefícios serem repassadas aos familiares (50%), os profissionais da assistência consideram como adequado (79% e 75,8% respectivamente) assim como os gestores (81,8% e 92,3%%), trazendo 79,8% e 78,6% como percentual global como adequado.

4.2.2.3 Apoio aos pacientes

A última variável dessa dimensão trata do apoio para os pacientes, onde os profissionais foram questionados acerca da garantia de acesso aos familiares a condição clínica do paciente através de visitas ou vídeo chamadas.

Gráfico 6 – Percentual global dos indicadores referente ao apoio aos pacientes pertencente a dimensão familiar a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Como resultado referente a garantia de visitas aos pacientes mesmo que de forma virtual, obtivemos a maior parte dos grupos classificados em escore aceitável, que são os

gestores (54,4%) e profissionais de saúde (72,4%), tendo escore adequado considerado pelos membros do NSP/CCIH com 100% de respostas afirmativas nesse quesito, obtendo escore global aceitável com 71,4%.

4.2.3 Dimensão Profissional

A dimensão profissional traz 02 (duas) grandes variáveis de análise, onde são trabalhados indicadores referentes a capacidade técnica e autocuidado profissional. Dentro dessas variáveis são contempladas análises de 06 (seis) indicadores que auxiliam na avaliação do cuidado referente ao aspecto profissional.

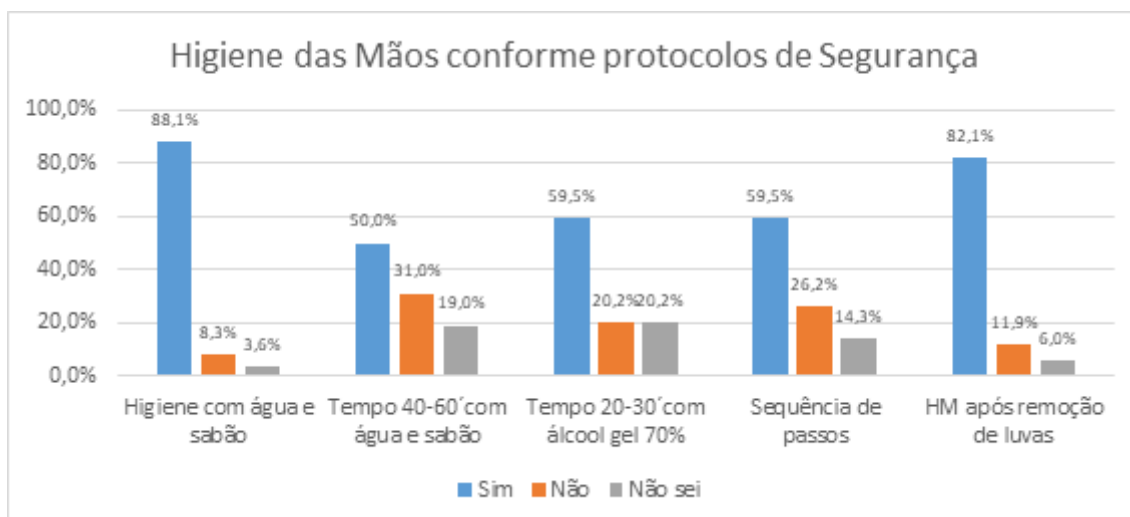
4.2.3.1 Capacidade Técnica

A primeira variável analisada na dimensão profissional trata sobre a capacidade técnica dos profissionais para garantir a prevenção de IRAS e nessa variável foram analisados aspectos referentes a realização de higiene das mãos conforme protocolos de segurança; instituição de precaução padrão e baseado na transmissão; os pacotes de medidas para prevenção de infecções; e ainda aspectos relacionados à desinfecção e esterilização de materiais.

4.2.3.1.1 Realização de higiene das mãos conforme protocolos de segurança

Referente a realização de higiene das mãos conforme protocolos de segurança, diversos aspectos foram avaliados e estão apresentados em gráfico abaixo, a saber: utilização de água e sabão para a higienização das mãos sempre que há presença de sujidade; cumprimento do tempo preconizado para a higienização das mãos com água e sabão no intervalo de 40–60 segundos; cumprimento do tempo de 20–30 segundos para higiene das mãos com a utilização do álcool em gel 70%; garantia dos passos preconizados pela Anvisa na sequência da higiene das mãos; e realização da higienização das mãos imediatamente após remoção das luvas.

Gráfico 7 – Percentual global dos indicadores referente a realização de higiene das mãos conforme protocolos de segurança pertencente a dimensão profissional a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

A primeira pergunta tratou sobre a utilização de água e sabão para a higienização das mãos sempre que há presença de sujidade, tendo 88,1% dos participantes respondido positivamente e sendo considerado adequado no escore global.

Quanto ao tempo preconizado para a higienização das mãos com água e sabão no intervalo de 40–60 segundos, 50% afirmam que é garantido o cumprimento dessa norma, sendo, portanto, considerado quesito insatisfatório. Foi ainda verificado se é garantido o intervalo de 20–30 segundos para higiene das mãos com a utilização do álcool em gel 70%, tendo 59,5% dos profissionais afirmado uso de tempo preconizado, tendo maior grau de segurança em comparação ao anterior, sendo considerado aceitável.

Ao ser levantada a questão referente ao cumprimento dos passos preconizados pela ANVISA no momento de higienizar as mãos, 59,5% dos participantes da pesquisa afirmam que os passos são seguidos corretamente, estando no escore aceitável.

Os profissionais foram ainda avaliados quanto a realização da higienização das mãos imediatamente após a remoção das luvas, tendo 82,1% de afirmações, se caracterizando como requisito adequado.

Quadro 8 – Percentual por grupos dos indicadores referente ao cumprimento dos 5 momentos preconizados para a realização de higiene das mãos pertencente a dimensão profissional

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Higiene com água e sabão	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	10 (90,9%)	0 (0%)	1 (9,1%)	54 (87,1%)	7 & 11,3%)	1 (1,6%)
Tempo 40-60' com água e sabão	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	3 (27,3%)	3 (27,3%)	5 (45,4%)	31 (50,0%)	22 (35,5%)	9 (14,5%)
Tempo 20-30' com álcool gel 70%	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	3 (27,3%)	3 (27,3%)	5 (45,4%)	39 (62,9%)	13 (21,0%)	10 (16,1%)

Sequência de passos correta	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	4 (36,4%)	2 (18,2%)	5 (45,4%)	38 (61,3%)	19 (30,6%)	5 (8,1%)
HM após remoção de luvas	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	8 (72,7%)	1 (9,1%)	2 (18,2%)	53 (85,5%)	8 (12,9%)	1 (1,6%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Ao analisarmos os dados considerando a categorização por grupos estudados observamos que referente a utilização de água e sabão para a higienização das mãos sempre que há presença de sujidade, os gestores e profissionais da assistência afirmam realizar em percentuais que classificam como adequado (90,9% e 87,1% respectivamente), enquanto que os membros do NSP/CCIH trazem resultados que categorizam como aceitável (75%), apesar do percentual global se manter 88,1% e estar classificado como adequado.

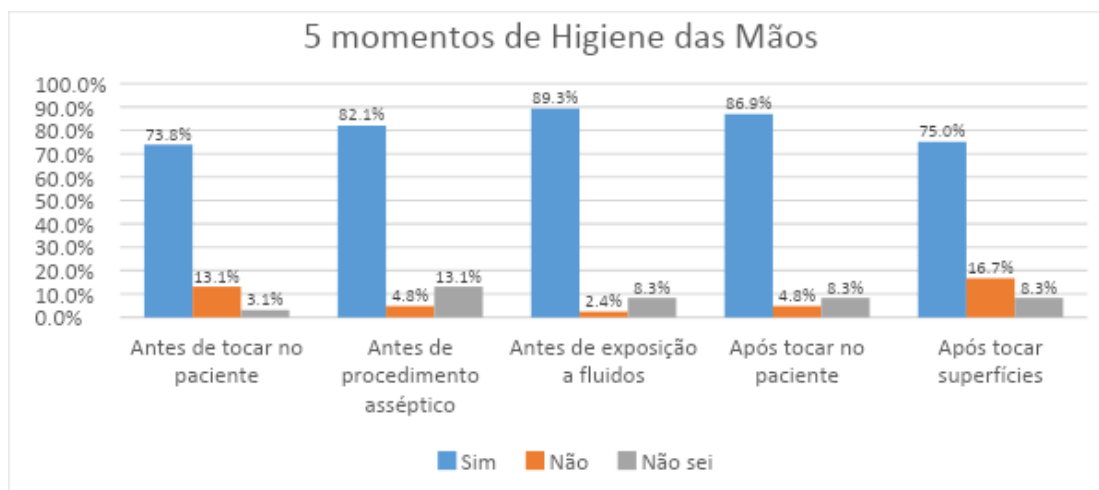
A questão que trata do tempo preconizado para a higienização das mãos com água e sabão no intervalo de 40–60 segundos apresentaram mesmo grau de segurança por todos os grupos, sendo considerado insatisfatório, com seguintes representações percentual: 50% por membros do NSP/CCIH, profissionais de saúde e global e 27,3% por gestores.

Quanto ao intervalo preconizado para higiene das mãos utilizando álcool gel a 70% entre 20–30 segundos foram considerados como escore insatisfatório pelos membros do NSP/CCIH (50%) e gestores (27,3%), porém, os profissionais de saúde trouxeram percentuais que consideram esse aspecto como aceitável (62,9%), tendo percentual global também considerado aceitável (59,1%).

Referente ao cumprimento dos passos preconizados pela ANVISA, os membros do NSP/CCIH e gestores tiveram dados categorizados como insatisfatório (50% e 27,3% respectivamente), enquanto que 61,3% dos profissionais de saúde trouxeram percentuais que se encaixam no parâmetro aceitável, tendo percentual global de 59,5%, considerado aceitável.

Já quanto à realização da higienização das mãos imediatamente após a remoção das luvas, o percentual global e a opinião dos profissionais de saúde trouxeram dados classificados como adequado (82,1% e 85,5%), mas membros do NSP/CCIH consideraram insatisfatório (50%) e os gestores afirmam atender trazendo como aspecto aceitável, com 72,4%.

Gráfico 8 – Percentual global dos indicadores referente ao cumprimento dos 5 momentos preconizados para a realização de higiene das mãos pertencente a dimensão profissional a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

No gráfico 8 acima trazemos informações coletadas acerca dos 5 momentos obrigatórios para a realização da higiene das mãos, que são: antes de tocar o paciente, antes de um procedimento asséptico, após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções, após tocar o paciente e após tocar superfícies próximas ao paciente.

Referente aos dados desse gráfico verificamos que os momentos que tratam de higienizar as mãos antes de (73,8%) e após tocar em superfícies próximas (75%) apresentam percentuais classificados como aceitável, enquanto que os momentos que tratam da higiene das mãos antes de realizar procedimento asséptico (82,1%), antes da exposição a fluidos corpóreos (86,9%) e após tocar no paciente (86,9%) apresentam percentuais referente ao grau adequado.

Quadro 9 – Percentual por grupos dos indicadores referente ao cumprimento dos 5 momentos preconizados para a realização de higiene das mãos pertencente a dimensão profissional

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Antes de tocar no paciente	1 (25%)	0 (0%)	3 (75%)	7 (63,6%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)	48 (77,4%)	9 (14,5%)	5 (8,1%)
Antes de procedimento asséptico	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	8 (72,7%)	1 (9,1%)	2 (18,2%)	52 (83,9%)	3 (4,8%)	7 (11,3%)
Antes de exposição a fluidos	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	8 (72,7%)	1 (9,1%)	2 (18,2%)	58 (93,5%)	1 (1,6%)	3 (4,8%)
Após tocar no paciente	1 (25%)	0 (0%)	3 (75%)	8 (72,7%)	1 (9,1%)	2 (18,2%)	57 (91,9%)	3 (4,8%)	2 (3,2%)
Após tocar em superfícies próximas	1 (25%)	0 (0%)	3 (75%)	7 (63,6%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)	49 (79,0%)	12 (19,4%)	1 (1,6%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Ao analisarmos os dados apresentados diante dos grupos, observamos que o primeiro momento que trata da higienização das mãos antes de tocar no paciente e o último momento

do quadro que trata da higienização das mãos após tocar superfícies próximas ao paciente apresentam mesma classificações por grupos. Quanto a esse questionamento somente 25% dos membros do NSP/CCIH entenderam como afirmativo, tendo escore crítico, enquanto que os gestores (63,6% em ambos os tópicos) e o percentual global (73,8% e 75%) se enquadraram no intervalo referente ao escore aceitável, divergindo dos profissionais da assistência (77,4% e 79% respectivamente), que consideram adequado.

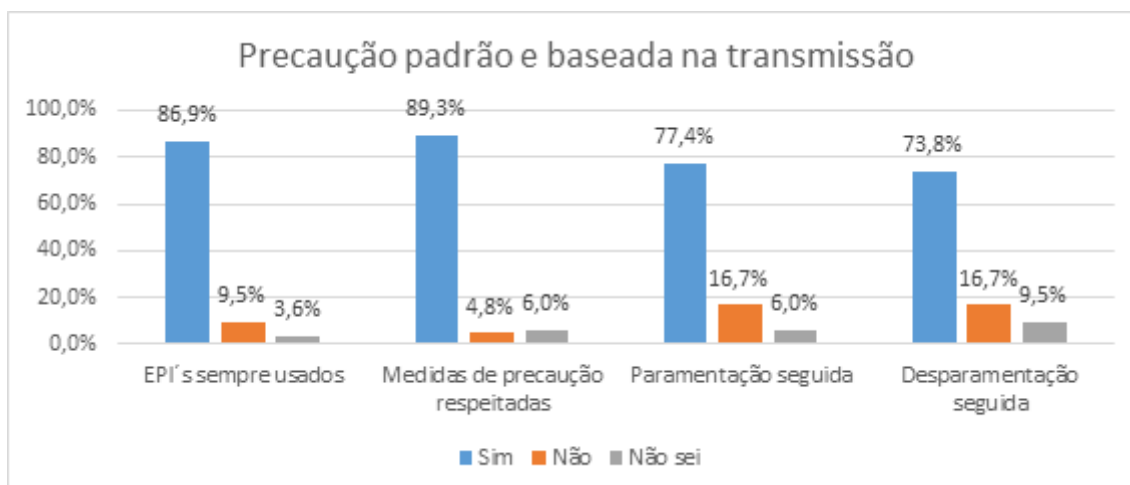
Os momentos de higienização das mãos referente ao antes de realizar um procedimento asséptico e após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções, apresentam mesma classificação dos escores nos grupos avaliados, sendo considerado insatisfatório pelos membros do NSP/CCIH (50% nos dois itens avaliados), aceitável pelos gestores (72,7% nos dois indicadores) e adequado pelos profissionais de saúde (83,9% e 93,5%), porém, o escore global também se manteve adequado com percentuais 82,1% e 89,3% respectivamente.

Já a análise que trata da higienização das mãos sempre após tocar o paciente, trouxe dados divergentes entre os grupos, se mostrando crítico pelos membros do NSP/CCIH (25%), aceitável pelos gestores (72,7%) e adequado pelos profissionais de saúde (91,9%), tendo percentual global se mantido como adequado com 86,9%.

4.2.3.1.2 Precaução padrão e baseado na transmissão

No que diz respeito ao cumprimento de precaução padrão e baseado na transmissão, foram avaliados aspectos relacionados à utilização de EPI padronizados para prestar assistência aos pacientes; medidas de precaução de contato e respiratória por gotículas ou aerossóis (quando necessário) instituídas e devidamente seguidas pelos profissionais; e foi ainda avaliado se os passos necessários para a paramentação e desparamentação são seguidos criteriosamente por todos que prestam a assistência aos pacientes.

Gráfico 9 – Percentual global dos indicadores referente ao cumprimento de precaução padrão e baseado na transmissão pertencente a dimensão profissional a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Quanto à utilização de EPI padronizado para prestar assistência aos pacientes, 86,9% dos pesquisados afirmam que são sempre utilizados pelos profissionais, tendo juntamente com o cumprimento das medidas de precaução instituídas (89,35%) grau de segurança considerado adequado pelos parâmetros da pesquisa.

Referente ao cumprimento da paramentação correta observamos em gráfico 9 que os dados demonstram classificação de grau de segurança adequado por apresentarem como retorno positivo 77,4%. Já a desparamentação apresenta escore aceitável com 73,8% de opiniões positivas.

Quadro 10 – Percentual por grupos dos indicadores referente ao cumprimento da precaução padrão e baseado na transmissão pertencente a dimensão profissional

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
EPI's sempre utilizados	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (72,7%)	1 (9,1%)	2 (18,2%)	54 (87,1%)	7 (11,3%)	1 (1,6%)
Medidas de precaução respeitadas	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (81,8%)	0 (0%)	2 (18,2%)	55 (88,7%)	4 (6,5%)	3 (4,8%)
Paramentação seguida	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	9 (81,8%)	0 (0%)	2 (18,2%)	47 (75,8%)	14 (22,6%)	1 (1,6%)
Desparamentação seguida	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	8 (72,7%)	0 (0%)	3 (27,3%)	45 (72,6%)	14 (22,6%)	3 (4,8%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Na avaliação desses indicadores referente a utilização de EPI padronizado para prestar assistência aos pacientes, verificamos que tanto membros do NSP/CCIH (100%) quanto os profissionais de saúde (87,1%) trouxeram retorno afirmativo que nos permite considerar como aspecto adequado, diferente dos gestores, que categorizamos como aceitável (72,7%), apesar do percentual global se manter como adequado (86,9%).

Referente ao cumprimento das medidas de precaução instituídas, todos os grupos avaliados trouxeram como dados informações que enquadram esse quesito no escore adequado, incluindo dado global, sendo 100% de respostas afirmativas pelos membros do NSP, 81,8% pelos gestores, 88,7% pelos profissionais de saúde e 89,3% no global.

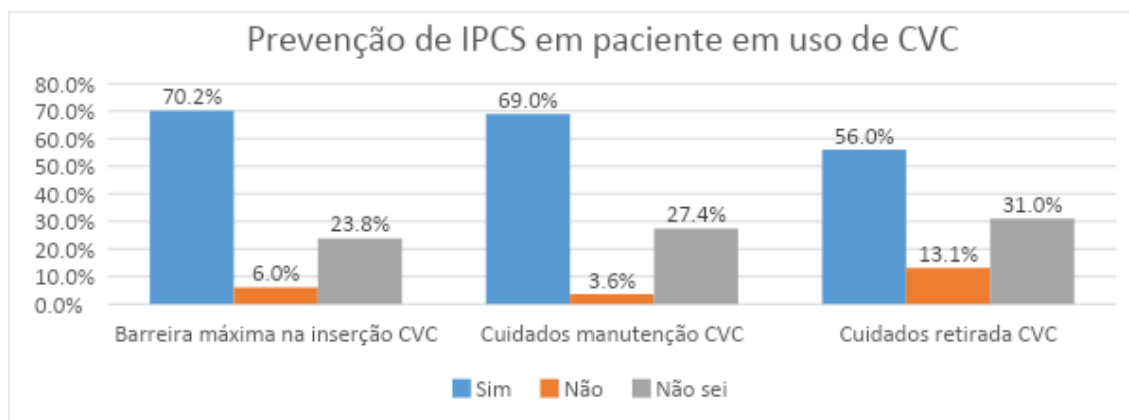
Já referente ao cumprimento pelos profissionais dos passos de paramentação, os dados apresentados demonstram divergência na opinião quanto ao grau de segurança, sendo considerado pelos membros do NSP/CCIH insatisfatório (50%), enquanto os profissionais de saúde da assistência direta e os gestores classificam como adequado (75,8% e 81,8% respectivamente, mantendo o percentual global no escore adequado (77,4%).

Quanto ao momento de desparamentação, os gestores e profissionais de saúde trazem dados afirmativos que se enquadram em escore aceitável (72,4% e 72,6% respectivamente), sendo refletido também no global (73,8%). Porém, os membros do NSP/CCIH (50%) consideram classificado como insatisfatório o comportamento dos profissionais quanto ao seu cumprimento.

4.2.3.1.3 Pacotes de medidas para prevenção de infecções

Alguns pacotes de medidas são recomendados pelos órgãos reguladores para prevenir ocorrência de IRAS e dentre elas consideramos como prioritárias as ações relacionadas à prevenção de Infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em paciente em uso de Cateter venoso Central (CVC); prevenção de infecção de trato urinário (ITU) em paciente em uso de sonda vesical de demora (SVD); prevenção de Pneumonia associado a ventilação (PAV) em paciente em uso de ventilação mecânica (VM) e prevenção de infecção de sítio cirúrgico (ISC).

Gráfico 10 – Percentual global dos indicadores referente ao cumprimento de medidas de prevenção de IPCS em pacientes em uso de CVC pertencente a dimensão profissional a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Referente a aspectos de prevenção de IPCS em pacientes que fazem uso de CVC, 70,2% dos pesquisados afirmam que há utilização de precaução de barreira máxima na inserção de CVC, 69% informam que são garantidos os cuidados na manutenção de CVC e 56% afirmam que são garantidos todos os cuidados preconizados para a retirada do CVC.

Diante dos achados, considerado o escore elegível para a pesquisa, nesse quesito de análise como medidas de prevenção, todos os percentuais no escore classificado como aceitável.

Quadro 11 – Percentual por grupos dos indicadores ao cumprimento de pacotes de medidas de prevenção de IPCS em pacientes em uso de CVC pertencente a dimensão profissional

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Barreira máxima na inserção do CVC	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	6 (54,5%)	0 (0%)	5 (45,5%)	45 (72,6%)	5 (8,1%)	12 (19,4%)
Cuidados na manutenção do CVC	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	7 (63,6%)	0 (0%)	4 (36,4%)	43 (69,4%)	3 (4,8%)	16 (25,8%)
Cuidados na retirada do CVC	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	4 (36,4%)	2 (18,2%)	5 (45,5%)	35 (56,5%)	9 (14,5%)	18 (29,0%)

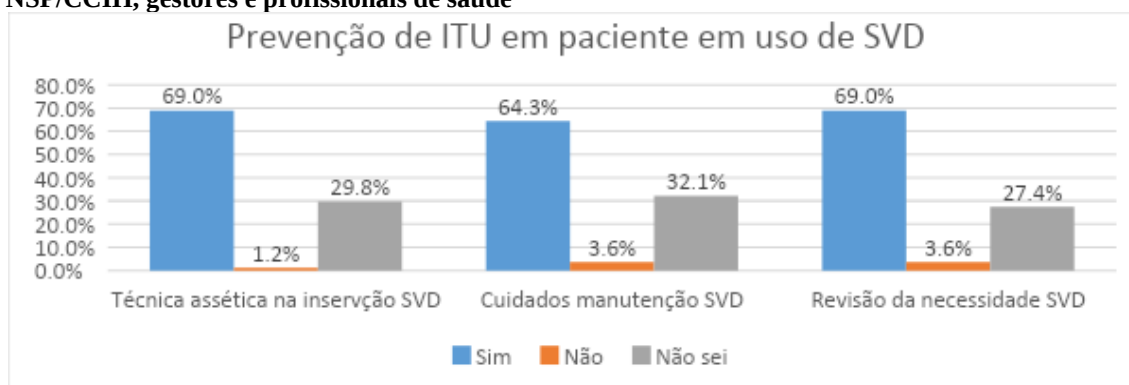
Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Apesar de percentual global aceitável para todos os três quesitos, houve distribuições diferentes nos grupos conforme pode ser verificado em quadro acima. A utilização de barreira máxima na inserção do CVC foi vista pelos membros do NSP/CCIH como insatisfatório (50%), porém pelos gestores (54,5%) e profissionais de saúde (72,6%) o escore foi classificado em aceitável.

