

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO OESTE – CEO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**NEIVA VARGAS POLEZE**

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PREVENÇÃO E DO CONTROLE DE  
INFECÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**CHAPECÓ, SC**

**2024**

**NEIVA VARGAS POLEZE**

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PREVENÇÃO E DO CONTROLE DE  
INFECÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologias do Cuidado.

Orientadora: Prof. Dr. Denise Antunes de Azambuja Zocche.

Coorientadora: Prof. Dr. Edlamar Kátia Adamy.

**CHAPECÓ, SC**

**2024**

Ficha catalográfica elaborada pelo programa de geração automática da  
Biblioteca Universitária Udesc,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Poleze, Neiva Vargas  
Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de  
Infecção para a Atenção Primária à Saúde / Neiva Vargas  
Poleze. -- 2024.  
154 p.

Orientadora: Denise Antunes de Azambuja Zocche  
Coorientadora: Edlamar Kátia Adamy  
Dissertação (mestrado) -- Universidade do Estado de  
Santa Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste,  
Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na  
Atenção Primária à Saúde, Chapecó, 2024.

1. Enfermagem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Controle  
de Infecção. 4. Estudo de Validação. 5. Promoção da Saúde.  
I. Zocche, Denise Antunes de Azambuja . II. Adamy, Edlamar  
Kátia. III. Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro  
de Educação Superior do Oeste, Programa de  
Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção  
Primária à Saúde. IV. Título.

**NEIVA VARGAS POLEZE**

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PREVENÇÃO E DO CONTROLE DE  
INFECÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, da  
Universidade do Estado de Santa Catarina,  
como requisito parcial para a obtenção do  
título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

Orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Antunes de Azambuja Zocche  
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Coorientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edlamar Kátia Adamy  
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Membros:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosana Amora Ascari  
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Prof<sup>o</sup>. Dr. Marcelo Carneiro  
Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Chapecó/SC, 27 de fevereiro de 2024.

## DEDICATÓRIA

À Deus, que coloca em minha mente pensamentos que me impulsionam, direcionam minhas escolhas e me levam para mais perto da realização dos meus sonhos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por manter meu coração cheio de motivação e inquietação desde que dei o primeiro passo na Enfermagem, acreditando nesta profissão e buscando constantemente ser uma profissional melhor.

À minha família, por me sustentarem em todos os momentos e em todas as minhas escolhas. Por estarem sempre “disponíveis”, em todos os sentidos que essa palavra representa. Por sempre conseguirem dispor de tempo para me escutar quando eu precisava falar, mesmo não compreendendo muito bem as minhas incertezas e inspirações acerca da jornada do mestrado.

Ao meu esposo, meu parceiro na caminhada da vida, que com palavras e atitudes incentivou a continuar e apoiou nas escolhas mais difíceis que eu precisei fazer.

À minha filha, obrigada por me escolher como sua mãe! Desde o momento que Deus semeou em meu coração o desejo de ser mãe, você me ensina sobre fé, paciência, resiliência e amor incondicional.

À UDESC e ao edital CAPES/COFEN, que me oportunizaram vivências ímpares que ressignificaram a minha concepção do “ser enfermeira” através da ampliação de saberes e de possibilidades de atuação profissional.

Aos docentes, especialmente à minha orientadora Denise e coorientadora Kátia, vocês são inspiração. Kátia, você transcende entusiasmo pela vida e especialmente pela enfermagem, e inspira os enfermeiros a desbravar os muitos “palcos” possíveis para a nossa profissão. Denise, você foi luz no meu caminho, não apenas aceitou e mergulhou neste tema de pesquisa que é minha paixão, mas também me motivou em outros tantos sentidos, como enfermeira, docente, empreendedora, mãe e mulher.

A todos vocês, meu sincero, obrigada!

## **APRESENTAÇÃO DA MESTRANDA**

Minha formação em enfermagem iniciou em 2006 na Universidade do Contestado da cidade de Concórdia/SC, e em 2010 conclui o curso. Logo após formada, com muito entusiasmo iniciei minha trajetória profissional. Toda a minha experiência adquirida atuando em diferentes instituições hospitalares, durante o período de 2010 a 2022, em contextos distintos, proporcionaram uma compreensão mais ampla das inúmeras possibilidades de atuação do Enfermeiro, não apenas na assistência direta ou no ensino formal como eu acreditava durante toda a graduação.

A primeira experiência profissional se deu no ano de 2010 em um hospital público da cidade de Macapá - Amapá, no norte do país, onde permaneci por um ano e meio. Ali atuei inicialmente como Enfermeira Assistencial no cuidado a pacientes adultos em pós-operatório, e depois no Núcleo de Segurança do Paciente e Gerência de Enfermagem das Unidades Críticas e Emergência. Estas últimas duas áreas de atuação, que envolviam especificamente a segurança do paciente e a gestão de equipes e de processos de trabalho, se apresentavam como as mais desafiadoras por sua amplitude e impacto direto na prática assistencial, me despertando o desejo de compreender e aprender mais sobre esses assuntos. Esta experiência, no início da carreira profissional, foi muito marcante e ampliou meu olhar em relação às muitas possibilidades de atuação do enfermeiro e do quanto ainda havia muito conhecimento a ser explorado neste universo.

Em 2012, por questões pessoais familiares, retornei ao meu estado de origem no sul do país e trabalhei como Enfermeira Assistencial por alguns meses em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital público, na cidade de São Miguel do Oeste/SC. Logo surgiu a oportunidade de atuar como Enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente na cidade de Chapecó, referência para toda a região oeste de Santa Catarina. Neste hospital privado permaneci por dez anos. Por quatro anos atuei na função anteriormente citada, onde agreguei muitas experiências novas, tais como a coordenação da comissão de segurança do paciente, realização do mapeamento de processos e de riscos assistenciais, construção e implantação de protocolos, gerenciamento de indicadores e gestão das notificações de incidentes e eventos adversos. Após este período, por convite da instituição, migrei para o cargo de Coordenadora do Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde e do Centro de Materiais e Esterilização, onde atuei por seis anos. Nesta

função, um novo desafio profissional se apresentava, sendo que todos os conhecimentos adquiridos até então se mostravam indispensáveis e ao mesmo tempo insuficientes para o exercício das responsabilidades a mim atribuídas. Este novo universo abrange a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, o diagnóstico e classificação e análise destes eventos adversos, o tratamento adequado e um grande montante de indicadores de estrutura, processos e resultados. Ademais, toda a equipe multiprofissional da assistência direta e indireta ao paciente precisavam ser envolvidos nas construções, capacitações, análise de indicadores e definição de metas coletivas. Além de muito estudo científico, este novo horizonte demandou constantes observações e auditorias diretas nos processos de trabalho e troca de saberes com profissionais das mais diversas áreas e níveis hierárquicos.

Por questões pessoais e com o desejo de continuar atuando nas áreas em que profissionalmente mais me identifico, no ano de 2022 decidi iniciar um novo projeto, de prestação de consultoria para instituições de saúde dos mais diversos ramos de atuação. Desta forma, nasceu no ano de 2023 a Conseil – Consultoria em Saúde, com vistas a apoiar as instituições de saúde na organização, reestruturação e padronização de normas e rotinas de acordo com as recomendações legais, nas seguintes perspectivas: segurança do paciente; qualidade assistencial; prevenção e controle de infecções; e adequação às normas de vigilância sanitária.

O conhecimento agregado nestas experiências profissionais e nas especializações realizadas (Oncologia, Gestão em Saúde e Prevenção e Controle de Infecções) ressaltou-me que a dimensão do processo de cuidado não se inicia e nem se encerra na assistência direta ao usuário. Em se tratando do processo de enfermagem e especificamente da consulta do enfermeiro, a realização de todas as cinco etapas e o alcance dos resultados almejados depende diretamente de um arcabouço de conhecimentos científicos, condições estruturais e processuais. Além disso, a cooperação do enfermeiro/enfermagem com todas as outras equipes são primordiais para a prevenção e promoção da saúde.

Diante disso, busquei outras oportunidades de aprendizado e o Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) me despertou o interesse por desenvolver uma pesquisa no cenário da APS utilizando a expertise que acumulei nestes anos de profissão e de estudo, especialmente sobre o tema Prevenção e Controle de Infecções. Além disso, ao conhecer e conversar com as colegas mestrandas durante o primeiro ano de curso, que atuam na APS e que são

oriundas de diferentes municípios e, com professores que conhecem a realidade local, me deparei com a carência de conhecimento dos colegas sobre o tema e a legislação regulatória, bem como a ausência de instrumento e ferramentas existentes especificamente para a APS.

Por fim, considerando que a Prevenção e o Controle de Infecções permeiam e interferem na vida de todas as pessoas, como a pandemia do COVID-19 demonstrou de forma incontestável, e ainda considerando a Nota Técnica Nº 004/2022 emitida por órgãos do Estado de Santa Catarina, recomendando fortemente que sejam desenvolvidas ações para a Segurança do Paciente na APS (Santa Catarina, 2022), se torna evidente que instrumentalizar enfermeiros e profissionais da saúde das equipes que compõem a APS sobre Prevenção e o Controle de Infecções contribuirá para a segurança do paciente e a qualidade da assistência, além de facilitar a disseminação dos princípios básicos de prevenção entre as famílias e para a comunidade.

## RESUMO

**Introdução:** Prevenção e Controle de Infecções e suas interfaces com a organização dos serviços são indispensáveis em todos os níveis de atenção à saúde. Portanto, é necessária a criação de Programas de Prevenção e Controle de Infecções contendo requisitos mínimos com capacidade de influenciar a qualidade do atendimento, melhorar a segurança do paciente e proteger aqueles que prestam cuidados no sistema de saúde. Contudo, mundialmente não há um Programa de Prevenção e Controle de Infecções para a Atenção Primária à Saúde e a Organização Mundial da Saúde reconhece que, apesar de serem ambientes potencialmente amplificadores de transmissão de patógenos e de disseminação de surtos, a Prevenção e o Controle de Infecções são incipientes neste cenário. Esse Trabalho de Conclusão de Curso faz parte do macroprojeto de pesquisa “Desenvolvimento de Tecnologias para a Consulta do Enfermeiro na Atenção Primária a Saúde”, contemplado pelo Edital acordo CAPES/COFEN nº 08/2021 e está vinculado a linha de pesquisa Tecnologias do Cuidado. **Objetivos:** construir e validar um “Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde”. **Método:** pesquisa metodológica, desenvolvida em fases: 1) Exploratória, por meio de análise documental para compreender os requisitos mínimos acerca da prevenção e controle de infecções na Atenção Primária à Saúde. 2) Construção da tecnologia, que compreendeu a estrutura e padrão de respostas do instrumento que contém nove partes: os dados do respondente/serviço de saúde e os oito componentes essenciais para a prevenção e o controle de infecção. 3) Validação de conteúdo, através da análise de especialistas no assunto e o cálculo de Coeficiente de Validade de Conteúdo. 4) Publicização dos produtos gerados. **Resultados:** o Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde contempla os oito componentes essenciais e contém 120 requisitos mínimos/perguntas estruturadas em formato fechado. Participaram da validação de conteúdo 17 especialistas no assunto das cinco regiões geográficas do Brasil e, obteve-se os seguintes valores do coeficiente de validade de conteúdo: 0,88 (clareza); 0,90 (pertinência); 0,91 (relevância); e 0,90 (total). Estes valores demonstram altos níveis de aceitação e apontam para a robustez e harmonia do instrumento com as recomendações internacionais e normativas nacionais. Ainda, os 23 comentários livres deram origem a oito alterações. **Considerações finais:** o Instrumento tem potencial para replicabilidade nacional e é capaz de avaliar a situação atual das ações de Prevenção e Controle de Infecções nos serviços de Atenção Primária à Saúde. Seus resultados poderão subsidiar os enfermeiros na realização das consultas para promover a saúde e prevenir doenças, entre elas as infecções. Para os gestores, poderá subsidiar o desenvolvimento de planos nacionais e locais, visando fortalecer as medidas existentes e intensificar os esforços para as melhorias necessárias. Destaca-se que a versão final do Instrumento, bem como os demais produtos oriundos deste estudo serão socializados com os órgãos municipais, estaduais da saúde e com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Controle de Infecção; Estudo de Validação; Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Infection Prevention and Control and its interfaces with the organization of services are indispensable at all levels of health care. Therefore, it is necessary to create Infection Prevention and Control Programs containing minimum requirements with the capacity to influence the quality of care, improve patient safety and protect those who provide care in the health system. However, worldwide there is no Infection Prevention and Control Program for Primary Health Care and the World Health Organization recognizes that, despite being environments that potentially amplify the transmission of pathogens and the spread of outbreaks, Infection Prevention and Control are incipient in this scenario. This Course Completion Work is part of the macro research project "Development of Technologies for Nurse Consultation in Primary Health Care", covered by the CAPES/COFEN Notice No. 08/2021 and is linked to the Care Technologies research line. **Objectives:** to build and validate an "Instrument for Evaluating Infection Prevention and Control in Primary Health Care". Method: methodological research, developed in phases: 1) Exploratory, through documentary analysis to understand the minimum requirements regarding the prevention and control of infections in Primary Health Care. 2) Construction of the technology, which comprised the structure and response pattern of the instrument that contains nine parts: the questionnaire is based on the data of the respondent/health service and the eight essential components for infection prevention and control. 3) Content validation, through analysis by experts in the field and calculation of the Content Validity Coefficient. 4) Publicizing the products generated. **Results:** The Infection Prevention and Control Assessment Tool for Primary Health Care covers the eight essential components and contains 120 minimum requirements/structured questions in a closed format. Seventeen experts on the subject from the five geographical regions of Brazil took part in the content validation and the following content validity coefficient values were obtained: 0.88 (clarity); 0.90 (pertinence); 0.91 (relevance); and 0.90 (total). These values show high levels of acceptance and point to the robustness and harmony of the instrument with international recommendations and national standards. In addition, the 23 free comments gave rise to eight changes. **Final considerations:** the instrument has the potential for national replicability and is capable of assessing the current situation of Infection Prevention and Control actions in Primary Health Care services. Its results could support nurses in carrying out consultations to promote health and prevent diseases, including infections. For managers, it could support the development of national and local plans to strengthen existing measures and intensify efforts to improve the quality of care.

**Keywords:** Nursing; Primary Health Care; Infection Control; Validation Study; Health Promotion.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Componentes essenciais dos Programas de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde	24
Figura 2 - Representação gráfica das cinco etapas para construção ou melhoria dos PCIRAS	38
Figura 3 - Representação gráfica dos níveis de PCIRAS	39
Figura 4 – Etapas da pesquisa metodológicas para o desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção na APS	54

## LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CCAA	Comunidades Autônomas
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CVC	Cateter Venoso Central
CVD	Cateter Vesical de Demora
CVC	Coeficiente de Validade de Conteúdo
CVCi	Coeficiente de Validade de Conteúdo do item
CVCd	Coeficiente de Validade de Conteúdo do domínio
CVCe	Coeficiente de Validade de Conteúdo do especialista
CVCT	Coeficiente de Validade de Conteúdo total
CNCIRAS	Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
CIPNSP	Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
CECISS	Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DDD	Dose Diária Definida de Antimicrobianos
DOU	Diário Oficial da União
DP	Desvio Padrão
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP	Estratégia de Salud Pública
GVIMS	Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
GGTES	Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
INR	Tempo de protrombina
ITU	Infecção do Trato Urinário
IPCSL	Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial

IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
IPCAF	Infection Prevention and Control Assessment Framework
IPCAT2	National Infection Prevention and Control Assessment Tool 2
LACEN/SC	Laboratório Central de Saúde Pública de Santa Catarina
MPEAPS	Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde
NOTIVISA	Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária
NR	Norma Regulamentadora
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PAV	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PNAB	Portaria Nacional de Atenção Básica
PCI	Prevenção e Controle de Infecção
POP	Procedimento Operacional Padrão
PE	Processo de Enfermagem
PCIRAS	Programa de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
PNPCIRAS	Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RIENSEP	Red Internacional de Enfermería y Seguridad de Pacientes
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RM	Resistência Microbiana
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SUS	Sistema Único de Saúde
SECA	Sociedad Española de Calidad Asistencial
SOMUCA	Sociedad Murciana de Calidad Asistencial
SNS	Sistema Nacional de Saúde Espanhol
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde

UDESC

Universidade do Estado de Santa Catarina

UE

União Europeia

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>2 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>25</b>
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>26</b>
3.1 QUALIDADE E SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE .....	26
3.2 PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DA RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA .....	29
<b>3.2.1 Ações desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde para prevenção e controle das infecções relacionadas para assistência à saúde.....</b>	<b>31</b>
<b>3.2.2 Ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária para prevenção e controle das infecções relacionadas para assistência à saúde.....</b>	<b>39</b>
<b>3.2.3 Ações desenvolvidas pelo Estado de Santa Catarina para prevenção e controle das infecções relacionadas para assistência à saúde.....</b>	<b>41</b>
3.3 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE .....	42
3.4 AS IMPLICAÇÕES DA DIMENSÃO GERENCIAL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES .....	47
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>50</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	50
4.2 ETAPAS DO ESTUDO .....	50
<b>4.2.1 Fase exploratória.....</b>	<b>51</b>
<b>4.2.2 Construção da tecnologia .....</b>	<b>55</b>
<b>4.2.3 Validação de conteúdo.....</b>	<b>60</b>
<b>4.2.4 Publicização.....</b>	<b>64</b>
4.3 QUESTÕES ÉTICAS.....	64
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>65</b>

<b>5.1 PRODUÇÕES .....</b>	<b>66</b>
<b>5.1.1 Produto I – Análise documental e estudos metodológicos para desenvolvimento de Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde do Brasil.....</b>	<b>66</b>
<b>5.1.2 Produto II – Ações de segurança do paciente no âmbito da Atenção Primária à Saúde: Missão de Estudo em Madrid e Múrcia - Espanha .....</b>	<b>86</b>
<b>5.1.3 Produto III – Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde .....</b>	<b>98</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>110</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>131</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo, cabendo aos serviços de saúde oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente e segura, promovendo a satisfação do usuário em todo o processo (Brasil, 2017a). Contudo, para que a prestação de serviços de assistência à saúde seja ofertada com alto grau de qualidade é necessário um conjunto de elementos que incluem um elevado nível de competência profissional, associado à eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos, satisfação dos usuários e um efeito favorável na saúde (Brasil, 2021a).

Os sistemas de saúde que diminuem a um mínimo possível os riscos de dano ao paciente (segurança) conseqüentemente aumentam a qualidade dos seus serviços. Desta forma, a ANVISA define qualidade e segurança como atributos indissociáveis, sendo uma preocupação mundial por sua relevância e complexidade (Brasil, 2017a).

O planejamento da segurança se concretiza através da sistematização de boas práticas e deve considerar o desenho dos cuidados e a implantação de barreiras efetivas que impeçam a ocorrência de erros ou diminuam a sua probabilidade e impacto nos pacientes e na organização (Brasil, 2017a).

Neste sentido, a Teoria do “Queijo Suíço”, descrita por James Reason no ano 2000, propõe que um sistema complexo de saúde apresenta vários riscos que podem causar danos aos pacientes. Estes riscos são impedidos por barreiras, contudo estas barreiras possuem fraquezas representadas por falhas estruturais, descuido dos profissionais e comportamentos inseguros. Reconhecendo que o risco nunca é zero, esses buracos (falhas) aparecem inevitavelmente em toda e qualquer “fatia do queijo”, contudo, enquanto os “buracos” não se alinharem, o evento adverso não acontecerá (Reason, 2000).

Vale ressaltar que a prevenção inclui a implantação de boas práticas que, mesmo não essenciais para a efetividade dos tratamentos e frequentemente não percebidas pelos usuários, diminuem significativamente o risco de dano, como por exemplo: identificação correta dos pacientes, listas de verificação de segurança, limpeza de ambiente, organização na preparação de medicamentos, dentre outros (Brasil, 2017a).

Um ótimo ponto de partida para refletirmos sobre o tema, é a higienização das mãos na prestação de cuidados de assistência à saúde, pois representa um dos mais importantes comportamentos esperados para a promoção da segurança.

Porém, por mais simples que pareça ser, a ação de higienizar as mãos, depende da oferta de estratégias estruturais e processuais que possam contribuir para a maior adesão dos profissionais de saúde a esta prática segura de cuidado, criando assim um ambiente no qual o comportamento que promove a segurança do paciente é reconhecido e valorizado. Para elucidar este tema da higienização das mãos podemos considerar, como exemplo, a realização de um curativo (alvo), que é uma atividade corriqueira dos serviços de saúde, durante a consulta de enfermagem (contexto), onde a adesão a prática de higiene das mãos (ação) deve ser feita antes do contato do paciente (momento) (Brasil, 2017a).

Entretanto, para que se concretize a ação de higienizar as mãos são necessárias estratégias estruturais e processuais: a disponibilidade de insumos e estrutura para a higienização das mãos (pia, água, sabonete, papel toalha, solução alcoólica), a educação continuada (conhecimento do profissional), a relação profissional paciente adequada e o retorno para a equipe dos progressos na melhoria da adesão (Brasil, 2017a).

Neste exemplo, caso o profissional não realize a correta higienização das mãos estará expondo o paciente ao risco de infecção relacionada a este procedimento, bem como, favorecendo a transmissão cruzada e contaminação ambiental.

Esta infecção é definida pela ANVISA como Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS): adquirida após o paciente ser submetido a um procedimento de assistência à saúde ou a uma internação (Brasil, 2021a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as IRAS representam eventos adversos frequentes na prestação de cuidados de saúde e são um importante problema de saúde pública com impacto na morbidade, mortalidade e qualidade de vida das pessoas acometidas (WHO, 2022b). Além disso, a ANVISA destaca que essas infecções também apresentam um ônus econômico significativo e podem resultar no aumento do uso de agentes antimicrobianos, alimentando assim o problema da Resistência Microbiana (RM), que equivale a redução ou perda da capacidade de cura ou prevenção da infecção causada por determinado microrganismo (Brasil, 2021a).

A higienização das mãos nos momentos oportunos e com produtos adequados é uma abordagem prática e baseada em evidências com impacto comprovado na prevenção e controle de infecções e conseqüentemente na qualidade e segurança dos cuidados em todos os níveis do sistema de saúde (WHO, 2024).

A história e os estudos sobre segurança do paciente e qualidade na assistência prestada, nos indica que há muito tempo os profissionais possuem elementos e indicadores para melhorar a assistência em saúde e enfermagem de modo a mitigar os riscos de contaminação e adoecimento. Neste contexto podemos lembrar que já no século XIX Florence Nightingale, precursora e fundadora da Enfermagem Moderna, alertava e dava visibilidade à atuação do enfermeiro não apenas no cuidado direto ao doente, mas também no ambiente, por meio da organização e supervisão rigorosas dos diversos serviços que circundam o cuidado, tais como lavanderia, rouparia e limpeza (Santos *et al.*, 2022).

Ao longo do tempo foram surgindo no mundo organizações, associações, grupos, instituições, políticas públicas de promoção, prevenção e controle de IRAS. Em âmbito mundial, a referência em saúde é a Organização Mundial da Saúde (OMS), fundada no ano de 1948, com sede em Genebra na Suíça (OMS, 2019). Nacionalmente o Ministério da Saúde por meio da ANVISA criada no ano de 1999, é o condutor das ações de prevenção e controle de IRAS em todo território brasileiro (Brasil, 2021a).

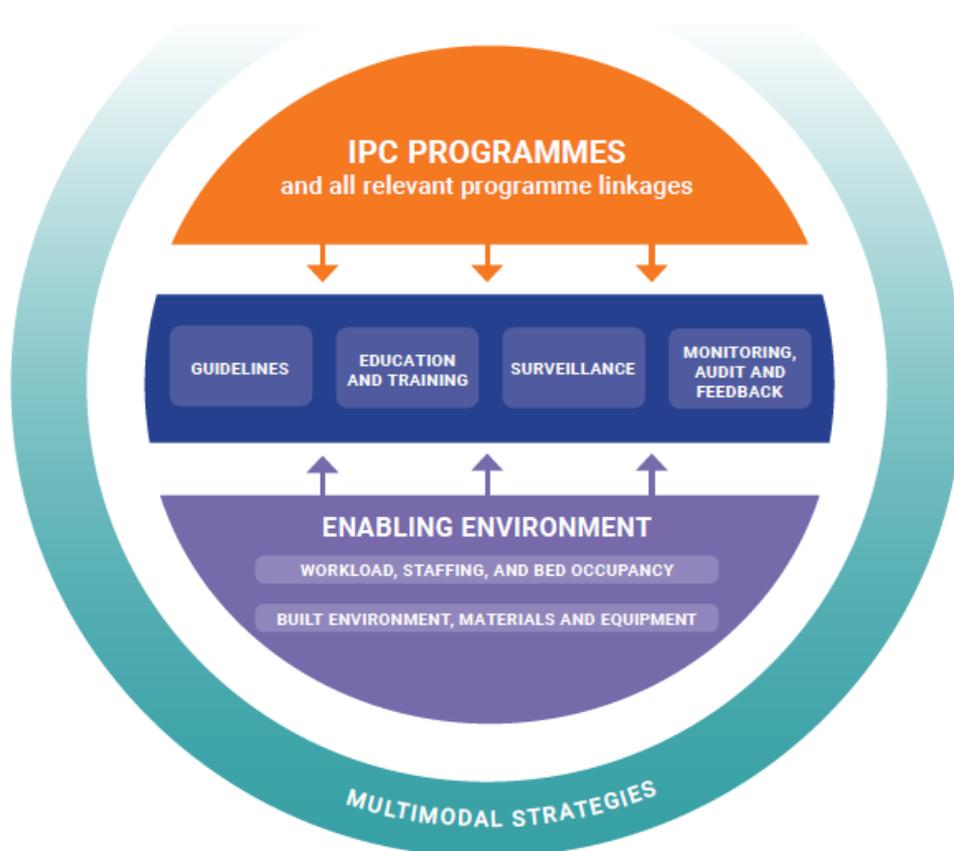
Com o objetivo de apoiar e fortalecer os países no desenvolvimento de suas próprias abordagens de prevenção e controle de infecções, a OMS (2016) publicou a última versão do documento “Orientações sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção em nível nacional e de serviços de saúde”, com recomendações baseadas em evidências atualizadas sobre os componentes essenciais dos Programas de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS) que devem estar em vigor em nível nacional para prevenir IRAS e combater a RM por meio de boas práticas de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS), adaptadas ao contexto local, levando em consideração os recursos disponíveis e as necessidades de saúde pública.