A análise dos dados que tratam dos cuidados na manutenção do CVC demonstrou escore considerado insatisfatório pelos membros do NSP/CCIH e profissionais de saúde, com 50% e 36,4% respectivamente, sendo visto como aceitável somente pelos gestores (69%).

Quanto ao item que trata da retirada do CVC foi considerado como insatisfatório tanto pelos membros do NSP/CCIH (50%) quanto pelos gestores (36,4%), sendo considerado aceitável somente pelos profissionais da assistência direta, com 56,5%.

Gráfico 11 – Percentual global dos indicadores referente ao cumprimento de medidas de prevenção de ITU em pacientes em uso de SVD pertencente a dimensão profissional a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Analisando os dados referente as medidas de prevenção de ITU preconizadas para pacientes em uso de SVD, verificamos que todos os três critérios de segurança utilizados na pesquisa apresentaram percentuais enquadrados como aceitável, tendo 69% de respostas afirmativas para uso de técnica asséptica na inserção do dispositivo, 64,3% quanto aos cuidados na manutenção da SVD e 69% referente revisão diária da necessidade da SVD.

Quadro 12 – Percentual por grupos dos indicadores ao cumprimento de pacotes de medidas de prevenção de ITU em pacientes em uso de SVD pertencente a dimensão profissional

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Técnica asséptica na inserção SVD	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	8 (72,7%)	0 (0%)	3 (27,3%)	42 (67,6%)	1 (1,6%)	19 (30,6%)
Cuidados na manutenção do SVD	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	5 (45,5%)	1 (9,1%)	5 (45,5%)	41 (66,1%)	2 (3,2%)	19 (30,6%)
Revisão da necessidade do SVD	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	5 (45,5%)	1 (9,1%)	5 (45,5%)	45 (72,6%)	2 (3,2%)	15 (24,2%)

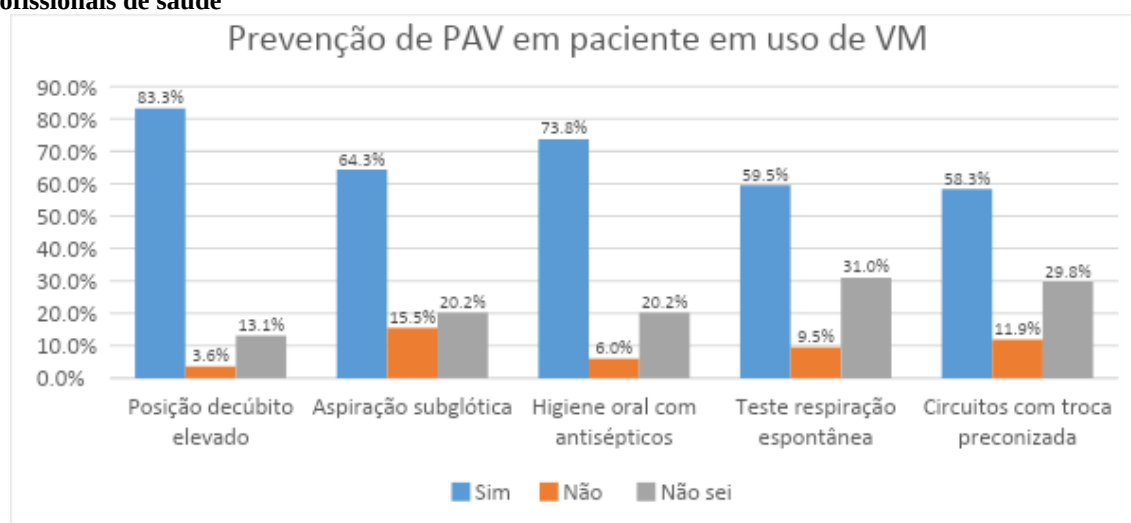
Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Nos dados apresentados no quadro acima referente aos grupos que participaram da pesquisa, identificamos que a utilização da técnica asséptica na inserção do dispositivo foi considerada como um requisito atendido apenas por 50% dos membros do NSP/CCIH, sendo considerado insatisfatório, tendo percentuais 72,4 pelos gestores e 67,6% pelos profissionais

de saúde, sendo para esses classificados como aceitáveis, assim como aparece no percentual global (69%)

Os requisitos de segurança que tratam de cuidados na manutenção da SVD e revisão diária da necessidade de manutenção do dispositivo se mostraram com a mesma classificação de escores por grupos, sendo visto pelos membros do NSP/CCIH (50%) e pelos gestores (45,5%) como indicador classificado como insatisfatório, porém, para os profissionais de saúde é considerado aceitável (66,1% e 72,6%).

Gráfico 12 – Percentual global dos indicadores referente ao cumprimento de medidas de prevenção de PAV pertencente a dimensão profissional a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Acima demonstramos no gráfico os requisitos avaliados quanto a medidas de prevenção de PAV, que incluem: decúbito elevado (30-35 graus), aspiração secreção subglótica rotineiramente, higiene oral com antissépticos, nível de sedação adequado e realizado o teste de respiração espontânea, e ainda troca dos circuitos do ventilador, umidificadores e sistemas de aspiração conforme critérios definidos pela ANVISA.

Analisando os dados considerados como atendidos, verificamos que a manutenção do decúbito elevado entre 30 e 35 graus foi o requisito de maior percentual (83,3%) e que se enquadra em critérios da pesquisa como adequado sendo o escore de maior avaliação pelos participantes.

Os demais itens levantados como previstos nos critérios de cuidado seguro aparecem nos resultados com percentuais que variam entre 58,3% e 73,8%, sendo considerados aceitáveis com base nos parâmetros de segurança da pesquisa.

Quadro 13 – Percentual por grupos dos indicadores ao cumprimento de pacotes de medidas de prevenção de PAV pertencente a dimensão profissional

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Posição decúbito elevado	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	9 (81,8%)	0 (0%)	2 (18,2%)	51 (82,3%)	3 (4,8%)	8 (12,9%)
Aspiração subglótica	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	6 (54,5%)	2 (18,2%)	3 (27,3%)	41 (66,1%)	10 (16,1%)	11 (17,7%)
Higiene oral com antissépticos	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	8 (72,7%)	1 (9,1%)	2 (18,2%)	46 (74,2%)	4 (6,5%)	12 (19,4%)
Teste de respiração espontânea	1 (25%)	0 (0%)	3 (75%)	5 (45,5%)	1 (9,1%)	5 (45,5%)	39 (62,9%)	7 (11,3%)	16 (25,8%)
Troca de circuitos conforme preconizado	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	7 (63,6%)	1 (9,1%)	3 (27,3%)	33 (53,2%)	8 (12,9%)	21 (33,9%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Analisando o quadro acima contendo dados separados por grupos podemos observar que o aspecto que trata da manutenção do decúbito elevado (30-35 graus) se mostra dentro do escore adequado quanto a opinião de gestores e profissionais de saúde. No entanto, para os membros do NSP/CCIH se mantém dentro do escore aceitável, apesar de no gráfico anterior se apresentar no escore adequado na avaliação global.

Relacionado a manutenção do decúbito elevado (30-35 graus) dos pacientes em VM, 75% dos membros do NSP/CCIH consideraram como atendido, classificando como aceitável esse cuidado. Já os gestores e profissionais de saúde trazem percentuais que classificam o escore como adequado (81,8%) e 85,3%), mantendo o percentual global também como adequado.

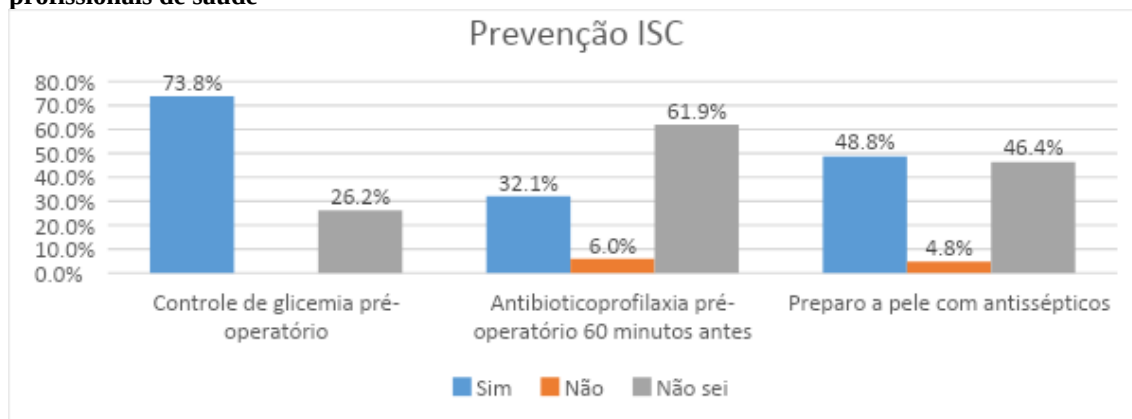
A aspiração de secreção subglótica rotineira dos pacientes em VM é considerada realizada por somente 25% dos membros do NSP/CCIH tendo escore crítico, porém pelos gestores e profissionais de saúde foi considerado aceitável (54,5% e 66,1% respectivamente), mantendo percentual global aceitável.

Referente a avaliação do cuidado com a realização da higiene oral com antissépticos e quanto a troca dos circuitos do ventilador, umidificadores e sistemas de aspiração conforme critérios definidos pela ANVISA verificamos mesmo padrão de escore pelos grupos participantes, onde 50% dos membros do NSP/CCIH consideram que esse critério é atendido e portanto classificado como insatisfatório, enquanto que os gestores (72,7% e 63,6%) e profissionais de saúde (74,2% e 53,2%), classificando esse quesito em aceitável.

Outra medida de prevenção analisada, que foi o nível adequado de sedação e realização do teste de respiração espontânea, que apresentou variação na percepção dos

grupos, sendo considerado como grau insatisfatório pelos membros do NSP/CCIH (25%), insatisfatório pelos gestores (45,5%) e aceitável pelos profissionais de saúde (62,9%).

Gráfico 13 – Percentual global dos indicadores referente ao cumprimento de medidas de prevenção de ISC pertencente a dimensão profissional a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Alguns pacientes atendidos também foram submetidos a procedimentos cirúrgicos com risco de ISC, sendo, portanto, necessário algumas medidas, a exemplo de controle de glicemia no pré-operatório, antibioticoprofilaxia pré-operatória 60 minutos antes da incisão cirúrgica, quando indicada e utilização de antissépticos que contenham álcool no preparo da pele.

Ao levantar o questionamento acerca do controle de glicemia no pré-operatório de pacientes a serem submetidos ao procedimento cirúrgicos, 73,8% dos profissionais afirmam que é realizado, tendo avaliação de grau aceitável. Quanto à realização de antibioticoprofilaxia pré-operatória 60 minutos antes da incisão cirúrgica, quando indicada, e utilização de antissépticos que contenham álcool no preparo da pele para pacientes que foram submetidos a procedimento cirúrgico, encontramos percentuais 32,1% e 48,8% respectivamente, indicando escore insatisfatório.

Quadro 14 – Percentual por grupos dos indicadores ao cumprimento de pacotes de medidas de prevenção de ICS pertencente a dimensão profissional

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Controle de glicemia pré-operatório	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	9 (81,8%)	0 (0%)	2 (18,2%)	45 (72,6%)	0 (0%)	17 (27,4%)
Antibioticoprofilaxia pré-operatório 60' antes	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	3 (27,3%)	2 (18,2%)	6 (54,5%)	17 (27,4%)	3 (4,8%)	42 (67,7%)
Preparo da pele com antissépticos	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	8 (72,7%)	0 (0%)	3 (27,3%)	25 (40,3%)	4 (6,5%)	33 (53,2%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

A análise do quadro acima nos mostra que referente ao controle de glicemia no pré-operatório de pacientes a serem submetidos ao procedimento cirúrgicos houve divergência na percepção dos grupos participantes da pesquisa, sendo considerado insatisfatório pelos membros do NSP/CCIH (50%), aceitável pelos profissionais de saúde da assistência (72,6%) e adequando pelos gestores (81,8%), mantendo percentual global dentro do padrão aceitável (73,8%).

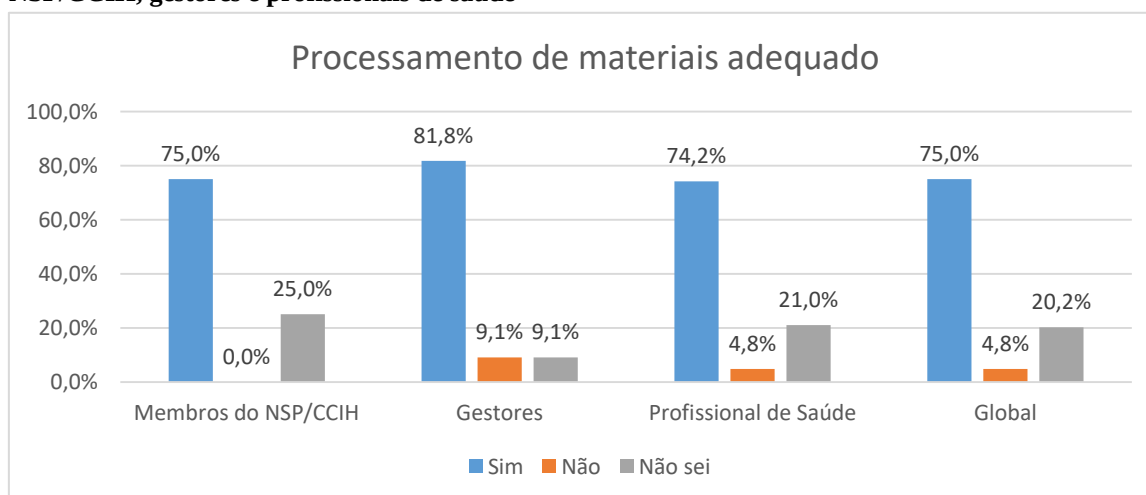
O dado que mais chama atenção por escore baixo foi referente a realização de antibioticoprofilaxia pré-operatória 60 minutos antes da incisão cirúrgica, que se mostra como insatisfatório por todos os grupos, gestores (27,3%) profissionais de saúde (27,4%) e membros do NSP/CCIH (50%), percentual global baixo (32,1%), mantendo como insatisfatório esse requisito.

Quando avaliado a utilização de antissépticos que contêm álcool no preparo da pele para pacientes que foram submetidos a procedimento cirúrgico, encontramos categorização aceitável para membros do NSP/CCIH e gestores (75% e 72,7%) respectivamente, e considerado insatisfatório pelos profissionais de saúde (40,7%)

4.2.3.1.4 Desinfecção e Esterilização de materiais

Dentro da variável capacidade técnica avaliamos também aspectos relacionados a desinfecção e esterilização de insumos utilizados nos pacientes. Sendo assim, os participantes foram questionados quanto ao processamento de materiais em local específico destinado para esse fim.

Gráfico 14 – Percentual global dos indicadores referente ao cumprimento de critérios de desinfecção e esterilização de materiais pertencente a dimensão profissional a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

O aspecto de prevenção relacionado a insumos e materiais demonstra escore aceitável pelos membros do NSP/CCIH (75%), profissionais de saúde (74,2%) e percentual global (75%), diferenciando somente dos gestores que consideram como requisito adequado (81,8%).

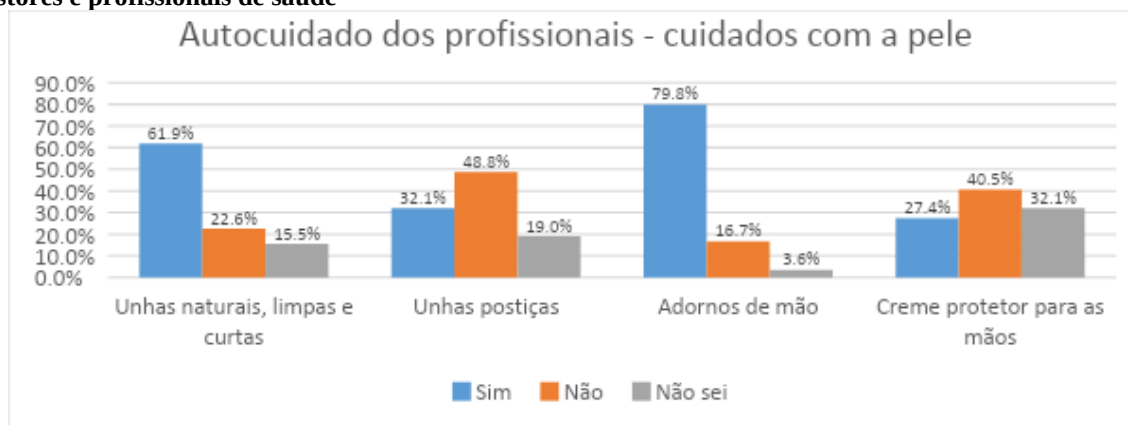
4.2.3.2 Autocuidado profissional

O último aspecto avaliado nessa dimensão, trata da variável de autocuidado do profissional para evitar infecções, incluindo cuidados com a pele e cuidados com a luva.

4.2.3.2.1 Cuidados com a pele

Os cuidados com a pele referente ao autocuidado profissional tratados nessa pesquisa questionam acerca da utilização de unhas naturais, limpas e curtas; utilização de unhas postiças, sendo esse um aspecto negativo; adornos de mão e utilização de creme protetor para as mãos.

Gráfico 15 – Percentual global dos indicadores referente ao autocuidado profissional quanto aos cuidados com a pele pertencente a dimensão profissional a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

O gráfico acima ilustra que dos itens avaliados nesse indicador, a manutenção de unhas naturais, limpas e curtas foi considerado dentro do padrão aceitável baseado nos parâmetros do estudo com 61,9%, enquanto a não utilização de adornos de mão avaliado como adequado com 79,8%.

Outro ponto de atenção ainda com relação a utilização de unhas postiças durante a prestação da assistência, onde 32,1% afirmam que atende (ou seja, há utilização), 48,8% informam que não (há cumprimento do preconizado) e 19% não souberam opinar. Diante disso, esse requisito classificado como aceitável.

Foi ainda avaliado se os profissionais aplicam regularmente creme protetor para as mãos como prevenção de riscos, tendo apenas 27,4% de profissionais que afirmam utilizar creme protetor, nas mãos, sendo um item de grau insatisfatório.

Quadro 15 – Percentual por grupos dos indicadores ao autocuidado profissional quanto aos cuidados com a pele pertencente a dimensão profissional

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Unhas naturais, limpas e curtas	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	7 (63,6%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)	38 (61,3%)	15 (24,2%)	9 (14,5%)
Unhas postiças	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	2 (18,2%)	7 (63,6%)	2 (18,2%)	22 (35,5%)	29 (46,8%)	11 (17,7%)
Adornos de mão	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	8 (72,7%)	2 (18,2%)	1 (9,1%)	50 (80,6%)	10 (16,1%)	2 (3,2%)
Creme protetor para as mãos	0 (0%)	1 (25%)	3 (75%)	3 (27,3%)	2 (18,2%)	6 (54,5%)	18 (29,0%)	27 (43,5%)	17 (27,4%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

O quadro acima nos mostra que referente à manutenção de unhas naturais, limpas e curtas os gestores (63,6%) e profissionais de saúde (61,3%) classificam como aceitável, enquanto que os membros do NSP/CCIH consideram como insatisfatório (50%), mantendo percentual global dentro do padrão aceitável (61,9%).

Referente a pergunta que trata da utilização de unhas postiças durante a prestação da assistência, se trata de aspecto negativo, onde a resposta negativa se torna um indicador de cumprimento. Nesse quesito verificamos divergência de opinião entre os grupos participantes da pesquisa, sendo considerado crítico pelos membros do NSP/CCIH (25%), insatisfatório pelos profissionais de saúde (46,8%) e aceitável pelos gestores (63,6%), com escore global mantido insatisfatório (46,8%).

Quando avaliado se os profissionais evitam a utilização de adornos de mão, a exemplo de pulseiras, anéis, relógios, etc, vemos no quadro que membros do NSP/CCIH (75%) e gestores (72,7%) trazem dados categorizados como aceitável, enquanto que os profissionais de saúde (80,6%) trazem dados que categorizam como adequado, mantendo o escore aceitável na avaliação percentual geral (79,8%).

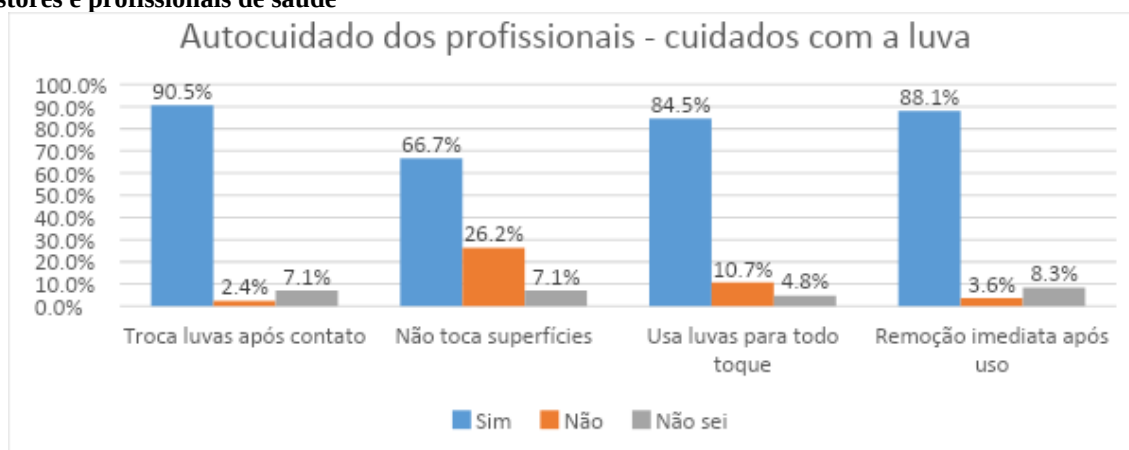
Já a análise dos dados que tratam da utilização regular de creme protetor para as mãos como prevenção de riscos, verificamos retorno de dados que mostram que todos os grupos

entendem como insatisfatório tendo percentuais 27,3% pelos gestores, 43,5% pelos profissionais de saúde e dos membros do NSP/CCIH nenhum acredita ser requisito atendido (0%), mantendo escore insatisfatório (27,4%) na análise geral.

4.2.3.2.1 Cuidados com a luva

A avaliação do autocuidado ainda perpassa pelo cuidado com a utilização de luvas, onde questionamos se há troca de luvas após o contato com os pacientes; se os profissionais não costumam tocar superfícies próximas ao paciente utilizando luvas; se a luva é utilizada em toda a oportunidade de toque no paciente e ainda se há remoção imediata das luvas logo após sua utilização.

Gráfico 16 – Percentual global dos indicadores referente ao autocuidado profissional quanto aos cuidados com a luva pertencente a dimensão profissional a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Os dados referentes aos cuidados com a luva como vetor de infecção são demonstrados acima e nos mostram que os participantes entendem que referente a troca de luvas após o contato com o paciente; utilização de luvas para todo o momento de toque ao paciente e remoção imediata logo após o uso são quesitos que se apresentam como adequados baseado nos parâmetros da pesquisa (90,5%,84,5% e 88,1% respectivamente).

Já quando questionados acerca da atenção para não tocar superfícies e materiais quando em uso de luvas, 66,7% dos participantes responderam como afirmativo, indicando escore aceitável para esse item avaliado.

Quadro 16 – Percentual por grupos dos indicadores ao autocuidado profissional quanto aos cuidados com a luva pertencente a dimensão profissional

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Troca de luvas após contato com o paciente	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	9 (81,8%)	0 (0%)	2 (18,2%)	58 (93,5%)	2 (3,2%)	2 (3,2%)
Não tocar em superfícies	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	6 (54,5%)	3 (27,3%)	2 (18,2%)	44 (71,0%)	15 (24,2%)	3 (4,8%)
Uso de luvas a cada toque	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	9 (81,8%)	0 (0%)	2 (18,2%)	52 (83,9%)	9 (14,5%)	1 (1,6%)
Remoção imediata após uso	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	9 (81,8%)	0 (0%)	2 (18,2%)	57 (91,9%)	2 (3,2%)	3 (4,8%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Analisando o quadro podemos observar que o indicador referente a realização de troca de luvas sempre que entram em contato com outro paciente mostra que membros do NSP/CCIH consideram como insatisfatório (50%), enquanto que os profissionais de saúde da assistência (93,5%) e os gestores (81,8%) consideram adequado, mantendo percentual elevado na análise global como um indicador adequado (90,5%).

Já a atenção para não tocar superfícies e materiais quando em uso de luvas teve categorização como insatisfatório pelos membros do NSP/CCIH com 25%, sendo considerado aceitável pelos demais grupos: profissionais de saúde da assistência (71%) e os gestores (54,8%), tendo mantido escore aceitável (66,7%) como demonstrado no gráfico 16.

Quando avaliado a indicador que trata acerca da utilização das luvas sempre que precisa tocar no paciente (considerando que os pacientes atendidos estão todos em precaução por contato), encontramos dados categorizados como adequado pelos gestores e profissionais de saúde (81,8% e 83,9% respectivamente), sendo que os membros do NSP/CCIH divergem e categorizam como aceitável (75%). Ainda assim esse indicador foi considerado adequado no balanço do percentual global com 84,5% de respostas afirmativas.

Sobre a remoção imediata das luvas logo após utilização em beira leito, também tivemos um percentual global adequado com 88,1%. Porém, apesar de gestores e profissionais de saúde trazerem dados classificados dentro desse escore com 81,8% e 91,9%, os membros do NSP em contrapartida tiveram para esse quesito uma avaliação insatisfatória, com penas 25% de aprovação.

4.2.4 Dimensão Organizacional

Nessa dimensão são contempladas 03 (três) variáveis, sendo elas: gestão do processo de trabalho na UTI; vigilância; e suporte e estrutura. Essas variáveis trazem análises de 09

(nove) indicadores que permitem a avaliação do cuidado referente ao quesito do cuidado em seu aspecto organizacional.

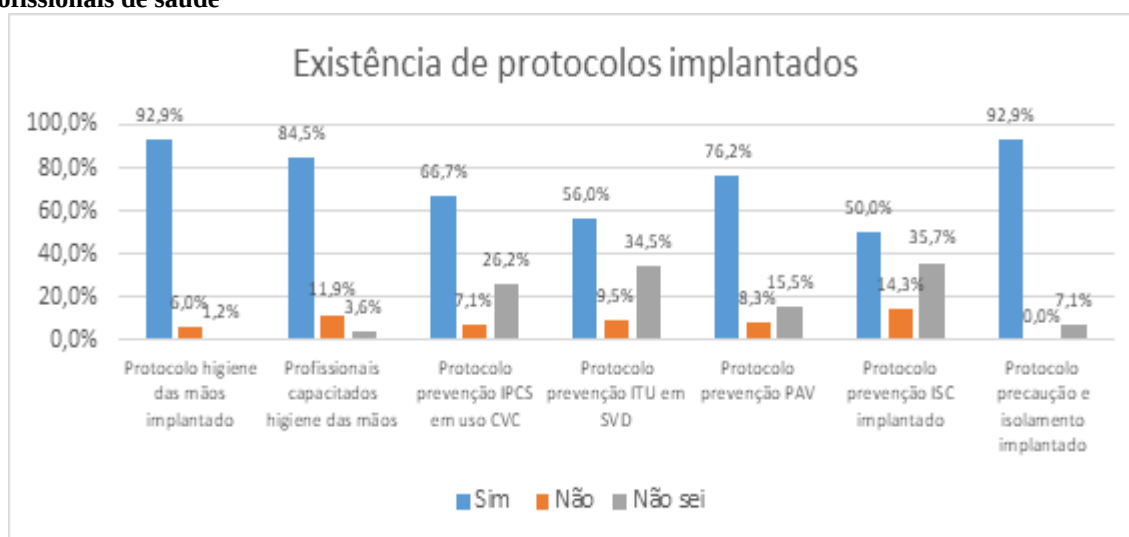
4.2.4.1 Gestão do processo de trabalho

Referente a variável que trata da gestão do processo de trabalho nas UTI's destinadas ao atendimento a pacientes internados com casos suspeitos ou confirmados de infecção por coronavírus durante a pandemia, algumas questões foram levantadas como indicadores de avaliação, que foram: existência de protocolos implantados, clima de segurança institucional e educação e treinamento.

4.2.4.1.1 Protocolos

Referente aos protocolos necessários para garantir a segurança do paciente quanto a prevenção de infecção, foram considerados como essenciais os protocolos de: higiene das mãos, prevenção de IPCS associada ao uso de CVC, prevenção de ITU relacionado ao uso de SVD, prevenção de infecção do trato respiratório relacionado ao uso de VM, prevenção de ISC e ainda o protocolo de precaução e isolamento.

Gráfico 17 – Percentual global dos indicadores referente a existência de protocolos implantados pertencente a dimensão organizacional a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

O quadro acima demonstra o resultado das avaliações de forma global pelos participantes, onde os protocolos de higiene das mãos implantado, profissionais capacitados

em higiene das mãos, protocolo de prevenção de PAV e protocolo de precaução implantado aparecem com escore adequado, como 92,9%, 84,5%, 76,2% e 92,9% respectivamente.

Os protocolos de prevenção de IPCS em uso de CVC e prevenção de ITU associado a SVD foram avaliados como implantados por 66,7% e 56% dos participantes da pesquisa, estando classificados como aceitável.

No entanto, o protocolo de prevenção de ISC teve respostas afirmativas por 50% dos respondentes, sendo considerado como insatisfatório.

Quadro 17 – Percentual por grupos dos indicadores a existência de protocolos implantados pertencente a dimensão organizacional

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Protocolo higiene das mãos implantado	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	57 (91,9%)	4 (6,5%)	1 (1,6%)
Profissionais capacitados em higiene das mãos	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	9 (81,8%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	52 (83,9%)	8 (12,9%)	2 (3,2%)
Protocolo prevenção IPCS em uso CVC	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	7 (63,6%)	0 (0%)	4 (36,4%)	40 (64,5%)	5 (8,1%)	17 (27,4%)
Protocolo prevenção ITU em uso SVD	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	7 (63,6%)	0 (0%)	4 (36,4%)	33 (53,2%)	6 (9,7%)	23 (37,1%)
Protocolo prevenção PAV	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	10 (90,9%)	0 (0%)	1 (9,1%)	45 (72,6%)	5 (8,1%)	12 (19,4%)
Protocolo prevenção ISC	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	7 (63,6%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)	27 (43,5%)	8 (12,9%)	27 (43,5%)
Protocolo precaução e isolamento	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	56 (90,3%)	0 (0%)	6 (9,7%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Partindo para a análise de dados por grupo de estudo, verificamos ao ser questionados acerca da existência e implantação do protocolo de higiene das mãos tivemos retorno positivo com percentuais dentro do escore considerado adequado pelos gestores (100%) e profissionais da assistência (91,9%), enquanto que os membros do NSP/CCIH consideraram como aceitável (75%), porém mantendo um percentual global adequado (92,9%).

Quando questionados sobre a capacitação dos profissionais em higiene das mãos baseado no protocolo, os percentuais demonstram a mesma classificação do item anterior, tendo gestores e profissionais de saúde considerado como adequado (81,8% e 83,9% respectivamente), e membros de NSP/CCIH avaliado como aceitável (75%), mantendo avaliação global adequada com 84,5%.

Outro aspecto que apresentou divergência entre a opinião dos grupos foi referente ao protocolo de prevenção de PAV, sendo este considerado como adequado quanto a existência e

implantação pelos gestores, porém, é considerado aceitável pelos membros do NSP/CCIH e profissionais da assistência.

Referente ao protocolo de prevenção de IPCS em pacientes em uso de CVC verificamos que houve consenso quanto a classificação, tendo percentual de todos os grupos dentro do intervalo do escore aceitável, sendo membros do NSP/CCIH com 75%, gestores 63,6%, profissional de saúde 64,5% e percentual global 66,7%.

O protocolo de prevenção de ITU em pacientes em uso de SVD teve avaliação dos membros do NSP/CCIH divergente dos outros dois grupos, apresentando percentual 50% afirmativo, caracterizado como insatisfatório, enquanto que os gestores 63,6% e profissionais de saúde 53,2%, ambos dentro do escore aceitável, assim como o percentual global (56%).

Já o protocolo de prevenção de PAV teve variação do grau de segurança dentre os três grupos, onde os membros do NSP/CCIH avaliaram como insatisfatório (50%), gestores avaliaram como adequado (90,9%) e profissionais de saúde avaliaram como aceitável com 72,6%, mantendo na taxa global o entendimento de padrão aceitável com 76,2%.

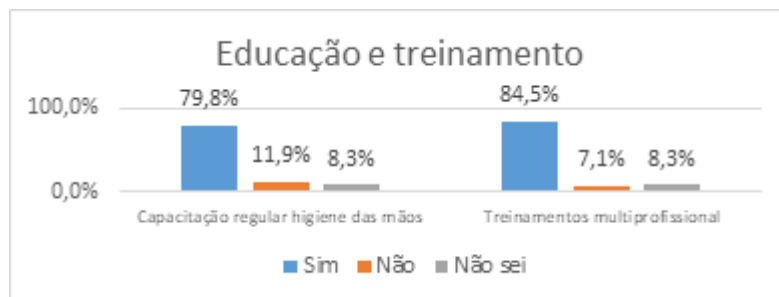
A prevenção de ISC também foi incluída na análise, tendo entendimento divergente dos membros do NSP/CCIH e gestores (75% e 67,6%) que avaliaram como aceitável, e dos profissionais de saúde, que tiveram somente 43,5% de respostas afirmativa, considerando o escore insatisfatório, o que impactou no global do item também insatisfatório (50%).

O aspecto considerado por todos os grupos como adequado foi referente ao protocolo de precaução e isolamento, onde encontramos retorno de 100% pelos membros do NSP/CCIH e gestores, 90,9% pelos profissionais que atuam na assistência direta ao paciente e o percentual global também adequado com 92,9%.

4.2.4.1.2 Educação e Treinamento

Os participantes da pesquisa foram também questionados acerca da existência aspectos referentes à educação e treinamento, onde foram questionados sobre existência de capacitação regular para todos os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos e se os treinamentos realizados com essa temática envolvem todos da equipe multiprofissional.

Gráfico 18 – Percentual global dos indicadores referente a educação e treinamento pertencente a dimensão organizacional a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Acerca da existência de capacitação regular para todos os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos, tivemos retorno afirmativo de 79,8%, perfazendo total dentro do escore adequado.

Importante ainda compreender se os treinamentos quando realizados incluem toda a equipe multiprofissional. Diante desse questionamento, 84,5% dos profissionais informam que sim, classificando esse quesito também como adequado.

Quadro 18 – Percentual por grupos dos indicadores referente a educação e treinamento pertencente a dimensão organizacional

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Capacitação regular sobre higiene das mãos	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (81,8%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	47 (75,8%)	9 (14,5%)	6 (9,7%)
Treinamento multiprofissional	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (81,8%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	51 (82,3%)	5 (8,1%)	6 (9,7%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

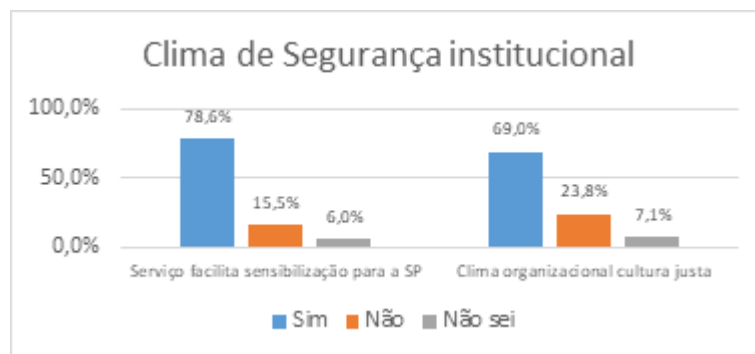
Partindo para a avaliação dos olhares dos grupos, verificamos que referente a capacitação regular para todos os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos, houve consenso de todos os grupos, 100% dos gestores (100%), 81,8% dos membros do NSP (81,8%) e os profissionais de saúde (75,3%) consideraram esse um requisito dentro do padrão adequado.

Quanto à realização de treinamentos envolvendo toda a equipe multiprofissional, todos os grupos consideraram como um aspecto adequado, sendo 100% membros do NSP/CCIH, 81,8% gestores e 81% profissionais de saúde.

4.2.4.1.3 Clima de segurança institucional

O clima de segurança institucional requer também atenção na dimensão organizacional, sendo, portanto, questionado aos profissionais acerca do ambiente do serviço, buscando compreender se o mesmo facilita a sensibilização dos profissionais quanto à segurança do paciente.

Gráfico 19 – Percentual global dos indicadores referente ao clima de segurança institucional pertencente a dimensão organizacional a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Nesse contexto, referente ao clima de segurança do paciente, 78,6% dos profissionais afirmam que o ambiente do serviço facilita a sensibilização dos profissionais quanto à segurança do paciente. Esses dados demonstram escore adequado para o quesito.

Outro aspecto avaliado quanto ao clima organizacional foi referente ao perfil não punitivo e empático com os seus colaboradores, tendo retorno positivo por 69% dos pesquisados, tendo avaliação considerada aceitável.

Quadro 19 – Percentual por grupos dos indicadores referente ao clima de segurança institucional pertencente a dimensão organizacional

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Serviço facilita sensibilização para a SP	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	10 (90,9%)	0 (0%)	1 (9,1%)	46 (74,2%)	10 (16,1%)	6 (9,7%)
Clima organizacional cultura justa	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	9 (81,8%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	41 (65,1%)	17 (27,0%)	5 (7,9%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Pudemos ainda analisar a opinião dos grupos quanto a esse quesito no quadro acima. Nos dois questionamentos acerca do clima institucional os grupos apresentaram mesmo escore, sendo considerado aceitável pelos membros do NSP/CCIH (75%) e profissionais

(74,1% na primeira pergunta e 65,1% na segunda pergunta) referente as duas perguntas do tema (ambiente do serviço facilita a sensibilização dos profissionais quanto à segurança do paciente, e perfil não punitivo e empático com os seus colaboradores), e em ambos os questionamentos, os gestores consideram como adequado, com 90% referente a sensibilização e 81,8% sobre cultura justa.

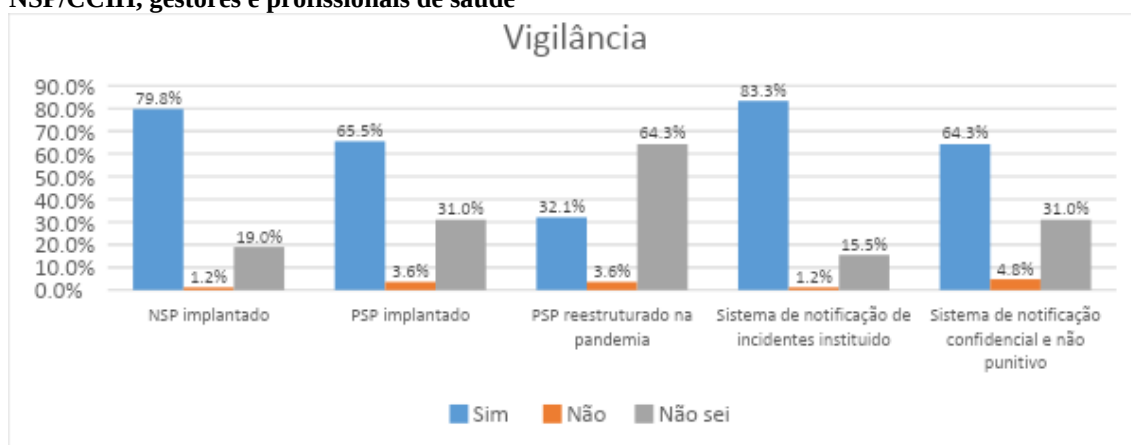
4.2.4.2 Vigilância

A variável que trata da vigilância traz perguntas acerca da existência do serviço de Segurança do Paciente, onde se faz necessário existência de um NSP instituído, um PSP implantado e o Sistema de notificação de incidentes implantado, ambos funcionando conforme preconizado.

4.2.4.2.1 Núcleo de Segurança do Paciente, Plano de segurança do paciente e Sistema de notificação de incidentes

O primeiro bloco de perguntas dentro da variável vigilância busca avaliar questões que tratam da implantação do NSP, PSP e sistema de notificação de incidentes na instituição, e ainda se esse PSP foi reestruturado diante da pandemia e se o sistema de notificação mantém confidencialidade e olhar não punitivo.

Gráfico 20 – Percentual global dos indicadores referente a informações sobre NSP, PSP e Sistema de notificação de incidentes pertencente a dimensão organizacional a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Os pesquisados foram questionados acerca da existência do NSP instituído mediante portaria, ato ou outro documento oficial, sendo considerado existente por 79,8% dos respondentes, o que reflete em entendimento de escore adequado.

Quanto ao PSP, os profissionais foram questionados se existe e está implantado, tendo retorno afirmativo por 65,5% das pessoas, sendo considerado como aceitável. Ainda foram perguntados se o PSP foi reestruturado após vigência da pandemia, quando 32,1% disseram que sim, tendo grau de segurança classificado como insatisfatório.

Referente ao sistema de notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde instituído, 83,3% consideraram que existe no hospital, classificando como adequado o quesito avaliado. Foi ainda questionado se o sistema de notificação de incidentes tem caráter não punitivo e confidencial, havendo 64,3% de respostas positivas, refletindo em análise de escore aceitável.

Quadro 20 – Percentual por grupos dos indicadores referente a informações sobre NSP, PSP e Sistema de notificação de incidentes pertencente a dimensão organizacional

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
NSP implantado	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	45 (72,6%)	1 (1,6%)	16 (25,8%)
PSP implantado	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (72,7%)	1 (9,1%)	2 (18,2%)	39 (62,9%)	1 (1,6%)	22 (35,5%)
PSP reestruturado na pandemia	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	4 (36,4%)	0 (0%)	7 (63,6%)	17 (27,0%)	3 (4,8%)	42 (67,7%)
Sistema de notificação de incidentes instituído	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (90,9%)	1 (9,1%)	0 (0%)	49 (79,0%)	0 (0%)	13 (21,0%)
Sistema de notificação confidencial e não punitivo	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (81,8%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	37 (59,7%)	3 (4,8%)	22 (35,5%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Na avaliação por grupos notamos que as questões referentes à existência do NSP instituído mediante portaria, ato ou outro documento oficial; sistema de notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde instituído; e sistema de notificação de incidentes de caráter não punitivo e confidencial tiveram entendimento dos grupos com mesmo grau de segurança.

Referente ao quesito que tratado do NSP instituído, membros do NSP/CCIH (100%) e gestores (100%) classificaram como adequado enquanto que os profissionais de saúde consideraram aceitável, com 72,6%, tendo escore global adequado com 79,9%.

Já quanto à existência e implantação do PSP, somente os membros do NSP/CCIH opinaram como adequado (100%), tendo escore aceitável pelos demais: gestores (72,7%) e profissionais de saúde (62,5%) e ainda no percentual global (65,5%). Porém, no quesito que

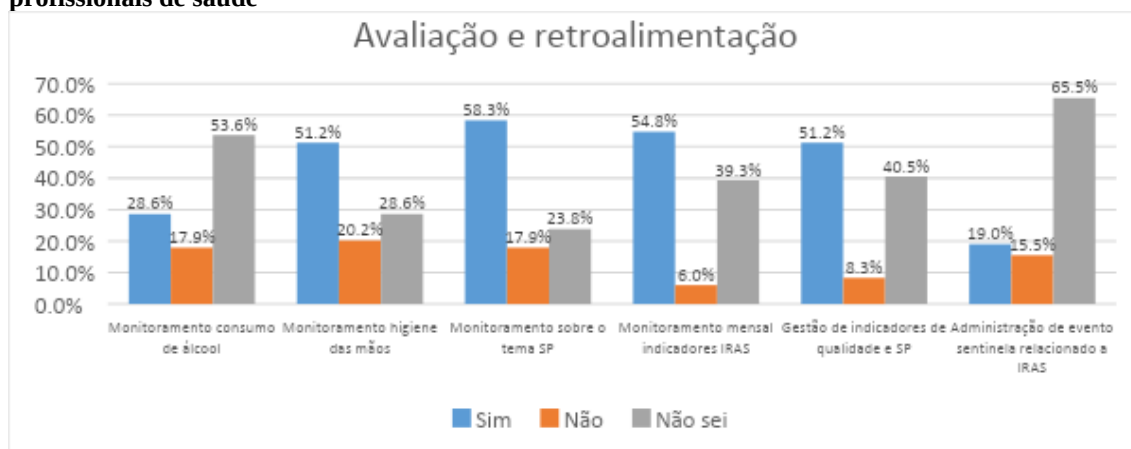
trata a reestruturação desse PSP na pandemia, os membros do NSP/CCIH avaliaram como aceitável enquanto que os demais consideraram insatisfatório com 36,4% por gestores e 27% por profissionais de saúde.

A avaliação da implantação do sistema de notificação de incidentes trouxe a mesma classificação dos percentuais apresentados quando comparado ao quesito sobre um sistema de notificação de incidentes não punitivo e confidencial, onde membros do NSP/CCIH (100%), gestores (90,9% para primeira pergunta e 81,8% para a segunda) e profissionais de saúde (79%) classificaram como adequado, porém, os profissionais discordam sobre sistema não punitivo e confidencial onde 59,7% respondem de forma positiva, sendo considerado aceitável.

4.2.4.2.2 Avaliação e retroalimentação

Referente ao monitoramento de ações com vistas a garantir um ambiente de atenção seguro para os pacientes e profissionais, foi levantado aspectos relacionados ao monitoramento do consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos; monitoramento das práticas de higiene das mãos e da infraestrutura; monitoramento da percepção e conhecimento sobre o tema entre os profissionais da saúde; monitoramento mensal de indicadores de IRAS conforme critérios da ANVISA; gestão dos indicadores de qualidade e segurança do paciente e ainda administração de Eventos-sentinela Relacionados a IRAS.

Gráfico 21 – Percentual global dos indicadores referente a informações sobre avaliação e retroalimentação pertencente a dimensão organizacional a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

O gráfico acima demonstra os resultados percentuais referente aos requisitos de segurança avaliados nessa variável. Os pesquisados foram interrogados acerca da regularidade do monitoramento do consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos se existente na sua instituição, quando 28,6% dos respondentes referiram que sim, 17,9% referiram que não e, a maioria (53,6%) não soube informar, considerado padrão insatisfatório.

Quanto à existência do monitoramento das práticas de higiene das mãos e da infraestrutura, obtivemos retorno positivo por cerca de metade dos participantes (51,2%), tendo 20,2% de retorno referindo não como resposta e outros 28,6% sem saber opinar, o que retrata grau aceitável.

Foram ainda questionados se o serviço monitora a percepção e conhecimento sobre o tema Segurança do Paciente entre os profissionais da saúde, trazendo resposta afirmativa em 58,3% dos respondentes, negativa em 17,9%, enquanto que 23,8% não souberam responder, considerado aceitável.

Outro aspecto avaliado foi quanto a existência do monitoramento mensal de indicadores de IRAS conforme critérios da ANVISA, tendo 54,8% respondido que sim, 6% respondido que não 39,3% não souberam opinar, também aceitável.