Para que cada país tenha metas e estratégias nacionais acerca do tema, a OMS recomendou o desenvolvimento de um Programa de Prevenção e Controle de Infecções (PCIRAS) nacional, pois compreende que PCIRAS fortes, eficazes e

funcionais têm a capacidade de influenciar a qualidade do atendimento, melhorar a segurança do paciente e proteger todos aqueles que prestam cuidados no sistema de saúde, através de uma responsabilização compartilhada da implementação (OMS, 2019).

Para o desenvolvimento do PCIRAS, a OMS categorizou as intervenções de acordo com uma lista de nove dimensões e elencou oito componentes essenciais, aos quais devem ser somados outros componentes baseados em avaliações da situação local. Essa combinação de componentes são as 'rodas do carrinho', capazes de garantir aos pacientes uma viagem segura enquanto estiverem em uma unidade de saúde, além de proteger profissionais e visitantes (OMS, 2016; 2019).

*Figura 1 - Componentes essenciais dos Programas de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde*



Fonte: OMS (2016; 2019).

A ANVISA define PCIRAS como um conjunto de ações desenvolvidas de forma sistematizada pelos serviços de saúde. Em uma ação conjunta da Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS), Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), desde o ano de 2013, o Brasil possui um Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS), construído com base nas orientações do programa mundial da OMS. A última versão PNPICIRAS foi lançada no ano de 2021 com vigência até 2025 (Brasil, 2021a).

O objetivo central do PNPICIRAS é alinhar e direcionar de forma consistente as ações em todos os níveis de gestão e assistência. Entretanto, a heterogeneidade dos programas em todos os estados, Distrito Federal e municípios se apresenta como um desafio a ser superado (Brasil, 2021a).

Tanto a OMS quanto a ANVISA compreendem que a estruturação e o fortalecimento de programas de PPCIRAS em todos os níveis de gestão e em todos os serviços de saúde são essenciais na batalha para prevenir e controlar as IRAS, reduzir a resistência dos microrganismos aos agentes antimicrobianos, evitar o adoecimento, incapacidade e morte (Brasil, 2019; 2021a).

Para o desenvolvimento de PCIRAS úteis, que possam melhorar os processos executados pelos serviços de saúde e, visando o constante aprimoramento e fortalecimento, a ANVISA ressalta que é importante ter como referência a plena implementação dos componentes essenciais definidos pela OMS, que se baseiam nas melhores evidências disponíveis e definem como essencial a utilização de ferramentas e indicadores padronizados, desenvolvidos e validados para avaliar o status do programa (Brasil, 2021a).

No Estado de Santa Catarina, a Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CECISS) foi oficializada por meio da Portaria Secretaria de Estado da Saúde nº 540/08 de 27 de agosto de 2008 e, dentre outras atribuições, é responsável pelo fortalecimento das ações de prevenção e controle de IRAS e RM (Santa Catarina, 2019a). A CECISS estabelece, recomenda e orienta as instituições e os profissionais de saúde através de notas técnicas, fundamentadas nas recomendações da OMS e ANVISA, adaptadas à realidade de Santa Catarina. Contudo, não há um PCIRAS estruturado para o Estado.

Em Santa Catarina, a obrigatoriedade de elaborar, implementar, manter e avaliar o PCIRAS se dá apenas para instituições hospitalares conforme a Portaria nº 2616 de 1998, como em todo o país (Brasil, 1998).

Em decorrência disso, na Atenção Primária à Saúde (APS) não há PCIRAS. Contudo, a meta de elaborar e publicar material da prevenção e controle de infecções neste nível de atenção à saúde foi projetada no PNPCIRAS, para o ano de 2023 sob responsabilidade da Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (Brasil, 2021a).

Vale ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada através da Portaria nº 2.436 no ano de 2017, já estabelece que estratégias de Segurança do Paciente devem ser implantadas através de planos locais que estimulem a prática assistencial segura, envolvam os pacientes e criem barreiras para evitar erros, garantindo o cuidado centrado na pessoa e fornecendo melhoria contínua (Brasil, 2017c).

A lacuna de PCIRAS estruturados neste nível de atenção à saúde não é uma realidade encontrada somente no Brasil. A OMS reconhece que mundialmente no nível de APS é onde o PCIRAS é mais incipiente, apesar de ser o primeiro ponto de entrada de microrganismos para o sistema de saúde, podendo ser amplificadores de transmissão de patógenos, com posterior disseminação de surtos para a comunidade (OMS, 2019; WHO, 2022b).

Desta forma, pesquisas nesta área se tornam fundamentais para estabelecer pelo menos um nível básico contendo requisitos mínimos de PCIRAS na APS, com o desenho e a padronização da forma correta de desempenhar as atividades, bem como a definição de ações coordenadas e metas coletivas claras, contribuindo para a simplificação e organização do trabalho.

Nesta perspectiva, a ANVISA destaca que o Enfermeiro tem um importante papel de liderança no avanço e no uso de estratégias para promover a segurança e qualidade do cuidado (Brasil, 2017a). Dentre estas estratégias está a utilização de ferramentas de trabalho que servem para organizar, planejar, coordenar, administrar e controlar os serviços de saúde que são prestados aos usuários, família e comunidade (Bitencourt, Adamy, Argentina, 2020).

Partindo do princípio de que a enfermagem é a ciência do cuidado, e todo cuidado deve ser implementado com segurança, as atividades devem assegurar práticas de atenção à saúde de forma sistematizada. Neste contexto, o Processo de

Enfermagem (PE), atividade privativa do enfermeiro, é um importante aliado e está diretamente relacionado à qualificação da assistência de enfermagem nos procedimentos e na aplicação dos protocolos que envolvem a produção do cuidado e a sua interface com a segurança do paciente, fortalecendo a prática profissional (Adamy *et al.*, 2018).

A importância do enfermeiro nos Serviços de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde também é abordada na Portaria nº 2616 de 1998, a qual orienta que um dos membros executores deve ser **preferencialmente um enfermeiro** (Brasil, 1998, grifo nosso). Dentre as atividades dos membros executores estão elaborar, implementar, manter e avaliar PCIRAS, adequando às características e necessidades da instituição.

Nesse contexto, quais os requisitos mínimos devem compor os oito componentes essenciais de um Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde no Brasil?

## 2 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde.

### 2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os requisitos mínimos de Prevenção e Controle de Infecções aplicáveis na Atenção Primária à Saúde, por meio de uma análise documental;
- Construir o conteúdo a compor o Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde;
- Validar o conteúdo do Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 QUALIDADE E SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Historicamente, Hipócrates (460 a 370 a.C.) evocava o princípio “*Primum non nocere*”, que significa “primeiro não cause dano”. Na bioética, esse princípio parte do pressuposto dever de não fazer qualquer mal a outra pessoa, não causando danos ou o colocando em risco (Dalcin *et al.*, 2020).

Florence Nightingale, enfermeira inglesa que trabalhou na Guerra da Criméia no século XIX (1853 a 1856), também deixou seu marco histórico. Como profissional de saúde, Florence já se empenhava na busca pela qualidade e segurança do paciente, através do cuidado aos soldados e atentando para as condições ambientais que afetavam a qualidade nos cuidados prestados (Dalcin *et al.*, 2020).

No mesmo século, o médico obstetra Ignaz Semmelweis, também contribuiu para uma assistência de qualidade e segurança ao descobrir que a incidência de “febre puerperal” poderia ser drasticamente reduzida nas enfermarias obstétricas com a introdução da prática da higienização das mãos com solução clorada (Dalcin *et al.*, 2020).

Definitivamente, um serviço de saúde não pode ser de qualidade se os riscos de dano não estiverem reduzidos e controlados. Entretanto, a ANVISA reconhece que é complexo e crescente o desafio para impedir danos aos usuários dos serviços de saúde, associados aos cuidados, processos, estruturas e contextos que envolvem a assistência. Além disso, a segurança é algo peculiar, pois foca a ausência de dano em vez da produção de algum benefício direto (Brasil, 2017c).

A melhoria contínua da qualidade e da segurança resumem-se em atividades de monitoramento (detecção de problemas e controle e manutenção das melhorias alcançadas); ciclos de melhoria (solução dos problemas de qualidade/segurança); e planejamento ou desenho da qualidade (prevenção do aparecimento de problemas decorrentes dos processos implantados) (Brasil, 2017a).

A nível mundial, o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030, da OMS, está estruturado a partir de sete objetivos estratégicos que podem ser alcançados por meio de 35 estratégias. A Atenção Primária a Saúde é destacadamente mencionada pela OMS no objetivo estratégico número 3 - Segurança dos Processos Clínicos. Dentre as estratégias está a seguinte: “Garantir a segurança

dos pacientes em todos os ambientes, inclusive nos ambientes de saúde mental e cuidados domiciliares, com foco na APS e em transições de cuidados” (OMS, 2021).

Para que seja possível o alcance deste objetivo através a implementação da estratégia no âmbito da APS, a OMS descreve como ações a serem adotadas pelos governos:

Estender as intervenções do sistema de segurança do paciente, como relatórios e sistemas de aprendizagem, integração de tecnologias digitais, cultura de segurança e envolvimento do paciente em todo o tratamento contínuo, incluindo atenção primária (OMS, 2021, p. 38).

Considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados-Membros da OMS, a ANVISA instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Esta portaria, considera que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente englobam princípios e diretrizes, tais como a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco, a integração com todos processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde, as melhores evidências disponíveis, entre outros (Brasil, 2013b).

No âmbito do Ministério da Saúde, a partir da publicação desta portaria fica instituído o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), instância colegiada, de caráter consultivo, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde, tais como propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas (Brasil, 2013a).

Neste mesmo ano, a ANVISA publicou a Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013, que se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, e de ensino e pesquisa. No documento, foram lançados seis protocolos básicos a serem implementados nas instituições de saúde: prática de higiene das mãos, de identificação do paciente, de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, prevenção de queda, prevenção de úlcera por pressão e cirurgia segura. A Resolução ainda dispõe sobre a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NPS), que no caso de serviços públicos ambulatoriais pode ser uma para cada serviço de saúde ou um para conjunto desses, conforme decisão do gestor local do Sistema Único de Saúde; a elaboração do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, com estratégias e ações de gestão de risco,

conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço; e a vigilância, monitoramento e notificação de eventos adversos (Brasil, 2013a).

Para fins conceituais, os eventos adversos são classificados como incidentes que resultam em danos à saúde. Para melhor compreensão vale citar estas outras duas definições: dano é todo o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo; e incidente é todo evento ou circunstância que poderia ter causado ou causou um dano (Brasil, 2013a).

Dentre as ações do Plano de Segurança, a resolução orienta que estejam contempladas estratégias de prevenção e controle de infecção, as quais coadunam com os componentes essenciais para a construção do PCIRAS já citados pela OMS, tais como: higiene das mãos; segurança na administração de medicamentos; segurança no uso de equipamentos e materiais; prevenção e controle de eventos das infecções relacionadas à assistência à saúde; estímulo à participação do paciente e dos familiares na assistência prestada; e promoção do ambiente seguro (Brasil, 2013a).

Nesta perspectiva, do cuidado seguro e com qualidade, cada vez mais podemos observar enfermeiros protagonizando e liderando grandes avanços em todo o mundo.

Criada no ano de 2006, a Red Internacional de Enfermería y Seguridad de Pacientes (RIENSEP) inspirou o Brasil a criar a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), consolidada no ano de 2008 na cidade de São Paulo. Com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade, um grupo de enfermeiros oriundos da assistência e da academia deram início aos trabalhos. Atualmente a REBRAENSP congrega profissionais, estudantes e voluntários, de enfermagem e de outras áreas interessados no tema, desenvolvendo atividades presenciais e virtuais pela causa da Segurança do Paciente (REBRANSP, 2022).

Desta forma, conclui-se que a discussão sobre segurança do paciente no Brasil não é recente, visto que o Programa Nacional de Segurança do Paciente completa no ano de 2023 dez anos após sua publicação. Contudo, dados de uma pesquisa nacional realizada pela ANVISA no ano de 2021, com 19 respondentes, revelam que apenas 60% dos Núcleos de Segurança do Paciente das Vigilâncias Sanitárias (estadual/distrital/municipal) está instituído formalmente, 9% possuem regimento

interno, 53,85% possuem um plano publicado contendo ações relacionadas a segurança do paciente (Brasil, 2021b).

No Estado de Santa Catarina, somente em setembro de 2022 foi publicada pela CECISS a Nota Técnica Nº 004/2022 emitida pela Diretoria de APS, Superintendência de Planejamento em Saúde, Comitê Estadual de Segurança do Paciente, Superintendência de Vigilância em Saúde e Secretaria de Estado da Saúde, recomendando fortemente a composição e atuação de Núcleos de Segurança do Paciente nos Municípios e orientando as ações da Segurança do Paciente na Atenção Primária (Santa Catarina, 2022).

Este documento recomenda fortemente aos municípios, por meio de suas Secretarias de Saúde, a compor o seu Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) de acordo com a realidade local. No caso de serviços públicos ambulatoriais há autonomia para a constituição de um NSP para cada Unidade Básica de Saúde ou um único para o conjunto dessas. A nota destaca que o objetivo de constituir o NSP é garantir visibilidade à temática introduzida na Portaria Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, sensibilizando os gestores e os profissionais de saúde para o fato de que, como nos hospitais, na APS também ocorrem eventos adversos, que são um problema de saúde pública mundial. Dentre as recomendações, destaca-se a definição quanto aos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente e Fluxo de Notificação de Incidentes e Evento Adversos no Sistema NOTIVISA (Santa Catarina, 2022).

Dentre os eventos adversos, os possíveis desfechos negativos decorrentes das IRAS justificam todos os esforços para a prevenção e o controle, em todos os níveis de atenção à saúde.

### 3.2 PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DA RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA

Segundo a OMS (2016), as IRAS representam eventos adversos frequentes na prestação de cuidados de saúde e são um importante problema de saúde pública com impacto na morbidade, mortalidade e qualidade de vida das pessoas acometidas. Além disso, essas infecções também apresentam um ônus econômico significativo e podem resultar no aumento do uso de agentes antimicrobianos, alimentando assim o problema da RM.

Equivale à RM a capacidade de um microrganismo resistir à ação de um agente antimicrobiano, decorrente da sua adaptação ao meio ambiente. Em outras palavras, o antimicrobiano reduz ou perde totalmente o poder de cura ou prevenção da infecção causada por aquele microrganismo (Brasil, 2021a).

A definição de IRAS tem como marco principal o procedimento ou internação ao qual o paciente foi submetido, e além disso, a ANVISA destaca a importância de considerar o período de incubação dos microrganismos, da seguinte forma: quando o período de incubação do microrganismo causador da infecção é desconhecido e não há evidência clínica ou laboratorial de infecção no momento do procedimento de assistência à saúde, convencionam-se como IRAS toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir da realização do procedimento, para pacientes internados e ambulatoriais. Ainda, no caso de o período de incubação do microrganismo causador da infecção ser desconhecido e não houver evidência clínica ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, convencionam-se como IRAS toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir do terceiro dia de internação (Brasil, 2021a).

As mortes em decorrência das IRAS aumentam de duas a três vezes quando os agentes causadores são microrganismos resistentes aos antimicrobianos. Além disso, as condições de saúde prévias do paciente afetam diretamente o desfecho, por isso quanto mais doentes e frágeis os pacientes ficam, maior se torna o risco de IRAS e suas consequências fatais (WHO, 2022b). Contudo, vale ressaltar que apesar de frequentes, uma grande porcentagem das IRAS é evitável por meio de medidas eficazes de prevenção e controle de infecção (OMS, 2016).

No ano de 2022, a OMS publicou o primeiro relatório mundial sobre prevenção e controle de infecções, fornecendo uma análise da situação global dos danos causados aos pacientes e profissionais de saúde decorrentes de IRAS e RM (WHO, 2022b).

O relatório traz dados de diversos estudos, dentre os quais destaca-se que, aproximadamente um em cada quatro de todos os casos de sepse tratados em hospitais são associados a cuidados de saúde. Neste documento, os especialistas também enfatizam que a pandemia do COVID-19 fortaleceu a importância dos ambientes de prestação de cuidados de saúde na propagação das doenças infectocontagiosas. De acordo com diferentes estudos, entre os pacientes hospitalizados com COVID-19 confirmado, até a 41% foram infectados em ambientes

de cuidados de saúde e a prevalência da infecção entre os profissionais de saúde variou de 0,3% a 43,3% (WHO, 2022b).

No Brasil, a ANVISA reconhece que a ocorrência de IRAS é uma condição prevalente nos serviços de saúde, levando ao uso das mais diversas classes de antimicrobianos em grandes proporções, o que favorece ainda mais a ocorrência da RM. Na versão vigente do Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência aos Antimicrobianos nos Serviços de Saúde (PAN - Serviços de Saúde) - 2023 a 2027, desenvolvido e monitorado pela Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde e ANVISA, o Brasil definiu os eixos, objetivos estratégicos, ações estratégicas e atividades para o enfrentamento deste grave problema de saúde pública mundial, com vistas à detecção, prevenção e redução da RM de forma eficiente e oportuna (Brasil, 2023b).

Para o monitoramento das IRAS e RM, a ANVISA juntamente com a GVIMS e a GGTES, em colaboração com a Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CNCIRAS) e a Câmara Técnica de Resistência Microbiana e validados pelas Coordenações Estaduais/distrital de Controle de Infecção definem anualmente quais indicadores deverão ser informados mensalmente pelos serviços de saúde de todo o país (Brasil, 2023a).

Isso significa que no início de cada ano, uma nova nota técnica é publicada descrevendo os indicadores que obrigatoriamente devem ser notificados. A publicação do ano de 2023 (Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01/2023) mantém a obrigatoriedade apenas para hospitais e serviços de diálise. Pelos hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulto, pediátrico ou neonatal, são reportados os seguintes dados: Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL) associada a um Cateter Venoso Central (CVC) e o perfil fenotípico dessas infecções; Infecção do Trato Urinário (ITU) associada à Cateter Vesical de Demora (CVD); Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV); Infecções de Sítio Cirúrgico; Dose Diária Definida (DDD) de Antimicrobianos; e consumo de sabonete líquido e preparação alcoólica para higiene das mãos (Brasil, 2023a).

### **3.2.1 Ações desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde para prevenção e controle das infecções relacionadas para assistência à saúde**

Referência para o mundo, a OMS deu início aos seus trabalhos em 7 de abril de 1948, data em que anualmente é celebrado o Dia Mundial da Saúde (WHO, 2022a).

O principal papel da agência é direcionar e coordenar a saúde internacional dentro do sistema das Nações Unidas. Desta forma, todos os países que são membros das Nações Unidas podem se tornar membros da OMS aceitando sua Constituição, sendo então agrupados de acordo com a distribuição regional. O Brasil é um dos países membros da OMS (WHO, 2022a). Nas Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), fundada no ano de 1902 atua como escritório regional da OMS, sendo a agência especializada em saúde do sistema interamericano (OPAS, 2022).

No ano de 2004 a OMS estabeleceu a “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”, com o objetivo de despertar a consciência e o comprometimento dos diversos países para o desenvolvimento de políticas públicas e práticas para segurança do paciente. Dentre inúmeras atividades desenvolvidas, estão os desafios globais, sendo o primeiro implantado em 2005, “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”, objetivando a prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) por meio da disseminação de um protocolo de higiene das mãos, considerada uma medida simples, de menor custo e menor complexidade, mas eficaz para a prevenção das infecções. Em 2009, a OMS definiu a data de 5 de maio como o dia Mundial de Higiene das Mãos, convidando os países membros e os serviços de saúde a comemorar anualmente esta data promovendo iniciativas sobre a temática higiene das mãos destinadas tanto aos profissionais de saúde como aos cidadãos (Brasil, 2017b).

Para alertar, sensibilizar e conscientizar serviços e governantes sobre o perigo do uso indiscriminado de antimicrobianos, o terceiro desafio Global foi lançado no ano de 2011 com a temática “Resistência Microbiana: nenhuma ação hoje, nenhuma cura amanhã” (Brasil, 2017b).

No ano de 2016 a OMS reconheceu como uma das principais prioridades de ação na agenda global de saúde, as ameaças representadas por epidemias, pandemias e RM, por representarem grandes desafios universais contínuos. O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas, destacam as ações de Prevenção e Controle de Infecções como uma estratégia-chave para o enfrentamento das ameaças à saúde pública mundial e como contribuinte para a prestação de serviços de saúde seguros,

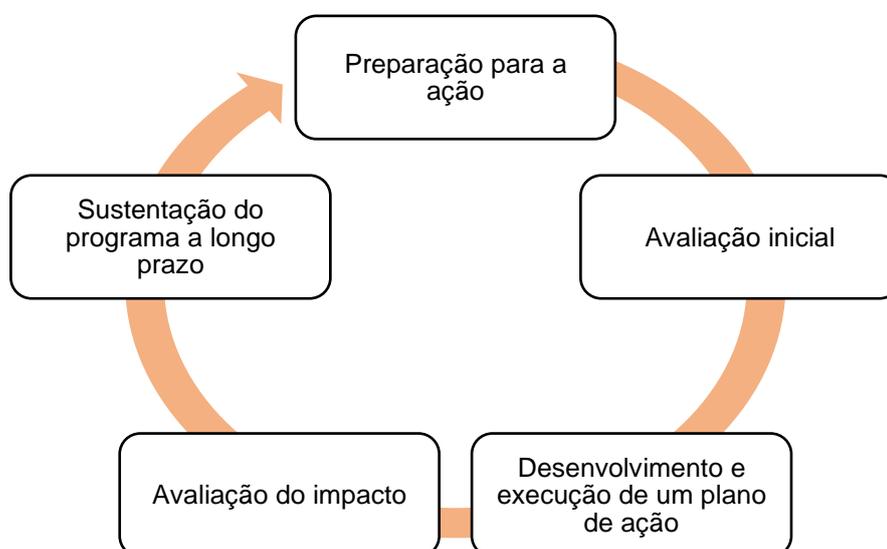
eficazes e de alta qualidade, com destaque especial aos aspectos relacionados à água, saneamento, higiene, qualidade e cobertura universal de saúde (OMS, 2016).

Considerando a complexidade neste contexto, as estratégias para prevenir IRAS devem ser abrangentes, envolvendo fatores humanos, questões de estrutura, água, saneamento, higiene, serviços, dentre outros. Para auxiliar os países nesta construção, a OMS publicou no ano de 2016 uma nova versão do documento “Orientações sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção em nível nacional e de serviços de saúde”, com recomendações baseadas em evidências atualizadas sobre os principais componentes dos PCIRAS (OMS, 2016).

Embora esta publicação tenha sido direcionada para estabelecimentos de cuidados de saúde agudos, a OMS acreditava que os princípios e componentes centrais são comuns a qualquer estabelecimento onde os cuidados de saúde sejam prestados, cabendo considerar adaptações para que sejam aplicáveis também em outros contextos, como na APS (OMS, 2016).

Nesta direção, e para auxiliar as instituições na construção do PCIRAS, a OMS (2018) lançou um manual prático de apoio à implementação nacional dos componentes essenciais que tinha por objetivo “Aprimorar a prevenção e o controle de infecção nos serviços de saúde”, elenca cinco etapas para a construção ou melhoria dos PCIRAS já existentes, conforme Figura 2 e texto a seguir:

*Figura 2 - Representação gráfica das cinco etapas para construção ou melhoria dos PCIRAS.*



*Fonte: Elaborada pelos autores (2023), com base na OMS (2018).*

1. Preparação para a ação: familiarização acerca das ações já desenvolvidas no país e no âmbito regional que podem influenciar a receptividade dos profissionais da instituição de saúde a qual se destina; envolvimento e sensibilização das lideranças das unidades de saúde através de reuniões e discussões; envolvimento das partes interessadas (incluindo potenciais defensores/líderes de opinião); identificar possíveis recursos humanos e financeiros para apoiar e sustentar o trabalho (quando necessário) e apresentar à liderança/gerentes; definir quais outros programas já existentes tem ligação com as ações de prevenção e controle de IRAS e fazer as conexões necessárias com esses grupos; explorar os dados existentes acerca da situação atual do PCIRAS.

2. Avaliação inicial: familiarização com o “*Infection Prevention and Control Assessment Framework*” (IPCAF), em português Esquema de Avaliação de Prevenção e Controle de Infecção; definição do método de utilização inicial e a frequência de repetição (minimamente anual); aplicação do IPCAF e análise dos dados, identificando as prioridades.

3. Desenvolvimento e execução de um plano de ação: definição de ações utilizando estratégias multimodais, responsabilidades, cronogramas, orçamentos, conhecimentos especializados necessários e datas de revisão para cada componente essencial a ser implementado com base nas necessidades reais.