Nessa variável foi ainda avaliado se o serviço realiza a gestão de indicadores de qualidade e segurança do paciente. Nesse quesito, 51,2% afirmam que há gestão desses indicadores, 8,3% informam que não e 40,5% não referem, sendo classificado como aceitável.

O último quesito questionado nessa variável foi se há realização da administração de Eventos-sentinela Relacionados a IRAS, sendo considerado como realizado por poucos profissionais (19%), outros 15,5% referem que não há e a maior parte (65,5%) não soube informar, avaliado como crítico quanto aos parâmetros do estudo.

Quadro 21 – Percentual por grupos dos indicadores referente a informações sobre avaliação e retroalimentação pertencente a dimensão organizacional

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Monitoramento do consumo de álcool	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)	4 (36,4%)	7 (63,6%)	14 (22,6%)	11 (17,7%)	37 (59,7%)
Monitoramento de higiene das mãos	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	7 (63,6%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)	27 (43,5%)	13 (21,0%)	22 (35,5%)
Monitoramento sobre o tema SP	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	5 (45,5%)	1 (9,1%)	5 (45,5%)	35 (56,5%)	13 (21,0%)	14 (22,6%)
Monitoramento mensal dos indicadores IRAS	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	5 (45,5%)	1 (9,1%)	5 (45,5%)	33 (53,2%)	3 (4,8%)	26 (41,9%)
Gestão de indicadores de qualidade e SP	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	1 (9,1%)	4 (36,4%)	6 (54,5%)	36 (58,1%)	2 (3,2%)	24 (38,7%)

Administração de evento sentinela relacionado a IRAS	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	1 (9,1%)	3 (27,3%)	7 (63,6%)	10 (16,1%)	9 (14,5%)	43 (69,4%)
--	---------	--------	---------	----------	-----------	-----------	------------	-----------	------------

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Na análise da opinião por grupos verificamos que os aspectos que tratam da existência do monitoramento das práticas de higiene das mãos e da infraestrutura apresentaram avaliação com percentuais baixos, sendo considerado somente pelos membros do NSP/CCIH como aceitável (75%), enquanto que os demais consideraram como crítico, sendo 22,6% pelos profissionais da assistência e nenhum gestor avaliou positivamente esse requisito.

Quanto ao monitoramento do consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos, tanto membros do NSP como profissionais de saúde entenderam como insatisfatório (50% e 43,5%) contrapondo aos gestores, que consideraram aceitável (63,6%).

Referente ao monitoramento da percepção e conhecimento sobre o tema Segurança do Paciente entre os profissionais da saúde os membros do NSP e gestores classificam como insatisfatório (50% e 45,5%), enquanto que os profissionais de saúde consideraram aceitável (56,5%), refletindo em um percentual global aceitável.

O monitoramento mensal de indicadores de IRAS conforme critérios da ANVISA trouxe classificação aceitável pelos membros do NSP (75%) e profissionais de saúde (53,2%), tendo os gestores avaliado como insatisfatório com 45,4%.

Outro requisito avaliado foi sobre a gestão de indicadores de qualidade e segurança do paciente, tendo avaliação considerado grau de segurança crítico pelos membros do NSP/CCIH (25%) e gestores (9,1%), sendo considerado aceitável pelos profissionais de saúde (58,1%).

Em relação a realização da administração de Eventos-sentinela Relacionados a IRAS, tanto gestores quanto profissionais de saúde avaliaram como crítico (9,1% e 15,1%), o que repercutiu também no percentual geral (19%), tendo opinião de escore insatisfatório somente pelos membros do NSP/CCIH (50%).

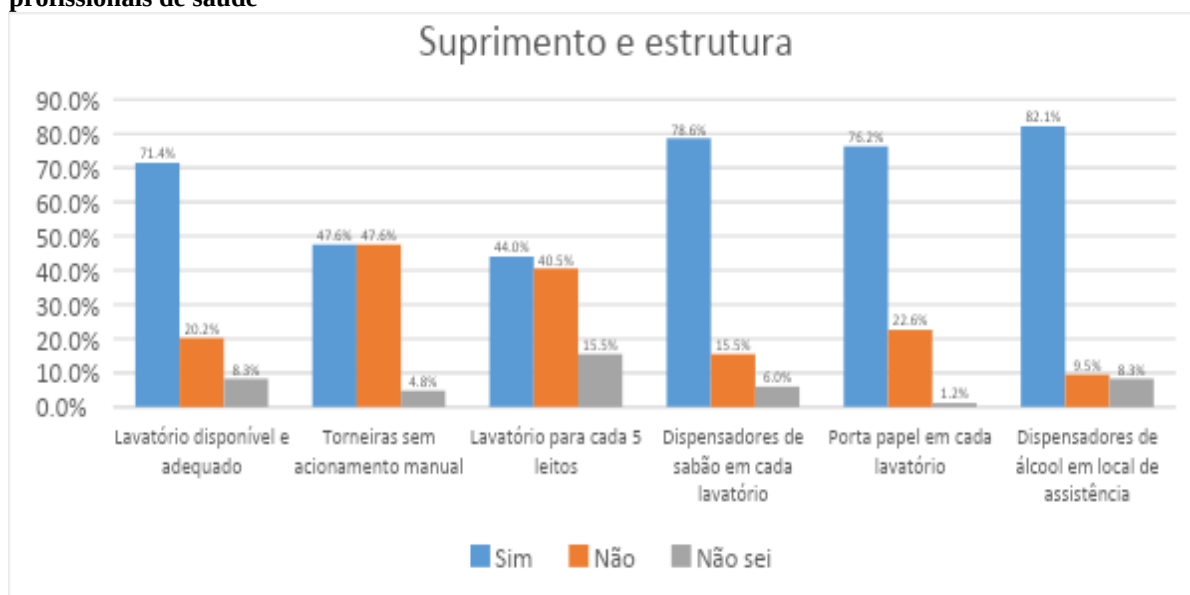
4.2.4.3 Suprimento e estrutura

A avaliação da variável referente a suprimento e estrutura levanta aspectos relacionados à existência de equipamentos e insumos necessários para a higienização das mãos e ainda existência de lembretes no local de trabalho para garantir o cumprimento dessa medida de segurança por todos.

4.2.4.3.1 Equipamentos e insumos necessários para a higienização das mãos

Para a realização da correta HM alguns insumos e estrutura são necessários que estejam disponibilizados em local e condição adequados conforme preconizado. Assim, nesse tópico apresentamos a avaliação da existência de lavatórios, porta papel toalha e dispensadores de sabão e álcool gel nas UTI's referentes ao estudo.

Gráfico 22 – Percentual global dos indicadores referente a informações sobre suprimento e estrutura pertencente a dimensão organizacional a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

A existência de lavatório ou pia de lavagem das mãos disponível exclusivo e com profundidade suficiente para que o profissional não toque bordas, paredes e torneiras foi considerado como existente por 71,4%, 20,2% consideram que não há disponível e 8,3% não sabem informar, sendo avaliado como aceitável. 47,6% afirmam que as torneiras para higiene das mãos são sem acionamento manual para fechamento, o mesmo percentual (47,6%) refere que as torneiras não possuem acionamento manual e outros 4,8% não sabem informar, classificado como insatisfatório.

Referente a existência de 01 (um) lavatório a cada 05 (cinco) leitos, conforme preconizado, 44% dos profissionais afirmam que essa é a proporção existente no setor de Terapia Intensiva, 40,5% referem que não, enquanto que 15,5% não sabem referir, sendo considerado insatisfatório baseado nos parâmetros do estudo.

Quando questionados se existem dispensadores de sabão líquido em cada lavatório ou pia, 78,6% dos respondentes afirmam que está disponível. Referente a existência do porta

papel toalha com reposição frequente disposto próximo aos lavatórios ou pias, 76,2% consideram que sim. Os dois requisitos estão no grau adequado.

Por último ainda foi questionado aos profissionais quanto a disponibilização de preparação alcoólica para higiene das mãos no local onde será prestado assistência, o que trouxe como resposta afirmativa 82,1% dos participantes, sendo considerado adequado.

Quadro 22 – Percentual por grupos dos indicadores referente a informações sobre suprimento e estrutura pertencente a dimensão organizacional

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Lavatório disponível e adequado	1 (25%)	3 (75%)	0 (0%)	8 (72,7%)	2 (18,2%)	1 (9,1%)	45 (72,6%)	12 (19,4%)	5 (8,1%)
Torneiras sem acionamento manual	1 (25%)	3 (75%)	0 (0%)	4 (36,4%)	6 (54,5%)	1 (9,1%)	31 (50,0%)	29 (46,8%)	2 (3,2%)
Lavatório para cada 5 leitos	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	4 (36,4%)	6 (54,5%)	1 (9,1%)	27 (43,5%)	24 (38,7%)	11 (17,7%)
Dispensadores de sabão em cada lavatório	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	10 (90,9%)	1 (9,1%)	0 (0%)	48 (77,4%)	10 (16,1%)	4 (6,5%)
Porta papel em cada lavatório	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (81,8%)	2 (18,2%)	0 (0%)	44 (71,0%)	17 (27,4%)	1 (1,6%)
Dispensadores de álcool em local de assistência	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	47 (75,8%)	8 (12,9%)	7 (11,3%)

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Ao analisar esses indicadores baseado na opinião dos grupos observamos que referente a existência de lavatório ou pia de lavagem das mãos disponível exclusivo e com profundidade suficiente para que o profissional não toque bordas, paredes e torneiras teve percepção dos membros do NSP/CCIH diferente dos demais. Os membros das comissões (25% consideram esse aspecto como crítico, enquanto que os gestores consideram aceitável (72,7%) e os profissionais de saúde consideram adequado (76,2%).

Quanto a disponibilidade de torneiras para higiene das mãos sem acionamento manual para fechamento, os membros do NSP/CCIH consideraram como crítico (25%) e tanto gestores como profissionais da assistência consideraram insatisfatório (36,4% e 50%), o que aparece refletido também no percentual global insatisfatório.

Referente a proporção de 01 (um) lavatório a cada 05 (cinco) leitos, conforme preconizado, todos os grupos consideraram insatisfatório, sendo percentual dos membros do NSP/CCIH 50%, gestores 36,4% e profissionais da assistência 43,5%.

A existência de dispensadores de sabão líquido em cada lavatório ou pia, foi vista como adequado pelos gestores (90,9%) e profissionais da assistência (77,4%), enquanto que

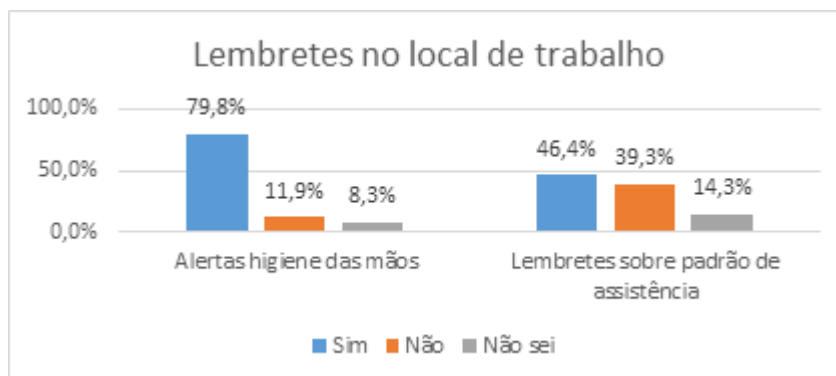
os membros do NSP/CCIH consideram aceitável (75%), também refletido no percentual global.

Os aspectos avaliados nessa variável com maior destaque foram a existência do porta papel toalha com reposição frequente disposto próximo aos lavatórios ou pias e disponibilização de preparação alcoólica para higiene das mãos no local onde será prestado assistência. Quando a existência de porta papel, foi avaliado como adequado pelos membros do NSP/CCIH (100%) e gestores (81,8%), porém na avaliação dos profissionais de saúde é considerado aceitável (71%). Já a disponibilização de preparação alcoólica foi referida por todos os grupos como adequado: membros do NSP/CCIH (100%), gestores (81,8%) e profissionais de saúde (75,8%).

4.2.4.3.2 Lembretes no local de trabalho

A variável que trata de suprimento e estrutura levanta também sobre a existência de alertas e lembretes para os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos e sobre as indicações e procedimentos adequados para realizá-la.

Gráfico 23 – Percentual global dos indicadores referente a lembretes no local de trabalho pertencente a dimensão organizacional a partir da avaliação dos membros do NSP/CCIH, gestores e profissionais de saúde



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Conforme demonstrado em gráfico acima, sobre a existência de alertas sobre a importância da higienização das mãos teve como resposta afirmativa 79,8% dos profissionais, classificando como adequado.

Foi ainda perguntado sobre a existência de lembretes para os pacientes e visitantes a respeito do padrão de assistência que eles podem esperar dos profissionais de saúde, onde 46,4% consideram que sim, tendo padrão insatisfatório para esse quesito.

Quadro 23 – Percentual por grupos dos indicadores referente a lembretes no local de trabalho pertencente a dimensão organizacional

INDICADOR AVALIADO	MEMBRO NSP/CCIH			GESTOR			PROFISSIONAL ASSISTÊNCIA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
Alertas sobre higiene das mãos	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (81,8%)	0 (0%)	2 (18,2%)	49 (79,0%)	9 (14,5%)	4 (6,5%)
Lembretes sobre o padrão de assistência	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	4 (36,4%)	5 (45,5%)	2 (18,2%)	28 (45,2%)	26 (41,9%)	8 (12,9%)

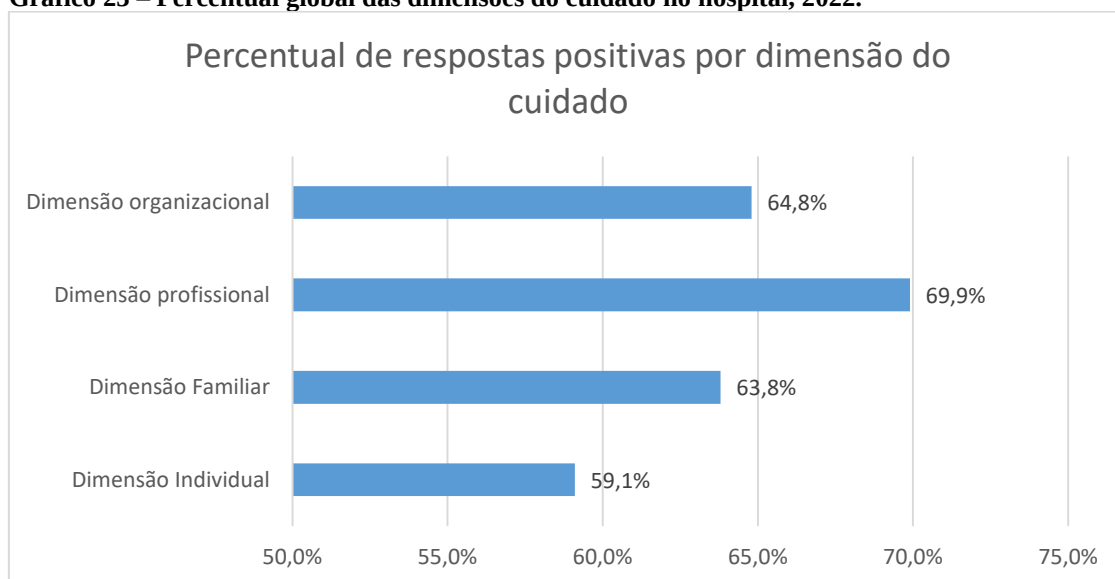
Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Referente a análise por grupos estudados, verificamos que gestores, membros do NSP/CCIH e profissionais de saúde referente a existência de alertas e lembretes para os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos opinaram de forma positiva (100%, 81,8% e 79%), tendo classificação de grau adequado para esse requisito.

Quanto à existência de lembretes para os pacientes e visitantes a respeito do padrão de assistência que eles podem esperar dos profissionais de saúde, todos os grupos e no global consideraram com aspecto insatisfatório, tendo percentual de todos abaixo de 50%.

4.3 Balanço geral das dimensões

Dessa forma, o balanço geral revela que as 04 (quatro) dimensões do cuidado de maneira global apresentam percentual entre o intervalo acima de 50% até 75%, conforme apresentado no gráfico abaixo, configurando como grau de segurança para prevenção de IRAS aceitável, não havendo nenhuma dimensão que atingisse a percentual considerado adequado (igual ou maior que 75%).

Gráfico 23 – Percentual global das dimensões do cuidado no hospital, 2022.

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

O gráfico sinaliza que a dimensão que apresenta maior percentual de respostas positivas é a profissional, que obteve média de 69,9%, se mantendo com grau de segurança aceitável. Porém, importante notar que nenhuma das dimensões em seu percentual global apresentou média dos itens com valores acima de 75%, que seria o desejado por se tratar do nível adequado.

Tabela 4 – Percentual de respostas afirmativas global por indicador no hospital, 2022.

DIMENSÕES E VARIÁVEIS	%
Bloco 1 - Dimensão Individual	59,1%
<i>Autocuidado</i>	
1 - Pacientes participando do cuidado	50,0%
2 - Existência de Manual de Direitos e Deveres do Paciente	28,6%
<i>Autonomia</i>	
3 - Materiais informativos disponíveis sobre SP	34,5%
4 - Estímulo à autonomia e liberdade de tomar decisão	58,3%
<i>Atendimento com respeito a pessoa</i>	
5 - Tratativa respeitosa	84,5%
6 - Identificação das pessoas responsáveis pelo cuidado	65,5%
7 - Registros em prontuário	81,0%
Dimensão Familiar	63,8%
<i>Envolvimento do paciente</i>	
8 - Instruções sobre SP	56,0%
9 - Termo de consentimento assinado	71,4%
10 - Informações sobre ocorrência de erro	33,3%
<i>Relações interpessoais com a equipe</i>	
11 - Informações objetivas, completas e compreensíveis	79,8%
12 - Garantia de informações sobre exames e procedimentos	78,6%
<i>Apoio para os pacientes</i>	
13 - Garantia de visita	71,4%
Dimensão profissional	69,9%

Capacidade técnica	
14 - Realização de HM conforme protocolos de segurança	74,2%
15 - Precaução padrão e baseado na transmissão	81,9%
16 - Pacotes de medidas para a prevenção de IRAS	63,7%
17 - Desinfecção e esterilização	75,0%
Autocuidado Profissional	
18 - Cuidados com a pele	50,3%
19 - Cuidados com as luvas	82,5%
Dimensão organizacional	64,8%
Gestão do processo de trabalho na UTI COVID	
20 – Protocolos	74,2%
21 - Educação e treinamento	82,2%
22 - Clima de Segurança institucional	73,8%
Vigilância	
23 - Núcleo de Segurança do Paciente	79,8%
24 - Plano de Segurança do Paciente	48,8%
25 - Sistema de notificação de incidentes	73,8%
26 - Avaliação e retroalimentação	43,9%
Suprimento e estrutura	
27 - Equipamento e insumos de HM	66,7%
28 - Lembretes e alertas	63,1%

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Analisando os indicadores trabalhados nesse estudo se pôde verificar que os quesitos com maior destaque foram distribuídos em diferentes variáveis da pesquisa e são: tratativa respeitosa ao paciente (84,5%); informações objetivas, completas e compreensíveis aos familiares (79,8%); seguimento de critérios de capacidade técnica quanto as precauções padrão e baseada na transmissão (81,9%); autocuidado do profissional relacionado aos cuidados com luvas (82,5%); realização de educação e treinamento acerca da HM (82,2%) e existência do NSP devidamente instituído (79,8%). Esses indicadores apresentaram médias percentuais globais acima de 75%, estando dentro do grau de segurança adequado.

As menores médias aparecem distribuídas nas dimensões individual, familiar e organizacional, sendo elas: existência de Manual de Direitos e Deveres do Paciente (28,6%); materiais informativos disponíveis ao paciente sobre SP (34,5%); informações aos familiares sobre a ocorrência de erros (33,3%); existência e atualização do PSP (48,8%); e avaliação e retroalimentação dos indicadores de SP e IRAS (43,9%). Estes dados aparecem categorizados como insatisfatório nos parâmetros do estudo.

5 DISCUSSÃO

Este estudo trouxe como ancoragem o referencial proposto por Cecílio (2011) que trata das dimensões do cuidado para nortear e estruturação do modelo lógico, matriz de análise e questionários aplicados, sendo também utilizado como norteador para a discussão dos dados encontrados.

Uma importante retomada necessária para o entendimento desse estudo é de que o contexto da pandemia ocasionado pela COVID-19 revelou diversos problemas existentes no cenário da saúde, trazendo uma grande oportunidade de reflexão sobre o SUS para avaliar possíveis fragilidades e necessidades de intervenção nas ações de segurança do paciente na busca do fortalecimento de boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde, em especial referente ao risco de infecção, que tem impacto na qualidade do serviço.

Caldas e seus colaboradores (2020) lembram que a pandemia deu visibilidade aos temas da segurança do paciente e qualidade do cuidado, tendo como desafio a organização dos serviços, devendo garantir práticas seguras, cuidados efetivos e redesenho de políticas, programas e organizações a fim de garantir acesso com qualidade.

Referente ao cuidado, a primeira dimensão é a individual, que traz o entendimento da capacidade que o ser humano na individualidade tem de prover seu próprio cuidado e fazer suas próprias escolhas, centrado no conceito de autonomia, perpassando pela concepção do sujeito como ser plural, pertencente ao meio ao qual estiver inserido e dotado de poder de decisão sobre si, que por vezes se vê diligenciado por outrem em algum momento de vida. Porém, o autor ressalta que é importante “reconhecer uma esfera ‘individual’ na qual seria possível escapar da mão pesada das determinações sociais mais amplas, e que se traduziria na conquista, em maior ou menor medida, de graus ampliados de autonomia, de processos de cuidar de si, de viver a vida de forma mais plena.” (CECÍLIO, 2011, p. 591)

Referente a prática de estimular que os pacientes participem do seu cuidado, refletindo o aspecto de autocuidado, aparece nesse estudo de maneira geral com grau insatisfatório, tendo avaliação crítica em maior parte dos indicadores pelos gestores e membros das comissões de Segurança do Paciente e Controle de Infecção. O requisito de segurança com avaliação de menor percentual em todo o estudo aparece nessa variável, quando se refere a não existência de manual de direitos e deveres disponível aos pacientes.

Perão e seus colaboradores (2017) salientam que na UTI são internados pacientes graves e com grande risco, sendo imprescindível que assim que a sua condição de saúde permita, haja o incentivo de maneira precoce à participação nos seus cuidados de higiene,

atividades de mobilização, incentivando a comunicação e a percepção dos sentidos como parte da rotina profissional.

O estímulo a participação dos pacientes, cuidadores e familiares durante a hospitalização merece destaque especial para contribuir com a implementação das estratégias de segurança do paciente de forma efetiva, especialmente na identificação dos riscos e redução de danos durante os cuidados de saúde. (BIASIBETTI et al., 2019)

Verificamos nesse requisito de segurança um ponto de melhoria necessário, especialmente compreendendo que o paciente deve ser o foco do cuidado tanto dos profissionais quanto da gestão dos serviços, podendo contribuir com um atendimento seguro a medida que se faz permitido a escuta e a sua participação efetiva, deixando de ser um agente passivo e estando ciente de sua responsabilidade como cidadão e consumidor dos serviços de saúde. (BRASIL, 2017c)

O estudo mostra que a autonomia dos pacientes é percebida pelos grupos analisados de uma forma heterogênea mas se apresenta aos gestores de forma adequada referente ao estímulo a autonomia e liberdade de tomada de decisões porém, esses aspectos se apresentam em menores graus de segurança aos demais participantes, em especial ao membros do NSP/CCIH. Referente ao fornecimento de materiais informativos para fomentar aos pacientes sobre a atenção com a sua segurança, se retrata como aspecto insatisfatório, se mostrando uma fragilidade no serviço, assim como a oportunidade pela troca de profissional ou instituição em caso de ambiente inseguro, que também se encontra como insatisfatório.

Morin (2010) retrata em toda a sua complexidade que os seres vivos são auto-organizadores, que demandam de energia do meio em que vivem em busca de manter a sua autonomia. O autor ainda traz que nos entendemos como humanos quando percebemos o outro como sujeitos e isso nos aproxima, nos tornando abertos ao sofrimento e alegrias dos outros com o qual convivemos.

Quanto a opção pela substituição de profissional em caso de desejo do paciente, é um direito garantido “ter uma segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento, podendo, inclusive, trocar de médico, hospital ou instituição de saúde. (BRASIL, 2017c). Nesse sentido, o requisito não cumprido pelo serviço requer atenção especialmente dos gestores a fim de repensar práticas de garantia de direito.

O atendimento com respeito a pessoa demonstra nessa instituição aspectos de cuidado e segurança com melhor grau de avaliação, acima do aceitável para todos os quesitos, sendo que a tratativa respeitosa e registros em prontuário são percebidos como adequados por maior

parte dos participantes, entendido como aceitável somente pelos membros das comissões. Nesse grupo de questionamentos, a identificação dos profissionais e o acesso ao prontuário foram percebidos como aceitáveis quanto ao grau de segurança, porém, os membros da CCIH e NSP ressaltaram que a identificação das pessoas responsáveis pela assistência está crítica.

É importante portanto que haja maior investimento por parte da instituição no desenvolvimento de estratégias de inclusão do paciente no seu cuidado. Silva e seus colaboradores (2016) em seu estudo referem como estratégias possíveis e necessários a comunicação efetiva entre os pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde, o estímulo a autonomia para o autocuidado envolvendo o paciente no cuidado, a disponibilidade de materiais instrutivos ao paciente sobre o seu adoecimento, além de orientação dos pacientes para a que possam ser barreira mediante a percepção dos riscos.

Na pandemia houve também uma modificação da rotina de paramentação dos profissionais, sendo utilizado em alguns serviços o macacão impermeável, capas, luvas e protetor facial como EPI's em alguns serviços, o que pode ter dificultado a identificação dos profissionais, impactando na garantia desse quesito que traz como direito ao paciente "identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência, por meio de crachás visíveis, legíveis e que contenham o nome completo, a profissão e o cargo do profissional, assim como o nome da instituição". (BRASIL, 2017c. p. 20).

A pandemia trouxe diversos debates sobre os cuidados em saúde e no contexto de UTIs foi vivenciado a existência de necessidade de aparelhos de respiração, novos medicamentos, distanciamento físico, hospitais lotados, a urgência nos atendimentos diante do agravamento da doença e todas essas questões tornam maior a lacuna por um cuidado humanizado. Brito (2022) lembra que alguns profissionais de saúde que atuaram nas UTI's COVID buscaram estratégias para promover a humanização nesse cenário, a exemplo de crachás com as fotos dos profissionais sorrindo para minimizar a distância promovida pelos EPI's necessários ao atendimento.

Essa sinalização é importante para que a gestão repense as práticas com olhar ampliado ao direito do paciente buscando alternativas que atenuem os riscos e impactos diante de situações de emergências públicas.

A dimensão familiar é trazida por Cecílio (2011) como aquela presente na vida indivíduo nos seus diferentes momentos, permeando o mundo cotidiano e das relações, que envolvem tanto pessoas da família como amigos, vizinhos, pessoas com relação afetiva e ainda a rede de cuidadores dispostas para esse indivíduo. Essa dimensão tem como valor o

apoio, a proximidade, o suporte e todos os elementos presentes nessas relações e tem sido introduzida nos programas de saúde a exemplo de desospitalização.

Nesse contexto, se dividem também os conflitos e trocas geradas pelas vivências, que estão também presentes no processo de adoecimento desse indivíduo, onde se vê a figura de um cuidador ou responsável, que tem hoje importante papel nos serviços de saúde a participação na Segurança do Paciente e programas de desospitalização, sendo a rede de apoio do paciente.

Os resultados dessa pesquisa demonstram um grau aceitável por consenso entre os grupos quanto a instruções sobre SP aos familiares e quanto a assinatura de termo de consentimento quando necessário. Porém, referente a informações de erros que acometem os pacientes, a instituição apresenta padrão insatisfatório, tendo como opinião dos membros do NSP/CCIH de que é quesito inexistente na prática do serviço. Outro quesito com avaliação insatisfatório foi referente a existência de meios de divulgação sobre SP.

Em seu estudo, Ribeiro (2021) traz Daud-Gallotti et al (2011) que ressaltam que no cuidado centrado no paciente há importância da comunicação com os pacientes e familiares; consciência da ocorrência, prevenção, assim como gerenciamento e *disclosure*; além da defesa da ética médica. Outro estudo foi realizado por Alsafi et al (2011) destacam, ainda, que a transparência desempenha um papel importante no sucesso geral das organizações, não sendo necessário que exista uma relação de proximidade médico-paciente pois há abertura para informar a ocorrência do erro, caso ocorra.

O *disclosure* em sua tradução quer dizer revelação, divulgação e é um termo bastante utilizado na área da SP. É conceituado por Albuquerque (2022, p. 70) como a “resposta adequada, transparente e empática a um incidente que causa danos ao paciente, bem como é uma ferramenta de efetivação dos seus direitos.”

Os erros são uma realidade nos serviços de saúde e continuarão a acontecer. Porém, a realização do *disclosure* não tem recebido a devida atenção por parte da comunidade científica ou em instituições de saúde em todo o mundo, havendo poucos países que apresentam práticas institucionalizadas sobre essa técnica de comunicação efetiva. (RIBEIRO, 2021)

Os participantes dessa pesquisa ainda trouxeram como aceitável o grau de segurança referente a informações aos familiares, entendendo ocorrer de forma acessível e compreensível e que garante informações acerca de exames, procedimentos ao qual o paciente será submetido, sendo que esses aspectos são vistos de forma heterogênea pelos diferentes

grupos, sendo percebido pelos gestores como adequado, pelos membros das comissões que participaram como insatisfatório e pelos profissionais de saúde como aceitável.

Durante o período pandêmico, diante da quarentena necessária para garantir o isolamento dos pacientes, as visitas às UTI's com pacientes internados por COVID-19 foram suspensas devido ao risco de contaminação. Lopes e seus colaboradores (2022) lembram que com a suspensão das visitas, se fez importante garantir a manutenção da comunicação entre equipe e família mediante a utilização de novos recursos, incluindo a tecnologia dura (como uso de tablet ou celular através de vídeo chamadas), em prol da redução do adoecimento mental e sofrimento causado pelo momento vivenciado por todos.

Neste estudo, os participantes declararam que o grau de segurança referente ao apoio aos pacientes com a garantia de acesso dos familiares a condição do paciente por visita ou vídeo-chamadas se deu de forma aceitável, tendo percentual positivo maior pelos membros das comissões participantes e menor pelos gestores.

A família tem um papel essencial no processo de cuidados dos pacientes e por isso nesse momento de afastamento em decorrência da hospitalização, os canais de comunicação fazem-se necessários para permitir um cuidado integral, dando atenção a todas as necessidades dos indivíduos em sua conformação biopsicossocial para todos os envolvidos. (COSTA, 2018)

Existe, portanto, uma grande necessidade de fortalecimento da relação entre profissionais de saúde e familiares, devendo manter o familiar cuidador sempre incluído na formulação e implementação de planos terapêuticos. Em seu estudo, Tofani e seus colaboradores (2022) ressaltam e ampliam a valorização da dimensão familiar, lembrando da importância da inserção desse suporte afetivo no processo de cuidado ao paciente, com impacto na atenção qualificada e cuidado seguro. “A equipe de cuidado, para além dos trabalhadores da saúde, deve se abrir à rede socioafetiva das pessoas. Cuidar ‘com’ e ‘também’ do cuidador.” (TOFANI, 2022, p 11)

Godoi (2021) referencia Ning e Slatyer (2021), ressaltando que o distanciamento físico ocasionado pelo contexto da pandemia trouxe um demasiado sofrimento aos familiares dos pacientes submetidos a hospitalização, especialmente nas UTIs, onde a presença do familiar promove conforto ao paciente, melhora a comunicação e o entendimento com a equipe de saúde.

Diante do novo contexto que se apresentou, alguns hospitais implantaram a tecnologia virtual como uma alternativa segura de aproximação dos pacientes com os seus familiares

utilizando videochamadas, possibilitando estabelecer um diálogo tanto para uma avaliação profissional quanto para permitir conforto a paciente e família. (GODOI, 2021)

A terceira dimensão trazida por Cecílio (2011), a profissional, tem como atores principais os trabalhadores de saúde, e os principais elementos são relacionados ao preparo técnico, o vínculo e a ética.

Nesse estudo foram levantados diversos aspectos da capacidade técnica relacionados a prevenção de IRAS a fim de verificação do grau de segurança ao qual os pacientes estiveram submetidos. Os pontos questionados de higiene das mãos conforme padrões estabelecidos tiveram consideração como grau aceitável maior parte dos itens, sendo considerado pelos membros do NSP/CCIH como insatisfatório em muitos pontos. A análise mais insatisfatória julgou acontecer referente ao cumprimento do tempo de 40 a 60 segundos para a higienização com água e sabão, tendo avaliação insatisfatório por todos os grupos.

Quando a prática de HM durante a pandemia, o estudo realizado por Zhou e seus colaboradores (2020) demonstra uma taxa de conformidade geral para HM de 79,44%, valor considerado relativamente alto em comparação com demais estudos dessa temática observados anteriores. Os autores levantam que esse aumento por estar relacionado a melhoria das práticas de HM em condições de maior risco, como diante do risco de contaminação pelo vírus.

Referente ao perfil insatisfatório nesse estudo quanto ao tempo de HM, Zhou e seus colaboradores (2020) encontraram em seu estudo que apesar do cumprimento da HM ter aumentado suas taxas, a conformidade para duração foi um pouco menor, o que pode estar associado ao entendimento de que a realização da HM já se encaixa como parte da conformidade, porém ignora o intervalo necessário para o procedimento.

Sabidamente, tornar a lavagem das mãos parte de práticas em serviço é uma forma econômica de reduzir a transmissão de diversas doenças, prevenir ampliação das pandemias e ajudar a alcançar o desenvolvimento sustentável.

Ainda referente a higiene das mãos, a avaliação dos 5 momentos preconizados pela ANVISA demonstrou nessa pesquisa que o momento realizado por maior parte dos profissionais é após a exposição a fluidos corpóreos, tendo grau de segurança classificado como adequado pelos profissionais de saúde. Porém verificamos divergências entre os grupos, havendo entendimento de perfil inadequado pelos membros das comissões, enquanto pelos gestores é considerado aceitável. O momento de menor avaliação que foi considerado aceitável foi o momento antes de tocar no paciente, chegando a ser considerado crítico pelos membros do NSP/CCIH.

No estudo de Zhou e seus colaboradores (2020), a maior conformidade do procedimento foi o momento após exposição a fluidos corpóreos e a menor foi referente ao momento após tocar superfícies próximas ao paciente. Esse estudo reforça o comportamento identificado nesse hospital nos dados coletados nesse estudo.

Os profissionais de saúde devem aderir aos 5 (cinco) momentos para HM, conforme a incluindo: antes de tocar em um paciente, antes de procedimentos limpos ou assépticos, após exposição a fluidos corporais ou risco, depois de tocar em um paciente e após tocar os arredores do paciente. (OMS, 2009). No entanto, a conformidade abaixo dos níveis esperados referente a HM ainda é um desafio, apesar das intervenções e ações educativas realizadas (AZEVEDO et al., 2021).

Azevedo et al (2021) trouxeram em seu estudo retrospectivo referente a observação de HM que a maior parte dos profissionais realizam higienização das mãos eventualmente, não adotando as técnicas preconizadas relacionadas ao tempo e passos que devem ser observados. Eles observaram que os momentos após o contato com o paciente, após contato com fluidos ou após contato com as áreas próximas ao paciente foram os que apresentaram maior adesão em relação aos antes do paciente, o que confirma o achado da nossa pesquisa quanto ao momento de menor adesão.

A capacidade técnica se relaciona ainda com a responsabilidade com os cuidados de precaução a serem adotados, o que irá proteger tanto o paciente quanto profissional de saúde. Nesse aspecto, o estudo mostra que os grupos que participaram da pesquisa consideram o grau de segurança referente ao cumprimento das precauções instituídas como adequado, sendo considerado como aceitável pelos gestores e profissionais o momento de desparamentação, visto pelos membros do NSP/CCIH como insatisfatório.

A recomendação dos órgãos reguladores referente ao uso dos EPI's no ambiente hospitalar se dá desde a precaução padrão, aplicada a qualquer paciente assistido independente de sua patologia, sobre avaliação de riscos, até a precauções mais específicas, como as definidas para o atendimento de pacientes com o COVID-19.

Outra importante retomada necessária para o entendimento desse estudo é da conexão existente entre o tema da SP e a segurança do profissional, pois este é um imperativo para um atendimento seguro durante a pandemia. Os aspectos relacionados à capacitação e suprimento de insumos, além da utilização de forma adequada dos EPI's estão presentes diante de crises econômicas e políticas, o que potencializa tensões e pode impactar na tomada de decisões, recaiando nos resultados da assistência prestada". (PRADO et al, 2021, p. 1)

Com relação à SARS-CoV-2, existe risco de contaminação na retirada dos EPIs por presença do RNA viral em altas concentrações nas salas de troca de vestuário de proteção demonstrado em estudo realizado por Liu e seus colaboradores (2020), o que torna imprescindível o cuidado no momento da desparamentação, em especial quando realizarem procedimentos geradores de aerossóis em pacientes com confirmação ou suspeita de COVID-19. (BERNARDES et al, 2021)

Outra medida de prevenção de IRAS avaliada em pacientes que foram atendidos nas unidades de COVID foram os pacotes de prevenção específicos para os principais tipos de IRAS que acometem os pacientes internados em Terapia Intensiva. Das ações levantadas previstas na prevenção de IPCS em pacientes com uso de CVC a avaliação se deu como nível aceitável quanto ao grau de segurança, sendo vista pelos membros do NSP/CCIH como insatisfatório, tendo avaliado de melhor percentual quanto a utilização de barreira máxima na inserção do cateter e teve menor pontuação referente a avaliação de retirada do dispositivo.

A ITU também requer algumas medidas especialmente para pacientes em uso de SVD. Essas medidas levantadas foram também consideradas aceitáveis pelos gestores e profissionais, diferindo dos membros das comissões, que atribuíram insatisfatório ao grau de segurança.

A prevenção de PAV teve avaliação de maior percentual referente a manutenção do decúbito entre 30 e 35 graus, pois foi classificado como adequado, tendo avaliação abaixo somente pelos membros do NSP/CCIH. As demais medidas preconizadas para prevenção de PAV tiveram avaliação de grau aceitável pela maioria dos grupos, sendo mantido como insatisfatório para os membros do NSP e CCIH.

O último pacote avaliado foi o dia ISC, que foi considerado em níveis aceitáveis para medida de glicemia no pré-operatório, item que foi visto pelos gestores como adequado e pelos membros do NSP/CCIH como insatisfatório, demonstrando divergência na opinião por grupos. Já quanto ao uso de antibioticoprofilaxia no pré-operatório realizada 60 minutos antes da incisão, quando indicado, teve por todos avaliação insatisfatória, o que demonstra ponto de fragilidade no serviço.

Dados da ANVISA referentes a 2017 revelam que a densidade global de incidência das IRAS em UTI adulto é de 4,4%. As maiores de taxas de infecção foram de PAV com 11,50%, seguidas de 4,70% de ITUs por uso de SVD e IPCSL com 4,40%. (BRASIL, 2018). Esses dados demonstram que essas infecções requerem um olhar atento e cuidadoso quanto às medidas de prevenção.

Em estudo realizado por Vieira e seus colaboradores (2022) em pacientes com COVID-19, internados na UTI de um hospital de referência, localizado em Belo Horizonte/MG os autores identificaram a ocorrência de 198 (45,4%) pacientes que apresentaram IRAS, com letalidade de 70,7%. A infecção mais frequente foi a Infecção Primária da Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL) ocorrendo em 97, que correspondeu a 49,0%, seguida por PAV, com 59 casos, 29,8%, havendo uma mortalidade por IRAS de 32,1%.

Esses achados reforçam ainda mais a necessidade de intensificar ações voltadas a prevenção de infecções mais frequentes na busca de uma assistência com segurança, almejando o fortalecimento de ações já implementadas e a garantia de implantação de ações insipientes.

No levantamento de dados referente a análise desses aspectos não foi possível corroborar ou confrontar as informações para maior compreensão dos fenômenos pois os setores de CCIH e NSP não apresentaram nenhuma documentação de análise específica referente aos setores avaliados.

Na dimensão profissional se avalia ainda os cuidados com a desinfecção e esterilização dos artigos, tendo entendimento de grau adequado pelos gestores e aceitável pelos demais, sendo um critério que requer reforço de fluxos adequados para evitar a disseminação de germes que expõem pacientes, profissionais e toda a comunidade hospitalar a contaminação.

O cuidado com o profissional de saúde, aquele que cuida, é também um fator que vem sendo discutido amplamente, e ganhou ainda mais força durante a pandemia, onde os profissionais foram sendo fragilizados e acometidos por medos e adoecimentos físicos e mentais.

Assim, o cuidado seguro perpassa o autocuidado profissional, que foi também avaliado nesse estudo, tendo aspecto de maior avaliação quanto ao atendimento a não utilização de adornos no serviço com avaliação aceitável pelos grupos e adequada somente pelos gestores. Quanto a utilização de cremes hidratantes nas mãos para proteção da pele tivemos avaliação baixa, com grau de segurança insatisfatório, sendo considerado críticos pelos membros do NSP/CCIH.

Embora a utilização dos EPIs vise a proteção dos profissionais, muito utilizado pelos que atuam em linha de frente da COVID-19, os mesmos equipamentos podem propiciar a ocorrência de lesões de pele provocadas pelo uso prolongado e pela higiene frequente das

mãos, dermatite aguda e crônica, agravamento de dermatose já existentes, possibilitando porta de entrada para infecções secundárias. (SILVA et al, 2022)

Lima e seus colaboradores (2021) referenciam pesquisa realizada por Gisoni e seus colaboradores (2020) que refere as mãos (47%) foi a região com maiores reações cutâneas em decorrência dos EPI's, seguidas pela face (25,7%), sendo os eczemas, acnes e rosáceas as doenças cutâneas mais prevalentes, onde 70% dos profissionais de saúde apresentaram distúrbios da pele. Salientam ainda que a utilização de luvas associado à lavagem frequente das mãos (excedendo 20 vezes ao dia) com foram os principais fatores irritantes que ocasionaram eczema de mão.

O uso de EPIs e lavagens intensas aumentam as chances de ressecamento e outras alterações na pele, sendo, portanto, necessário medidas de prevenção para os profissionais, que são responsáveis pelo cuidado. Silva e seus colaboradores (2022) trazem como resultados da sua pesquisa algumas recomendações para o uso de luvas que seria: lavar e secar bem as mãos; aplicar um creme de barreira antes e depois do uso do EPI; evitar usar luvas por tempo prolongado.

O cuidado com as luvas também foi pensado como autocuidado profissional no sentido de proteção promovida pelos EPI's, sendo considerado adequado pelos grupos quanto a remoção de luvas imediatamente após o uso, sendo esse quesito visto pelos membros do NSP/CCIH como insatisfatório divergindo dos demais. A questão de menor avaliação de segurança foi quanto a não tocar nas superfícies utilizando as luvas, que teve grau de segurança aceitável, porém considerado item crítico pelos membros do NSP/CCIH.

Referente a esses dados refletimos que a opinião dos profissionais que atuam no NSP e CCIH podem trazer a vivência da observação cotidiana para o entendimento referente a esses aspectos, onde mostram a preocupação com a utilização das luvas de forma indevida pelos profissionais de saúde, uma vez que a utilização de forma incorreta aumenta riscos para paciente, profissional e ambiente. Porém, apesar do entendimento da fragilidade desse processo, não obtivemos dados desses setores para viabilizar avaliação.

A quarta dimensão considerada por Cecílio (2011) foi a dimensão organizacional, que traz no seu protagonismo a equipe de saúde, gerentes e gestores, que se ocupam da responsabilidade pela gestão do cuidado no serviço.

Nessa dimensão temos demonstrado a gestão de processos de trabalho, onde os protocolos são ferramentas de gestão do cuidado e segurança, tendo dentre os protocolos levantados o de higiene das mãos com maior grau de segurança, apresentando-se como adequado quanto a existência e implantação, visto como aceitável pelos dos membros do

NSP/CCIH. Destes, o protocolo com menos avaliação foi o de prevenção de ISC, sendo considerado como insatisfatório quanto a sua existência e implantação pelos profissionais, destoando dos gestores e dos membros do NSP/CCIH, que consideram aceitável.

Os aspectos referentes a educação e treinamento que aparecem na pesquisa como pontos fortes são as questões que falam sobre participação de toda equipe multiprofissional em treinamentos de HM, o que demonstra grau adequado pelos grupos, excetuando dos membros do NSP/CCIH que falam em padrão aceitável de segurança. Já referente a existência de capacitações regulares em HM, esse é um quesito que demonstra grau de segurança adequado.

Essa informação pudemos constatar através de informações do setor de Educação Permanente (CEPER), que nos forneceu dados de 10 (dez) momentos de treinamento envolvendo medidas de prevenção da COVID-19 para os setores de UTI COVID, tendo alcançado 91 profissionais desses setores de forma presencial.

Referente a sensibilização dos profissionais quanto a SP foi uma questão avaliada acerca do clima de segurança do paciente e seu impacto no cuidado, que teve avaliação de grau aceitável, sendo considerada pelos gestores como adequado. A avaliação de cultura justa e não punitiva também aparece da mesma forma como avaliação geral aceitável e adequada na percepção dos gestores.

O clima de segurança da instituição é fundamental para permitir a revisão dos ciclos relativos aos passos anteriores e tem a finalidade de criar um ambiente que facilite a conscientização sobre as questões de segurança na percepção de todos que atuam. (BATISTA, 2020).

Nesse quesito os gestores apresentam uma opinião favorável ao entendimento de cultura justa acima dos demais grupos, cabendo aos mesmos uma reflexão e estudo específico acerca de qual o clima que tem sido praticado na instituição.

O estudo mostra que referente a medidas de vigilância preconizados, a existência de um NSP implantado conforme exigências legais e existência do sistema de notificação de incidentes estão dentro do padrão adequado descritos por todos os grupos, tendo avaliação de grau insatisfatório o aspecto que fala sobre a reestruturação do PSP na pandemia, visto pelos membros do NSP/CCIH como aceitável, porém foram minoria nesse quesito.

O aspecto que merece destaque para que seja revisitado pelos membros do NSP é quanto a reestruturação do PSP durante a pandemia, pois faz-se necessária a identificação e tratamento dos riscos aos quais os pacientes estão submetidos a todo o tempo, cabendo revisão dos protocolos, PSP e todos os documentos institucionais que possuem relação com as

modificações de realidade, como foi o caso da pandemia pois nesses cenários os riscos modificam e se ampliam, necessitando de outro planejamento.

Avaliação e retroalimentação são também necessárias como medidas de prevenção por serem uma forma de acompanhamento para tomada de decisão direcionada por parte dos gestores e profissionais, o que trouxe uma avaliação baixa quanto ao grau de segurança esperado para a administração de eventos-sentinelas relacionados às IRAS, percebida como crítica pela maioria, sendo notada como insatisfatória somente pelos membros do NSP/CCIH. Outro quesito com avaliação baixa foi quanto ao monitoramento da regularidade do consumo de preparação alcoólica para HM, que teve avaliação crítica por gestores e profissionais, sendo visto como aceitável somente pelos membros do NSP/CCIH. Demais aspectos analisados referente à avaliação e retroalimentação também tiveram avaliação mediana, não havendo avaliação de grau adequada nessa variável.