4. Avaliação do impacto: envolve o acompanhamento do progresso, através da revisão do plano de ação e a repetição da avaliação realizada na etapa dois, o que identificará as melhorias alcançadas e onde ainda existem lacunas, fornecendo a base para a etapa 5.

5. Sustentação do programa a longo prazo: revisar e melhorar regularmente o PCIRAS com novas ações (por exemplo, projetos, temas, campanhas) para promover a institucionalização das melhorias.

Nos últimos anos e em virtude do crescimento da resistência microbiana a nível global, os órgãos, organizações, agências e instituições têm revisado os instrumentos de avaliação das ações de prevenção e controle de infecção.

Nesse sentido, a para a construção ou revisão do PCIRAS, a OMS elencou oito componentes essenciais, disponíveis nos documentos “Orientações sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção em nível

nacional e de serviços de saúde” e “Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção” (OMS, 2019).

Cabe destacar que a OMS chama a atenção para o fato de que a lista numerada de componentes essenciais **não tem a intenção de ser uma ordem de classificação da importância de cada componente**, ou seja, dependendo do contexto e de lacunas identificadas pode ser definido pela priorização de componentes específicos (OMS, 2019, grifo nosso).

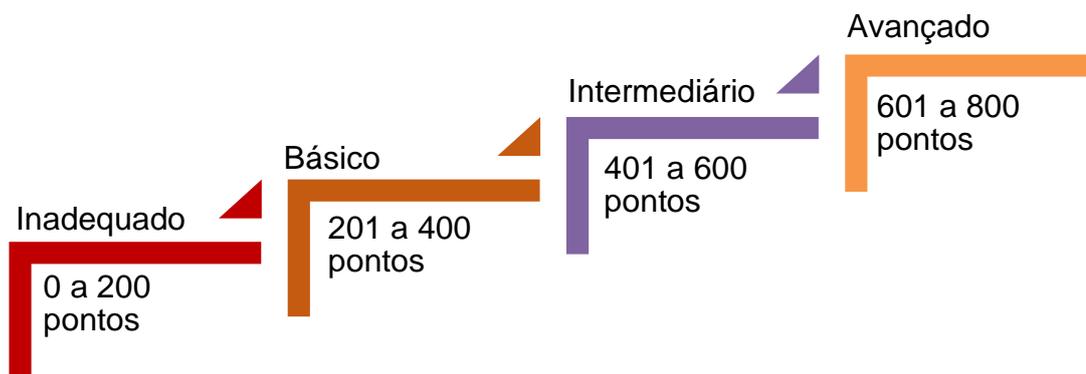
No documento original mencionado acima, os requisitos mínimos para cada componente são separados de acordo com cada nível de atenção à saúde (primária, secundária e terciária). Contudo, apenas para a atenção terciária existe desde o ano de 2018 um instrumento mundial de avaliação das atividades do PCIRAS em hospitais, o IPCAF - “*Infection Prevention and Control Assessment Framework*” (WHO, 2018).

A ANVISA traduziu e adaptou o IPCAF, em português “Esquema de Avaliação de Prevenção e Controle de Infecção” e iniciou a aplicação no ano de 2019, mantendo desde então a periodicidade bianual para instituições hospitalares (Brasil, 2022a).

A seguir iremos discorrer sobre a estrutura do único instrumento existente e validado para avaliação da implementação dos componentes essenciais dos PCIRAS de acordo com as recomendações internacionais, denominado “*Infection Prevention and Control Assessment Framework (IPCAF)*”, em português Esquema de Avaliação de Prevenção e Controle de Infecção (WHO, 2018; Brasil, 2022a).

O IPCAF é um questionário estruturado contendo 81 perguntas de formato fechado com um sistema de pontuação associado, que inclui oito seções correspondentes aos componentes essenciais. Os pontos são atribuídos às respostas individuais de cada questão, sendo proporcional a importância da questão/resposta no contexto do respectivo componente essencial. Em cada seção uma pontuação máxima de 100 pontos pode ser alcançada. Depois de responder a todas as perguntas de uma seção, a pontuação pode ser calculada somando os pontos de cada opção escolhida. Com base na pontuação geral alcançada nos oito componentes essenciais a instituição é classificada em um dos quatro níveis de PCIRAS (OMS, 2018):

Figura 3 - Representação gráfica dos níveis de PCIRAS



Fonte: Elaborado pelos autores (2023), com base na OMS (2018).

- Inadequado (0 a 200 pontos): a implementação dos componentes essenciais do PCIRAS é deficiente. É necessária uma melhoria significativa.
- Básico (201 a 400 pontos): alguns aspectos dos componentes essenciais estão estabelecidos, mas não estão suficientemente implementados. Melhorias adicionais são necessárias.
- Intermediário (401 a 600 pontos): a maioria dos aspectos dos componentes essenciais estão adequadamente implementados. O estabelecimento de saúde deve continuar a melhorar o escopo e a qualidade da implementação e se concentrar no desenvolvimento de planos de longo prazo para manter e promover ainda mais as atuais atividades do PCIRAS.
- Avançado (601 a 800 pontos): os componentes essenciais estão totalmente implementados de acordo com as recomendações da OMS e apropriados às necessidades do estabelecimento de saúde.

No que diz respeito aos níveis de atenção primária e secundária até então, a OMS não publicou nenhum instrumento de avaliação das atividades de prevenção e controle de IRAS.

No Brasil, para o nível da APS a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aplicou e publicou no ano de 2022 os resultados do “Inquérito de avaliação nacional das estratégias para o controle de infecções e o gerenciamento do uso de antimicrobianos na APS” (ANVISA, 2022).

Desta forma, não existe um IPCAF construído para APS, entretanto, no documento “Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção”

a OMS (2019) elenca os seguintes requisitos para cada componente essencial. A seguir, discorre-se sobre estes requisitos, os quais foram traduzidos pela ANVISA no ano de 2022, porém não constam em documentos produzidos nacionalmente.

1. Programas de Prevenção e Controle de Infecções: Agente de saúde treinado em prevenção e controle de IRAS: pessoa de ligação treinada e com tempo dedicado (meio período) em cada unidade de APS; um agente de saúde treinado do próximo nível administrativo (por exemplo, município) para supervisionar os profissionais de ligação nas unidades de atenção primária à saúde; Intervenções de prevenção e controle de IRAS incluídas no plano anual da unidade de saúde; Nas unidades com mais de 10 profissionais de saúde, a pessoa de ligação deve ser responsável pelas seguintes funções relacionadas à prevenção e controle de IRAS: aconselhar sobre a aquisição e manutenção de equipamentos e materiais; monitorar e supervisionar as atividades; fazer a ligação com os coordenadores do próximo nível administrativo; ligação com o sistema regular de notificação de doenças para relato de eventos incomuns; Nas unidades com menos de 10 profissionais de saúde, a pessoa de ligação pode ter algumas das funções mencionadas acima, mas, em geral, será necessário mais apoio do agente municipal, especialmente para atividades de monitoramento.

2. Diretrizes de prevenção e controle de infecção: Diretrizes, baseadas em evidências, adaptadas ao contexto local e revisadas pelo menos a cada cinco anos; Procedimentos operacionais padrão (POPs) adaptados aos serviços de saúde e monitorados, com base em evidências e nas orientações nacionais, sendo minimamente os seguintes: higienização das mãos; descontaminação de produtos de saúde e equipamentos de atendimento ao paciente; limpeza ambiental; gestão de resíduos; segurança de injeção; proteção de profissionais da saúde (por exemplo: profilaxia pós-exposição, vacinações); técnicas assépticas; triagem de pacientes com infecção; princípios básicos de precauções padrão e baseadas na transmissão; Monitoramento da adesão de pelo menos algumas das orientações/POPs para avaliar a efetividade e auxiliar nos ajustes e melhorias das estratégias de implementação.

3. Educação e treinamento em prevenção e controle de infecções: Todo o pessoal clínico e de limpeza da linha de frente deve receber educação e treinamento sobre as orientações/POP de prevenção e controle de IRAS da unidade na contratação; Todas as pessoas de ligação na APS e agentes de prevenção e controle de IRAS em nível municipal (ou outro nível administrativo) precisam receber treinamento específico; As

peças de ligação na APS devem fornecer supervisão no trabalho/mentoria para profissionais de saúde e limpeza em suas unidades de saúde; A educação dos pacientes e familiares também deve ser considerada. Em especial, sempre que os familiares assumem atividades de cuidado, eles devem receber treinamento para protegerem-se a si mesmos e a seus entes queridos e, assim, minimizar qualquer possibilidade de transmissão cruzada. A educação do paciente e da família nas unidades de saúde pode também estimular o uso de medidas de higiene adequadas na comunidade, como lavar as mãos.

4. Vigilância de infecções associadas aos cuidados de saúde: Vigilância das IRAS não é necessária como um requisito mínimo no nível da APS, mas deve seguir os planos nacionais ou estaduais, se disponíveis (por exemplo, a detecção e a notificação de surtos que afetam a comunidade geralmente estão incluídas nos planos nacionais).

5. Estratégias multimodais para implementar atividades de prevenção e controle de infecções: Minimamente implementar intervenções para melhorar a higiene de mãos, a administração segura de injetáveis, limpeza e desinfecção de instrumentos e produtos de saúde e a limpeza ambiental.

6. Monitoramento, auditoria e feedback: O monitoramento dos indicadores estruturais e de processo de prevenção e controle de IRAS deve ser implementado em nível da APS, com base nas prioridades identificadas nos outros componentes essenciais. Isso requer decisões em nível nacional e apoio à implementação em nível local; apesar disso, a OMS recomenda fortemente que o monitoramento da higiene das mãos, iniciando pela infraestrutura (por exemplo, disponibilidade de locais de higienização das mãos nos pontos de atendimento) e se possível ampliar para o padrão ouro de monitoramento da conformidade, através da observação da prática de higienização das mãos.

7. Carga de trabalho: As decisões referentes à carga de trabalho, pessoal e ocupação de leitos estão sob responsabilidade da alta gestão e dos diretores. No entanto, este componente essencial objetiva a busca da compreensão das evidências acerca do tema por parte dos responsáveis pela prevenção e controle de IRAS, a fim de influenciar os tomadores de decisão; A fim de reduzir a superlotação, a avaliação e o desenvolvimento de um plano apropriado para otimização dos níveis de pessoal devem considerar a utilização de sistemas de fluxo de pacientes, de triagem (incluindo de referência) e de gerenciamento de consultas, de acordo com as orientações existentes, se disponíveis.

8. Estrutura física, materiais e equipamentos: A água deve estar sempre disponível, oriunda de uma fonte confiável, como um poço artesiano profundo ou um abastecimento de água encanada tratada e gerenciada com segurança; No mínimo dois banheiros funcionais e equipados com unidades de higiene menstrual devem estar disponíveis, um para pacientes e outro para funcionários; Instalações funcionais com toda a infraestrutura e insumos de higiene de mãos devem estar sempre disponíveis em pontos de atendimento/banheiros; Lixeiras suficientes e devidamente rotuladas para a separação de resíduos de saúde devem estar disponíveis a menos de 5 metros do ponto de geração); os resíduos devem ser tratados e descartados com segurança; O layout do serviço de saúde deve permitir ventilação natural adequada, local para descontaminação de produtos de saúde reutilizáveis, triagem e espaço para coorte/isolamento/separação física temporária de pacientes; Suprimentos e equipamentos suficientes e adequados para limpeza e desinfecção ambiental, processamento e esterilização de materiais, equipamentos de proteção individual (EPI); fonte de força/energia e iluminação disponível durante o horário de trabalho para a prestação de cuidados e execução de todas as medidas básicas de prevenção e controle de IRAS.

### **3.2.2 Ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária para prevenção e controle das infecções relacionadas para assistência à saúde**

A Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 15, inciso XI, dispõe sobre a atribuição da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de exercer, em seu âmbito administrativo, a elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública (Brasil, 1990).

Criada no ano de 1999, vinculada ao Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é a autarquia responsável pelas ações de prevenção e controle de IRAS em todo território brasileiro. Um marco histórico foi a assinatura da Declaração de Compromisso na Luta contra as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, pelo Ministro da Saúde em 2007, firmando o compromisso do Brasil junto à OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (Brasil, 2017a).

A Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – CNCIRAS foi instituída em 15 de agosto de 2012, através da publicação da Portaria nº 1.218, com a finalidade de assessorar a Diretoria Colegiada na elaboração de diretrizes, normas e medidas para prevenção. Integram esta comissão representantes da ANVISA, do Ministério da Saúde, das Coordenações Estaduais/Distrital e Municipais de Controle de Infecção Hospitalar, especialistas em controle de infecção hospitalar, entidades representativas de infectologistas e profissionais que atuam com o controle de infecção hospitalar e universidades. Uma das principais atividades da CNCIRAS foi à elaboração do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – PNPCIRAS, visando a redução da incidência de IRAS e RM em todo o território nacional (Santa Catarina, 2016).

Na versão vigente do PNPCIRAS uma das metas é o alcance da redução das densidades de incidência de infecção primária da corrente sanguínea associada à cateter central (Brasil, 2021a).

Na segunda versão publicada no ano de 2016, com vigência até 2020, o objetivo principal foi a redução da incidência de IRAS em serviços de saúde e prevenção e controle da disseminação da resistência microbiana (RM) em serviços de saúde. Foram realizadas várias frentes de trabalho, incluindo revisão, elaboração e publicação de materiais técnicos sobre a prevenção e controle de IRAS; desenvolvimento de estratégias para a implantação e monitoramento dos protocolos de prevenção de IRAS pelos serviços de saúde; parcerias com as associações, sociedades científicas e conselhos profissionais para a divulgação e implementação de guias de recomendação, entre outras. Neste período, destaca-se um avanço nacional expressivo na prevenção e no controle dessas infecções, refletido na redução das taxas nacionais das IRAS prioritárias nas unidades de terapia intensiva (UTI) adulto, pediátrica e neonatal (Brasil, 2021a).

Em decorrência da OMS ter reconhecido como desafio global a emergência e a propagação da resistência microbiana, no ano de 2017 a ANVISA publicou o Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência Microbiana nos Serviços de Saúde e a Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde (Brasil, 2021a).

Para o PNPCIRAS lançado no ano de 2021 com vigência até 2025, a ANVISA considerou a avaliação dos resultados alcançados pelo programa anterior e as

melhores evidências científicas disponíveis. Vale salientar que dentro da Agência, a Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS) e a Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES) são responsáveis pela coordenação do PNPCIRAS e também coordenam nacionalmente as ações previstas no Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, onde já estão previstos alguns indicadores e metas relacionados à prevenção e ao controle das IRAS e RM, o que vincula o PNPCIRAS às ações nacionais para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Desta forma, o PNPCIRAS é submetido a avaliações periódicas e sistemáticas, por meio da Ferramenta Nacional de Avaliação do Programa de Prevenção e Controle de Infecções (*National Infection Prevention and Control Assessment Tool 2 – IPCAT2*) da OMS. Esta ferramenta é projetada para determinar os principais componentes de PCIRAS já existentes (pontos fortes) e identificar lacunas ou fragilidades, com o objetivo de apoiar a implementação das ações (Brasil, 2021a).

Baseada nos oito componentes essenciais da OMS, no ano de 2021 a ANVISA realizou uma avaliação nacional dos PCIRAS dos hospitais brasileiros, por meio de um formulário eletrônico. Participaram 2247 hospitais, representando menos de 50% do total de hospitais brasileiros. Dentre os respondentes, 63,24% foram classificados com níveis avançados de PCIRAS, o que significa que os componentes essenciais estão totalmente implantados; 30,40% estão no nível intermediário, ou seja, parcialmente implantados; e 6,36% foi classificado como básico ou inadequado. O estado de Santa Catarina apresentou nível avançado em todos os componentes avaliados. Contudo, a ANVISA destaca que estes dados devem ser analisados com cautela, por diversos motivos, dentre eles o fato de se tratar de uma autoavaliação e o temor existente entre os profissionais de saúde de informarem dados negativos em relação aos seus serviços (Brasil, 2022a).

### **3.2.3 Ações desenvolvidas pelo Estado de Santa Catarina para prevenção e controle das infecções relacionadas para assistência à saúde**

A partir do levantamento de informações de saúde por região e macrorregião do Estado, a Secretaria de Estado da Saúde conduzido por um grupo de trabalho, realizou-se uma análise situacional e amplo debate, definindo o Plano Estadual de Saúde (PES) com vigência 2020 a 2023, contendo os problemas prioritários a serem

superados, bem como os objetivos e metas. Quanto à prevenção de controle de infecções, o PES cita o PNPCIRAS e menciona a IRAS e RM apenas no contexto hospitalar (Santa Catarina, 2019b).

Vinculada a Superintendência de Vigilância em Saúde/ Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, a Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CECISS) do Estado de Santa Catarina foi oficializada por meio da Portaria SES nº 540/08 de 27 de agosto de 2008. Com caráter técnico, científico, normativo, ético, educativo e de assessoria, atua na vigilância epidemiológica que é um dos componentes essenciais dos PCIRAS, no fortalecimento das ações de prevenção e controle de IRAS e RM, no monitoramento de indicadores e na ocorrência de surtos dos serviços de saúde (Santa Catarina, 2019b).

Apesar de não haver um PCIRAS estruturado para o Estado, a CECISS estabelece, recomenda e orienta as instituições e os profissionais de saúde através de notas técnicas, fundamentadas nas recomendações da OMS e ANVISA, adaptadas à realidade de Santa Catarina.

No ano de 2016, com base nos cenários epidemiológicos da resistência microbiana nacional e na realidade dos serviços de saúde no Estado de Santa Catarina, a CECISS publicou a Nota Técnica 01/2016 estabelecendo o Plano de Gerenciamento das ações de Prevenção e Controle de Resistência Microbiana em Serviços de Saúde para redução das IRAS e RM e, orientando quanto ao diagnóstico laboratorial e fluxo de encaminhamento das bactérias multirresistentes ao LACEN/SC Laboratório Central de Saúde Pública de Santa Catarina (Santa Catarina, 2016).

### 3.3 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído no ano de 2013 através da Portaria nº 529, contudo somente em 2017 a Segurança do Paciente foi oficialmente incluída na Portaria nº 2.436 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2013b; Brasil, 2017c).

No contexto da APS a assistência é ofertada por uma equipe multiprofissional, sendo descritas detalhadamente na PNAB as responsabilidades para cada categoria profissional, individuais e coletivas. Quanto aos enfermeiros, a portaria descreve atividades privativas, como a consulta de enfermagem e prescrição de medicamentos,

e traz também as atribuições de gestão e liderança tais como o planejamento, o controle de insumos e a educação permanente e continuada da equipe (Brasil, 2017c).

Para a melhoria da segurança do paciente nos serviços de APS, permanece a necessidade do fortalecimento e divulgação de iniciativas que promovam um cuidado seguro, conforme demonstra uma revisão de escopo desenvolvida por Dalla Nora e Beghetto (2020). Neste estudo os autores utilizaram 26 publicações científicas realizadas entre os anos de 2002 e 2019 e evidenciaram que são muitos os desafios para implementação da segurança do paciente na APS. Contudo, para o enfrentamento desses desafios foram identificadas as seguintes estratégias que os autores consideram como potencializadoras do cuidado seguro em saúde: formação em serviço, envolvimento do usuário, utilização da tecnologia, realização de novas pesquisas, cultura não punitiva, auditorias, protocolos, recursos humanos e estrutura física.

Em um estudo qualitativo realizado por Silva *et al.*, (2022) envolvendo profissionais de enfermagem de doze equipes (técnicos e enfermeiros) de Estratégias de Saúde da Família (ESF) no Centro-Oeste de Minas Gerais, os resultados encontrados evidenciaram que a segurança do paciente foi percebida como essencial à assistência ao usuário e intimamente ligada à segurança do profissional, contudo os protocolos básicos previstos pela PNSP são desconhecidos pelas equipes estudadas.

Os participantes deste estudo descreveram incidentes reais (incluindo eventos adversos) ocorridos durante a sua jornada de trabalho e relataram as dificuldades percebidas que impactam de forma negativa nos processos de trabalho. A partir da avaliação destes dados os autores do estudo concluíram que para reduzir a ocorrência de incidentes e melhorar a segurança na APS é imprescindível um esforço conjunto da gestão e dos profissionais de saúde envolvidos na assistência, destacando-se entre as necessidades as seguintes: educação permanente e continuada sobre segurança do paciente; comunicação efetiva entre os diferentes níveis de gerenciamento envolvendo a tomada de decisões relacionadas ao ambiente e ao processo de trabalho; aquisição de insumos de qualidade; adequação da estrutura física; inclusão dos pacientes na construção de estratégias de segurança (Silva *et al*, 2022).

Um estudo observacional, descritivo e prospectivo, desenvolvido em treze ESF de uma microrregião do Rio de Janeiro, buscou respostas sobre a ocorrência de incidentes na APS, os tipos e a gravidade. Para tanto, médicos e enfermeiros foram

convidados a registrar de forma anônima e confidencial, incidentes detectados durante o seu horário de trabalho. Em cinco meses de estudo, foram registrados 125 incidentes em 11.233 atendimentos, ou seja, a incidência envolvendo todos os incidentes foi de 1,11%. Destes, 0,9% atingiram os pacientes e causaram danos (eventos adversos), sendo 26% danos permanentes, 21% moderados e 15% mínimos (Marchon, Mendes, Pavão, 2015).

Uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem quanti-qualitativa, avaliou a cultura de segurança dos vinte e três enfermeiros que atuam na APS de um município da Região Metropolitana de Curitiba e encontrou os seguintes resultados: 69,6% enfermeiros concordam que neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria; 43,5% concordam e 30,4% concordam totalmente que é apenas por acaso que não são cometidos mais erros que afetam os pacientes; 47,8% concordaram e 13% concordam totalmente que neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado. Contudo, quando questionados sobre como classificariam os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham potencial de afetar pacientes, 56,5% consideraram como bom e 21,7% como razoável. Outro dado que chama a atenção nesta pesquisa é o fato de 47,4% dos participantes consideraram que os gestores ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes (Crisigiovanni, 2018).

Estudos que avaliam especificamente a ocorrência de IRAS não foram encontrados. Contudo, essas pesquisas demonstram que eventos adversos também fazem parte do dia a dia da APS e sua ocorrência é conscientemente percebida pelos profissionais, porém a cultura de segurança ainda precisa ser fortalecida neste nível de atenção à saúde, sendo um importante fator condicionador ao desenvolvimento de estratégias para melhoria da qualidade e redução de incidentes na APS, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde. Através da Portaria nº 2.436, em 21 de setembro de 2017, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica (AB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2017c).

A Portaria ressalta que a Atenção Básica (AB) é a principal porta de entrada dos pacientes ao SUS e por isso deve ser coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Desta forma, estratégias de Segurança do Paciente devem ser implantadas, através de planos locais que estimulem a prática

assistencial segura, envolvam os pacientes e criem barreiras para evitar erros, garantindo o cuidado centrado na pessoa e fornecendo melhoria contínua (Brasil, 2017c).

Dentre os itens que compõe a PNAB, destacamos para este estudo:

- Os requisitos mínimos de infraestrutura e ambientes devem ter como referência as normativas de infraestrutura vigentes;
- A composição da equipe e carga horária dos profissionais devem ser dimensionadas de acordo com população atendida;
- A integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde faz parte das atribuições que são de responsabilidade de todos os profissionais. Envolve práticas e processos de trabalho voltados para segurança do paciente, vigilância, prevenção e redução de riscos e eventos adversos e controle das doenças transmissíveis;
- Dentre as atribuições do Enfermeiro, está a de implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência;
- Para os processos de trabalho é fundamental o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações preveníveis, evitar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos;
- A formação e educação permanente em saúde deve ser parte do processo de trabalho das equipes, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde.

Desta maneira, a PNAB reforça o papel de destaque da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada do paciente e incorpora a este palco o tema Segurança do Paciente, em toda a sua complexidade nas diferentes realidades dentro do Brasil.

É indiscutível que a segurança do paciente é multifatorial e dependente de uma série de esforços e iniciativas para que se concretize, envolvendo: os gestores e os responsáveis pela estruturação de políticas públicas; a disponibilização de recursos humanos, financeiros, estruturas adequadas e pesquisas para que o conhecimento

evolua e se torne mais concreto; os profissionais da assistência direta e a equipe de apoio (de limpeza por exemplo); e cada pessoa que busca o serviço de saúde, no seu contexto familiar e na comunidade que está inserida.

A prevenção e o controle das IRAS têm interface com todos estes aspectos e envolvidos, e é especialmente e intimamente dependente dos profissionais da assistência direta e equipe de apoio, que são potencialmente os agentes da mudança.

Muitos estudos e manuais sobre o tema já foram desenvolvidos, assim como há séculos se conhece a importância da transmissão da infecção pelas mãos, da organização do cuidado e da criação de padrões de qualidade em saúde. No entanto, a OMS (2016) reconhece que diretrizes técnicas consistentes alinhadas com as melhores evidências disponíveis apesar de essenciais por si só não são suficientes para garantir sua adoção e a implementação de princípios científicos. Isso indica claramente que a necessidade de adaptação é um pré-requisito para a fornecer uma estrutura técnica que apoie o desempenho das boas práticas.

Considerando que o sistema de saúde em todas as suas esferas e especialmente na primeira linha de atendimento à saúde são responsáveis por minimizar os riscos e a implementação de medidas para a prevenção e controle de infecção e o uso consciente de antimicrobianos, no ano de 2022, a ANVISA realizou uma avaliação nacional das estratégias para o controle de infecções e o gerenciamento do uso de antimicrobianos na Atenção Primária à Saúde (ANVISA, 2022).