No caso da segurança do paciente, a política precisa estar voltada não somente para a regulação dos processos, mas principalmente para o monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas nas diferentes esferas de gestão. (WHO, 2014)

Outro bloco de perguntas trouxe questões sobre o suporte e estrutura destinados à HM. A existência de dispensadores de álcool em locais da assistência apresenta grau adequado, atendendo ao esperado, com avaliação dos profissionais trazendo como entendimento o grau aceitável. O aspecto de avaliação com menor percentual e portanto maior criticidade nesse quesito foi referente à existência de um lavatório para cada 5 (cinco) leitos, demonstrando grau insatisfatório numa percepção de distribuição desproporcional ao preconizado sem cumprimento da norma.

Ainda é aconselhável a existência de lembretes sobre o padrão de assistência em locais de atendimento, ponto que foi considerado insatisfatório por todos os participantes, indicando aspecto a ser melhorado no serviço. Referente ainda a esse requisito, foi considerado aceitável os alertas sobre HM pelos profissionais, sendo avaliado como adequado pelos demais.

“Dessa forma, usufruir de diferentes estratégias de educação é útil para suprir as lacunas sobre a prática de HM, no conhecimento dos profissionais acerca da Estratégia Multimodal, bem como sobre a transmissão do vírus e formas de prevenção”. (BATISTA et al, 2020)

Diante das análises ficou demonstrado que existem pontos a serem trabalhados pela gestão e membros do NSP/CCIH a fim de modificar as práticas dentro dessa unidade.

6 CONCLUSÕES

O resultado da avaliação das práticas seguras referente as medidas de prevenção das IRAS nesse estudo demonstram alguns pontos de fragilidade nas quatro dimensões do cuidado avaliadas, principalmente referente as dimensões individual e familiar.

A partir deste estudo, percebe-se a necessidade de revisar aspectos referentes ao cuidado em saúde nessa instituição. Essa mudança requer esforços e envolvimento de toda a instituição, incluindo os grupos estudados e participantes da pesquisa, que são os profissionais de saúde, membros do NSP e CCIH e principalmente por parte dos gestores, que são àqueles que precisam apoiar e fomentar as ações idealizadas pelos demais profissionais, fortalecendo uma cultura de segurança do paciente na instituição.

O envolvimento do paciente na sua segurança, tanto no que diz respeito ao desenvolvimento de autonomia, participação no seu cuidado, perpassando pela orientação e estímulo ao autocuidado, incluindo uma comunicação efetiva entre pacientes e profissionais aparecem como pontos de atenção, assim como a deficiência de comunicação dos erros aos familiares dos pacientes (*disclosure*).

Há ainda necessidade de fortalecer e divulgar os protocolos de segurança e pacotes de prevenção de infecções, com maior atenção as medidas relacionadas a IPCS, PAV e ITU, que aparecem como práticas incipientes. E quanto aos profissionais, se faz necessário fortalecer o autocuidado, a fim de reduzir danos a sua própria saúde.

A organização tem também aspectos da gestão a ser valorizados como medidas prioritárias para projeto de melhorias relacionado a avaliação, monitoramento e retroalimentação de ações de segurança instituídos, com especial atenção a administração dos eventos sentinela em segurança do paciente, o que aparece com grau crítico pelos participantes.

Neste sentido, ressalta-se quanto ao compromisso e ao empenho do coletivo institucional para melhorar a grau de segurança dos pacientes relacionado a prevenção de IRAS com foco nas unidades de atendimento a pacientes com suspeita e/ou confirmação de infecção pelo novo coronavírus, onde houve e ainda há uma maior fragilidade nos aspectos relacionados a condição dos pacientes em decorrência do isolamento social e perfil da doença, por vezes ocasionando ainda mais riscos de infecção por necessitar de procedimentos cada vez mais invasivos.

Embora o estudo tenha sido realizado com três grupos de atuação diferente na instituição e com igual importância referente a avaliação, tivemos limitação em decorrência

da baixa participação dos membros do NSP, profissionais que tem grande visão acerca dos aspectos avaliados. Outra limitação apresentada no estudo é referente a não validação do modelo lógico, da Matriz de Análise e Julgamento e do questionário produzidos e ainda o número de perguntas avaliativas, o que tornou o instrumento de coleta extenso, dificultando desestímulo nos participantes.

Acreditamos que os resultados deste estudo poderão auxiliar no planejamento e desenvolvimento de estratégias para a segurança dos pacientes no serviço por tornar visível as fragilidades enfrentadas pelo setor de atendimento aos pacientes COVID quanto a prevenção de infecções. A avaliação pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca do acesso, qualidade técnica, eficiência, qualidade e percepção dos usuários.

O estudo é relevante, por possibilitar a análise da produção do cuidado em saúde na perspectiva da segurança do paciente durante a pandemia por COVID-19, possibilitando visibilidade de possíveis riscos com instrumentalização para que se possa (re) pensar alternativas que tenham enfoque voltado a ações de melhorias da atenção com vistas na segurança, que perpassa não somente a dimensão do paciente, mas também dos profissionais envolvidos no cuidado.

Considerando que o estudo concentrou-se nas UTI's com atendimento exclusivo aos casos de COVID, sugere-se a replicação desta pesquisa nas demais unidades do hospital, incluído as UTI's, a fim de identificar as fragilidades e potencialidades de cada área de trabalho, para um planejamento de mudança baseado na avaliação dos grupos de trabalho que tem impacto no cuidado em saúde relacionado a prevenção e segurança do paciente, e ao mesmo tempo sensibilizando-os para a temática da segurança do paciente e suas necessidades.

Sugerimos ainda a análise dos dados que aparecem com resposta “não sei informar”, o que nessa pesquisa consideramos como resposta negativa para o questionamento, mas que requer avaliação especial referente ao desconhecimento dos grupos acerca de aspectos importantes relacionadas a prevenção de infecção e seu impacto na Segurança do Paciente.

Aponta ainda para a realização de novos estudos, a exemplo, da validação do modelo lógico e da Matriz de Análise e Julgamento e após validação, estudos que avaliem outros hospitais utilizando a linha de base avaliativa e, outras avaliações, com abordagem quantitativas e qualitativas para aprofundar o fenômeno e ser possível de generalizações.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, N. L. S. Planejamento operacional durante a pandemia de Covid-19: comparação entre recomendações da Organização Mundial da Saúde e o Plano de Contingência Nacional. **Cogitare enferm.** [Internet]. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72659>. Acesso em 15 de agosto de 2021

ALMEIDA, S. S. **Gestão Municipal em regiões de saúde do Estado da Bahia**. 2017. 141 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2017.

ANDRADE, A. M. et al. Evolução do programa nacional de segurança do paciente. **Vigil. sanit. Debate**. v. 8, n. 4, p. 37-46, 2020. Disponível em <https://www.redalyc.org/journal/5705/570567431005/570567431005.pdf>. Acesso em 22 de junho de 2022.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 15, n. 5, p 2627-2638, 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/Bdc9KSXC9gytmrsvXwKFfgc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 14 de fevereiro de 2022.

ASSIS, S. F et al. Eventos adversos em pacientes de terapia intensiva: estudo transversal. **Rev Esc Enferm USP**. v. 56, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0481p>. Acesso em 09 de janeiro de 2023.

AZEVEDO, A. P. Adesão da higienização das mãos entre equipes multidisciplinar em unidades de terapia intensiva de um hospital referência em infectologia. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**. v. 9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAenf.e5008.2021>. Acesso em 05 de dezembro de 2022.

BATISTA, J. et al. Estratégia multimodal para higienização das mãos em hospitais de campanha do COVID-19. **Rev Bras Enferm**; v. 73 (supl. 2), p 1-6, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/j/reben/a/cTMHzD6FkHZsCWc5Lj6jD4m/?lang=pt>. Acesso em 18 de setembro de 2021

BERNARDES, G. C. S. et al. Desparamentação em tempos de COVID-19. **Rev Bras Med Trab**. v. 19, n. 1, p. 88-93, 2021. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v19n1a12.pdf>. Acesso em 05 de dezembro de 2022.

BESSIS, S. Pandémie de COVID-19. **Médecine et maladies infectieuses**. v. 50, p 8S20-8S24, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7834487/>. Acesso em 22 de julho de 2021

BIASIBETTI, C. et al. Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. **Rev Gaúcha Enferm**. 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>. Acesso em 11 de dezembro de 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa / Ministério da Saúde / Fiocruz. **Anexo 01: Protocolo para a prática de Higiene das mãos em serviços de saúde.** Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Anvisa, 2013a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Brasília: Anvisa, 2017a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Boletim Segurança do paciente e qualidade em Serviços de Saúde nº17: Avaliação dos indicadores nacionais de IRAS e Resistência microbiana, em 2017.** Brasília: Anvisa, 2018.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Comunicado GVIMS/GGTES/DIRE1/ANVISA Nº 01/2020, de 02 de junho de 2020. Necessidade de reforço nas ações de prevenção de Eventos Adversos e infecções relacionadas à Assistência à Saúde durante a pandemia de COVID-19.** Brasília: Anvisa, 2020.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde.** Brasília: Anvisa, 2017b.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.** Brasília: Anvisa, 2016.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes.** Brasília: Anvisa, 2017c.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Relatório da Avaliação Nacional das práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2020.** Brasília: Anvisa, 2021a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – **RDC n. 36, de 25 de julho de 2013.** Brasília: Anvisa, 2013b.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos.** Brasília: Anvisa, 2009. 105p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.** Brasília: CNS, 2013c.

_____. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 674/2022, do Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.** Dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no Sistema CEP/Conep. Brasília: MS/CNS, 2022.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. **Guia de vigilância epidemiológica Emergência de saúde pública de Importância nacional pela Doença pelo coronavírus 2019 – covid-19** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Guia-de-vigila%CC%82ncia-epidemiolo%CC%81gica-da-covid_19_15.03_2021.pdf. Acesso em 13 de junho de 2021b

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS**. Brasília: Ministério da saúde, 2021c. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf . Acesso em: 20 de junho de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998**. Institui diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares. Diário Oficial da União, Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013d

BRITO, A. K. **Cuidado e humanização: a palhaçoterapia na formação dos estudantes de saúde da UFPE**. 116 f. 2022. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Recife, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/46966/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Ana%20Katarina%20de%20Brito.pdf>. Acesso em 11 de dezembro de 2022.

CABRAL, F. W.; SILVA, M. Z. Prevenção e controle de infecções no ambiente hospitalar. **SANARE**, Sobral, v.12, n.1, p. 59-70, 2013.

CALDAS, B. N. et al. **Segurança do paciente e a pandemia causada pelo SARS-CoV-2**. In: BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E.; BARRAL-NETTO, M. (org.). Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais. Salvador: Edufba, 2020. v. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/9786556300757.018>. Acesso em 13 de dezembro de 2022.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista Saúde Pública**. v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/kqKBrFbpRPgLVnc9qFxd9gp/abstract/?lang=pt>. Acesso em 10 de junho de 2021.

CASSIOLATO, M. GUERESI, S. **Como elaborar modelo lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**. v.15, n.37, p.589-99, abr./jun. 2011.

COSENDEY, M. A. et al. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. **Reports in Public Health**, v. 19, n. 2, p. 395-440, 2003. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/kNgMvNQCjMd74Y5JbhJFqzG/?lang=en>. Acesso em 29 de novembro de 2022.

COSTA, L. R. et al. **Comunicação entre enfermeiros e familiares na UTI: uma revisão integrativa da literatura**. 2018. 13f. TCC (Pós-Graduação) – Curso de Enfermagem em Terapia Intensiva e Alta Complexidade, Escola Bahiana de Medicina, Salvador, 2018. Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/bitstream/bahiana/3368/1/TCC%20Lais%20Costa%20-%202018.pdf>. Acesso em 05 de dezembro de 2022

COSTA, M. M. M. **Efeitos de um ciclo de melhoria da qualidade nacional aplicado à estruturação das ações de prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde em hospitais brasileiros**. 125 f. 2016. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços da Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), 2016. Disponível em <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/21933/1/MagdaMachadoDeMirandaCosta DISSERT.pdf>. Acesso em 12 de dezembro de 2022.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2 ed. Porto Alegre: PENSO, 2013.

DIAS, B. et al. Abraço pensativo: uma experiência de comunicação durante a pandemia de COVID-19. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 11, n. 13, 2022. ISSN 2525-3409. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35498>. Acesso em 05 de dezembro de 2022.

FERREIRA, C. I. G. M. et al. Podemos falar de segurança do paciente durante uma pandemia? Uma experiência portuguesa. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit.**; v. 10, n. 1, p. 129-148, jan.-mar. 2021. Disponível em <http://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.682>. Acesso em 19 de setembro de 2021.

FRANÇA, F. R. Incidência de infecção relacionada à assistência à saúde na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de médio porte. **R. Funec Cient. Mult.** v. 9, n.11, jan./dez. 2020. Disponível em <https://seer.unifunec.edu.br/index.php/rfc/article/view/4034/3302>. Acesso em 09 de janeiro de 2022.

GAMA, Z. A. S.; SATURNO, P. J. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2013.

GHIMIRE, P.; DHUNGEL, S.; POKHREL, A. Conhecimento, atitude e prática de profissionais de saúde em relação à doença do coronavírus 2019 (COVID-19) Pandemia. **J Nepal Health Res Counc.** v. 18, n. 47, p. 293-300, Apr-Jun 2020. Disponível em <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v18i2.2658>. Acesso em 22 de setembro de 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GODOI, H. P. **Tecnologia virtual como ferramenta de visita familiar a pacientes com COVID-19 internados em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: construção e validação de um procedimento operacional padrão.** 125f. 2021. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação gestão do cuidado em enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2021. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/231134/PGCF0151-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 12 de dezembro de 2022.

GON, G. et al. Reduzindo a recontaminação das mãos de profissionais de saúde durante COVID-19. **Cambridge Care**. 2020. Disponível em <https://www.cambridge.org/core>. Acesso em 15 de setembro de 2021.

GONZALEZ, H. A. et al. Reagir, redefinir e restaurar: adaptação de um grande serviço de doença inflamatória intestinal durante a pandemia de COVID-19. **Clinical Medicine Journal**. Sep. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0369>. Acesso em 15 de setembro de 2021.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. Tradução COSTA, R. C. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012. 488 p.

HARTZ, Z. M. A., SILVA, L. M. V. (orgs). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 275 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub>. Acesso em 24 de novembro de 2021.

HUANG F. et al. Surto de COVID-19 e mudança de comportamento do profissional de saúde em relação às práticas de higiene das mãos. **Journal of Hospital Infection**. v. 111, n. 27, 34, p. 27-34, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.03.004>. Acesso em 14 de setembro de 2021.

KOCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

KWAN, W. M. et al. Usando o modelo da Iniciativa de Engenharia de Sistemas para Segurança do Paciente (SEIPS) para descrever o planejamento e gerenciamento da pandemia COVID-19 em Hong Kong. **Int J Qual Health Care**; v. 33, n. 1, p. 1-4, Mar. 2021. Disponível em <http://academic.oup.com/intqhc/article/33/1/mzab042/6157767>. Acesso em 18 de setembro de 2021.

LICHY; R. de F., MARQUES; I. R.: Fatores de Risco para Infecção Hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: Atualização e Implicações para a Enfermagem. **Rev Enferm: UNISA [Internet]**. v. 3. p. 43-49, 2002. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2002-09.pdf>. Acesso em 20 de agosto de 2020.

LIMA, A. O. P. et al. Repercussões na saúde dos profissionais pela proteção excessiva de equipamentos no combate ao coronavírus: revisão sistemática. **Arq. Catarin. Med.** v. 50, n. 2, p. 339-350, 2021. Disponível em

<https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/961/542>. Acesso em 14 de dezembro de 2022.

LOPES, F. G. et al. Conferências familiares online: recurso de cuidado na pandemia. **Revista científica Escola de Saúde Pública do Ceará**. v. 16, n. 1, p. 116-121, 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/gisar/Downloads/14+-+556.pdf>. Acesso 01 de dezembro de 2022.

MARZIALE, M. H. P. et al. **Cuidados no ambiente de assistência hospitalar ao paciente com suspeita ou diagnóstico de covid-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 62 p.

MEDINA, M. G. et al. Usos de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MILANI, M. L.; VANDRESEN, F. O Programa Nacional de Segurança do Paciente e as implicações nos serviços de saúde como aspectos relevantes ao desenvolvimento regional. **DRd – desenvolvimento Regional em debate**. v. 9. p. 478-505, 2019. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/drd/article/view/2089>. Acesso em 29 de maio de 2020.

MORIN, E. **Cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010, 128p.

NADKARNI, A. et al. Impacto do COVID-19 em uma unidade de terapia intensiva australiana: lições aprendi com a Austrália do Sul. **Internal Medicine Journal**. n. 50. p. 1146–1150, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/imj.14963>. Acesso em 28 de setembro de 2021.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F., NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. 21ª edição. Editora Vozes: Petrópolis, 2002.

OBASEKI, D. E. et al. Preparação e resposta de um hospital terciário à pandemia COVID-19 na Nigéria: desafios, oportunidades e lições. **Trans R Soc Trop Med Hyg**; v. 115. n. 7. p. 727–730, 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/trstmh/article/115/7/727/6159032?login=false>. Acesso em 15 de dezembro de 2021.

OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e future. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 17. n. 1. p. 221-224, 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/592>. Acesso em 10 de novembro de 2020.

OLIVEIRA E. C. S. et al. Ações da comissão de controle de infecção hospitalar frente ao novo coronavírus. **Rev baiana enferm**. v. 34, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37259>. Acesso em 20 de abril de 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Aliança Mundial para a Segurança do Paciente**. O marco conceitual para a classificação internacional de segurança do paciente: relatório técnico

final . 2009, Genebra (SW): OMS; 2009a. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em 11 de fevereiro de 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Diretrizes sobre higiene das mãos na área de saúde**. 2009, Genebra (SW): OMS; 2009b

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde**. 2021, Genebra (SW): OMS. Disponível em https://ameci.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Patient_Safety_Plan_OMS_PORTUGUES-1-1.pdf. Acesso em 30 de abril de 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório global sobre prevenção e controle de infecções. Sumário executivo**. 2022, Genebra (SW): OMS; 2022.

OMS pede melhor higienização das mãos e outras práticas de controle de infecções. **Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)**, 2021. Disponível em <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2021-oms-pede-melhor-higienizacao-das-maos-e-outras-praticas-controle-infeccoes>. Acesso em 23 de abril de 2022.

PERÃO, O. F. et al. Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva de acordo com a Teoria de Wnada Horta. **Cogitare Enferm.** (22)3: e45657, 2017. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876322/45657-209437-1-pb.pdf>

PITOMBEIRA, P. C. P. et al. O enfermeiro no controle de infecção hospitalar de pacientes internados em pós operatório mediato. **Revista ACRED**, v. 4, n. 8. p. 59-65, 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5626605>. Acesso em 28 de junho de 2020.

PRADO, P. R. et al. Vinculando a segurança do profissional à segurança do paciente: recomendações e questões bioéticas para o cuidado de pacientes na pandemia da COVID-19. **Texto Contexto Enferm [Internet]**. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-053>. Acesso em 13 de dezembro de 2022.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em <https://www.feevale.br/Comum/midias/0163c988-1f5d-496f-b118-a6e009a7a2f9/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em 15 de janeiro de 2022.

RIBEIRO, E. R. O uso do disclosure como ferramenta de gestão da qualidade e segurança do paciente: uma revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16252/18669>. Acesso em 13 de dezembro de 2022.

SANTOS, R. P. et al. Prevalência de Infecção Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva - Um estudo retrospectivo. **Revista de Enfermagem UFSM**. V. 4, n. 2, p. 410-418, Abr/Jun

2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11233/pdf>. Acesso em 10 de junho de 2021.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3ª ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, M. V.; FURTADO, J. P. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. **Caderno Saúde Pública**. v. 36, n. 9, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/c4H4TjsZS7YzjTjyYD5f5Ct/?lang=pt#:~:text=327%2D56..-.Continuidades%20e%20mudan%C3%A7as%20nas%20abordagens%20para%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20programas,dos%20problemas%20a%20serem%20equacionados.> Acesso em 25 de novembro de 2021.

SILVA, L. F. M. et al. Lesões de pele por Equipamentos de Proteção Individual e medidas preventivas no contexto da COVID-19: revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/JRXgJSG54BzqCRMjCJhwJQXj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 de dezembro de 2022.

SILVA, T. O. et al. O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.33340>. Acesso em 05 de dezembro de 2022.

SIMAN, A. G. et al. Desafios da prática na segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 72, n. 6, p. 1581-1588, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xVGnxHjMmX8m5yty3BHTy3f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 de abril de 2021.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (Org.) **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2.ed (revista e ampliada) – Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. 268 p. Disponível em <https://www.resbr.net.br/seguranca-do-paciente-criando-organizacoes-de-saude-seguras/>. Acesso dia 19 de dezembro de 2020.

SOUZA, E. S. et al. Mortalidade e riscos associados a infecção relacionada à assistência à saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 1, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tce/a/xhXRXMJScgYxBt6dF7SfGKc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 25 de maio de 2022.

TEIXEIRA, C. F. (organizadora). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

TESTA, M. **Pensar en Salud**. Buenos Aires, 1983. Mimeo.

TOFANI, L. F. N. et al. Construção da integralidade na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: o cuidado para além dos serviços. **Interface (Botucatu)**. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210690>. Acesso em 03 de dezembro de 2022.

VIEIRA, C. L. R. Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e desfecho em psíquicos de Terapia Intensiva com COVID-19. **The Brazilian Journal of Infectious**

diseases. v. 16, 2022. Disponível em: <https://www.bjid.org.br/en-infeccoes-relacionadas-a-assistencia-a-articulo-resumen-S1413867021007182>. Acesso em 14 de dezembro de 2022.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, fev. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FqsbngBwN8G338qsq3ts3BQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em 15 de junho de 2021.

VINCENT, C.; ALMABERTI, R. **Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado**. Rio de Janeiro: Proqualis, janeiro 2016.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010

WILKINSON, L. S. et al. Preparando instalações de saúde para operar com segurança e eficácia durante a pandemia de COVID-19: a peça que faltava no quebra-cabeça. **SAMJ**. v. 110, n. 9, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2020.v110i9.15094>. Acesso em 15 de maio de 2021.

WHO, World health organization. **Guide for Developing National Patient Safety Policy and Strategic Plan**. Brazzaville: WHO, 2014. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206546/9789290232070.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 11 de dezembro de 2022.

WHO, World health organization. **Internation health regulations**. Geneva: WHO, 2005. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>. Acesso em 02 de maio de 2022.

YIN R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2010.

YU, H.; HAN, X.; ZHAO, G. Aspectos importantes da prevenção do pessoal de saúde em hospitais durante a epidemia do novo Coronavírus 2019. **Rev Esp Saúde Pública**. v. 94, n. 0, jul. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32613951/>. Acesso em 18 de maio de 2021.

ZHOU, Q. et al. Medição de conformidade e observada influenciando fatores de higiene das mãos com base nas diretrizes COVID-19 na China. **American Journal of Infection Control**. v. 48, p. 1074-1079, 2020. Disponível em [www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(20\)30361-8/fulltext](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(20)30361-8/fulltext). Acesso em 22 de setembro de 2021.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

APÊNDICE A – ESTUDOS LEVANTADOS NO ESTADO DA ARTE

Base de Dados	Título do artigo	Autores	Idioma	Ano
Medline	Conhecimento, atitude e prática de profissionais de saúde em relação à doença do coronavírus 2019 (COVID-19)	Ghimire, P. Dhungel, S.; Pokhrel, A.	Inglês	2020
Medline	Surto de COVID-19 e mudança de comportamento do profissional de saúde em relação às práticas de higiene das mãos	Huang, F.; Armando, M.; Dufau S.; Florea, O.; Brouqui, P. Boudjema, S.	Inglês	2021
Medline	Preparando instalações de saúde para operar com segurança e eficácia durante a pandemia de COVID-19: a peça que faltava no quebra-cabeça	Wilkinson, L. S.; Moosa, S.; Cooke, R.; Muller, A. M., Boyles, T. H.	Inglês	2020
Medline	Medição de conformidade e observada influenciando fatores de higiene das mãos com base nas diretrizes COVID-19 na China	Zhou, Q.; Lai, X.; Zhang, X.; Than, L.	Inglês	2020
Medline	Reagir, redefinir e restaurar: adaptação de um grande serviço de doença inflamatória intestinal durante a pandemia de COVID-19.	Gonzalez, H. A.; Myers, S.; Whitehead, E.; Pattinson, A.; Stamp, K.; Turnbull, J.; Fory, R.; Featherstone, B.; Wilkinson, A.; Lisle, J.; Haire, G.; Henderson, E.; Sebastia, S.	Inglês	2020
LILACS	Ações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar frente ao novo coronavírus.	Oliveira, E. C. S.; Silva, F. P; Pereira, E. B. F.; Oliveira, R. C.	Português	2020
IBECS	Aspectos importantes da prevenção do pessoal de saúde em hospitais durante a epidemia do novo Coronavírus 2019	Yu, H.; Han, X.; Zhao, G.	Espanhol	2020
Medline	Estratégia multimodal para higiene das mãos em hospitais de campanha de COVID-19.	Batista, J.; Silva, D. P.; Nazário, S. S.; Cruz, E. D. A.	Inglês	2020
LILACS	Podemos falar de segurança do paciente durante uma pandemia? Uma experiência portuguesa	Ferreira, C. I. G. M.; Diniz, A. C. A. M.; Bordalo, I. M. S. V. L.; Leitão, M. J. L. S.; Ramos, S. M. S. V.	Português	2021
Medline	Reduzindo a recontaminação das mãos de profissionais de saúde durante COVID-19	Gon, G.; Dancer, S.; Dreibelbis, R.; Graham, W. J.; Kilpatrick, C.	Inglês	2020
Medline	Usando o modelo da Iniciativa de Engenharia de Sistemas para Segurança do Paciente (SEIPS) para descrever o planejamento e gerenciamento da pandemia COVID-19 em Hong Kong.	Kwan, W. M.; Mok, C. K.; Kwok, Y. T.; Ling, H.; Lam, H. W.; Law, T. H.; Leung, P. M.; Mak, M. Y.; Que, T. L.; Kan, C. H.; Tang, Y. H.	Inglês	2020
Medline	Preparação e resposta de um hospital terciário à pandemia COVID-19 na Nigéria: desafios, oportunidades e aulas.	Obaseki, D. E.; Osaigbovo, I. I.; Ogboghodo, E. O.; Adeleye, O.; Akoria, O. A.; Oko-Obob, G. A.; Okwara, B. U.; Omuemu, C. E.; Okugbo, S.	Inglês	2020
BDENF	Cuidados no ambiente de Assistência Hospitalar ao paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID-19	Marziale, M. H. P. et al.	Português	2020



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – MESTRADO
ACADÊMICO

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012

Quero te fazer um convite: sou, Gisa Conceição Moreira Rios, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS SEGURAS PARA A REDUÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19”, sob orientação da Prof. Dra Silvone Santa Barbara da Silva, que tem como objetivo principal avaliar o grau da operacionalização das práticas seguras para redução do risco de infecções associadas ao cuidado em saúde, em um hospital de referência para COVID no interior do estado da Bahia, durante a pandemia pela COVID-19. Gostaria de convidar você a participar, de forma voluntária, deste estudo, que pretende contribuir na análise da produção do cuidado em saúde na perspectiva da segurança do paciente durante a pandemia por COVID-19. Caso você concorde em participar, irá responder a algumas perguntas através de um formulário online. O questionário será individual e preenchido através do Google Forms, um sistema gratuito de gerenciamento de pesquisas lançado pelo Google. O formulário será disponibilizado através de um link que será encaminhado por e-mail ou whatsapp, que você poderá acessar pela Web (no computador) ou por meio do aplicativo Android ou iOS (no seu celular), a fim de preservar a sua segurança e respeitar o distanciamento social, além de evitar seu deslocamento e despesas desnecessárias, e não atrapalhar as suas atividades. O preenchimento do formulário terá duração de cerca de 15 minutos. Sua privacidade e anonimato serão garantidos, além da segurança e proteção dos seus dados. É possível que ocorra desconforto, dúvidas, constrangimento ou ansiedade em algumas perguntas. Caso isso ocorra, você tem o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer fase desta, sem qualquer prejuízo para você, além de não sofrer qualquer penalidade, visto que respeitamos sua vontade e liberdade de expressão. Caso venha sofrer qualquer tipo de dano comprovadamente causado pela participação nesta pesquisa, previsto ou não no TCLE, você tem o direito a indenização por parte dos pesquisadores e receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário. Sua participação é voluntária e não haverá despesa alguma e caso haja, será garantido o seu ressarcimento mediante comprovação. Os questionários respondidos serão mantidos pelos pesquisadores por um período de cinco anos, sendo eliminados após esse período. Os resultados deste trabalho serão apresentados e divulgados para fins científicos, sempre preservando o anonimato e sigilo de sua identidade em respeito à sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual. Uma cópia do estudo será encaminhada à instituição participante da pesquisa, momento em que nos colocaremos à disposição para apresentar os resultados aos participantes, bem como a todos aqueles que se sentirem interessados pelo tema. Caso você se interesse em ter acesso ao relatório final, poderá receber uma cópia mediante solicitação por email ao pesquisador. Se você não desejar participar desta pesquisa, não haverá comprometimento de suas funções ou vínculos empregatícios, está sobre livre decisão. Qualquer dúvida você poderá entrar em contato com as pesquisadoras a qualquer momento

através do telefone e email abaixo. Este Projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CEP) da UEFS, sendo este um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Portanto, se você se sentir de alguma forma prejudicado (a), poderá entrar em contato com o CEP/UEFS, a fim de que o mesmo possa tomar as providências cabíveis, através do telefone (75) 3161-8067. Após ter sido informado(a) sobre a pesquisa (objetivo, benefícios e riscos), caso concorde em participar deverá assinar eletronicamente, juntamente com a pesquisadora, este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma cópia deste documento eletrônico ficará com você em seus arquivos e a outra, com a pesquisadora.

Profa. Dra. Silvone Santa Barbara da Silva
Pesquisadora Orientadora

Gisa Conceição Moreira Rios.
Pesquisadora discente

Assinatura do Participante

Feira de Santana, ____ de _____ de 2022



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – MESTRADO ACADÊMICO

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO

Esse questionário faz parte de uma pesquisa científica que tem como objetivo principal avaliar o grau da operacionalização das práticas seguras para redução do risco de infecções associadas ao cuidado em saúde, em um hospital de referência para COVID no interior do estado da Bahia, durante a pandemia pela COVID-19.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: “Avaliação das práticas seguras para a redução de infecção relacionada à assistência em saúde no contexto hospitalar durante a pandemia de COVID-19.”

Pesquisador Responsável: Profa. Dra Silvone Santa Barbara da Silva

Pesquisadora colaboradora: Gisa Conceição Moreira Rios

Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana

E-mail para contato: gisarios91@gmail.com

Telefone para contato: (75) 99955-3176

Prezado(a) Senhor(a): você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Avaliação das práticas seguras para a redução de infecção relacionada à assistência em saúde no contexto hospitalar durante a pandemia de COVID-19.”

- Você foi selecionado, pois, compõe o quadro de profissionais que atuaram no hospital referência para atendimento a pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por Coronavírus durante a pandemia. Para participação na pesquisa foram definidos os seguintes critérios de inclusão: profissional de saúde que atue em assistência direta aos pacientes que apresentam suspeita ou confirmação de COVID-19, que podem ser enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, médicos, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fonoaudiólogos, atuando nesse posto há, no mínimo, seis (6) meses. Como critério de exclusão, profissionais afastadas do serviço por licenças (médica, maternidade, prêmio, por interesse particular) e atestados médicos durante o período da coleta de dados. Grupo 2 - Gestores da Instituição (representantes das diretorias geral, diretoria técnica, médica, de enfermagem). Para este grupo teremos como participantes diretores, supervisores, gestores e lideranças de setores COVID com atuação superior a seis (6) meses, exceto aqueles afastados pelos mesmos motivos citados. Grupo 3 – membros no NSP, também com atuação acima de seis (6) meses, tendo mesmo critério de exclusão dos demais.
- O objetivo geral deste estudo é avaliar o grau da operacionalização das práticas seguras para redução do risco de infecções associadas ao cuidado em saúde, em um hospital de referência para COVID no interior do estado da Bahia, durante a pandemia pela COVID-19.
- Os riscos presentes em sua participação são mínimos, uma vez que os dados serão coletados por meio de um formulário que será submetido via meio eletrônico, com um tempo estimado de 5 a 10 minutos, assim o risco seria de constrangimento, ou seja, situações como timidez, irritação, cansaço que poderão surgir durante o preenchimento do questionário. Mas frente a qualquer desconforto o questionário poderá deixar de ser respondido, mediante desejo do participante. Ressalta-se que o participante terá o direito de buscar indenização, se comprovado alguma infração, por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.
- Deve-se considerar a relevância desse tema, sendo que as contribuições dessa pesquisa se iniciam desde a coleta de dados, uma vez, que os profissionais podem nesse momento começar a refletir sobre a temática, e, posteriormente, buscar implementar ações para qualificar a sua prática. Após a análise dos dados, será realizada devolutiva ao hospital, apontando possíveis ações que podem ser realizadas, a fim de mitigar os problemas identificados no estudo;
- Este trabalho ainda poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento dos participantes sobre as ações de prevenção de IRAS permitindo uma assistência segura.

- Enfatiza-se que o pesquisador ou serviço também podem recusar a participar da pesquisa, estando livres de qualquer prejuízo.
- Ressalta-se que os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, sendo está mantida em anonimato.
- Sua participação não acarretará ônus, bem como não obterá nenhum tipo de remuneração.

Concorda?

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UEFS que funciona na **Universidade Estadual de Feira de Santana, na** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, CEP 44036-900 - Feira de Santana – Bahia.

Concorda?

Sim

Não

FORMULÁRIO DE PESQUISA

SEÇÃO A - Caracterização dos respondentes

1. Categoria

() Profissional de Saúde () Gestor () Membro NSP/CCIH

2. Formação Acadêmica

() médico () enfermeiro () Fisioterapeuta () Téc. Enfermagem
() fonoaudiólogo () cirurgião dentista () Assistente Social () Outro_____

3. Tempo de formação acadêmica *

() Menos de 1 ano () De 1 a 5 anos () Entre 5 e 10 anos
() Entre 10 a 20 anos () Mais de 20 anos

4. Tempo de atuação profissional *

() Menos de 1 ano () De 1 a 5 anos () Entre 5 e 10 anos
() Entre 10 a 20 anos () Mais de 20 anos

5. Tempo de atuação no estabelecimento *

() Menos de 1 ano () De 1 a 5 anos () Entre 5 e 10 anos
() Entre 10 a 20 anos () Mais de 20 anos

6. Possui especialização na área de atuação? *

() Sim

() Não

SEÇÃO B – Perguntas Avaliativas

Bloco I – Dimensão Individual

Variável A – Autocuidado

Pacientes participando do cuidado e incentivando a equipe no cumprimento de boas práticas

É prática no seu hospital de estimular que os pacientes participem do seu cuidado?

() Sim () Não () Não sei opinar Se sim, como fez?_____

Os pacientes são orientados e estimulados a incentivar os profissionais no cumprimento das boas práticas pela sua segurança?

() Sim () Não () Não sei opinar Se sim, como fez?_____

Existência de Manual de Direitos e Deveres do Paciente disponível aos pacientes

O serviço dispõe de Manual de Direitos e Deveres disponível aos pacientes?

() Sim () Não () Não sei opinar

Variável B – Autonomia

Materiais informativos para orientação sobre Segurança do Paciente utilizados e disponíveis aos pacientes
O serviço orienta os pacientes sobre Segurança do paciente e dispõe de materiais informativos o tema?
() Sim () Não () Não sei opinar Se sim, como fez? _____
Estímulo a autonomia e liberdade para tomar decisões relacionadas à sua saúde
Os pacientes são estimulados a ter autonomia para cuidar da sua saúde à medida que sua capacidade os permitem?
() Sim () Não () Não sei opinar Se sim, como? _____
Os pacientes tem liberdade para tomar decisões relacionadas à sua saúde?
() Sim () Não () Não sei opinar Se sim, de que forma? _____
Os pacientes em seu serviço podem optar por trocar de médico ou hospital se não se sentirem seguros?
() Sim () Não () Não sei opinar
Variável C – Atendimento com respeito a pessoa, valores e direitos
Tratativa respeitosa por nome e sobrenome
A forma de tratar os pacientes se dá de forma respeitosa por nome e sobrenome e não por números, códigos ou de modo genérico?
() Sim () Não () Não sei opinar
Identificação das pessoas responsáveis por sua assistência
É possível ao paciente identificar as pessoas responsáveis por sua assistência por meio de crachás contendo cargo, profissão e nome da instituição ou outra forma?
() Sim () Não () Não sei opinar
Registros em prontuário todas as informações relevantes a sua saúde
Todos os registros de informações relevantes a saúde do paciente estão em prontuário?
() Sim () Não () Não sei opinar
O paciente tem direito de acessar seu prontuário sempre que desejado?
() Sim () Não () Não sei opinar

Bloco II – Dimensão Familiar

Variável D - Envolvimento na Segurança do paciente
Instruções sobre a Segurança do Paciente aos familiares
O serviço realizava instruções sobre segurança do paciente aos familiares?
() Sim () Não () Não sei opinar Se sim, de que forma? _____
Houve algum meio eletrônico, gráfico ou audiovisual utilizado para instruir as famílias sobre a segurança do paciente?
() Sim () Não () Não sei opinar Se sim, de que forma? _____
Termo de consentimento assinado diante de qualquer necessidade
Diante de procedimentos novos a serem realizados com os pacientes, os familiares são acionados para assinatura do Termo de consentimento antes da realização?
() Sim () Não () Não sei opinar
Informação aos familiares diante ocorrência de erro com pacientes
Familiares são informados quando há ocorrência de erro com pacientes?
() Sim () Não () Não sei opinar
Variável E - Relações Interpessoais com a equipe
Informações objetivas, completas e compreensíveis sobre estado de saúde do seu familiar
As informações fornecidas aos familiares ocorrem de forma objetiva, completa e compreensível sobre estado de saúde do seu familiar?
() Sim () Não () Não sei opinar Cite exemplos _____
Garantia de informações sobre exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos, inclusive riscos e benefícios
Todas as informações sobre exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos, inclusive riscos e benefícios são repassadas aos familiares?

() Sim () Não () Não sei opinar
É realizada aspiração secreção subglótica rotineiramente dos pacientes em VM?
() Sim () Não () Não sei opinar
Em pacientes com VM, é realizada higiene oral com antissépticos?
() Sim () Não () Não sei opinar
Em pacientes com VM, o nível de sedação é adequado e realizado o teste de respiração espontânea?
() Sim () Não () Não sei opinar
Os circuitos do ventilador, umidificadores e sistemas de aspiração são trocados conforme critérios definidos pela Anvisa?
() Sim () Não () Não sei opinar Se sim quais os critérios adotados?
Pacientes em pré-operatório tem controle de glicemia no pré-operatório?
() Sim () Não () Não sei opinar
Quando indicada a antibioticoprofilaxia pré-operatória, é realizada 60 minutos antes da incisão cirúrgica?
() Sim () Não () Não sei opinar
Em pacientes que realização cirurgia, há utilização de antissépticos que contenham álcool no preparo da pele?
() Sim () Não () Não sei opinar
Desinfecção e Esterilização de materiais
Os materiais utilizados passam por limpeza, desinfecção e esterilização com setor específico destinado a esse fim?
() Sim () Não () Não sei opinar
Variável H - Autocuidado profissional
Cuidados com a pele
Faz uso de unhas naturais, limpas e curtas?
() Sim () Não () Não sei opinar
Usa unhas postiças durante assistência?
() Sim () Não () Não sei opinar
Utiliza adornos de mão (pulseiras, anéis, relógios, etc)?
() Sim () Não () Não sei opinar
Aplica regularmente creme protetor para as mãos?
() Sim () Não () Não sei opinar
Cuidados com a luva
Realiza troca de luvas sempre que entra em contato com outro paciente?
() Sim () Não () Não sei opinar
Atenta para não tocar superfícies e materiais quando em uso de luvas?
() Sim () Não () Não sei opinar
Usa luvas sempre que precisa tocar no paciente (usa vez que estão em precaução por contato)?
() Sim () Não () Não sei opinar
Remove imediatamente as luvas após utilização em beira leito?
() Sim () Não () Não sei opinar

Bloco IV – Dimensão Organizacional

Variável I - Gestão do processo de Trabalho na UTI

Protocolos

O serviço possui protocolo de higiene das mãos implantado?

() Sim () Não () Não sei opinar

Todos os profissionais foram capacitados sobre o protocolo de higiene das mãos?

() Sim () Não () Não sei opinar

O serviço possui protocolo de prevenção de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada ao uso de cateter venoso central (CVC) implantado?

() Sim () Não () Não sei opinar

O serviço possui protocolo de prevenção de infecção do trato urinário relacionado ao uso de cateter vesical de demora implantado?

() Sim () Não () Não sei opinar

O serviço possui protocolo de prevenção de infecção do trato respiratório relacionado ao uso de ventilação mecânica implantado?

() Sim () Não () Não sei opinar
O serviço possui protocolo de prevenção de infecção do sítio cirúrgico (ISC) implantado?
() Sim () Não () Não sei opinar
O serviço possui protocolo de precaução e isolamento implantado?
() Sim () Não () Não sei opinar
Educação e treinamento
Existe capacitação regular para todos os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos?
() Sim () Não () Não sei opinar
Os treinamentos realizados incluem toda a equipe multiprofissional?
() Sim () Não () Não sei opinar Se sim, qual a periodicidade? () semestral () mensal () outros
Clima de segurança institucional
O ambiente do serviço facilita a sensibilização dos profissionais quanto à segurança do paciente?
() Sim () Não () Não sei opinar
De que forma? _____
O clima organizacional tem perfil não punitivo e empático com os seus colaboradores?
() Sim () Não () Não sei opinar
Variável J – Vigilância
Núcleo de Segurança do Paciente instituído
Seu hospital possui NSP instituído mediante portaria, ato ou outro documento oficial?
() Sim () Não () Não sei opinar
Plano de segurança do paciente (PSP) implantado
Seu hospital possui Plano de Segurança do Paciente implantado?
() Sim () Não () Não sei opinar
O PSP foi reestruturado após vigência da pandemia?
() Sim () Não () Não sei opinar
Sistema de notificação de incidentes implantado
O hospital possui sistema de notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde instituído?
() Sim () Não () Não sei opinar
O sistema de notificação de incidentes tem caráter não punitivo e confidencial?
() Sim () Não () Não sei opinar
Avaliação e retroalimentação
Existe regularidade do monitoramento do consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos?
() Sim () Não () Não sei opinar
O serviço monitora as práticas de higiene das mãos e a infraestrutura?
() Sim () Não () Não sei opinar
O serviço monitora a percepção e conhecimento sobre o tema entre os profissionais da saúde?
() Sim () Não () Não sei opinar Se sim, como faz? _____
Há monitoramento mensal de indicadores de infecções relacionadas à assistência à saúde conforme critérios da ANVISA?
() Sim () Não () Não sei opinar
O serviço realizar a gestão de indicadores de qualidade e segurança do paciente?
() Sim () Não () Não sei opinar
É realizada a administração de Eventos-sentinelas Relacionados a Infecções Associadas à Assistência à Saúde?
() Sim () Não () Não sei opinar Se sim, cite exemplos _____
Variável K – Suprimento / estrutura
Equipamentos e insumos necessários para a higienização das mãos
Há disponível lavatório ou pia de lavagem das mãos exclusivo e com profundidade suficiente para que o profissional não toque bordas, paredes e torneiras?
() Sim () Não () Não sei opinar
As torneiras para higiene das mãos são sem acionamento manual para fechamento?

() Sim () Não () Não sei opinar
A unidade possui um lavatório a cada 5 leitos?
() Sim () Não () Não sei opinar
Existem dispensadores de sabão líquido e cada lavatório ou pia?
() Sim () Não () Não sei opinar
Existem porta papel toalha com reposição frequente disposto próximo aos lavatórios ou pias?
() Sim () Não () Não sei opinar
Existe disponibilização de preparação alcoólica para higiene das mãos no local onde será prestado assistência?
() Sim () Não () Não sei opinar
Lembretes no local de trabalho
Existem alertas e lembretes para os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos e sobre as indicações e procedimentos adequados para realizá-la?
() Sim () Não () Não sei opinar
Existem lembretes para os pacientes e visitantes a respeito do padrão de assistência que eles podem esperar dos profissionais de saúde?
() Sim () Não () Não sei opinar

Obrigada pela sua participação!

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Silvone Santa Barbara da Silva

Discente Mestrado: Gisa Conceição Moreira Rios

Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana

E-mail para contato: gisarios91@gmail.com

Telefone para contato: (75) 99955-3176

APÊNDICE D

MATRIZ DE ANÁLISE DE JULGAMENTO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE

DIMENSÕES	VARIÁVEL	INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA
Bloco I – Dimensão Individual	Autocuidado	Pacientes participando do cuidado e incentivando a equipe no cumprimento de boas práticas	É prática no seu hospital de estimular que os pacientes participem do seu cuidado?
			Os pacientes são orientados e estimulados a incentivar os profissionais no cumprimento das boas práticas pela sua segurança?
		Existência de Manual de Direitos e Deveres do Paciente disponível aos pacientes	O serviço dispõe de Manual de Direitos e Deveres disponível aos pacientes?
	Autonomia	Materiais informativos para orientação sobre Segurança do Paciente utilizados e disponíveis aos pacientes Estímulo a autonomia e liberdade para tomar decisões relacionadas à sua saúde	O serviço orienta os pacientes sobre Segurança do paciente e dispõe de materiais informativos o tema?
			Os pacientes são estimulados a ter autonomia para cuidar da sua saúde à medida que sua capacidade os permite?
			Os pacientes tem liberdade para tomar decisões relacionadas à sua saúde?
			Os pacientes em seu serviço podem optar por trocar de médico ou hospital se não se sentirem seguros?
	Atendimento com respeito a pessoa, valores e direitos	Tratativa respeitosa por nome e sobrenome	A forma de tratar os pacientes se dá de forma respeitosa por nome e sobrenome e não por números, códigos ou de modo genérico?
		Identificação das pessoas responsáveis por sua assistência	É possível ao paciente identificar as pessoas responsáveis por sua assistência por meio de crachás contendo cargo, profissão e nome da instituição ou outra forma?
		Registros em prontuário todas as informações relevantes a sua saúde	Todos os registros de informações relevantes a saúde do paciente está em prontuário? O paciente tem direito de acessar seu prontuário sempre que desejado?
Bloco II – Dimensão Familiar	Envolvimento na Segurança do paciente	Instruções sobre a Segurança do Paciente aos familiares	O serviço realizava instruções sobre segurança do paciente aos familiares? Houve algum meio eletrônico, gráfico ou audiovisual utilizado para instruir as famílias sobre a segurança do paciente?
		Termo de consentimento assinado diante de qualquer necessidade	Diante de procedimentos novos a serem realizados com os pacientes, havia acionamento de familiares para assinatura do Termo de consentimento antes da realização?
		Informação aos familiares diante ocorrência de erro com pacientes	Familiares são informados quando há ocorrência de erro com pacientes?
	Relações Interpessoais com a equipe	Informações objetivas, completas e compreensíveis sobre estado de saúde do seu familiar	As informações fornecidas aos familiares ocorriam de forma objetiva, completa e compreensível sobre estado de saúde do seu familiar?
		Garantia de informações sobre exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos, inclusive riscos e benefícios	Todas as informações sobre exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos, inclusive riscos e benefícios eram repassados aos familiares?
	Apoio para os pacientes	Garantia de acesso aos familiares a condição do paciente por visitas ou vídeo chamadas	Foi estabelecido garantia de visitas aos pacientes mesmo que de forma virtual?
Bloco III – Dimensão Profissional	Capacidade Técnica	Realização de higiene das mãos conforme protocolos de segurança	A higienização das mãos era realizada com água e sabão sempre que em presença de sujidade?
			O tempo de higiene das mãos com água e sabão garantia o intervalo de 40 – 60 segundos?
			O tempo de higiene das mãos com álcool em gel 70% garantia o intervalo de 20 – 30 segundos?
			Em todo momento de higiene das mãos eram seguidos todos os passos preconizados pela Anvisa?
			A higienização das mãos era realizada sempre antes de tocar o paciente?
			A higienização das mãos era realizada sempre antes de um procedimento asséptico?
			A higienização das mãos era realizada sempre após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções?