Esta pesquisa alcançou baixa adesão dos estabelecimentos, nacionalmente apenas 2,9% responderam e, em Santa Catarina a adesão foi ainda menor, somente 0,2%. Apesar disso, a Agência concluiu que os dados obtidos de forma geral evidenciam que nacionalmente o componente educacional deve ser trabalhado de forma a impulsionar as ações e subsidiar a disseminação do conhecimento. Neste aspecto, é importante destacar que 44,8% dos respondentes disseram que o serviço não possuía ações de educação permanente para seus profissionais, e dentre as dificuldades mais frequentemente elencadas estão: a falta de tempo para o desenvolvimento dessa atividade; a falta de profissional capacitado; a sobrecarga de trabalho; a falta de recursos audiovisuais; e a falta de material educativo sobre o tema (ANVISA, 2022).

É neste aspecto que a existência de um programa e práticas de prevenção e controle de IRAS no nível de Atenção Primária à Saúde (APS) contribui para a

segurança do paciente e a qualidade do cuidado, além de facilitar os vínculos com a comunidade, a disseminação dos princípios de prevenção e o envolvimento do paciente e da família (OMS, 2019).

No relatório mundial publicado em 2022, “*Global report on infection prevention and control*”, a OMS ressalta que o nível de APS é o primeiro ponto principal de entrada de patógenos infecciosos para o sistema de saúde. Mesmo para pacientes em boas condições de saúde, que procuram atendimento ou acessam serviços preventivos, como vacinação, por exemplo, existe o risco de serem infectados por uma IRAS. Isto por que, estes ambientes de assistência à saúde podem ser o ponto de entrada para surtos ou se tornarem amplificadores de transmissão de patógenos, com posterior disseminação de surtos para a comunidade (WHO, 2022a).

Desta forma, é fundamental estabelecer pelo menos um nível básico contendo requisitos mínimos de PCIRAS e triagem na APS para evitar infecção e disseminação de RM pelo sistema de saúde, incluindo surtos associados à assistência à saúde causados pela transmissão de pessoa para pessoa de patógenos emergentes ou reemergentes (OMS, 2019).

### 3.4 AS IMPLICAÇÕES DA DIMENSÃO GERENCIAL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES

Sousa *et al.*, (2020) destaca que os enfermeiros desenvolvem muitas ações que ultrapassam o cuidado individual, tais como a participação ativa nos processos de gestão e coordenação das ações estratégicas e programáticas, elaboração dos planos de contingência, protocolos assistenciais, protocolos operacionais padrão, gerenciamentos de pessoal e materiais, gerência e administração das unidades em todos os seus níveis de complexidade, educação continuada das equipes, formulação de indicadores em saúde e produção científica desenvolvendo pesquisas.

Além disso, Costa e Miranda (2008) enfatiza o papel fundamental do enfermeiro na reorganização estrutural e funcional dos serviços de saúde muitas vezes assumindo o papel de um mediador técnico e científico das transformações, tomando a linha de frente em relação aos demais profissionais de saúde, com uma visão de integralidade, acolhimento e com a capacidade de promover a interação e a associação entre os usuários, a equipe de saúde e a comunidade, nos diferentes cenários e níveis de saúde.

Nesta perspectiva, cabe ressaltar que o processo de cuidado não se inicia e nem se encerra na assistência direta ao usuário. Em se tratando da prevenção e controle de infecção, a gestão do cuidado em enfermagem afeta diretamente as atividades assistenciais, educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças com vistas a melhorar a qualidade dos serviços ofertados no sistema de saúde.

Nesse contexto, os enfermeiros dispõem, para o desenvolvimento do seu processo de trabalho, a Resolução número 358, do Conselho Federal de Enfermagem, publicada no ano de 2009, que trata da implementação do Processo de Enfermagem (PE) em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, públicos ou privados (COFEN, 2009).

Cabe destacar que recentemente no início do ano de 2024 o Conselho publicou a nova Resolução nº 736, onde descreve que o PE deve estar fundamentado em suporte teórico, incluindo a utilização de instrumentos de avaliação de predição de risco validados. A operacionalização do PE compreende a Consulta do Enfermeiro e se mantém dividida em cinco etapas inter-relacionadas, a saber: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução de enfermagem (COFEN, 2024).

Nesse sentido, a consulta do enfermeiro deve ser vista como um instrumento que pode contribuir para outras dimensões dos serviços de saúde, para além das questões assistenciais, pois as consultas dos enfermeiros geram diagnósticos de enfermagem, conteúdo para relatórios, e indicadores de saúde que são utilizados pelos serviços e gestores em todas as esferas, municipais, estaduais e nacionais.

Além disso, a dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro está relacionada com o planejamento, avaliação e monitoramento das ações em saúde e enfermagem. Para tanto, necessitamos de instrumentos que subsidiem a tomada de decisão e os planos de ação em todos os níveis de atenção à saúde.

De forma geral, do ponto de vista da mensuração, avaliação e compreensão do processo de cuidado, uma das ferramentas de avaliação qualitativa que vem sendo utilizada amplamente nas últimas décadas nos serviços de saúde, foi elaborada em 1980 por Avedis Donabedian que desenvolveu pressupostos conceituais divididos na tríade: Estrutura, Processo e Resultados (Alvim; Gazzinelli; Couto, 2021). Para a autora, a estrutura compreende fatores referentes às condições sob as quais o cuidado é prestado, o processo faz alusão ao conjunto de atividades desenvolvidas pelos profissionais que participam diretamente do cuidado prestado ao paciente, e o

resultado refere-se às mudanças (desejáveis ou indesejáveis) no estado de saúde dos indivíduos ou populações. Na perspectiva da avaliação da qualidade do cuidado pressupõe uma inter-relação entre estrutura, processo e resultado, ou seja, a estrutura apoia a execução do processo e o processo gera o resultado.

Na APS o enfermeiro desenvolve atividades gerenciais, clínico-assistenciais, educacionais e de pesquisas, conforme suas atribuições dispostas na PNAB. Pressupondo a realização de um cuidado sustentado pela ciência e pautado no uso das melhores evidências em saúde, exige-se destes profissionais uma constante busca pela qualidade do cuidado prestado, obtida não somente pelas vias de uma formação de qualidade, mas com a adoção de tecnologias e instrumentos que estabeleçam diretrizes que qualifiquem as suas práticas (COFEN, 2018).

Contudo, em se tratando da prevenção e controle de infecção, não existe atualmente a nível mundial um instrumento de avaliação que contemple requisitos mínimos para a Atenção Primária à Saúde, visto que o instrumento existente (IPCAF) se aplica apenas à atenção terciária.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

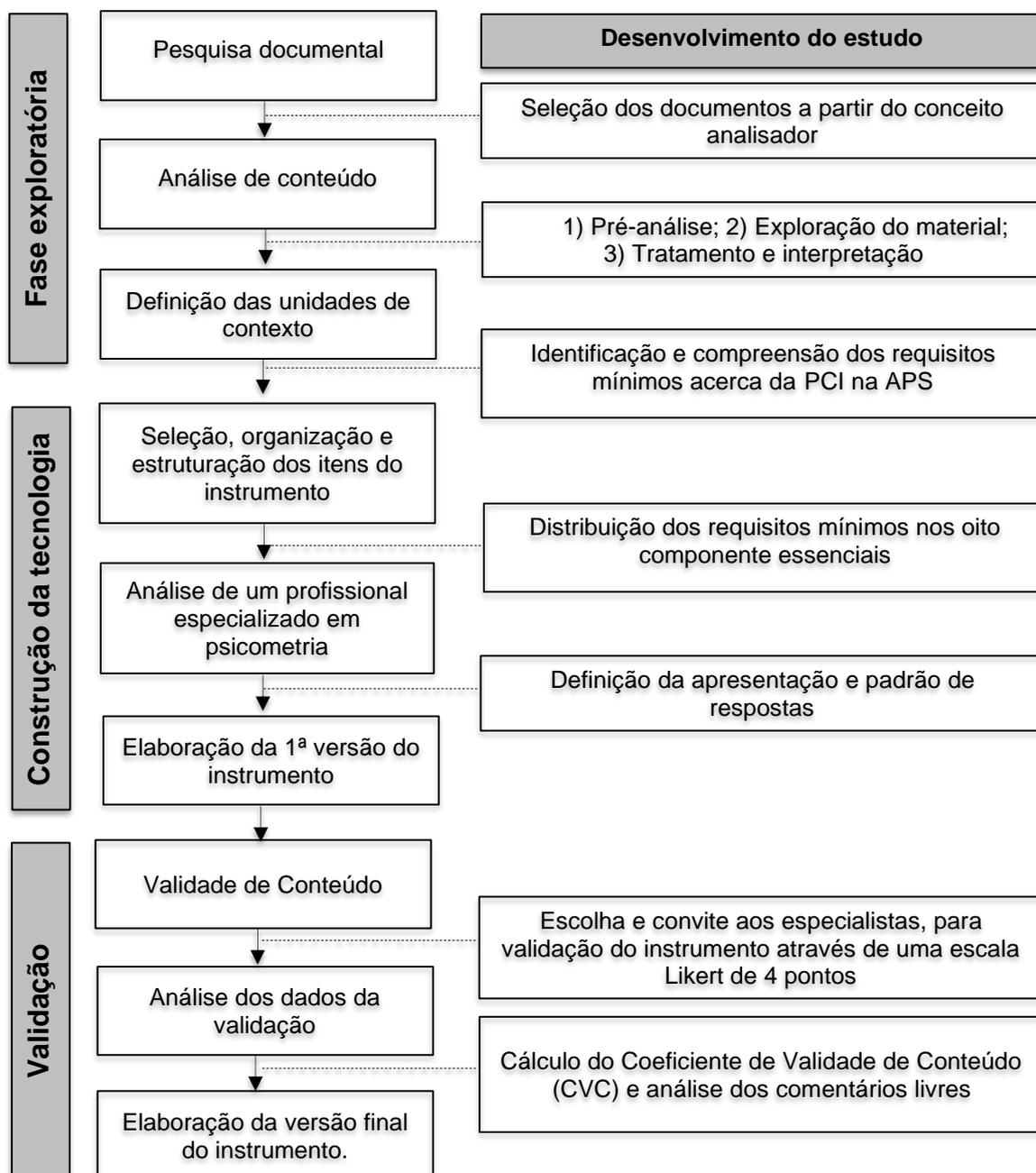
Pesquisa metodológica, que se constitui na produção, construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas confiáveis de pesquisa, que possam ser utilizados por outros pesquisadores a fim de elaborar um produto (Polit; Beck, 2018). A opção pela pesquisa metodológica foi devido a ela permitir desenvolver tecnologias cuidativo-educacionais e gerenciais (Teixeira; Nascimento, 2020).

De acordo com Polit e Beck (2018), a pesquisa aplicada é motivada a partir de uma necessidade existente, e tem como objetivo construir intervenções imediatas do problema.

### **4.2 ETAPAS DO ESTUDO**

As etapas da pesquisa metodológica selecionadas para este estudo, adaptadas de Polit e Beck (2018), Teixeira e Nascimento (2020): fase exploratória, construção da tecnologia, validação e publicização (Figura 4).

Figura 4 – Etapas da pesquisa metodológicas para o desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a APS



Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

#### 4.2.1 Fase exploratória

Nessa etapa realizou-se a análise documental em documentos oficiais nacionais e internacionais de livre acesso, com o objetivo de identificar e compreender os requisitos mínimos acerca da PCI na APS. Para Marconi; Lakatos (2008), a

pesquisa documental é caracterizada pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias.

A busca pelos documentos se deu no período de 01 a 30 de junho de 2023. A fim de garantir a credibilidade da pesquisa, os documentos foram localizados nos seguintes sites oficiais: Diário Oficial da União (DOU), Ministério da Saúde, ANVISA e OMS. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave para a busca dos documentos: Programa de Prevenção e Controle de Infecção, Prevenção e Controle de Infecção, Legislação, Antimicrobianos, Resíduos de Serviços de Saúde, Segurança do Paciente, Segurança do Trabalhador.

Os 26 documentos obtidos foram salvos em PDF para posterior análise de conteúdo. Destes, 15 apresentaram conteúdo compatível com o conceito analisador. Apenas um documento é originalmente no idioma inglês, Minimum Requirements for infection prevention and control programmes, contudo diante da existência de uma versão traduzida pela ANVISA, optou-se por utilizar a versão em português (WHO, 2019; OMS, 2019). Vale ressaltar que não foi necessário aplicar nenhum recorte temporal visto que todos os documentos vigentes foram analisados.

Para a compreensão dos documentos utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (2016). Este tipo de análise pode ser definido como uma operação ou um conjunto de operações que visam representar o conteúdo de um documento, com o propósito de se obter o máximo de informação (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo). Além disso, o autor destaca que a análise documental permite passar de um documento primário (bruto) para um documento secundário (representação do primeiro) e, tem como objetivo a representação condensada da informação para consulta e armazenamento.

Para a análise dos documentos foi utilizado como conceito analisador os oito componentes essenciais dos Programas de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, a saber: Programas de Prevenção e Controle de Infecção; Diretrizes de Prevenção e Controle de Infecção; Educação e treinamento de prevenção e controle de infecção; Vigilância de infecções relacionadas à assistência à saúde; Estratégias multimodais; Monitoramento, auditoria e feedback; Carga de trabalho, pessoal e ocupação de leito (somente nível de serviços de saúde); Infraestrutura, materiais e equipamentos para prevenção e controle de infecção (somente nível de serviço de saúde) (OMS, 2019).

Seguindo as etapas preconizadas por Bardin (2016), apresentamos a seguir a sua realização:

Fase 1 - Pré-análise: nesta fase foi realizada a leitura flutuante dos textos a fim de identificar a relação com o objeto de estudo, ou seja, identificar a homogeneidade dos documentos em relação aos oito componentes essenciais. Para isso foram delimitadas as unidades de codificação: palavras ou frases relacionadas aos oito componentes essenciais.

Fase 2 - Exploração do material: esta etapa consistiu em leitura aprofundada e criação de unidades de contexto, a fim de destacar e agregar os conteúdos brutos que possuíam informações pertinentes ao objetivo, segundo a frequência da presença ou da ausência de itens de sentido. Esta foi a etapa que mais demandou tempo, pois a forma como a legislação é descrita - abrangente e pouco detalhada – foram feitas muitas leituras e releituras do mesmo documento, além de discussões entre os pesquisadores para uma correta interpretação dos textos.

Fase 3 - Tratamento e interpretação: as unidades de contexto foram comparadas com os oito componentes essenciais e adaptadas de maneira a serem significativas e válidas para a construção do instrumento. A seguir, foi criada uma planilha no Microsoft Office Excel® com oito abas, cada uma correspondendo a um dos componentes essenciais.

Cada aba/componente essencial constitui-se de sete colunas, organizadas por ordem de abrangência documental, da seguinte maneira:

1ª coluna: requisitos mínimos eleitos pela OMS (2019) no documento “Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção”.

Nas colunas subsequentes buscou-se nos documentos nacionais elementos que corroboram com os requisitos já descritos na primeira coluna ou que trouxessem novos elementos pertinentes aos temas, ou seja, que atendessem as recomendações internacionais contidas no documento da OMS (2019) “Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção” e nos outros documentos oficiais consultados, conforme descrito abaixo.

2ª coluna: itens que compunham os resultados do inquérito realizado pela ANVISA intitulado “Avaliação nacional das estratégias para o controle de infecções e o gerenciamento do uso de antimicrobianos na APS” (ANVISA, 2022).

3ª coluna: Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a PNAB - Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017c).

4ª coluna: Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC). RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências; RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011, dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde; RDC nº 20, de 5 de maio de 2011, dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação; RDC nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências; RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010, dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. RDC nº 222, de 28 de março de 2018, regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências (Brasil, 2013a; 2011a; 2011b; 2012; 2010; 2018).

5ª coluna: Decretos. Decreto nº 10.388, de 5 de junho de 2020, regulamenta o § 1º do caput do art. 33 da Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010 e institui o sistema de logística reversa de medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso, de uso humano, industrializados e manipulados, e de suas embalagens após o descarte pelos consumidores (Brasil, 2020a).

6ª coluna: Norma Regulamentadora. NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, de 16 de novembro de 2005 (Brasil, 2005).

7ª coluna: Portarias. Portaria GM/MS nº 3.435, de 8 de dezembro de 2021, estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2022 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2020; Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional; Portaria GM/MS nº 888, de 4 de maio de 2021, altera o Anexo XX da Portaria de Consolidação nº5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade (Brasil, 2021d; 2020b; 2021c).

Ao final foram identificadas 93 unidades de contexto, as quais foram comparadas entre si a partir do objetivo de cada componente essencial e tendo como base os documentos oficiais.

Essa etapa do método está detalhada na seção resultados, produto I.

#### **4.2.2 Construção da tecnologia**

Para a construção da tecnologia, foi criada a primeira versão do Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a APS, estruturado em nove partes. A primeira parte contém os dados de identificação do respondente e do serviço que está sendo avaliado. As oito partes seguintes representam os oito Componentes essenciais dos Programas de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, contendo 112 itens construídos a partir da análise individual dos 93 requisitos mínimos obtidos na fase exploratória. Neste momento o instrumento passou por análise de um profissional de saúde especializado em psicometria a fim de definir questões de estruturação relacionadas a apresentação e padrão de respostas.

A psicometria é um campo da ciência alicerçado sobre uma área da matemática denominada teoria da medida, que através de estudos estatísticos visa a medida de construtos ou traços latentes, representados por comportamentos observáveis, atribuindo significado a eles. Além disso, é a que auxilia na construção de instrumentos de medida e pode ser amplamente usada em áreas que almejam mensurar fenômenos. A qualidade de um instrumento de avaliação está diretamente relacionada às propriedades psicométricas por ele apresentados (Kimberlin; Winterstein, 2008; Pasquali, 2009).

Os critérios de maior representatividade para mensurar a qualidade psicométrica de um estudo são as evidências de confiabilidade e validade. Cabe ressaltar que a validade e a confiabilidade não são propriedades totalmente dissociáveis, visto que estudiosos da área sustentam que independente da confiabilidade de um instrumento ele pode não ser válido (Kimberlin; Winterstein, 2008; Polit, 2014).

Nesta etapa do estudo, a análise psicométrica se debruçou sobre as evidências de validade, tendo em vista que o instrumento em construção é inédito. A validade se concentra em avaliar se o teste mede o constructo que está sendo proposto, não com

exatidão, mas o quanto pode ser efetivo para isso (Pasquali, 2009). Em relação a forma de apresentação, a análise psicométrica subsidiou a definição do formato do instrumento, do tipo questionário e com questões exclusivamente fechadas.

A opção se deu pela essência dos questionários, instrumentos desenvolvidos para coletar dados por meio de métodos técnico-científicos, tendo como pressuposto principal garantia de acurácia e precisão na verificação dos objetos de investigação (Malhotra, 2011).

A opção por questões fechadas se deu pelo atributo de fornecimento de dados numéricos, para serem apresentados em uma tabela ou gráfico, cujas análises estatísticas consideram-se as mais viáveis neste estudo.

Nesse sentido, Hair *et al.*, (2014) destacam que desenvolver questionários é um processo sistemático de atividade lógica, devendo refletir decisões dos pesquisadores sobre como os dados serão coletados e analisados. Para o autor, com base nessas conjecturas, deve-se levar em consideração dois elementos básicos: Construto e Escalonamento. Construto é um conceito de ordem abstrata, empiricamente inobservável, que caracteriza e define um fenômeno, objeto, aspecto ou atributo, constituído – e que pode ser mensurado – diretamente e/ou indiretamente por um conjunto de variáveis indicadoras. As variáveis indicadoras, quando relacionadas, explicam o construto.

Neste estudo, os oito componentes essenciais representam o construto, enquanto os 93 requisitos mínimos são as variáveis indicadoras, que conjuntamente representam o conceito: a PCI na APS.

No desenvolvimento de um questionário, o objetivo principal em se determinar um construto é definir o que será especificamente mensurado – isto é, o teor dos itens e o seu conteúdo. Por conseguinte, escalonamento refere-se a um conjunto padronizado de descritores que se configuram métricamente para representar um encadeamento de respostas a itens ou questões sobre um determinado construto (Hair *et al.*, 2014).

Para a construção do Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde no formato de questionário, inicialmente foram utilizados os oito componentes essenciais (construto), e os 93 requisitos mínimos identificados na fase exploratória que deram origem a 112 itens apresentados no formato de perguntas fechadas (variáveis indicadoras).

Em seguida o questionário com as 112 perguntas foi encaminhado para análise do profissional psicometrista novamente, a fim de nos certificar da clareza e objetividade com que estavam sendo apresentadas as 112 perguntas e também para definir o padrão de respostas (escalonamento).

A análise psicométrica foi utilizada para definir o padrão de resposta dos itens em relação ao seu escalonamento. O escalonamento pode variar em termos da extensão e do tipo de medição. A extensão do escalonamento pode ser dicotômico ou politômico. Utiliza-se escalonamentos dicotômicos, geralmente, quando se busca analisar a existência ou não de determinado comportamento ou fenômeno, sendo esse escalonamento operacionalizado em respostas do tipo "sim" e "não". O escalonamento politômico visa não somente analisar a existência do fenômeno, mas também a extensão com que ele se manifesta em determinado contexto (Likert, 1932; Damásio; Borsa, 2018).

O escalonamento politômico mais conhecido é o proposto por Likert (1932), o qual sugere a atribuição de um valor numérico para cada uma das alternativas/respostas possíveis, avaliando assim o grau de concordância de indivíduos sobre diferentes assertivas. Sendo assim, se são definidas cinco alternativas, é necessário atribuir valores de um a cinco, da seguinte forma: a extremidade um é atribuída a um extremo, a extremidade cinco a outro extremo e o três é a posição indecisa em cada afirmação.

Sobre os tipos de escala de medições, consideram-se a medição de intensidade, frequência ou outros padrões de resposta. A medição de intensidade é utilizada quando o objetivo é avaliar o grau ou a intensidade de uma característica, comportamento ou fenômeno. Isso é útil quando se deseja entender não apenas se algo ocorre, mas também em que medida se manifesta. A medição da frequência pode ser utilizada quando o interesse está na mensuração da frequência com que um comportamento ocorre. É mais apropriado para casos em que se deseja obter informações sobre a ocorrência regular de um fenômeno. No caso dos outros padrões de resposta, são utilizados em situações nas quais se possam optar por padrões de resposta que capturem outras dimensões, como a qualidade, a extensão temporal, a variabilidade. A escolha da extensão e do tipo de escalonamento depende dos objetivos específicos da pesquisa (Likert, 1932).

No presente estudo, definiu-se pela utilização de um escalonamento politômico de frequência, com vistas a analisar a extensão da existência de determinados fatores

relacionados ao contexto da pesquisa. Para isso, a análise psicométrica subsidiou a definição do padrão de resposta das perguntas com relação ao escalonamento, sendo definido o seguinte padrão de resposta: 1 = inexistente (definitivamente não; de jeito nenhum); 2 = parcialmente (em algum grau; de alguma forma); 3 = totalmente (em grande medida; definitivamente).

Neste momento em que foi definido o padrão de resposta, constatou-se ainda que haveria necessidade de rever algumas perguntas com relação a clareza e objetividade, a fim de atender o objetivo desta etapa que era determinar quais eram as unidades de contexto representativas de cada um dos 93 requisitos mínimos contemplassem o real significado e relevância do instrumento.

Por exemplo, algumas perguntas abordavam atribuições e funções de diferentes níveis hierárquicos que nem sempre correspondiam às orientações e diretrizes contidas nos documentos oficiais. Portanto, além da revisão de redação de todas as perguntas, algumas foram desmembradas ou, ainda, foram criadas novas perguntas, a fim de proporcionar clareza e objetividade.

Desta forma, a nova versão apresentou 118 perguntas, distribuídas nos oito componentes essenciais e atendendo integralmente os 93 requisitos mínimos/unidades de contexto.

A última alteração se deu após a realização de uma missão de estudos/internacionalização (produto II) com o objetivo de conhecer as atividades desenvolvidas na Espanha acerca da Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e a sua integração com a atenção hospitalar para a continuidade do cuidado e, participação no “XXXIX Congreso Sociedad Española de Calidad Asistencial”. O congresso foi promovido pela “Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)” em parceria com uma das sociedades autônomas, a “Sociedad Murciana de Calidad Asistencial (SOMUCA)”. Desta forma, quatro perguntas sofreram alteração, em dois componentes essenciais conforme descrito abaixo e destacado em negrito:

Componente essencial 1 - Planejamento das ações de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde:

- Pergunta nº 2: Existe na unidade um profissional responsável pelas ações de **segurança do paciente**/medidas de prevenção e controle de infecção;

- Pergunta nº 3: Esse profissional diretamente responsável pelas ações de **segurança do paciente**/ medidas de prevenção e controle de infecções: (segue subitens);
- Pergunta nº 4: Esse profissional diretamente responsável pelas ações de **segurança do paciente**/ medidas de prevenção e controle de infecções é responsável por: (segue subitens);

Componente essencial 3 - Educação e treinamento em prevenção e controle de infecções:

- Pergunta nº 10, subitem número 10.1: O município possui algum núcleo, comissão ou grupo de trabalho atuante na **segurança do paciente**/prevenção e controle de infecção.

Em síntese, foram acrescentadas as palavras “segurança do paciente” nas quatro perguntas, visto que a participação no referido congresso reforçou a compreensão previamente existente de que a segurança do paciente e a prevenção e o controle de infecção são temas indissociáveis em todos os níveis de atenção à saúde. Além disso, essas alterações corroboram com a PNAB, a qual orienta que as estratégias de Segurança do Paciente devem ser implantadas por meio de planos locais que estimulem a prática assistencial segura, envolvam os pacientes e criem barreiras para evitar erros, garantindo o cuidado centrado na pessoa e fornecendo melhoria contínua (Brasil, 2017c).

Desta forma, a versão final do instrumento é composta pelos oito componentes essenciais e 118 perguntas (originadas a partir dos requisitos mínimos), conforme apresentado abaixo.

*Tabela 1 - Número de perguntas/ requisitos mínimos por componente essencial*

<b>Componente essencial adaptado</b>	<b>Nº de perguntas</b>
1. Planejamento das ações de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde	12
2. Diretrizes de prevenção e controle de infecção	26
3. Educação e treinamento em prevenção e controle de infecções	27
4. Vigilância de infecções associadas aos cuidados de saúde	3
5. Estratégias para implementar atividades de prevenção e controle de infecções	19
6. Monitoramento, auditoria e feedback	3
7. Carga de trabalho	3
8. Estrutura física, materiais e equipamentos	25
<b>Total</b>	<b>118</b>

*Fonte: Elaborado pelos autores (2023).*

Encerrada esta primeira etapa de construção da tecnologia (de 01 de julho a 28 de outubro), procedeu-se à etapa de validação apresentada a seguir.

#### **4.2.3 Validação de conteúdo**

A etapa de validação de conteúdo consiste em uma estratégia para avaliar e mensurar o que é proposto pela pesquisa e se refere à proporção do que se quer mensurar, conferindo fidedignidade ao estudo (Nietsche; Teixeira; Medeiros; 2014; Nietsche *et al.*, 2020). Para esse tipo de validação, Pasquali (2010) sugere a participação de seis a vinte avaliadores-especialistas (também chamado de juízes) para avaliação do conteúdo em sua dimensão técnico-científica.

A validade de conteúdo de um instrumento aborda o grau com que os itens de um instrumento representam suficientemente o domínio de conteúdo do traço latente. Em outras palavras, diz respeito à habilidade dos itens propostos para uma medida de refletirem a definição teórica do construto ao qual se destina a medir (Aiken, 1985).

Este tipo de validação pode ser determinado por meio da análise de um painel de especialistas que, de maneira individual, avaliam a qualidade semântica dos itens propostos para o instrumento. Esses especialistas são profissionais com

conhecimento sobre o construto que baseou a construção dos itens, bem como sobre o desenvolvimento e adaptação de instrumentos de avaliação. O papel dos avaliadores, portanto, é analisar se os itens desenhados para a composição do instrumento refletem a definição teórica do traço latente, podendo sugerir melhoras quanto à clareza, representatividade ou pertinência dos itens (sugerir, corrigir, acrescentar, retirar ou modificar o conteúdo) (Aiken, 1985; Nietsche; Teixeira; Medeiros; 2014; Nietsche *et al.*, 2020).

A análise de validade de conteúdo é uma etapa crucial no desenvolvimento de um protocolo de avaliação. Trata-se de um pré-requisito para a análise de evidências dos demais tipos de validade, sendo uma evidência inicial da validade de construto de uma medida (i.e., a extensão com que uma determinada medida consegue avaliar aquilo que se propõe medir) (Aiken, 1985).

O parâmetro mais utilizado como critério de análise da validade de conteúdo de um instrumento é o coeficiente de validade de conteúdo (CVC). O CVC é o índice de concordância entre os especialistas, o qual considera as pontuações atribuídas por cada profissional na avaliação da qualidade semântica dos itens. O CVC pode ser calculado para cada item (CVCi), para cada domínio do instrumento analisado (análise da estrutura, CVCd), para cada especialista (CVCe) e para a escala total (CVCt). Os valores do coeficiente variam de 0 a 1, de modo que quanto mais próximo de 1, maior é a evidência de validade de conteúdo (Aiken, 1985).

Nessa direção, quando um novo instrumento é elaborado, o reporte dos índices de validade de conteúdo são de fundamental importância. A garantia de validade de conteúdo permite o desenvolvimento de instrumentos de avaliação de alta qualidade, uma vez que resguardam, a nível teórico, os preceitos científicos de validade e precisão (Pasquali, 2009). Assim, o presente estudo foi conduzido para examinar a validade de conteúdo do Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde por meio de uma análise de especialistas na área da saúde.

Considerando que se propôs a construção de um instrumento aplicável em todo o território nacional e, tendo em vista que o Brasil apresenta diversidades culturais, sociais, epidemiológicas, demográficas, econômicas, políticas e de cunho assistencial, optou-se por selecionar especialistas representantes de todas as regiões do país.

Para a validação de conteúdo foram selecionados especialistas que atendessem a pelo menos um dos seguintes critérios: a) ser membro atual da Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CNCIRAS), que desenvolve o Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS); b) ser membro atual de uma das Gerências que coordenam as ações em todo o território nacional – GVIMS e GGTES; c) ser membro de uma das atuais Coordenações de Controle de Infecção dos Estados, Distrito Federal e Municípios; d) Profissionais de saúde de nível superior das redes ou grupos de trabalho sobre o tema e que atendessem os critérios contidos no item “e” descrito a seguir; e) Currículo Lattes: profissionais graduados na área da saúde, especialistas em prevenção e controle de infecção ou epidemiologia ou regulação e/ou vigilância sanitária e atuação de pelo menos um ano em uma destas áreas em que é especialista.

Desta forma, 81 profissionais que atendessem a um dos critérios foram convidados a participar. O convite se deu por meio de correio eletrônico e ainda para alguns, os quais as pesquisadoras tinham o contato telefônico, o convite foi reforçado por *WhatsApp*. Cabe destacar que foram contempladas representações das cinco regiões do país (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul).

Para o envio do convite e do material, os endereços de correio eletrônico foram obtidos através da rede de contato das pesquisadoras, e nos seguintes sites oficiais: ANVISA, Cadastro das Coordenações Estaduais/Distrital/Municipais de Controle de Infecção, Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Currículo Lattes.

Para todos os profissionais selecionados foi enviado o convite para participação no estudo, um link para acesso a plataforma *Google Forms* contendo o questionário de avaliação da qualidade semântica do conteúdo das perguntas (APÊNDICE A), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e o Instrumento para Avaliação da PCI na APS (APÊNDICE C).

A avaliação do instrumento proposto decorreu em três dimensões de análise, nomeadamente: clareza (objetivos); pertinência (conteúdo, estrutura, apresentação); e relevância (relevância e usabilidade do instrumento). Para tanto, os especialistas utilizaram uma escala de resposta do tipo Likert de 4 pontos, variando de 1 (ausência de qualidade) a 4 (total qualidade) (Teixeira; Mota, 2011). Ainda, foi incluído um campo para comentários livres sobre cada requisito mínimo, componente essencial ou acerca

do instrumento como um todo. Quanto maior a pontuação atribuída pelos especialistas, mais pertinente o item foi considerado para a cobertura teórica do construto.

Inicialmente definiu-se um prazo de 20 dias para o retorno, contudo ao final deste período foi enviado um novo correio eletrônico reforçando o convite aos especialistas da região norte, nordeste e centro-oeste, pois nenhum profissional dessas regiões havia retornado. Além disso, as pesquisadoras receberam apoio da GGTES/GVIMS/ANVISA, por meio da servidora pública Mara Rubia Santos Gonçalves, que enviou no grupo de WhatsApp, contendo os profissionais que pesquisam PCI na APS, o convite para participação no estudo, devendo os interessados entrar em contato com a pesquisadora via correio eletrônico.

Durante este período de validação também houve troca de e-mails entre as pesquisadoras e os especialistas convidados envolvendo as seguintes situações: o especialista agradeceu o convite e parabenizou pela escolha do tema de pesquisa, confirmando a participação dentro do prazo estabelecido; o especialista ficou com dúvidas quanto à pertinência da sua participação devido ao público alvo do instrumento ser a APS e o profissional convidado não ter experiência específica neste nível de atenção à saúde. Acerca desta última situação, as pesquisadoras esclareceram que a relevância estava na expertise do especialista acerca do tema em estudo (PCI), independentemente do nível de atenção à saúde de atuação (primária ou terciária) ou função ocupada (coordenação/gestão/assistência).

O período da validação ocorreu entre 29 de outubro a 28 de novembro de 2023. Ao final 17 especialistas responderam ao questionário de validação de conteúdo, contemplando todas as cinco regiões do Brasil.

As respostas obtidas através da análise de conteúdo dos especialistas foram exportadas da plataforma *Google Forms* e analisadas no programa Microsoft Office Excel®. O grau de concordância entre os profissionais foi analisado por meio do cálculo do coeficiente de validade de conteúdo (CVC).

Para isso, foram considerados os cálculos do CVC para cada item (CVCi) de cada um dos domínios de análise (CVCd), para o conteúdo avaliado por cada especialista (CVCe) e para a escala total (CVCt). As fórmulas utilizadas para cálculo estão descritas abaixo (Aiken, 1985).

1. Média de cada item: soma dos valores obtidos na escala de Likert / nº de especialistas.

2. CVC do item: média do item / valor máximo que o item pode alcançar.

Em todos os casos, foram considerados valores de CVC  $\geq 0,80$  como critério de qualidade semântica dos itens para a cobertura teórica do traço latente (Aiken, 1985).

Essa etapa do método está detalhada na seção resultados, produto III.

#### **4.2.4 Publicização**

O produto será registrado no Instituto Nacional da Propriedade Industrial, Biblioteca Nacional de Saúde e divulgado em eventos científicos nacionais e internacionais e na página do PPGEnf da UDESC. Também serão produzidos trabalhos científicos para eventos nacionais e internacionais, capítulo de livros e artigos relacionados aos conhecimentos gerados.

#### **4.3 QUESTÕES ÉTICAS**

Este estudo faz parte do macroprojeto de pesquisa proposto pelo Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Udesc, aprovado pelo acordo COFEN/CAPES nº 08/2021, denominado “Desenvolvimento de Tecnologias para Consulta do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde”, sob o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP nº5.047.628 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética- CAAE: 50165621.2.0000.0118 (ANEXO A).

Os direitos dos participantes foram preservados ao longo do estudo, conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados desse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), estão apresentados neste capítulo, por meio dos respectivos produtos intelectuais com o detalhamento da trajetória do método empregado. A apresentação dos produtos seguirá a sequência desenvolvida durante o desenvolvimento deste estudo.

**PRODUTO I: ANÁLISE DOCUMENTAL E ESTUDOS METODOLÓGICOS PARA DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PREVENÇÃO E DO CONTROLE DE INFECÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO BRASIL.** Este artigo objetiva descrever o processo de análise documental em documentos oficiais internacionais e nacionais com o objetivo de identificar e eleger os requisitos mínimos dos oito componentes essenciais de prevenção e controle de infecção para a Atenção Primária à Saúde.

**PRODUTO II: AÇÕES DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: MISSÃO DE ESTUDO EM MADRID E MÚRCIA - ESPANHA.** Esse capítulo de livro, consiste em um relato de experiência do tipo descritivo e reflexivo, que apresenta a experiência desta pesquisadora (mestranda) que realizou uma missão de estudo/internacionalização com o objetivo de conhecer as atividades desenvolvidas na Espanha acerca da Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e a sua integração com a atenção hospitalar para a continuidade do cuidado.

**PRODUTO III: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PREVENÇÃO E DO CONTROLE DE INFECÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.** Este artigo objetiva descrever o processo de construção e validação do referido instrumento.

## 5.1 PRODUÇÕES

### 5.1.1 Produto I – Análise documental e estudos metodológicos para desenvolvimento de Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde do Brasil

#### Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um ponto de entrada de microrganismos infecciosos para o sistema de saúde, podendo ser amplificadora da transmissão de patógenos e disseminação de surtos para a comunidade (OMS, 2019; WHO, 2022).

Mundialmente o Programa de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS) é incipiente na APS e não existe um instrumento que avalie a Prevenção e o Controle de Infecção (PCI), possibilite a identificação de lacunas e pontos fortes, viabilizando um panorama estadual, regional e nacional, subsidiando a tomada de decisões sobre ações e políticas públicas de saúde.

Para auxiliar na construção ou melhoria do PCIRAS, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2018 um manual de apoio à implementação nacional dos Componentes essenciais, o documento “Aprimorar a prevenção e o controle de infecção nos serviços de saúde” elenca cinco etapas, a saber: preparação para a ação, avaliação inicial, desenvolvimento e execução de um plano de ação, avaliação de impacto e sustentação do programa a longo prazo (OMS, 2018).

No Brasil a obrigatoriedade de elaborar, implementar, manter e avaliar o PCIRAS se dá apenas para hospitais (Brasil, 1998). Na APS não foram encontrados registros de PCIRAS, entretanto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) corrobora a OMS na recomendação da plena implementação de oito Componentes essenciais dos PCIRAS para todos os níveis de atenção à saúde, contendo requisitos mínimos de PCI adaptados ao contexto local, conforme o documento “Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção” (OMS, 2016; 2019; Brasil, 2021a).

A adaptação demanda que considere os recursos disponíveis e as necessidades de saúde pública (OMS, 2019), contudo, o Brasil não possui em um único documento as orientações e obrigações necessárias.

Assim, esse artigo apresenta a utilização da pesquisa documental na fase exploratória de um estudo metodológico, detalhando as etapas: organização dos dados, interpretação e apresentação dos resultados.

Desta forma, este estudo objetivou analisar as recomendações nacionais e internacionais e os documentos normativos brasileiros envolvendo PCI na APS a fim de identificar e eleger os requisitos mínimos para compor os oito Componentes essenciais dos PCIRAS na APS do Brasil. Destaca-se a relevância de estudos que descrevam minuciosamente o uso das técnicas utilizadas na fase exploratória a fim de estimular novos estudos que contribuam para o constante aperfeiçoamento de tal aplicação.

Este estudo compõe o macroprojeto desenvolvido no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) no curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS), aprovado pelo acordo COFEN/CAPES nº 08/2021, denominado “Desenvolvimento de Tecnologias para Consulta do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde”, sob o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nº5.047.628 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 50165621.2.0000.0118, no dia 19 de outubro de 2021.

## **Método**

Trata-se de um relato de uma pesquisa documental realizada durante a fase exploratória do estudo metodológico desenvolvido para a construção de um instrumento de avaliação de PCI na APS.

O estudo metodológico compreende a produção, construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas confiáveis de pesquisa, que possam ser utilizados por outros pesquisadores a fim de elaborar um produto (Polit; Beck, 2018).

No desenvolvimento dos estudos metodológicos a coletas de dados perpassam revisões de literatura, grupos focais, entrevistas, observação participante e análises documentais. Nesse estudo recorreu-se inicialmente a análise documental por entender que não havia na literatura nacional e internacional estudos ou relatos que apresentasse elementos que pudessem responder as questões fundamentais e elementos que deveriam compor o instrumento a ser desenvolvido.

Ao definir a pesquisa documental, Lüdke e André (1986) destacam o valor dessa modalidade quando é usada na abordagem de dados qualitativos, seja completando as informações obtidas por outras técnicas, ou desvelando aspectos novos de um tema ou problema. Nessa perspectiva Guba e Lincoln (1981) definem como sendo um intenso e amplo exame de diversos materiais ainda não utilizados

para nenhum trabalho de análise prévio. Com relação a escolha dos documentos para análise, segundo Flick (2009), o pesquisador, não deve concentra-se apenas no conteúdo, apesar de esse ser importante, mas também deve levar em consideração o contexto, a utilização e a função dos documentos.

O documento a ser escolhido para a pesquisa dependerá do problema a que se busca uma resposta, portanto não é aleatória e sim intencional e justificada em função dos objetivos propostos (Kripka, Scheller, & Bonotto, 2015).

Os documentos oficiais que organizam e orientam os serviços de saúde contém definições, conceitos, recomendações nem sempre são compreendidas e/ou interpretadas na sua essência. Ainda, para a implantação de uma política ou normativa é necessário reconhecer outros saberes técnicos e formais para interpretar o conteúdo contido nos documentos.

Nesse sentido a pesquisa documental caracteriza-se pela utilização de documentos que não foram analisados ou sistematizados previamente, cabendo ao pesquisador a análise e sumarização dos dados oriundos de tais documentos com o objetivo extrair informações para a compreensão de um fenômeno (Kripka, Scheller, & Bonotto, 2015). Sá-Silva, Almeida & Guindani (2009), destacam que durante a coleta dos dados a pesquisa documental é um procedimento que auxilia na compreensão de documentos dos mais variados tipos.

O pesquisador analisa os documentos objetivando extrair dele informações, ele o faz investigando, examinando, usando técnicas apropriadas para seu manuseio e análise; segue etapas e procedimentos; organiza informações a fim de categorizá-las; por fim, elabora sínteses, ou seja, na realidade, as ações dos investigadores – cujos objetos são documentos – estão impregnadas de aspectos metodológicos, técnicos e analíticos (Gaio, Carvalho, Simões, 2008).

O documento como fonte de pesquisa, pode ser escrito e não escrito e são utilizados como fontes de informações, indicações e esclarecimentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras (Figueiredo, 2007). Destaca-se que essa análise busca identificar informações factuais a partir de questões e hipóteses de interesse.

Segundo Lakatos e Marconi (2021), existem dois grupos: os escritos são aqueles documentos parlamentares, documentos jurídicos, fontes estatísticas, publicações administrativas, documentos particulares, entre outros; já os iconográficos são aqueles caracterizados por imagens, desenhos e pinturas.

Com relação a relevância dos documentos, Gil (2019) classifica como sendo as fontes mais importantes: os registros estatísticos, os registros institucionais escritos, os documentos pessoais e as comunicações em massa. Ainda sobre os registros institucionais escritos, os emitidos por instituições governamentais também podem ser úteis.

Para esta pesquisa, a análise documental deteve-se nos documentos escritos, pois tinha a função de identificar em todos os documentos oficiais vigentes o alinhamento com o documento “Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção” visto que o objetivo principal do estudo era construir um Instrumento de Avaliação de PCI para a APS do Brasil tendo como referência as recomendações da OMS. Nesse contexto, a pesquisa documental realizada foi ao encontro do que indica Iglesias e Gomez (2004), quando nos chama a atenção para o fato que o tratamento documental tem por objetivo descrever e representar o conteúdo dos documentos de uma forma distinta da original, visando garantir a recuperação da informação nele contida e possibilitar seu intercâmbio, difusão e uso.

A pesquisa documental foi realizada pela pesquisadora responsável e orientada pela seguinte pergunta de pesquisa: quais devem ser os requisitos mínimos para compor os oito Componentes essenciais de PCI para a APS, levando em consideração as recomendações internacionais e documentos nacionais?

Segundo Kripka, Scheller, & Bonotto, (2015) cabe ao pesquisador, dependendo de seu objeto de estudo, eleger quais tipos de documento trarão base à sua pesquisa. A coleta de dados ocorreu de forma on-line, nos sites oficiais de livre acesso de órgãos reguladores e formuladores das políticas de saúde e normativas que orientam os serviços de saúde, sendo eles: OMS, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, ANVISA e Diário Oficial da União (DOU). Como estratégia de busca, na página do site foram inseridas as palavras-chave: Programa de Prevenção e Controle de Infecção Prevenção e Controle de Infecção, Legislação, Antimicrobianos, Resíduos de Serviços de Saúde, Segurança do Paciente, Segurança do Trabalhador.

Não foi necessário aplicar nenhum recorte temporal visto que todos os documentos vigentes foram analisados. O processo de busca, elegibilidade e análise dos documentos foi realizado pela pesquisadora principal e as dúvidas eram compartilhadas com uma segunda pesquisadora com experiência em estudos de revisão e pesquisa documental, a fim de estabelecer consenso e evitar incongruências.

Para registro dos resultados foi elaborada uma planilha no Microsoft Excel® organizada em oito abas que corresponderam aos oito Componentes essenciais, de onde emergiram as unidades de contexto, neste estudo denominadas requisitos mínimos.

A análise dos dados foi de conteúdo de Bardin (2016) e compreendeu três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Na pré-análise os documentos foram lidos a fim de identificar a homogeneidade dos documentos em relação aos oito Componentes essenciais: Programas de Prevenção e Controle de Infecção. Diretrizes de Prevenção e Controle de Infecção; Educação e treinamento de prevenção e controle de infecção; Vigilância de infecções relacionadas à assistência à saúde; Estratégias multimodais; Monitoramento, auditoria e feedback; Carga de trabalho, pessoal e ocupação de leito; Infraestrutura, materiais e equipamentos para prevenção e controle de infecção (OMS, 2019). A seguir foram identificadas as unidades de codificação, palavras ou frases relacionadas aos oito Componentes essenciais.

A exploração do material consistiu na leitura completa e aprofundada dos documentos selecionados com vistas a categorização e seleção da amostra final, baseando-se nos critérios de inclusão definidos.

No tratamento e interpretação dos dados, as unidades de contexto foram comparadas com os oito Componentes essenciais e adaptadas de maneira a serem significativas e válidas para a construção do Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde. Para tanto, criou-se um quadro listando os documentos, data de emissão e a fonte (páginas oficiais de domínio público e livre acesso). Os documentos foram analisados na sequência apresentada no Quadro 1.

*Quadro 1 – Documentos utilizados na análise documental para a eleição dos requisitos mínimos de Prevenção e Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde do Brasil*

<b>Documento e data de publicação</b>	<b>Fonte</b>
Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção, 2019.	OMS
Avaliação nacional das estratégias para o controle de infecções e o gerenciamento do uso de antimicrobianos na APS, 2022.	ANVISA
Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Ministério da Saúde/ Gabinete do Ministro
<ul style="list-style-type: none"> <li>- RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.</li> <li>- RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.</li> <li>- RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.</li> <li>- RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.</li> <li>- RDC nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.</li> <li>- RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências.</li> </ul>	Ministério da Saúde/ANVISA

<p>- Decreto nº 10.388, de 5 de junho de 2020. Regulamenta o § 1º do caput do art. 33 da Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, e institui o sistema de logística reversa de medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso, de uso humano, industrializados e manipulados, e de suas embalagens após o descarte pelos consumidores.</p>	<p>Ministério do Meio Ambiente</p>
<p>Norma Regulamentadora nº 32, Portaria Ministério do Trabalho n.º 485, de 11 de novembro de 2005. Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.</p>	<p>Ministério do Trabalho e Emprego</p>
<p>- Portaria nº 3.435, de 8 de dezembro de 2021. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2022 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2020.</p> <p>- Portaria nº 888, de 4 de maio de 2021. Altera o Anexo XX da Portaria de Consolidação nº5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.</p> <p>- Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.</p>	<p>Ministério da Saúde/ Gabinete do Ministro</p>

*Siglas: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Organização Mundial da Saúde (OMS); Resolução de Diretoria Colegiada (RDC).  
Fonte: dados da pesquisa, 2024.*

Por fim, construiu-se uma tabela contendo o número de requisitos mínimos de PCI para a APS do Brasil para cada Componente essencial adaptado. Os requisitos mínimos foram elencados a partir da recomendação internacional e dos documentos nacionais que corroboravam ou contribuíam para a inserção de novos requisitos mínimos pertinentes aos Componentes essenciais.

## Resultados

Foram obtidos 23 documentos: 1 recomendação internacional, 1 tradução da recomendação internacional, 1 resultado de inquérito nacional, 1 Decreto, 1 Norma Regulamentadora, 6 Portarias, 11 Resoluções de Diretoria Colegiada e 1 Normativa. Deste total, 15 apresentaram conteúdo compatível com o conceito analisador, ou seja, os oito Componentes essenciais dos PCIRAS.

Os resultados geraram duas categorias de análise: recomendação internacional e documentos nacionais.

Categoria 1 - Recomendação internacional: o documento obtido é originalmente no idioma inglês, "*Minimum Requirements: for infection prevention and control programmes*", desenvolvido pela OMS que é responsável por direcionar e coordenar a saúde internacional dentro do sistema das Nações Unidas, sendo o Brasil um país membro (WHO, 2019; WHO, 2022).

Contudo diante da existência de uma versão traduzida pela ANVISA, optou-se por utilizar o documento em português "Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção" (OMS, 2019).

Categoria 2 - Documentos nacionais: os resultados publicizados do inquérito realizado pela ANVISA intitulado "Avaliação nacional das estratégias para o controle de infecções e o gerenciamento do uso de antimicrobianos na APS" (Brasil, 2022b) e as Portarias, Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC), Decretos e Norma Reguladora (NR), as quais datam do período compreendido entre 2005 e 2021.

No Brasil, a ANVISA é a autarquia responsável pelas ações de PCI em todo território brasileiro. Criada no ano de 1999, vinculada ao Ministério da Saúde, representa um marco histórico e legal para a implantação e implementação das tecnologias em saúde difundidas no cenário nacional (Brasil, 2017a).

Considerando os requisitos mínimos identificados, efetuou-se uma adaptação nos oito Componentes essenciais: 1. Planejamento das ações de Prevenção e Controle de Infecções; 2. Diretrizes de Prevenção e Controle de Infecção; 3. Educação e treinamento em prevenção e controle de infecções; 4. Vigilância de infecções associadas aos cuidados de saúde; 5. Estratégias para implementar atividades de prevenção e controle de infecções; 6. Monitoramento, auditoria e feedback; 7. Carga de trabalho; 8. Estrutura física, materiais e equipamentos.