			A higienização das mãos era realizada sempre após tocar o paciente?
			A higienização das mãos era realizada sempre após tocar superfícies próximas ao paciente?
			A higienização das mãos era realizada sempre imediatamente após remoção das luvas?
		Precaução padrão e baseado na transmissão	Os EPI padronizados para atendimento ao paciente COVID estavam disponíveis para utilização? (...)
			Os EPI padronizados eram sempre utilizados para prestar assistência aos pacientes?
			As medidas de precaução de contato e respiratória por gotículas ou aerossóis (quando necessário) eram respeitadas?
			Passos de paramentação eram seguidos criteriosamente?
			Passos de desparamentação eram seguidos criteriosamente?
		Pacotes de medidas para prevenção de infecções	Faz uso de precaução de barreira máxima na inserção de CVC (gorro, máscara, avental e luva estéril, campo estéril com cobertura de toda a área a ser puncionada, preparo da pele com clorexidina a 2%)?
			São garantidos os cuidados na manutenção de cateter (fixação correta do cateter, desinfecção de conectores antes de serem acessados, cuidados com curativo e inspeção diária do sítio de inserção do CVC)?
			São garantidos os cuidados na retirada do cateter central (remoção de cateter desnecessário, troca de cateter implantado em emergências, não realizar troca pré-programada de cateter central)?
			A inserção do cateter vesical de demora ocorre sempre com técnica asséptica e por profissional capacitado?
			São garantidos os cuidados na manutenção cateter de demora (manter sistema fechado e estéril, trocar todo o sistema se houver desconexão, manter fluxo de urina desobstruído, esvaziar bolsa coletora regularmente, manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga)?
			Há revisão diária acerca da necessidade de manter o cateter vesical de demora?
			Pacientes em VM são mantidos em decúbito elevado (30-35 graus)?
			É realizada aspiração secreção subglótica rotineiramente dos pacientes em VM?
			Em pacientes com VM, é realizada higiene oral com antissépticos?
			Em pacientes com VM, o nível de sedação é adequado e realizado o teste de respiração espontânea?
			Os circuitos do ventilador, umidificadores e sistemas de aspiração são trocados conforme critérios definidos pela Anvisa?
			Pacientes em pré-operatório tem controle de glicemia no pré-operatório?
			Quando indicada a antibioticoprofilaxia pré-operatória, é realizada 60 minutos antes da incisão cirúrgica?
			Em pacientes que realizam cirurgia, há utilização de antissépticos que contenham álcool no preparo da pele?
		Desinfecção e Esterilização de materiais	Os materiais utilizados passam por limpeza, desinfecção e esterilização com setor específico destinado a esse fim?
	Autocuidado profissional	Cuidados com a pele	Faz uso de unhas naturais, limpas e curtas?
			Não usar unhas postiças durante assistência?
			Não utiliza adornos de mão (pulseiras, anéis, relógios, etc)?
			Aplica regularmente creme protetor para as mãos?
		Cuidados com a luva	Realiza troca de luvas sempre que entra em contato com outro paciente?
			Atenta para não tocar superfícies e materiais quando em uso de luvas?
			Usa luvas sempre que precisa tocar no paciente (usa vez que estão em precaução por contato)?
			Remove imediatamente as luvas após utilização em beira leito?
Bloco IV – Dimensão	Gestão do processo de	Protocolos	O serviço possui protocolo de higiene das mãos implantado?

Organizacional	Trabalho na UTI		Todos os profissionais foram capacitados sobre o protocolo de higiene das mãos?
			O serviço possui protocolo de prevenção de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada ao uso de cateter venoso central (CVC) implantado?
			O serviço possui protocolo de prevenção de infecção do trato urinário relacionado ao uso de cateter vesical de demora implantado?
			O serviço possui protocolo de prevenção de infecção do trato respiratório relacionado ao uso de ventilação mecânica implantado?
			O serviço possui protocolo de prevenção de infecção do sítio cirúrgico (ISC) implantado?
			O serviço possui protocolo de precaução e isolamento implantado?
	Educação e treinamento	Existe capacitação regular a todos os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos?	
		Os treinamentos realizados incluem toda a equipe multiprofissional?	
	Clima de segurança institucional	O ambiente do serviço facilita a sensibilização dos profissionais quanto à segurança do paciente?	
		O clima organizacional tem perfil não punitivo e empático com os seus colaboradores?	
	Vigilância	Núcleo de Segurança do Paciente instituído	Seu hospital possui NSP instituído mediante portaria, ato ou outro documento oficial?
		Plano de segurança do paciente (PSP) implantado	Seu hospital possui Plano de Segurança do Paciente implantado?
			O PSP foi reestruturado após vigência da pandemia?
		Sistema de notificação de incidentes implantado	O hospital possui sistema de notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde instituído?
			O sistema de notificação de incidentes tem caráter não punitivo e confidencial?
		Avaliação e retroalimentação	Existe regularidade do monitoramento do consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos?
			O serviço monitora as práticas de higiene das mãos e a infraestrutura?
			O serviço monitora a percepção e conhecimento sobre o tema entre os profissionais da saúde?
			Há monitoramento mensal de indicadores de IRAS conforme critérios da ANVISA?
			O serviço realizar a gestão de indicadores de qualidade e segurança do paciente?
			É realizada a administração de Eventos-sentinelas Relacionados a IRAS?
	Suprimento / estrutura	Equipamentos e insumos necessários para a higienização das mãos	Há disponível lavatório ou pia de lavagem das mãos exclusivo e com profundidade suficiente para que o profissional não toque bordas, paredes e torneiras?
			As torneiras para higiene das mãos são sem acionamento manual para fechamento?
			Possui um lavatório a cada 5 leitos?
			Existem dispensadores de sabão líquido e cada lavatório ou pia?
			Existem porta papel toalha com reposição frequente disposto próximo aos lavatórios ou pias?
			Existe disponibilização de preparação alcoólica para higiene das mãos no local onde será prestado assistência?
			Lembretes no local de trabalho
Existem lembretes para os pacientes e visitantes a respeito do padrão de assistência que eles podem esperar dos profissionais de saúde?			

ANEXO

ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA DO LOCAL DO ESTUDO



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
NÚCLEO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO - NUPED

CARTA DE ANUÊNCIA

Após as análises de viabilidade e relevância científica pela Comissão Local de Pesquisa, comunicamos a existência de condições favoráveis no Hospital pesquisado ao desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “AVALIAÇÃO DO CUIDADO SEGURO: AÇÕES VOLTADAS A REDUÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE DIANTE DA PANDEMIA DE COVID-19” sob responsabilidade da pesquisadora Gisa Conceição Moreira Rios. Destacamos a relevância do projeto para a produção de conhecimento e reflexões acerca da operacionalização das ações de Segurança do Paciente para a redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde nos hospitais durante a pandemia pela COVID-19 e apontar estratégias que podem ser realizadas, a fim de minimizar os possíveis problemas identificados no estudo.

Declaramos que o Hospital é corresponsável pela atividade de pesquisa proposta, dispondo da infraestrutura para a segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa. O início da coleta de dados na unidade está condicionado à aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com as Resoluções CONEP/CNS Nº 466/2012 e Nº 510/2016.

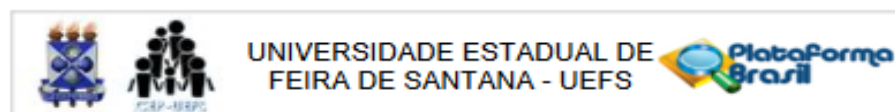
Feira de Santana – BA, 10 de março de 2022.

Comissão Local de Pesquisa do Hospital


Janaina Silva Dias
Coord. Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento - NUPED


José Carlos de Carvalho Pitangueira
Diretor-Geral do Hospital

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO CUIDADO SEGURO: AÇÕES VOLTADAS A REDUÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE DIANTE DA PANDEMIA DE COVID-19

Pesquisador: GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57381322.3.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.380.133

Apresentação do Projeto:

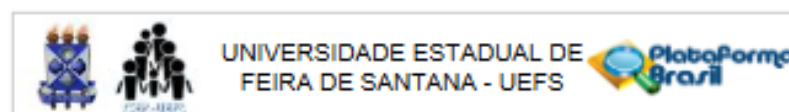
Este é o segundo parecer ético a respeito dos protocolos da pesquisa "AVALIAÇÃO DO CUIDADO SEGURO:

AÇÕES VOLTADAS A REDUÇÃO DE INFECÇÃO ASSOCIADO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE DIANTE DA PANDEMIA DE COVID-19", que tem como pesquisadora responsável GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS. As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa".

Segundo o que está nas informações básicas do projeto (doravante, IBP), "O estudo será avaliativo, que utilizará estudo de caso envolvendo um hospital referência para atendimento a COVID durante a pandemia com abordagem quantitativa e caráter exploratório.

Para contribuir com a avaliação de um programa ou um serviço, foi elaborado o desenho do modelo lógico, sendo utilizadas as técnicas de análise documental, tendo como documento base para a construção do modelo as publicações oficiais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde e Secretaria do Estado da Bahia, contemplando aspectos referentes a Segurança do Paciente com enfoque na meta de Prevenção de Infecção relacionada à Assistência à Saúde tomando como base as dimensões propostas por Cecílio (2011): a dimensão individual, a dimensão familiar, a dimensão profissional e a dimensão organizacional.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-6124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.380.133

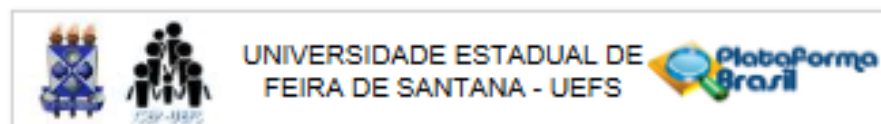
Este estudo será desenvolvido no Hospital necrosado, um dos hospitais públicos do interior da Bahia que atuou como referência para atendimento a pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por COVID-19, que teve disponível 40 leitos de Terapia Intensiva pertencentes a rede própria da SESAB.

Para a construção do estudo, os participantes serão estratificados por grupos: Grupo 1 – profissionais de saúde que atuam nos setores de atendimento a pacientes com COVID-19. Para este grupo definimos o seguinte critério de inclusão: profissional de saúde que atue em assistência direta aos pacientes que apresentam suspeita ou confirmação de COVID-19, pertencentes à equipe multiprofissional, que podem ser enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, médicos, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fonoaudiólogos, atuando nesse posto há, no mínimo, seis (6) meses. Como critério de exclusão, profissionais que se encontram em período de afastamento do serviço por licenças (médica, maternidade, prêmio, por interesse particular) e afastados médicos durante o período da coleta de dados; Grupo 2 – Gestores da Instituição (representantes das diretorias geral, diretoria técnica, médica, de enfermagem). Para este grupo temos como participantes diretores, supervisores, gestores e lideranças da setorial COVID com atuação superior a seis (6) meses, exceto aqueles afastados pelos mesmos motivos citados; e Grupo 3 – membros do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), também com atuação acima de seis (6) meses, tendo mesmo critério de exclusão dos demais.

A coleta de dados será mediante aplicação de formulários com gestores, membros do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e CCIH e profissionais da assistência que vivenciaram o atendimento a pacientes com COVID durante a pandemia de COVID-19, além de análise de documentos institucionais. O questionário será encaminhado por meio digital, incluindo envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a fase da coleta de dados, será realizada a tabulação, com a digitação dos dados seguido de análise estatística. Esse tipo de análise, segundo Koche (2011) permite estabelecer uma análise com juízos de valor pelo pesquisador acerca das relações entre as variáveis existentes, tendo em vista o objeto estudado e o marco teórico utilizado como base de referência" (IBP, p. 01).

A metodologia utilizada é a que segue: "Após a fase da coleta de dados, será realizada a tabulação, com a digitação dos dados seguido de análise estatística. Esse tipo de análise, segundo Koche (2011) permite estabelecer uma análise com juízos de valor pelo pesquisador acerca das relações entre as variáveis existentes, tendo em vista o objeto estudado e o marco teórico utilizado como base de referência. Na etapa de análise, após coleta dos dados, será realizada análise estatística utilizando de planilhas eletrônicas em softwares Microsoft Excel, que

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-6124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.380.133

possibilitarão também a confecção de gráficos e cálculos de maneira a permitir a avaliação quantitativa. Os resultados obtidos possibilitarão categorizar os achados em categorias: regular, bom e excelente. Para definir o grau de desenvolvimento de ações seguras referente a prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde durante a pandemia será considerado um score baseado em intervalos percentual e categorizados como regular (R), bom (B) ou excelente (E) aplicada a cada indicador. Assim, será possível identificar que componentes se encontram passíveis de maior atenção referente a riscos durante a pandemia conforme percentuais: regular (Menor ou igual a 39,9%), bom (De 40% a 79,9%) e excelente (Maior ou igual a 80%). Salienta-se que a análise estatística acontecerá por dimensão e variáveis e, no final se fará um balanço global para avaliar se ocorre um equilíbrio dos resultados encontrados entre as dimensões avaliadas" (IBP, p. 04).

Os grupos pesquisados são 5 membros do Núcleo de Segurança do Paciente e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, 5 gestores do [Hospital nomeado] e 40 profissionais de saúde.

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão, são os que seguem:

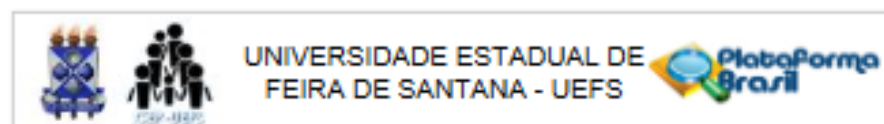
Critério de Inclusão:

- Grupo 1 – profissionais de saúde que atuam nos setores de atendimento a pacientes com COVID-19. Para este grupo definimos o seguinte critério de inclusão: profissional de saúde que atue em assistência direta aos pacientes que apresentam suspeita ou confirmação de COVID-19, pertencentes à equipe multiprofissional, que podem ser enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, médicos, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fonoaudiólogos, atuando nesse posto há, no mínimo, seis (6) meses.
- Grupo 2 – Gestores da Instituição (representantes das diretorias geral, diretoria técnica, médica, de enfermagem). Para este grupo teremos como participantes diretores, supervisores, gestores e lideranças de setores COVID com atuação superior a seis (6) meses.
- Grupo 3 – membros no Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), também com atuação acima de seis (6) meses.

Critério de Exclusão:

Como critério de exclusão, profissionais que se encontram em período de afastamento do serviço por licenças (médica, maternidade, prêmio, por interesse particular) e atestados médicos durante o período da coleta de dados" (IBP, p. 08).

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Dalmo: Módulo I, MA 17 **CCP:** 44.031-480
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-6124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.380.133

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos são os que seguem:

Objetivo Primário:

Avaliar as ações de Segurança do Paciente operacionalizadas para redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde, em um hospital de referência para COVID no interior do estado da Bahia, durante a pandemia pela COVID-19.

Objetivo Secundário:

Descrever as ações desenvolvidas para redução de riscos de infecções associadas aos cuidados em saúde, durante a pandemia pelo coronavírus; e identificar os protocolos institucionais relacionados a meta internacional de Segurança do Paciente relacionado a redução de risco de infecções associadas aos cuidados em saúde" (IBP, p. 03).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e os benefícios são os que seguem:

Riscos:

É possível que ocorra desconforto, dúvidas, constrangimento ou ansiedade em algumas perguntas.

Benefícios:

Possibilitar a análise da produção do cuidado em saúde na perspectiva da segurança do paciente durante a pandemia por COVID-19, possibilitando visibilidade de possíveis riscos com instrumentalização para que se possa (re) pensar alternativas que tenham enfoque voltado a ações de melhorias da atenção com vistas na segurança, que perpassa não somente a dimensão do paciente, mas também dos profissionais envolvidos no cuidado" (IBP, p. 04).

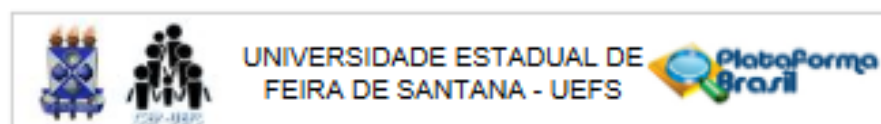
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é uma investigação das ações de Segurança do Paciente operacionalizadas para redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde, em um hospital de referência para COVID no interior do estado da Bahia, durante a pandemia pela COVID-19. Ela é realizada junto a três grupos: 5 membros do Núcleo de Segurança do Paciente e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, 5 gestores do Hospital [Hospital nomeado] e 40 profissionais de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os itens obrigatórios do Protocolo de Pesquisa estão de acordo com as exigências da Norma Operacional CNS n. 001, de 2013.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Dalmo: Módulo I, MA 17 **CCP:** 44.031-480
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-6124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.380.133

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Pendência 1 – Instrumento de Coleta de Dados:

Recomendação CEP: É necessário anexar os instrumentos de coletas de dados em um arquivo à parte na Plataforma Brasil: questionários e demais instrumentos.

Resposta do Pesquisador: anexo formulário de pesquisa na plataforma e verifico que já foi validado.

Pendência atendida.

- Pendência 2 – Orçamento:

Recomendação CEP:

a) É necessário indicar no orçamento a contrapartida da instituição proponente da pesquisa (UEFS);
b) Aferir para que o orçamento apareça rigorosamente igual e detalhado em todos os lugares em que ele é indicado (Orçamento, Informações Básicas do Projeto e Projeto Detalhado).

Resposta do Pesquisador: realizado ajustes em orçamento, mantendo com mesmo teor em todos os documentos. Reenvio orçamento retificado e altero página 35 do projeto, também enviado em anexo na plataforma. Destaco itens incluídos e alterados na cor vermelha em projeto reenviado.

Pendência atendida.

- Pendência 3 – Cronograma

Recomendação CEP:

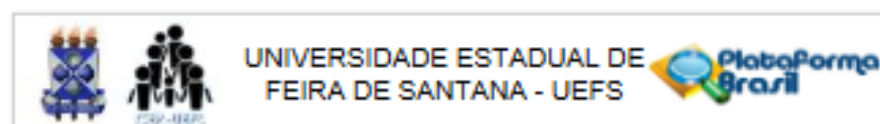
a) O cronograma no arquivo à parte na Plataforma Brasil coloca datas do ano de 2020, estando em conflito com o Cronograma presente nas Informações Básicas do Projeto;
b) Inserir a devolutiva dos resultados de pesquisa no Cronograma e informar tal devolutiva, com data, no TCLE, atualizando os cronogramas presentes nos demais documentos;

Resposta do Pesquisador: realizado retificação em cronograma, mantendo com mesmo teor em todos os documentos. Reenvio documento retificado: cronograma e projeto com alteração em página 35. Iniciado cronograma a partir da submissão ao CEP em abril/2022.

Pendência atendida.

- Pendência 4 – TCLE

Recomendação CEP:



Continuação do Parecer: 5.380.133

- a) Reescrever o TCLE conforme as orientações da Carta Circular 001/2021 do CNS;
b) Enviar o link do formulário no Google Forms do TCLE (e questionários) para avaliação pelo CEP-UEFS;
c) Explicitar a garantia de direito ao ressarcimento (Ver Res. CNS nº 466/12 item IV.3 letra g); -
d) Esclarecer o tempo que o participante da pesquisa gastará no preenchimento do questionário;
e) Explicitar no TCLE quando será garantido o acesso aos participantes aos resultados da pesquisa (e não apenas dizer que vai dar acesso);
f) Apresentar de forma clara e afirmativa, que o participante da pesquisa receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, em caso de danos decorrentes da pesquisa
- Resposta do Pesquisador: realizadas alterações propostas no parecer referente ao TCLE, havendo inclusão de dados solicitados e ajustes à Carta Circular 001/2021 do CNS. Enviamos TCLE ajustado em anexo e realizada mesmas alterações em projeto na cor vermelha, na página 45.
- Pendência atendida.

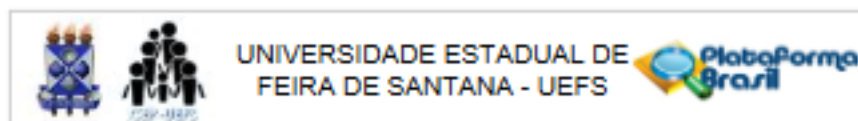
Considerações Finais e critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PI_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1916658.pdf	21/04/2022 18:46:36		Aceito
Outros	OFICIO2_PENDENCIA_DOCUMENTAL.docx	21/04/2022 18:45:34	GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ALTERADO.docx	21/04/2022 18:45:01	GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa da Ausência	TCLE_ALTERADO.docx	21/04/2022 18:44:10	GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_ALTERADO.docx	21/04/2022 18:43:37	GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ALTERADO.docx	21/04/2022 18:43:23	GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DA_PESQUISA_alterado.pdf	20/04/2022 11:57:16	GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS	Aceito
Outros	OFICIO2_PENDENCIA_DOCUMENTAL	20/04/2022	GISA CONCEIÇÃO	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo L, MA 17 CEP: 44.031-480
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo L, MA 17 CEP: 44.031-480
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.280.133

Outros	docx	11:56:44	MOREIRA RIOS	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa da Ausência	TCLE_alterado.pdf	20/04/2022 11:56:23	GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS	Acelto
Outros	QUESTIONARIO.pdf	18/04/2022 22:34:39	GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS	Acelto
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DO_PESQUISADOR1.pdf	08/04/2022 16:42:16	GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS	Acelto
Declaração da Instituição e Infraestrutura	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	28/03/2022 17:21:29	GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS	Acelto
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	23/03/2022 16:12:46	GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	23/03/2022 16:12:20	GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa da Ausência	TCLE.pdf	23/03/2022 16:11:31	GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA_DA_PESQUISA.pdf	23/03/2022 16:10:45	GISA CONCEIÇÃO MOREIRA RIOS	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 01 de Maio de 2022

Assinado por:
 Brian Gordon Lufalo Kibuuka
 (Coordenador(a))

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75) 3101-0124 E-mail: cep@uefs.br