Quanto aos requisitos mínimos de PCI para a APS do Brasil, os resultados revelaram 93 itens, distribuídos conforme o objetivo de cada Componente essencial

adaptado (Tabela 1). Cada coluna representa a fonte documental analisada e contém os requisitos mínimos acrescentados e os atendidos. Os requisitos mínimos atendidos de cada coluna consideram o cumulativo de requisitos mínimos originalmente definidos pela OMS (2019) mais os acrescentados da(s) coluna(s) anterior(res). A coluna “Total” apresenta a somatória dos requisitos mínimos da primeira coluna (OMS) mais os acrescentados (AC) nas demais colunas.

*Tabela 1. Número de requisitos mínimos de PCI para a APS do Brasil para cada Componente essencial adaptado, oriundos da análise documental*

(continua)

<b>1 - Planejamento das ações de prevenção e controle de IRAS</b>								
OMS	Documentos oficiais nacionais que (A) Atenderam e (AC) Acrescentaram							
		ANVISA	PNAB	RDC's	NR	Decreto	Portarias	Total
10	A:	1	0	0	0	0	0	10
	AC:	0	0	0	0	0	0	
<b>2 - Diretrizes de PCI</b>								
OMS	Documentos oficiais nacionais que (A) Atenderam e (AC) Acrescentaram							
		ANVISA	PNAB	RDC's	NR	Decreto	Portarias	Total
13	A:	6	2	17	0	2	1	25
	AC:	11	1	0	0	0	0	
<b>3 - Educação e treinamento em PCI</b>								
OMS	Documentos oficiais nacionais que (A) Atenderam e (AC) Acrescentaram							
		ANVISA	PNAB	RDC's	NR	Decreto	Portarias	Total
6	A:	4	7	8	0	1	0	15
	AC:	7	1	1	0	0	0	
<b>4 - Vigilância de infecções associadas aos cuidados de saúde</b>								
OMS	Documentos oficiais nacionais que (A) Atenderam e (AC) Acrescentaram							
		ANVISA	PNAB	RDC's	NR	Decreto	Portarias	Total
0	A:	0	0	2	0	0	2	2
	AC:	0	2	0	0	0	0	
<b>5 - Estratégias para implementar atividades de PCI</b>								
OMS	Documentos oficiais nacionais que (A) Atenderam e (AC) Acrescentaram							
		ANVISA	PNAB	RDC's	NR	Decreto	Portarias	Total
4	A:	1	0	11	0	2	0	15
	AC:	10	0	1	0	0	0	
<b>6 - Monitoramento, auditoria e feedback</b>								
OMS	Documentos oficiais nacionais que (A) Atenderam e (AC) Acrescentaram							
		ANVISA	PNAB	RDC's	NR	Decreto	Portarias	Total
2	A:	0	0	2	0	0	0	2
	AC:	0	0	0	0	0	0	

(continuação)

7 - Carga de trabalho								
OMS	Documentos oficiais nacionais que (A) Atenderam e (AC) Acrescentaram							
		ANVISA	PNAB	RDC's	NR	Decreto	Portarias	Total
3	A:	0	3	0	0	0	0	3
	AC:	0	0	0	0	0	0	

8 - Estrutura física, materiais e equipamentos								
OMS	Documentos oficiais nacionais que (A) Atenderam e (AC) Acrescentaram							
		ANVISA	PNAB	RDC's	NR	Decreto	Portarias	Total
14	A:	6	2	14	1	10	1	21
	AC:	7	0	0	0	0	0	

Siglas: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Organização Mundial da Saúde (OMS); Portaria 2.436/2017 (PNAB); Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC's); Norma Regulamentadora (NR).

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

A seguir estão apresentados os requisitos mínimos de PCI para a APS do Brasil obtidos por meio da análise documental, distribuídos nos oito Componentes essenciais adaptados dos PCIRAS.

*Quadro 2 – Requisitos mínimos obtidos para cada componente essencial adaptado*

<b>1. Planejamento das ações de PCIRAS</b>
1.1 Intervenções de prevenção e controle de infecção incluídas no plano anual da unidade.
Existência de um profissional:
1.2 Responsável pelas medidas de prevenção e controle de IRAS;
1.3 Treinado especificamente para exercer as atividades de prevenção e controle de IRAS;
1.4 Com tempo dedicado (horas semanais determinadas) para o desenvolvimento das atividades de prevenção e controle de IRAS;
1.5 Articulado com um profissional treinando do próximo nível administrativo (por exemplo, município) e possui apoio para o desenvolvimento das atividades de prevenção e controle de infecção, especialmente as de monitoramento;
1.6 Responsável por fazer a ligação com os coordenadores do próximo nível administrativo;
1.7 Responsável por aconselhar sobre a aquisição e manutenção de equipamentos e materiais;

- 1.8 Responsável por monitorar e supervisionar as atividades de prevenção e controle de IRAS;
- 1.9 Responsável por fazer a ligação com o sistema regular de notificação de doenças para relato de eventos incomuns;
- 1.10 Responsável pela supervisão no trabalho/mentoria para a equipe de saúde e profissionais de limpeza acerca das medidas de prevenção e controle de infecção;

## 2. Diretrizes de PCI

- 2.1 Profissionais com conhecimento em PCI ou doenças infecciosas para o desenvolvimento ou a adaptação de diretrizes/protocolos nacionais ou internacionais.
- 2.2 Adaptação das diretrizes/protocolos/POP's (Procedimento Operacional Padrão) para implementação de acordo com as necessidades e os recursos locais, mantendo os principais padrões de prevenção e controle de infecções.
- 2.3 Revisão dos protocolos/POP's pelo menos a cada cinco anos 2 anos.

Protocolos/POP's contendo:

- 2.4 Cinco momentos de higienização das mãos;
- 2.5 Desinfecção e esterilização de produtos de saúde e equipamentos de atendimento ao paciente;
- 2.6 Limpeza e desinfecção ambiental;
- 2.7 Gerenciamento de resíduos da saúde;
- 2.8 Segurança de medicamentos injetáveis;
- 2.9 Biossegurança para profissionais da saúde (por exemplo: profilaxia pós-exposição, vacinações);
- 2.10 Utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);
- 2.11 Técnicas assépticas;
- 2.12 Triagem de pacientes com infecção;
- 2.13 Princípios básicos de precauções padrão;
- 2.14 Princípios básicos de precauções de contato;
- 2.15 Princípios básicos de precauções específicas;
- 2.16 Princípios básicos de precauções baseadas em transmissão de microrganismos (exemplos: germes multirresistentes, gotículas, aerossóis);
- 2.17 Identificação, investigação, manejo e prevenção de surtos;

- 2.18 Diagnóstico e tratamento das principais infecções que ocorrem no serviço de saúde;
- 2.19 Padronização de medicamentos de acordo com relação nacional de medicamentos (Rename), relação estadual de medicamentos (Rem) ou relação municipal de medicamentos (Remume).
- 2.20 Política que exige que os prescritores (médicos, dentistas e enfermeiros) registrem na prescrição a dose, duração e indicação de todos os antimicrobianos prescritos.
- 2.21 Prescrição de antimicrobianos guiada por exames laboratoriais do paciente.
- 2.22 Prescrição de antimicrobianos guiada por antibiograma.
- 2.23 Dispensação de antimicrobianos exclusivamente mediante prescrição.
- 2.24 Dispensação de antimicrobianos prevendo dias de tratamento prescrito, ou seja, de forma fracionada.
- 2.25 Interface da unidade de saúde com o laboratório de análises clínicas/microbiológicas, havendo acesso aos resultados emitidos.

### 3. Educação e treinamento em PCI

- 3.1 Treinamento específico em prevenção e controle de infecções para o responsável pelas atividades de prevenção e controle de IRAS na unidade de APS;
- 3.2 Núcleo, comissão ou grupo de trabalho municipal para treinamento específico em PCI.
- 3.3 O núcleo, comissão ou grupo de trabalho municipal realiza treinamento específico para todos os seus profissionais de saúde sobre as medidas de PCI e conscientização sobre o uso de antimicrobianos.
- 3.4 Divulgação para toda a equipe que atua na unidade de saúde acerca da existência e acesso aos Protocolos/POP's sobre as medidas de prevenção e controle de IRAS.
- 3.5 Capacitação para médicos, enfermeiros e odontólogos acerca da adoção das medidas previstas nos protocolos de diagnóstico e tratamento das principais infecções que ocorrem no serviço de saúde.
- 3.6 Acesso aos protocolos de diagnóstico e tratamento das principais infecções que ocorrem no serviço de saúde, para médicos, enfermeiros e odontólogo.

- 3.7 Educação Permanente (EP) ofertada pelo município pelo menos uma vez ao ano sobre os seguintes temas: higienização das mãos; medidas de precauções padrões; medidas de precauções específicas; epidemiologia das infecções; uso correto de antimicrobianos; precauções e isolamento; medidas gerais de prevenção e controle de infecção; limpeza ambiental; limpeza, desinfecção e esterilização de produtos para saúde; descarte de resíduos.
- 3.8 Ações de EP para os profissionais de limpeza visando melhorar a conscientização sobre as medidas de prevenção e controle de infecção.
- 3.9 Periodicidade das ações de EP previamente definidas.
- 3.10 Registros das ações de EP contendo: data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos.
- 3.11 Distribuição de material impresso (panfletos, cartilhas, etc.) para os pacientes com orientações sobre prevenção e controle de infecções e sobre o uso de antimicrobianos.
- 3.12 Existência de protocolos de orientações para os pacientes e familiares para estimular o uso de medidas de higiene adequadas na comunidade, como lavar as mãos e utilização da etiqueta respiratória (cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar e subsequente higiene de mãos).
- 3.13 Treinamento para familiares que assumem atividades de cuidado a fim de protegerem-se a si mesmos e a seus entes queridos e, assim, minimizar qualquer possibilidade de transmissão cruzada.
- 3.14 Orientações ao paciente/familiares sobre o uso de antimicrobianos contemplando: forma de preparo e armazenamento; posologia; forma de uso; interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento; o que fazer em caso de esquecimento de dose; principais reações adversas e como proceder caso ocorram; modo de descarte; não utilização de sobras de tratamentos anteriores
- 3.15 Adaptação da estratégia utilizada para orientações sobre o uso de antimicrobianos para pacientes/familiares com dificuldades de leitura e interpretação.

#### 4. Vigilância de infecções associadas aos cuidados de saúde

Busca ativa e notificação de:

4.1	Doenças e agravos de notificação compulsória.
4.2	Surtos (diarreia por exemplo).
5.	Estratégias para implementar atividades de PCI
5.1	Implementação de medidas para melhorar a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos.
5.2	Conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos 5 momentos de higienização das mãos.
5.3	Conhecimento dos profissionais do serviço de saúde acerca da técnica correta da higiene de mãos.
5.4	Meios de comunicação expondo os 5 momentos da higienização das mãos para acesso dos pacientes/profissionais (cartaz por exemplo).
5.5	Implementação de medidas para melhorar a administração segura de injetáveis.
5.6	Implementação de medidas para melhorar a limpeza e desinfecção de instrumentos e produtos para a saúde.
5.7	Realização de limpeza manual de instrumentais reutilizáveis, antes da desinfecção/esterilização.
5.8	Padronização de produtos adequados (saneantes) utilizados no procedimento de limpeza manual de instrumental.
5.9	Implementação de medidas para melhorar a limpeza e desinfecção ambiental incluindo a definição de uma rotina (responsáveis, periodicidade) de limpeza e desinfecção das superfícies.
5.10	Realização diária da limpeza concorrente do ambiente e superfícies.
5.11	Adoção de medidas para precauções padrão, contato, gotículas e aerossóis.
5.12	Adoção de medidas de priorização de atendimento de acordo com o tipo de agravo e de precaução.
5.13	Realização de orientações (documentadas) para os profissionais de saúde para o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de acordo com a necessidade de cada precaução adotada e atividade/cuidado prestado.
5.14	Realização de orientações (documentadas) para os profissionais responsáveis pela limpeza ambiental para o uso de EPIs adequados, mantendo a comprovação da capacitação no local de trabalho e à disposição da inspeção do trabalho.

5.15	Existência de controle (manual ou automatizado) da dispensação dos antimicrobianos.
6.	Monitoramento, auditoria e feedback
6.1	Observação da adesão dos profissionais de saúde aos 5 momentos de higienização das mãos.
6.2	Monitoramento sistemático e documentado da implementação de pelo menos alguns Protocolos/POP's para avaliar a efetividade e auxiliar nos ajustes e melhorias das estratégias de implementação.
7.	Carga de trabalho
	Para redução da superlotação e otimização dos níveis de pessoal, utilização de um sistema de:
7.1	Fluxo de pacientes;
7.2	Triagem (incluindo de referência);
7.3	Gerenciamento de consultas.
8.	Estrutura física, materiais e equipamentos
8.1	Água potável disponível continuamente.
8.2	Água potável oriunda de fonte confiável, como um poço artesiano profundo ou um abastecimento de água encanada tratada e gerenciada com segurança.
8.3	Fonte de energia e iluminação disponível durante o horário de trabalho.
8.4	Pelo menos dois banheiros funcionais, um para pacientes e outro para funcionários.
8.5	Lavatórios/pias para higienização das mãos disponíveis nos pontos de atendimento e banheiros.
8.6	Produtos para higienização das mãos incluindo uma solução alcoólica e um sabão/sabonete líquido.
8.7	Papel toalha descartável para secagem das mãos após a higienização.
8.8	Lixeiras com acionamento por pedal.
8.9	Lixeiras suficientes e disponíveis a menos de 5 metros do ponto de geração do resíduo.
8.10	Lixeiras devidamente rotuladas conforme normativa vigente (RDC nº 222), para a separação de resíduos de saúde.
8.11	Resíduos acondicionados em recipientes (lixeiras) específicas de acordo com a sua classificação.

- 8.12 Disponibilidade de caixas coletoras de resíduos perfurocortantes nos pontos de geração.
- 8.13 Descarte de antimicrobianos vencidos conforme as orientações da legislação vigente: recipientes rígidos com tampa, identificados como Resíduo Perigoso - Grupo B.
- 8.14 Disponibilidade de ponto de coleta para o descarte de antimicrobianos/medicamentos trazidos pelos pacientes.
- 8.15 Manejo do resíduo perfuro cortantes em caixa coletora quando realizado atendimento domiciliar.
- 8.16 Layout do serviço de saúde permite ventilação natural adequada.
- 8.17 Layout do serviço de saúde possui local para desinfecção de produtos de saúde reutilizáveis.
- 8.18 Layout do serviço de saúde possui espaço para coorte/isolamento/separação física temporária de pacientes.
- 8.19 Equipamentos suficientes e adequados para a limpeza e desinfecção ambiental.
- 8.20 Equipamentos suficientes e adequados para o processamento e esterilização de materiais ou envio para empresa especializada.
- 8.21 Fornecimento de EPI suficientes e adequados.

*Fonte: dados da pesquisa (2024)*

Dez dos 93 requisitos mínimos para os PCIRAS da APS tiveram como única fonte o documento da OMS (2019) “Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção”. Este documento deu origem a 52 requisitos mínimos (OMS, 2019), entretanto, nos documentos nacionais foram encontrados e acrescentados mais 41 itens (Anvisa, 2022; Brasil, 2005; 2010; 2011a; 2011b; 2012; 2013; 2017b; 2018; 2020a; 2020b; 2021b; 2021c;).

Estes dados ressaltam a recomendação da OMS (2019), de adaptação dos oito Componentes essenciais dos PCIRAS ao contexto local, recursos disponíveis e necessidades de saúde pública. Além disso, evidenciam lacunas nacionais acerca do tema PCI na APS, considerando que os documentos existentes além de não contemplarem todos os requisitos mínimos, são fontes dispersas de informação para os gestores e profissionais de saúde da APS.

## Considerações Finais

Este estudo revelou que pesquisas nesta área são relevantes, considerando a escassez de publicações acerca da PCI na APS.

A consolidação dos requisitos mínimos que devem compor os oito Componentes essenciais dos PCIRAS para a APS representou o ponto de partida para a elaboração de um instrumento de avaliação nacional capaz de avaliar a situação atual das ações de PCI na APS.

Os resultados deste estudo podem subsidiar discussões entre gestores e profissionais de saúde a fim de identificar as atividades/recursos, os pontos fortes e as lacunas para o fomento da prevenção e do controle de infecção para a APS.

## Referências

ANVISA. **Resultados do Inquérito da Avaliação Nacional das Estratégias para o Controle de Infecções e o Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos na Atenção Primária à Saúde**. Brasília-DF, 2022. Disponível em: <https://tinyurl.com/ycxcvkup>. Acesso em: 01 jun. 2023.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Atos do Poder Executivo. Decreto nº 10.388, de 5 de junho de 2020. Regulamenta o § 1º do caput do art. 33 da Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010 e institui o sistema de logística reversa de medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso, de uso humano, industrializados e manipulados, e de suas embalagens após o descarte pelos consumidores. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, Edição: 107-A | Seção: 1 - Extra, 5 jun 2020a. Disponível em: <https://tinyurl.com/2ts47v4p>. Acesso em: 21 jun. 2023.

BRASIL. ANVISA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília-DF, 2017a.

BRASIL. ANVISA. **Avaliação Nacional dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção dos Serviços de Saúde do Brasil 2021 por meio de aplicação de ferramenta de avaliação dos Componentes essenciais, segundo os critérios da OMS**. 2022a. Disponível em: <https://tinyurl.com/5cwwpabe>. Acesso em: 24 nov 2022.

BRASIL. ANVISA. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde 2021 a 2025**. Brasília-DF, 05 mar. 2021a.

BRASIL. MS. ANVISA. Resolução – RDC/ANVISA nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 15 mar. 2012. Disponível em: <https://tinyurl.com/p64kpxpz>. Acesso em: 03 set. 2023.

BRASIL. MS. ANVISA. Resolução – RDC/ANVISA nº 20, de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 5 mai. 2011a. Disponível em: <https://tinyurl.com/4ju4heyu>. Acesso em: 9 jun. 2023.

BRASIL. MS. ANVISA. Resolução – RDC/ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 28 mar. 2018. Disponível em: <https://tinyurl.com/4d2kry34>. Acesso em: 15 jun. 2023.

BRASIL. MS. ANVISA. Resolução – RDC/ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 25 jul. 2013. Disponível em: <https://tinyurl.com/4whk4xw5>. Acesso em: 7 jun. 2023.

BRASIL. MS. ANVISA. Resolução – RDC/ANVISA nº 42, de 25 de outubro de 2010. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 25 out. 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042\\_25\\_10\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html). Acesso em: 02 jun. 2023.

BRASIL. MS. ANVISA. Resolução – RDC/ANVISA nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 25 nov. 2011b. Disponível em: <https://tinyurl.com/4u78cse3>. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. MS. Portaria GM/MS nº 3.435, de 8 de dezembro de 2021. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2022 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2020. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 8 dez. 2021b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3435\\_09\\_12\\_2021.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3435_09_12_2021.html). Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. MS. Portaria GM/MS nº 888, de 4 de maio de 2021. Altera o Anexo XX da Portaria de Consolidação nº5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 4 mai. 2021c. Disponível em: <https://tinyurl.com/mtsju2xv>. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. MS. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2017b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 23 jun. 2023.

BRASIL. MS. Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o

território nacional. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2020b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264\\_19\\_02\\_2020.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html). Acesso em: 11 jun. 2023.

BRASIL. MS. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 1998. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616\\_12\\_05\\_1998.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html). Acesso em: 19 jun. 2023.

BRASIL. MS. NR nº 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Redação dada pela Portaria MTb n.º 485, de 11 de novembro de 2005. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2005. Disponível em: <https://tinyurl.com/ywtjhyv4>. Acesso em: 27 junh. 2023.

FIGUEIREDO, R. C. **A dimensão coletiva na criação: o processo colaborativo no Galpão Cine Horto**. Belo Horizonte, 2007.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Arteme, 2009.

COGO, S. B. L.; LERCH, V. Diretivas antecipadas: uma análise documental no contexto mundial. *Texto & Contexto - Enfermagem*. v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/YjQGHP3Xm79JVK7Z8YrVDXc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 fev. 2024.

KRIPKA RML, S. M., Bonotto D. L. **Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização**. Rev. Investig. UNAD. 2015; 14(2):55-73. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252/248>. Acesso em: 15 abr 2024.

GAIO, R.; CARVALHO, R.B.; SIMÕES, R. **Métodos e técnicas de pesquisa: a metodologia em questão**. In: GAIO, R. (org.). Metodologia de pesquisa e produção de conhecimento. Petrópolis, Vozes, 2008.

GIL, A. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo, SP: Atlas, 2019.

GUBA, E.G; LINCOLN, Y.S. **Effective Evaluation**. São Francisco, Jossey-Bass, 1981.

IGLESIAS, M. E. D.; GÓMEZ, A. M. M. **Análisis documental y de información: dos Componentes de un mismo proceso**. ACIMED, Ciudad de La Habana, v. 12, n. 2, p. 1-5, mar./abr. 2004.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 9º ed.ATLaS: Grupo Gen, 2021.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

OMS. **Aprimorar a prevenção e o controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações**

**da OMS sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção.** Genebra, 2018. Disponível em: <https://tinyurl.com/59wr3v26>. Acesso em: 25 out. 2022.

**OMS. Orientações sobre os Componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção em nível nacional e de serviços de saúde.** Genebra, 2016. Disponível em: <https://tinyurl.com/2nt3u6dc>. Acesso em: 26 out. 2022.

**OMS. Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção.** Genebra, 2019. Disponível em: <https://tinyurl.com/2v9whbpr>. Acesso em: 19 dez. 2023.

**POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. De; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Amp;** Ciências Sociais. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>. Acesso em 15 mar. 2024.

**WHO. Global report on infection prevention and control: executive summary.** Geneva, 2022. Disponível em: <https://tinyurl.com/2xf73ct3>. Acesso em: 12 mai. 2023.

**WHO. Minimum requirements for infection prevention and control.** Geneva, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516945>. Acesso em: 03 jun. 2023.

### **5.1.2 Produto II – Ações de segurança do paciente no âmbito da Atenção Primária à Saúde: Missão de Estudo em Madrid e Múrcia - Espanha**

#### **Introdução**

Historicamente, podemos fundamentar a segurança do paciente como um dos princípios da bioética. Hipócrates (460 a 370 a.C) evocava o princípio “*Primum non nocere*”, que significa “primeiro não cause dano”. Na bioética, esse princípio parte do pressuposto do dever de não fazer qualquer mal a outra pessoa, não causando danos ou o colocando em risco (Dalcin *et al.*, 2020).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013, que ao considerar a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente engloba princípios e diretrizes, tais como a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco, a integração com todos processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde, as melhores evidências disponíveis, entre outros (Brasil, 2013b).

No âmbito do Ministério da Saúde, a partir da publicação desta portaria fica instituído o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), instância colegiada, de caráter consultivo, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde, tais como propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas (Brasil, 2013b).

Neste mesmo ano, a ANVISA publicou a Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013, que se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, e de ensino e pesquisa. Tal documento, contem seis protocolos básicos a serem implementados pelas instituições de saúde: prática de higiene das mãos, de identificação do paciente, de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, prevenção de queda, prevenção de úlcera por pressão e cirurgia segura e ainda dispõe sobre a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). A quantidade prevista para sua criação corresponde a um núcleo para cada serviço de saúde ou um para um conjunto desses, que no caso de serviços públicos ambulatoriais depende da decisão do gestor local do Sistema Único de Saúde (SUS) e da elaboração do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, com estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades

desenvolvidas pelo serviço; e a vigilância, monitoramento e notificação de eventos adversos (Brasil, 2013a).

Uma pesquisa realizada no ano de 2021, pela ANVISA evidenciou que nos municípios/estados/distrito federal, os NSP estão implantados em apenas 59,26% da totalidade (dos 19 respondentes). Destes, apenas 53,85% possuem um plano publicado contendo ações relacionadas à segurança do paciente (Brasil, 2021d).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada através da Portaria nº 2.436 no ano de 2017, já orienta sobre as estratégias de Segurança do Paciente que devem ser implantadas, por meio de planos locais que estimulem a prática assistencial segura, envolvam os pacientes e criem barreiras para evitar erros, garantindo o cuidado centrado na pessoa e fornecendo melhoria contínua (Brasil, 2017).

No ano de 2022 o Estado de Santa Catarina publicou a Nota Técnica nº 004/2022 - Governo de Santa Catarina/ Secretaria de Estado da Saúde/ Superintendência de Planejamento em Saúde/ Diretoria de Atenção Primária - recomendando fortemente a composição e atuação de NSP nos Municípios e orientando as ações da Segurança do Paciente na APS. Este documento sugere aos municípios, por meio de suas Secretarias de Saúde, a compor o seu NSP de acordo com a realidade local. No caso de serviços públicos ambulatoriais, há autonomia para a constituição de um NSP para cada Unidade Básica de Saúde (UBS) ou um único para o conjunto dessas. A nota destaca que o objetivo de constituir o NSP é garantir visibilidade à temática introduzida na PNAB em 2017, sensibilizando os gestores e os profissionais de saúde para o fato de que, como nos hospitais, na APS também ocorrem eventos adversos, que são um problema de saúde pública mundial. Dentre as recomendações, destaca-se a definição quanto aos protocolos básicos de segurança do paciente e fluxo de notificação de incidentes e eventos adversos no Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) (Santa Catarina, 2022).

Entretanto, no Brasil o tema Segurança do Paciente na APS ainda é incipiente quando comparado ao nível de atenção hospitalar, e a recomendação ou obrigatoriedade de notificar incidentes e eventos adversos no NOTIVISA ainda não está implementada neste nível de atenção à saúde.

Dito isso, a fim de identificar experiências ou instrumentos de avaliação e monitoramento das ações relacionadas à segurança do paciente na APS, foi realizada

a busca de modelos de sistemas de saúde internacionais que já tenham essa prática instituída.

Dentre os sistemas de saúde encontrados destaca-se o Sistema Nacional de Saúde da Espanha (SNS), no qual a APS se articula com a atenção especializada (clínicas e hospitais), assumindo o papel de porta de entrada e coordenadora do cuidado, incluindo ações de assistência e vigilância em saúde (Pereira, 2014).

A internacionalização do ensino superior ganhou grande repercussão nas universidades brasileiras, que passam a ter cada vez mais inserção no cenário científico e acadêmico internacional, evidenciada pelos rankings elaborados por organismos internacionais (Teixeira *et al.*, 2021). Para a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no âmbito dos programas de pós-graduação a internacionalização das atividades constitui aspecto importante que se reflete na qualidade da produção e formação dos discentes, permitindo a vivência de experiências complementares ao processo educacional e contribuindo com o desenvolvimento de tecnologias e inovação para o cuidado. Nessa perspectiva, cooperações com programas nacionais quanto internacionais oportunizam a recepção de alunos em atividades científicas, como por exemplo, a realização de visitas técnicas (CAPES, 2019).

Visando contribuir com a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, desde o na de 2014 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) financia projetos de desenvolvimento tecnológico para os cursos de Mestrado Profissional em Enfermagem (MPE), colaborando com o processo de internacionalização. Entre os programas de pós-graduação contemplados com o edital n. 08/2021, está o Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), por meio do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) (CAPES, 2021).

Dentre os objetivos do projeto “Desenvolvimento de tecnologias para subsidiar a execução da Consulta do Enfermeiro (CE) nas Redes de Atenção à Saúde”, está o desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a APS. Entre as ações desenvolvidas durante o projeto, realizou-se pesquisas em artigos científicos em meio eletrônico e a realização da Missão de Estudos nas cidades de Madrid e Múrcia, na Espanha.

Desta forma, este capítulo de livro tem como objetivo relatar a experiência da Missão de Estudo realizada com a finalidade de conhecer as atividades desenvolvidas

na Espanha acerca da Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial no contexto da APS, bem como a organização e integração dos sistemas de saúde para a continuidade do cuidado.

## **Metodologia**

Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo e reflexivo, que apresentará a experiência de uma estudante do Mestrado Profissional em Enfermagem na APS, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (PPGEnf/UDESC), Brasil, que realizou uma missão de estudos entre os dias 22 e 28 de outubro de 2023.

Na capital Madri, ocorreram duas visitas técnicas, nos dias 23 e 24 de outubro. A primeira visita aconteceu na “*Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)*”, com o objetivo de conhecer as ações e articulações envolvendo a Segurança do Paciente em todos os níveis de atenção à saúde da Espanha. A SECA nasceu em 1984 e tem como pilares de atuação a disseminação da cultura de qualidade, a consolidação de uma estrutura territorial e a manutenção o rigor científico (SECA, 2023a). Desde a sua criação, a SECA organiza um congresso anual sobre qualidade em saúde, que se tornou uma referência nacional e internacional nos países de língua espanhola.

Também em Madri foi realizada uma visita técnica no Hospital Universitario Ramón y Cajal, com o objetivo de conhecer as ações desenvolvidas no nível de atenção hospitalar no âmbito da prevenção e promoção da saúde, bem como as articulações desta instituição com a APS para a continuidade do cuidado. Este hospital tem 40 anos de existência, 900 leitos ativos distribuídos em 17 andares de edificação.

A última atividade na Espanha ocorreu na cidade de Murcia, entre os dias 24 e 28 de outubro, por meio da participação no “*XXXIX Congreso Sociedad Española de Calidad Asistencial*”.

Essa missão de estudo fez parte de um macroprojeto intitulado “Desenvolvimento de Tecnologias para a Consulta do Enfermeiro nas Redes de Atenção à Saúde” e aprovado mediante parecer nº 5.047.628, CAAE 0165621.2.0000.0118. A missão de estudos foi financiada pelo edital de fomento nº 08/2021 do acordo CAPES com o COFEN.

## **Desenvolvimento**

## **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde da Espanha: instrumentos e sistema de informação**

Na Espanha, o tema Segurança do Paciente permeia toda os níveis de atenção à saúde, e neste contexto a APS representa um elo muito forte. É sobre isso que iremos refletir no decorrer deste capítulo.

A Espanha é o segundo maior país da União Europeia (UE) em extensão territorial, 505.987 km<sup>2</sup> (depois da França) e o quinto maior em população, 48.446.594 habitantes (UNDP, 2020; INE, 2023).

O Estado se organiza como monarquia parlamentarista. É um dos países mais descentralizados da UE, sendo chamado de Estado das Autonomias em razão do alto grau de poder e de responsabilidades transferidos para as 17 Comunidades Autônomas (CCAA), nível regional de governo criado pela Constituição de 1978 como parte do processo de redemocratização (Pereira, 2015).

Por sua natureza profundamente descentralizada para as CCAA, o Sistema Nacional de Saúde Espanhol (SNS) apresenta diferenças regionais importantes na capacidade estrutural dos serviços de saúde e na capacidade técnica dos serviços de vigilância, nos modelos de gestão empregados e na relação público-privada (Pereira, 2020).

Contudo, a Espanha possui um sistema sanitário universal, no qual a saúde é entendida como direito do cidadão, financiado principalmente com recursos advindos de impostos gerais. Dessa maneira, o SNS se baseia nos princípios de acesso livre, equidade, integralidade e solidariedade financeira (Pereira; Santos, 2022).

No âmbito da qualidade assistencial, a Espanha constituiu no ano de 1984 a “SECA - *Sociedad Española de Calidad Asistencial*” (SECA, 2023a).

As ações da SECA permeiam todos os níveis de atenção à saúde, desde a primária até a terciária e para isso conta com onze sociedades autônomas distribuídas em todo o país (SECA, 2023b). Além de direcionar as ações de educação permanente e continuada, por meio de materiais educativos, capacitações e campanhas, a SECA possui comissões compostas por membros de todos os níveis de atenção à saúde, os quais se encontram semestralmente para discussão de assuntos de interesse em comum. Todavia, as comissões não contemplam representantes de todas as instituições de saúde, por isso cada unidade de saúde também possui um profissional que representa o elo de ligação entre a instituição e a SECA. Segundo relatos de membros da SECA durante a visita técnica, isso facilita a implementação das diretrizes

e protocolos, bem como as ações que derivam das análises de incidentes e Eventos Adversos que passam pelas Comissões.

Dentre as ações nacionais promovidas pela SECA está um congresso anual, o qual tive a oportunidade de participar nesta missão de estudo. O “XXXIX Congreso Sociedad Española de Calidad Asistencial” ocorreu na cidade de Murcia e foi promovido pela SECA em parceria com uma das sociedades autônomas, a “Sociedad Murciana de Calidad Asistencial (SOMUCA)”.

Sobre o sistema de informação de Incidentes e Eventos Adversos, a Espanha utiliza de forma unificada em todo o território nacional “Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)” e embora a notificação seja voluntária, os profissionais dos hospitais e centros de atenção básica são fortemente incentivados a utilizar o sistema, colaborando assim no aprendizado e na melhoria da segurança do paciente. As informações inseridas no SiNASP são totalmente confidenciais e protegidas (SiNASP, 2023a).

O SiNASP está disponível para hospitais e centros de atenção básica e somente profissionais cadastrados no sistema poderão reportar ocorrências. Os dados são publicados mensalmente no site e o compilado dos anos demonstra que a cultura de notificação espanhola está em constante evolução e crescimento. No ano de 2022 o SiNASP recebeu 5.567 notificações, 29% a mais que no ano anterior. Destas, 301 foram feitas na APS, o que representa um aumento de 43%. Dentre os tipos de incidentes mais notificados na APS estão os relacionados à medicação (SiNASP, 2023b).

Contudo, no “XXXIX Congreso Sociedad Española de Calidad Asistencial”, palestrantes apresentaram iniciativas, ainda isoladas, de encorajamento dos pacientes para a realização de notificações voluntárias de incidentes e Eventos Adversos, por meio de um aplicativo produzido pela própria instituição hospitalar na cidade de Barcelona. Acerca destas notificações ainda não há dados publicados.

Um importante aspecto a ressaltar acerca da atenção hospitalar na Espanha é a preocupação das instituições com a continuidade do cuidado pós alta. Entre os grandes hospitais, foi visitado o “Hospital Ramón y Cajal de Madrid” que apresenta um sistema de informações sobre segurança do paciente integrado à APS e possui um setor específico com equipe dedicada à Medicina Preventiva. Conforme evidenciado durante a visita técnica, esta equipe é composta por médicos e enfermeiros e se responsabiliza pelo planejamento e execução de ações acerca da

qualidade assistencial e segurança do paciente, tanto em âmbito intra-hospitalar quanto na continuidade do cuidado para além das paredes do hospital. Para promover a comunicação entre o hospital e a APS, a equipe de Medicina Preventiva possui um médico intitulado “Diretor de Continuidade”, que em conjunto com “Enfermeiros de Enlace” articulam a continuação do cuidado da hospitalização para a APS, visando garantir que os pacientes recebam cuidados coordenados ao longo de sua jornada no sistema de saúde espanhol.

Esta continuidade do cuidado hospitalar para a APS é uma estratégia que visa reduzir reinternações desnecessárias e proporcionar uma experiência de cuidado mais eficaz e centrada no paciente. Ela requer uma abordagem colaborativa entre os profissionais de saúde de diferentes níveis de atendimento e enfatiza a importância do planejamento, da coordenação e da comunicação eficaz.

Pereira (2015) destaca que existe um movimento espanhol na direção de unificação da gestão da rede de atenção primária e da especializada/hospitalar com vistas à melhoria da eficiência na gestão e prestação de serviços. Tal experiência está em curso em algumas CCAA.

No “XXXIX Congresso Sociedad Española de Calidad Asistencial” foi possível constatar que na APS espanhola, os médicos de família desempenham um papel central, acompanhando os pacientes ao longo do tempo e coordenando seus cuidados. Nas apresentações orais vários médicos e enfermeiros trouxeram estudos com foco na prevenção e promoção da saúde, incluindo programas, protocolos e indicadores de rastreamento, acompanhamento e educação para pacientes.

A Espanha destaca a importância da APS no documento “*Estrategia de Salud Pública (ESP) 2022: Mejorando la salud y el bienestar de la población*”, definindo os cuidados primários como sendo a espinha dorsal do sistema de saúde. Todavia, o país reconhece que o seu fortalecimento constitui um dos desafios mais importantes que o país deverá enfrentar nos próximos anos para alcançar maior prevenção de doenças, diagnósticos precoces, melhoria dos controles destas doenças, ampliação dos anos vividos com qualidade de vida e bem-estar, além da redução das desigualdades sociais e territoriais e melhoria da eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde (Ministerio de Sanidad, 2022).

Prova disso são as publicações do “*Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud*”. No ano de 2014, foi publicado o “*Primer Informe de Atención Primaria 2010-2012*” e neste documento dentre inúmeros indicadores, estão os

específicos acerca da “Efetividade e Segurança do Paciente”, os quais destaco aqui: Coberturas para a promoção da saúde, detecção e prevenção de problemas de saúde prevalentes e vacinação; Avaliação de risco cardiovascular; Atenção a pacientes com hipertensão, diabetes mellitus, obesidade, doença pulmonar obstrutiva crônica e hipercolesterolemia; Percentual de pacientes maiores de 74 anos que tomam seis ou mais medicamentos com revisão de tratamento pelo menos duas vezes ao ano; Planos de cuidados de enfermagem para a população assistida estabelecidos junto ao paciente e família, especialmente para pacientes frágeis, imobilizados, em situação terminal; Plano de cuidados de enfermagem em processos cardiovasculares (hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, obesidade, tabaco, doença cardíaca isquêmica e insuficiência cardíaca); Medição de INR (tempo de protrombina) com bom controle para pacientes anticoagulados; Pacientes imobilizados que se faz a prevenção de úlceras de pressão, com doença cardíaca isquêmica com números de colesterol controlados, com doença cardíaca isquêmica que tomam anticoagulantes, diabéticos com nefropatia tratados adequadamente, hipertensos e/ou diabéticos com bom controle (Comunidade de Madrid, 2014).

Ao longo dos anos os indicadores foram aprimorados e na décima e última publicação do “*Informe de Atención Primaria 2019-2021*”, a seção “Eficácia clínica e segurança do paciente reúne um total de trinta e sete indicadores relacionados com a promoção da saúde e prevenção, educação em saúde, cuidados com doenças crônicas, uso de medicamentos, planos de cuidados e atividades de controle preventivo da doença. Os indicadores de eficácia clínica referem-se à capacidade do ações clínicas para produzir o efeito desejado. Eficácia é a capacidade de fazer as coisas que precisam ser feitas corretamente, no momento oportuno, nas condições certas e para pacientes indicados, buscando obter o máximo rendimento dos recursos disponíveis e, assim, alcançar o máximo de benefícios para a saúde. Prevenção, tanto a doença como suas complicações, uma vez estabelecida, ajusta-se inteiramente à definição de eficácia. Os indicadores relacionados à segurança do paciente visam minimizar riscos e evitar danos atribuíveis aos cuidados recebidos no sistema de saúde (Comunidade de Madrid, 2022).

Uma pesquisa realizada durante o ano de 2018 envolvendo as quinze Comunidades Autônomas da Espanha indica que 1.762 Centros de Cuidados Básicos dispõem de Plano de Segurança do Paciente, o que representa 78,8% dos centros para os quais foi disponibilizada informação. Da mesma forma, 249 hospitais possuem

estes planos, o que representa 73,9% dos hospitais sobre os quais foi disponibilizada informação (Ministerio de Sanidad, 2017).

A nível mundial, o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030, da Organização Mundial da Saúde (OMS), está estruturado a partir de sete objetivos estratégicos que podem ser alcançados por meio de 35 estratégias. A Atenção Primária à Saúde é destacadamente mencionada pela OMS no objetivo estratégico número 3 - Segurança dos Processos Clínicos. Dentre as estratégias está a seguinte: “Garantir a segurança dos pacientes em todos os ambientes, inclusive nos ambientes de saúde mental e cuidados domiciliares, com foco na APS e em transições de cuidados” (OMS, 2021).

Para que seja possível o alcance deste objetivo através a implementação da estratégia no âmbito da APS, a OMS descreve como ações a serem adotadas pelos governos:

Estender as intervenções do sistema de segurança do paciente, como relatórios e sistemas de aprendizagem, integração de tecnologias digitais, cultura de segurança e envolvimento do paciente em todo o tratamento contínuo, incluindo atenção primária (OMS, 2021, p. 38).

Em complementaridade, os estabelecimentos e serviços de saúde devem assegurar uma série de ações, das quais destaco as seguintes: Estabelecer canais claros para comunicação com diferentes prestadores de serviços de saúde durante a transição do atendimento em diferentes níveis de atenção à saúde; Incluir serviços de atenção primária e ambulatorial nos sistemas de aprendizagem e relatório de incidentes de segurança do paciente;

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 529/2013, tendo como objetivo geral “Contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional” (Brasil, 2013b). Desta forma, entende-se que a APS apesar de não estar descrita de forma explícita no referido documento, está subentendida, pois se aplica a todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Contudo, no “Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente” (Brasil, 2014), a ANVISA já reconhecia lacunas no conhecimento relacionado a segurança do paciente, dentre elas: “Qual a causa mais frequente de Eventos Adversos na Atenção Primária?”

A exemplo da Espanha, o Brasil também possui uma Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP), fundada no ano de 2017, na cidade do Rio de Janeiro. Atuam na SOBRASP profissionais da assistência, gestão, ensino e pesquisa, de várias regiões do país (SOBRASP, 2023b).

Em comemoração a uma década da publicação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, a SOBRASP lançou o documento “10 perguntas e respostas sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde”. Nele, a Sociedade destaca que os desafios da segurança do paciente na APS são os seguintes: falta de educação continuada como um obstáculo da cultura de segurança; conhecer a região e suas fragilidades; ausência de implantação de protocolos de segurança do paciente, fluxogramas, indicadores assistenciais e NSP (SOBRASP, 2023a).

### **Considerações finais**

O planejamento e as ações de qualidade e segurança do paciente na Espanha podem servir de inspiração para o Brasil, pois está muito fortalecido em todos os níveis de atenção à saúde, sem exceção. A trajetória da Espanha neste tema é mais antiga do que a do Brasil, a exemplo das Sociedades que lideram as ações sobre o tema, enquanto a SECA existe desde 1984, a SOBRASP completa em 2023 seus primeiros 6 anos de existência.

Além disso, é improvável que uma única Associação consiga liderar ações em todo o território de países tão grandes como a Espanha e o Brasil. Para o alcance de todos os profissionais e em todos os serviços de saúde a SECA conta com as sociedades autônomas. Este modelo que pode ser interessante para o Brasil, ou seja, criar sociedades regionais que atuem em parceria com o MS para descentralizar e regionalizar as ações baseadas nos contextos locais e regionais, que são demasiadamente distintos entre as diferentes áreas geográficas do país.

Em que pesem as limitações inerentes ao desenvolvimento deste relato de experiência, baseado em visitas técnicas sem acompanhamento do dia a dia dos profissionais de saúde, acredita-se que a análise do contexto de saúde espanhol contribuiu para ampliar olhares e horizontes sobre a temática em questão, favorecendo o entendimento e as discussões dessa natureza no campo da APS no Brasil.

A vivência obtida a partir da missão de estudo, contribuiu para a estruturação do Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a APS. A

internacionalização possibilitou à mestranda aprofundar seu conhecimento acerca da segurança do paciente e fazer reflexões valiosas que contribuíram na qualidade da produção científica do referido instrumento. Além disso, a experiência da missão de estudos fomentou a importância da ampliação das fronteiras do conhecimento para realidade internacional, com vistas a fortalecer local e nacionalmente suas práticas profissionais.

## Referências

BRASIL. MS. ANVISA. GVIM. GGES. **Painel da Avaliação dos Núcleos de Segurança do Paciente de Vigilância Sanitária (NSP VISA) Estaduais/Distrital/Municipais**. Sinergia, parceria e solidariedade para melhorar a segurança do paciente e qualidade do cuidado. Brasília-DF, 2021d. Disponível em: <https://tinyurl.com/5ha5x6v2>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. MS. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 21 set. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 23 jun. 2023.

BRASIL. MS. ANVISA. Resolução – RDC/ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 25 jul. 2013a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 7 jun. 2023.

BRASIL. MS. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, Edição: 217 | Seção: 1 | Página: 126, 1 abr. 2013b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 27 jun. 2023.

BRASIL. MS. ANVISA. Fundação Oswaldo Cruz. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília-DF, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 13 de nov de 2023.

CAPES. Ministério da Educação. Diretoria de Avaliação. **Documento de Área: Área 20 - Enfermagem**. Brasília-DF, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/enfermagem-pdf>. Acesso em: 01 jan. 2024.

CAPES. **Programa de Desenvolvimento da Pós-Graduação (PDPG) - CAPES/COFEN. Apoio a Programas de Pós-Graduação - Modalidade Mestrado Profissional - Área De Enfermagem Edital 8/2021**. Brasília-DF, 2021. Disponível em: <https://tinyurl.com/bt4fe3k7>. Acesso em: 25 dez. 2023.

COMUNIDAD DE MADRID. Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud. Observatorio de Resultados. **Primer Informe de Atención Primaria, 2010-2012**. Madrid, 2014. Disponível em: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/AtencionPrimariaLista.aspx>. Acesso em 25 out. 2023.

COMUNIDAD DE MADRID. Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud. Observatorio de Resultados. **Décimo Informe de Atención Primaria, 2019-2021**. Madrid, 2022. Disponível em: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/AtencionPrimariaLista.aspx>. Acesso em 25 out. 2023.

DALCIN, T. C. *et al.* **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática**. Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre, 2020.

INE. Instituto nacional de Estadística. **Estadística continua de población: últimos datos**. España, 2023. Disponível em: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177095&menu=ultiDatos&idp=1254735572981](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177095&menu=ultiDatos&idp=1254735572981). Acesso em: 09 nov 2023.

MINISTERIO DE SANIDAD. **Estrategia de Salud Pública 2022: Mejorando la salud y el bienestar de la población**. Madrid, 2022. Disponível em: [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia\\_de\\_Salud\\_Publica\\_2022.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022.pdf). Acesso em 29 out. 2023.

MINISTERIO DE SANIDAD. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. **Hospitales y Centros sin Internamiento**. Madrid, 2017. Disponível em: <https://tinyurl.com/4sufhfab>. Acesso em 23 out. 2023.

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**. Genebra, 2021. Disponível em: <https://tinyurl.com/5jvr7ewh>. Acesso em: 26 out. 2023.

PEREIRA, A. M. M. *et al.* Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 11–27, dez. 2015.

PEREIRA, A. M. M. P. **Estratégias de enfrentamento da pandemia pela Covid-19 no contexto internacional: reflexões para a ação**. Rio de Janeiro: Observatório Fiocruz-Covid-19, 2020. Disponível em: <https://tinyurl.com/yckd9pc7>. Acesso em: 5 nov. 2020.

PEREIRA, A. M. M.; SANTOS, I. D. M. Como a governança nacional e o fortalecimento do sistema de saúde podem favorecer a gestão da crise gerada pela Covid-19? O caso da Espanha. In: MACHADO, C. V., PEREIRA, A. M. M., FREITAS, C. M. **Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países**,

muitas lições. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081594.0006>. Acesso em: 26 out. 2023.

SANTA CATARINA. **Nota Técnica DAPS/SPS/CESP/SUV/SES nº 004/2022.** Orientações para apoiar os profissionais de saúde nas ações da Segurança do Paciente na Atenção Primária- APS. Florianópolis, 02 set. 2022.

SECA. Sociedad Española de Calidad Asistencial. **¿Quiénes somos?** Disponível em: <https://calidadasistencial.es/quienes-somos/>. Acesso em: 09 nov 2023a.

SECA. Sociedad Española de Calidad Asistencial. **Sociedades Autónomicas.** Maseid, 2023b. Disponível em: <https://calidadasistencial.es/sociedades-autonomicas/>. Acesso em: 09 nov 2023.

UNDP. United Nations Development Programme. **Global human development indicators.** 2020. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/countries>. Acesso em: 10 dez. 2023.

SiNASP. **Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente.** Madrid, 2023a. Disponível em: <https://sinasp.es/>. Acesso em: 30 out. 2023.

SiNASP. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. **Notificaciones recibidas en 2022.** Madrid, 2023b. Disponível em: <https://sinasp.es/ver/boletines/4>. Acesso em: 30 out. 2023.

SOBRASP. Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente. **Abril pela segurança, 10 anos de PBSP:** 10 perguntas e respostas sobre segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 2023a. Disponível em: <https://azassocia.com.br/sobrasp/documentos/106.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2023.

SOBRASP. Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente. **Quem somos.** Rio de Janeiro, 2023b. Disponível em: <https://www.sobrasp.org.br/sobrasp.php>. Acesso em: 10 nov. 2023.

Teixeira L. I. L. *et al.* Internacionalizar para quê? As razões de instituições públicas de ensino superior no Ceará. **Revista da Avaliação da Educação Superior.** Campinas, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/c4VZkMBQ6H3Kyp333ch6QhJ/>. Acesso em: 03 jan. 2024.

### 5.1.3 Produto III – Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde

#### Introdução

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) representam um desafio global com impacto significativo sobre a propagação da Resistência aos Antimicrobianos (RAM), morbimortalidade, qualidade de vida das pessoas acometidas

e elevados custos assistenciais. As mortes em decorrência das IRAS aumentam de duas a três vezes quando os agentes causadores são microrganismos resistentes aos antimicrobianos. Salienta-se que mesmo sendo frequente, uma grande porcentagem das IRAS são evitáveis por meio de medidas eficazes de Prevenção e Controle de Infecção (PCI) (OMS, 2016; Brasil, 2021; WHO, 2022).

Programas de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS) fortes, eficazes e funcionais têm a capacidade de influenciar a qualidade do atendimento, melhorar a segurança do paciente e conseqüentemente proteger pacientes e profissionais da ocorrência de IRAS (OMS, 2019).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define o PCIRAS como um conjunto de ações desenvolvidas de forma sistematizada pelos serviços de saúde e, ressalta que os mesmos necessitam implementar os oito componentes essenciais definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a saber: 1. Programa de PCI; 2. Diretrizes/Protocolos de PCI; 3. Educação e treinamento; 4. Vigilância de IRAS; 5. Estratégias multimodais para implementação das ações de prevenção; 6. Monitoramento/auditoria das práticas e retroalimentação/feedback do Programa; 7. Carga de trabalho, recursos humanos e ocupação dos leitos; 8. Infraestrutura, materiais e equipamentos para PCI (OMS, 2019; Brasil, 2021).

Apesar de compreendermos que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada de microrganismos para o sistema de saúde, podendo ser amplificadores de transmissão de patógenos, com posterior disseminação de surtos para a comunidade, atualmente não há evidências da existência de PCIRAS neste nível de atenção à saúde. Essa problemática é reconhecidamente uma fragilidade em todo o mundo (OMS, 2019; WHO, 2022).

No Brasil a obrigatoriedade de elaborar, implementar, manter e avaliar o PCIRAS se dá apenas para instituições hospitalares (Brasil, 1998). Em 2022, a ANVISA aplicou o primeiro questionário de avaliação nacional das estratégias para o controle de infecções e o gerenciamento do uso de antimicrobianos na APS (Anvisa, 2022).

Vale destacar que atualmente existe apenas um instrumento validado destinado a elaboração ou melhoria dos PCIRAS, o qual se aplica especificamente aos hospitais e foi desenvolvido pela OMS e adaptado para o Brasil pela ANVISA. Este instrumento, Infection Prevention and Control Assessment Framework, é

estruturado contemplando os requisitos mínimos pertinentes a atenção terciária separados nos oito componentes essenciais baseados nas melhores evidências disponíveis (OMS, 2019).

A construção e validação de um instrumento de avaliação de PCI para a APS se apresenta como uma ferramenta de diagnóstico dos recursos disponíveis e das necessidades de saúde pública do país, fornecendo informações para subsidiar a construção de PCIRAS adaptados ao contexto local (OMS 2016; OMS, 2019; WHO, 2021).

O presente estudo se justifica pela elaboração e implementação do PCIRAS na APS, através de um Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde, validado nacionalmente e com capacidade de fornecer subsídios para o país traçar os planos futuros voltados a prevenção e ao controle das infecções.

## **Método**

Trata-se de um estudo metodológico desenvolvido em três etapas adaptadas: 1) fase exploratória, 2) construção da tecnologia e 3) validação, desenvolvido no período de 01 de junho de 2023 a 07 de fevereiro de 2024 (Polit; Beck, 2018; Teixeira; Nascimento 2020).

A primeira etapa compreendeu a análise documental na qual foram identificados os requisitos mínimos que devem compor o PCIRAS para a APS. Os documentos originais nacionais e internacionais foram localizados em sites oficiais de órgãos responsáveis pela área da saúde e de meio de divulgação oficial de normativas, sendo eles: OMS, Ministério da Saúde, ANVISA e Diário Oficial da União (DOU). A partir da análise documental foram identificados e agregados os conteúdos brutos que possuíam informações pertinentes ao objetivo, denominadas unidades de contexto (Bardin, 2016).

Na segunda etapa, foi criada a primeira versão do Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde, estruturado em nove partes, a primeira caracterizada pelos dados de identificação do respondente e da unidade de APS e as demais partes correspondiam a cada um dos oito componentes essenciais dos PCIRAS. A partir das 93 unidades de contexto foram elaborados os requisitos mínimos para cada componente essencial, totalizando 112

itens. Ainda na fase de elaboração dos itens, a análise de um profissional de saúde psicometrista subsidiou as definições acerca da apresentação do instrumento.

A análise psicométrica se debruçou sobre as evidências de validade de conteúdo, a fim de medir o que está sendo proposto, não com exatidão, mas o quanto pode ser efetivo para isso, tendo em vista a inovação contida na construção deste instrumento (Pasquali, 2009).

A opção pelo formato de questionário, intencionou a garantia de acurácia e precisão na verificação dos objetos de investigação (Malhotra, 2011). Ainda, para o escalonamento (padrão de respostas) estabeleceu-se as do tipo politômicas de frequência, visando a possibilidade de análise da extensão da existência de determinados fatores relacionados ao contexto da pesquisa (Likert, 1932). Sendo assim, no padrão de resposta tem-se: 1) Inexistente: definitivamente não; de jeito nenhum; 2) Parcialmente: em algum grau; de alguma forma; e 3) Totalmente: em grande medida; definitivamente.

A partir das definições de apresentação identificou-se a necessidade de desmembrar alguns dos 112 requisitos mínimos, a fim de proporcionar maior clareza do que está sendo perguntado. Ao final dessa etapa, o instrumento passou a ser constituído de uma parte inicial contendo as instruções de preenchimento, seguido de 118 perguntas estruturadas, sendo cada uma categorizada nos oito componentes essenciais.

A terceira e última etapa, denominada de análise de especialistas, compreendeu o processo de validação de conteúdo por meio da análise de especialistas no tema PCI, que avaliaram a qualidade semântica dos requisitos mínimos e componentes essenciais e do instrumento como um todo. Foram convidados a participar como especialistas 81 profissionais representantes de todas as regiões geográficas do país (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul) que atendessem a um dos seguintes critérios para inclusão: a) ser membro da Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde; b) ser membro da Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde e da Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde; c) integrar uma das Coordenações de Controle de Infecção dos Estados, Distrito Federal e Municípios; d) ser profissional de saúde das redes ou grupos de trabalho relacionados ao tema e no Currículo Lattes atender aos critérios contidos no item “e” descrito a seguir; e) ser graduado na área da saúde, especialista em prevenção e controle de infecção ou

epidemiologia ou regulação e/ou vigilância sanitária e atuação de pelo menos um ano em uma destas áreas em que é especialista.

O convite para participação foi enviado por correio eletrônico, juntamente com o Instrumento para Avaliação da PCI na APS, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e *link* do formulário de validação de conteúdo construído na plataforma *Google Forms*. Para a análise do instrumento, o especialista considerou três dimensões avaliativas: clareza (objetivos); pertinência (conteúdo, estrutura, apresentação); e relevância (relevância e usabilidade do instrumento). Cada uma das questões de validação foi acompanhada da escala de Likert, com pontuação que variou de 1 a 4, em que: 1) Inadequado, 2) Parcialmente inadequado, 3) Adequado e 4) Totalmente adequado. Ainda, foi incluído um campo para comentários obrigatórios para a pontuação 1 e 2 e comentários livres acerca de cada requisito mínimo, componente essencial ou do instrumento como um todo (Teixeira; Mota, 2011).

Os especialistas selecionados analisaram o instrumento entre 29 de outubro e 28 de novembro de 2023. Para avaliação das propriedades psicométricas adotou-se o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), onde foram considerados os cálculos do CVC para cada item (CVCi) de cada uma das dimensões de análise (CVCd), para o conteúdo avaliado por cada especialista (CVCe) e para o total (CVCt). Por fim, padronizou-se o valor de 0,80 como critério de qualidade semântica dos itens para a cobertura teórica do traço latente (Aiken, 1985).

Este estudo compõe um macroprojeto de pesquisa aprovado e financiado pelo Edital nº 08/2021 do Programa de Desenvolvimento da Pós-Graduação (PDPG) - Apoio a Programas de Pós-Graduação - Modalidade Mestrado Profissional - Área de Enfermagem, acordo CAPES/COFEN, denominado “Desenvolvimento de Tecnologias para Consulta do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde”, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nº 5.047.628 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 50165621.2.0000.0118, em 19 de outubro de 2021.

## **Resultados**

No total, 17 profissionais participaram da etapa de validação de conteúdo do instrumento. Quanto aos dados sociodemográficos destes especialistas destaca-se: a região de atuação com maior concentração no sul do Brasil (8), seguido do centro-oeste (3), nordeste (2), sudeste (2), norte (1) e todas as regiões (1); dezesseis são mulheres (94,11%); faixa etária entre 31 e 62 anos, média de 44,3 (Desvio Padrão

9,77) anos; graduados em enfermagem (10), medicina (4), farmácia (2) e fisioterapia (1), tendo como maior titulação acadêmica especialização (10), mestrado (5) e doutorado (2); tempo de atuação médio de 19 anos; abrangência de atuação nacional (3), regional (1), estadual (6) e municipal (7).

Os especialistas responderam ao questionário da validação de conteúdo de forma qualitativa (escala Likert) e qualitativa (comentários), proporcionando amplitude na análise dos dados obtidos.

Quanto aos dados quantitativos, as dimensões avaliativas, clareza, pertinência e relevância alcançaram valores de 0,88, 0,90 e 0,91, respectivamente. Ainda, todos os itens de cada dimensão, quando analisados isoladamente atingiram valores superiores a 0,80, como demonstra a Tabela 1.

Tabela 1 – Coeficiente de Validade de Conteúdo das dimensões avaliativas do Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde

(continua)

Itens avaliados		CVCi
Clareza (objetivos)	As questões estão apropriadas com o que preconizam as publicações internacionais e nacionais	0,92
	As questões são suficientes para coletar os dados da realidade local acerca das atividades de PCI na APS	0,88
	O questionário possibilita a identificação das atividades de gestão da PCI na APS	0,88
	O questionário é adequado para coletar informações acerca das ações de Educação Permanente relacionadas a PCI na APS	0,82
	Instiga reflexões sobre a prática profissional relacionada a PCI na APS	0,89
	Atende aos objetivos de avaliação da PCI na APS	0,89
Pertinência (conteúdo, estrutura, apresentação)	As informações estão coerentes	0,93
	As terminologias estão apropriadas para os profissionais da APS	0,94
	Está organizado de maneira clara e objetiva	0,90
	Há uma sequência lógica na apresentação do conteúdo proposto	0,91
	O tamanho do título e da estrutura do instrumento estão adequados	0,91
	As informações estão coerentes	0,93
	Esse instrumento é apropriado aos profissionais e gestores assistenciais da APS	0,93
	As informações estão bem estruturadas em consenso e ortografia	(continuação)
O número de itens está adequado	0,87	
Itens avaliados		CVCi
Relevância (relevância e usabilidade)	Esse instrumento permite a coleta de informações sobre o nível de implementação das atividades de PCI na APS	0,91
	Explora o conhecimento dos profissionais e gestores assistenciais da APS sobre PCI neste nível de atenção à saúde	0,90
	Aborda os assuntos necessários para explorar as ações de PCI na APS	0,93
	Está adequado para ser aplicado aos profissionais e gestores da APS	0,88
	Pode ser usado em todo o território nacional	0,91
	Tem potencial para contribuir para elaboração de políticas públicas para a APS	0,96

Fonte: dados da pesquisa (2023).

Nota: Coeficiente de Validade de Conteúdo do item (CVCi).

Os valores dos CVCe variaram entre 0,71 (especialista 10) e 1,00 (especialistas 6, 8 e 15). O valor de CVCt foi 0,90. Quanto aos dados qualitativos obtidos da validação de conteúdo, nos comentários livres foram registradas 21 sugestões de alteração e duas considerações. Após análise detalhada, definiu-se por consentir com oito sugestões de alterações no instrumento.

Especificamente, considerando o instrumento como um todo, as sugestões de alteração referiam-se à redução do tamanho do documento (1 sugestão), a partir da qual foi revisado o layout do questionário e reduzido o texto inicial que explica sobre o preenchimento, a fim de proporcionar maior fluidez ao leitor/respondente. As demais sugestões, não aceitas, discorrem sobre: a redução das frases e/ou unificação de perguntas (2), o que poderia resultar em entendimento dúbio acerca do que está sendo perguntado; e a verificação de um outro formulário produzido pela OMS destinado a hospitais (1), não sendo objeto deste estudo. As considerações (2) não aceitas versam sobre a complexidade para preenchimento do instrumento, situação que será avaliada quando este for aplicado.

Na primeira parte do instrumento que contém perguntas acerca dos dados do respondente, todas as sugestões (4) foram aceitas, objetivando a coleta de todos os dados pertinentes e importantes para as posteriores análises: separação dos dados do respondente em duas seções, do profissional e da unidade de APS; retirada da “Região” e inclusão do “Município”; inclusão de opções “Não utiliza” e “Outro” na pergunta sobre o sistema de informação em uso; inclusão das opções “Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas” e “Equipes de Saúde da Família Fluviais” na pergunta sobre o tipo de equipe que compõe o serviço de saúde.

Nas oito partes do instrumento, os especialistas registraram sugestões (13) em cinco dos oito Componentes essenciais de PCI para a APS: Componente 1 - Planejamento das ações de prevenção e controle de IRAS; Componente 2 - Diretrizes de PCI; Componente 3 - Educação e treinamento em PCI; Componente 5 - Estratégias para implementar atividades de PCI; Componente 6 - Monitoramento, auditoria e feedback. Após profunda análise para interpretação da sugestão, definiu-se pela não aceitação de 10 sugestões fundamentada nas seguintes premissas: sugestão já contemplada em outro item/ componente essencial ou não é objeto deste estudo; ausência de respaldo na legislação nacional, entendimento dos pesquisadores de que

a alteração ou unificação de perguntas inviabilizaria a coleta de informações relevantes. Desta forma, três foram aceitas, nos Componentes essenciais 1, 3 e 5.

No Componente essencial 1 - Planejamento das ações de prevenção e controle de IRAS, a sugestão foi aceita (1) pois tratava apenas de melhorar a clareza na formulação da pergunta sobre aquisição e manutenção de equipamentos e materiais (quais?) e a pertinência da utilização da palavra “aconselhar”, por sua subjetividade.

No Componente essencial 3 - Educação e treinamento em PCI, a sugestão aceita (1) também se relaciona com a clareza na escrita da pergunta sobre o serviço que está sendo avaliado.

Por fim, no Componente essencial 5 - Estratégias para implementar atividades de PCI, a sugestão aceita (1) se refere a centralização de todas as perguntas sobre capacitação de profissionais em um único componente essencial, ou seja, no Componente 3 - Educação e treinamento em PCI.

Além das sugestões e considerações, os especialistas (e) utilizaram o espaço de comentários livres para ressaltar a importância do estudo e da construção do Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a APS estruturado em oito componentes essenciais. Os registros fazem menção aos seguintes aspectos: relevância de pesquisas nesta área tendo em vista a escassez de estudos envolvendo PCI na APS (e2, e3, e6); embasamento técnico e jurídico empregado na formulação do instrumento (e2; e3; e7; e9); abrangência do instrumento e aplicabilidade em todo território nacional (e3); capacidade de instigar e direcionar equipes e gestores (especialmente os municipais) para implantação das medidas de PCI na APS e formulação de novas diretrizes (e2, e3); capacidade de promover a conscientização para o uso racional de antimicrobianos nas equipes de saúde e na comunidade (e2) e para a segurança dos trabalhadores (e2).

Findada a etapa de validação de conteúdo (ou análise de especialistas), procedeu-se à implementação das alterações, dando origem à versão final do instrumento, a qual pode ser acessada em <https://doi.org/10.5281/zenodo.10986408>, contendo 120 perguntas/requisitos mínimos distribuídos em oito componentes essenciais.

## **Discussão**

A inexistência de um PCIRAS na APS se apresenta como uma lacuna encontrada mundialmente (OMS, 2019; WHO, 2022). No Brasil, tal fato pode estar

relacionado a dimensão territorial do país e suas diversidades culturais, sociais, epidemiológicas, demográficas, econômicas, políticas e inclusive de cunho assistencial.

Um instrumento de avaliação de PCI para a APS aplicável em todo o país, tendo como ponto de partida as recomendações e requisitos internacionais - oito componentes essenciais - revelou que as recomendações e normativas nacionais além de não contemplarem todos os requisitos mínimos, são fontes dispersas de informação, dificultando a pleno reconhecimento e implementação das atividades pelos gestores e utilização pelos profissionais de saúde. Nesta perspectiva, a análise documental subsidiou e se mostrou essencial para embasar a construção do instrumento que cumpriu o rigor metodológico de estabelecimento da estrutura conceitual, construção dos itens e das escalas de resposta, seleção e organização dos itens, estruturação do instrumento e de validade de conteúdo (Coluci; Alexandre; Milani, 2015).

Vale ressaltar que os oito componentes essenciais representam a espinha dorsal do questionário, refletindo a qualidade e extensão da coleta necessária para a APS.

O desenvolvimento do instrumento levou em consideração dois elementos que a literatura recomenda para a elaboração de questionários, o Construto e Escalonamento (Hair *et al.*, 2014). Os oito componentes essenciais representaram o Construto. O Escalonamento politômico de frequência possibilitou a atribuição de um valor numérico para cada uma das alternativas/respostas possíveis, com vistas a analisar a extensão da existência de determinados fatores relacionados ao contexto da pesquisa (Likert, 1932).

Na validação de conteúdo, o CVC se mostrou uma boa estratégia de análise da proporção de uma questão particular para validação do instrumento como um todo (Coluci; Alexandre; Milani, 2015). Observa-se que o rigor da pesquisa documental, assim como o refinamento da versão inicial do instrumento após exaustivas discussões dos pesquisadores e análise psicométrica pode ter contribuído para os altos níveis de aceitação pelos especialistas. Logo, todos os parâmetros (clareza, pertinência e relevância) quando avaliados individualmente apresentaram CVC médio acima do valor utilizado como parâmetro de qualidade dos itens, o que demonstra a alta qualidade do instrumento, uma vez que resguarda os preceitos científicos de validade (Aiken, 1985). Além disso, a utilização de propriedades psicométricas

proporcionou sustentação teórica no desenvolvimento do questionário e, a participação de um número significativo de profissionais com formação acadêmica na área com titulação e tempo expressivo de experiência corroboram a força do instrumento (Alvin, Gazzinelli, Couto, 2021).

No que tange ao CVC, estudos envolvendo validação de conteúdo reforçam a importância de obter-se valores superiores a 0,80, tendo em vista que valores que não obtêm concordância mínima entre os especialistas indicam a dubiedade do conteúdo (Moura *et al.*, 2023).

Neste estudo, os valores de CVC representam a harmonia e robustez do instrumento elaborado, para além da ampla aceitação dos especialistas. Contudo, as considerações e sugestões dos profissionais deram origem a alterações que visam a melhor adequação do conteúdo ao público-alvo, como recomenda a literatura (Pasquali, 2009), a saber: o aperfeiçoamento textual do instrumento, tornando sua linguagem mais significativa para os respondentes; o reposicionamento de requisitos mínimos, centralizando os temas por componente essencial; o acréscimo de questões visando a clareza e detalhamento acerca do que está sendo perguntado; e alterações no layout do questionário para uma leitura mais fluida.

Este estudo representou um avanço do conhecimento atual, haja vista a relevância social do tema e a pouca produção científica na área.

Ao considerar que o instrumento se destina a uma avaliação, a escolha do formato de apresentação do tipo questionário com padrão de respostas politômicas de frequência proporciona ao construto a possibilidade de cálculo de conformidade. Contudo, a literatura não padroniza a porcentagem mínima para determinação do status de qualidade da PCI para a APS.

## **Conclusão**

O estabelecimento dos requisitos mínimos por meio da análise documental se mostrou essencial para a fornecer uma estrutura técnica robusta para a construção do Instrumento de Avaliação de PCI para a APS com base nos oito componentes essenciais, além de proporcionar um aprofundamento nos marcos legais e diretrizes internacionais e nacionais.

O instrumento é um potencial direcionador das melhorias necessárias através da identificação dos recursos, pontos fortes e lacunas existentes, proporcionando um senso de prioridade para a APS.

Nesta perspectiva e, considerando que o processo de cuidado não se inicia e nem se encerra na assistência direta ao usuário, o reconhecimento das necessidades contribui diretamente para a promoção da saúde e prevenção de infecções na medida em que favorece a gestão do cuidado centrada no paciente e em suas diversas interfaces, gerenciais, clínico-assistenciais e educativas.

Por fim, tendo em vista o alcance dos objetivos propostos e a potencialidade de aplicação do instrumento a nível nacional, seus resultados poderão subsidiar discussões em todos os níveis de gestão e assistência da APS, aprimorando a qualidade e segurança aos pacientes no Brasil.

## Referências

AIKEN, L. R. **Content Validity and Reliability of Single Items or Questionnaires**. Educational and Psychological Measurement, v. 40, n. 4, p. 955-959, 1985.

Disponível em: <https://doi.org/10.1177/001316448004000419>. Acesso em: 15 ago. 2023.

ALVIM, A. L. S.; GAZZINELLI, A.; COUTO, B. R. G. M. Construção e validação de instrumento para avaliação da qualidade dos programas de controle de infecção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021.

ANVISA. **Resultados do Inquérito da Avaliação Nacional das Estratégias para o Controle de Infecções e o Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos na Atenção Primária à Saúde**. Brasília-DF, 2022. Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/ResultadosdoInquritodaAvaliaoNacionalAtenoPrimriaSade.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. ANVISA. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde 2021 a 2025**. Brasília-DF, 05 mar. 2021.

BRASIL. MS. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 12 mai. 1998. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616\\_12\\_05\\_1998.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html). Acesso em: 19 jun. 2023.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D.. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925–936, mar. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/qTHcjt459YLYPM7Pt7Q7cSn/#>. Acesso em: 31 jan 2024.

HAIR J.R. *et al.* **Fundamentos de Pesquisa de Marketing**. 3. ed. AMGH Editora, 2014.

LIKERT, R. **A technique for the measurement of attitudes**. Archives of Psychology. New York University, 1932.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing: foco na decisão**. 3ª Edição. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2011.

MOURA, D. F. *et al.* Elaboração da Escala Fear of Missing Out (FoMO) no Trabalho: Evidências de Validade de Conteúdo. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/rpot/2023.2.22928>. Acesso em 12 abr 2024.

OMS. **Orientações sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção em nível nacional e de serviços de saúde**. Genebra, 2016. Disponível em: [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/copy3\\_of\\_CorecomponentsOMStraduoparaportugusFINAL.pdf](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/copy3_of_CorecomponentsOMStraduoparaportugusFINAL.pdf). Acesso em: 26 out. 2022.

OMS. **Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção**. Genebra, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/TraduoREQUISITOSMNIMOSPROGRAMASDEPCIONMSFINAL.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2023.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, p. 992–999, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. M. S. S. **Educação em saúde: Tecnologias Educacionais em Foco**. Série educação em saúde. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, v. 2, 2011.

TEIXEIRA, E.; NASCIMENTO, M. H. M. Pesquisa Metodológica: perspectivas operacionais e densidades participativas. In: **Desenvolvimento de Tecnologias cuidativo-educacionais**: v. 2. Porto Alegre: Moríá, 2020.

WHO. **About WHO**. Geneva, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/pt/about>. Acesso em: 10 nov. 2022.

WHO. **Strengthening infection prevention and control in primary care: a collection of existing standards, measurement and implementation resources**. Geneva, 2021.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo revelou que se faz necessário investir e produzir conhecimento sobre PCI na APS do SUS, tendo em vista que não há um instrumento nacional que avalie os níveis de conformidade e produza dados que subsidiem tomadas de decisão que possam aprimorar a PCI na APS do Brasil.

Produzir instrumentos a partir do contexto nacional foi enriquecedor e apresentou-se com potencial inovador, envolvendo vários entes federativos do Brasil, União, Estados, Distrito Federal e os Municípios.

Nesse sentido, projetos de pesquisa aplicada como esse financiado pelo CAPES/COFEN, potencializam a qualificação e fortalecimento dos enfermeiros no desenvolvimento de tecnologias e na atuação profissional em toda as suas dimensões.

Espera-se que o instrumento produzido possa ser implementado nacionalmente e impacte positivamente nos processos assistenciais durante consulta do enfermeiro e para a gestão dos serviços, compreendendo um olhar ampliado para estrutura, processos, pessoas, educação, prevenção, vigilância e controle de enfermidades infecciosas e da RM.

## REFERÊNCIAS

ADAMY, E. K. *et al.* Reflexão acerca da interface entre a segurança do paciente e o processo de enfermagem. **Rev Enferm Health Care**, v7(1):272-278, Jan/Jul 2018. Disponível em:

<https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2519>. Acesso: 01 jan. 2023.

AIKEN, L. R. **Content Validity and Reliability of Single Items or Questionnaires**. Educational and Psychological Measurement, v. 40, n. 4, p. 955-959, 1985.

Disponível em: <https://doi.org/10.1177/001316448004000419>. Acesso em: 15 ago. 2023.

ALVIM, A. L. S.; GAZZINELLI, A.; COUTO, B. R. G. M. Construção e validação de instrumento para avaliação da qualidade dos programas de controle de infecção.

**Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, p. e20200135, 2021. Disponível em: <https://tinyurl.com/rpww357c>. Acesso em: 09 dez 2023.

ANVISA. **Resultados do Inquérito da Avaliação Nacional das Estratégias para o Controle de Infecções e o Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos na Atenção Primária à Saúde**. Brasília-DF, 2022. Disponível em:

<https://tinyurl.com/ycxcvkup>. Acesso em: 01 jun. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BITENCOURT, J. V. O. V.; ADAMY, E. K.; ARGENTA, C. **Processo de enfermagem: história e teoria**. Chapecó: Ed. UFFS, 2020.

BRASIL. ANVISA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília-DF, 2017a.

BRASIL. ANVISA. **Avaliação Nacional dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção dos Serviços de Saúde do Brasil 2021 por meio de aplicação de ferramenta de avaliação dos Componentes Essenciais, segundo os critérios da OMS**. 2022a. Disponível em: <https://tinyurl.com/5cwwpabe>. Acesso em: 24 nov 2022.

BRASIL. ANVISA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. 2ª edição. Brasília-DF, 2017b.

BRASIL. ANVISA. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde 2021 a 2025**. Brasília-DF, 05 mar. 2021a.

BRASIL. ANVISA. GVIMS. GGTES. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01/2023**. Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à assistência à Saúde (IRAS) e Resistência microbiana (RM) em serviços de saúde para o ano de 2023. Brasília-DF, 2023a.

BRASIL. ANVISA. GVIMS. GGTES. **PAN - Serviços de Saúde 2017-2021**. Brasília-DF, 2023b. Disponível em: <https://tinyurl.com/4sc569dj>. Acesso em: 28 dez. 2023.

BRASIL. Atos do Poder Executivo. Decreto nº 10.388, de 5 de junho de 2020. Regulamenta o § 1º do caput do art. 33 da Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010 e institui o sistema de logística reversa de medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso, de uso humano, industrializados e manipulados, e de suas embalagens após o descarte pelos consumidores. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, Edição: 107-A | Seção: 1 - Extra, 5 jun 2020b. Disponível em: <https://tinyurl.com/mr4dpysz>. Acesso em: 21 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 19 set. 1990.

BRASIL. MS. ANVISA. GVIM. GGES. **Painel da Avaliação dos Núcleos de Segurança do Paciente de Vigilância Sanitária (NSP VISA) Estaduais/Distrital/Municipais**. Sinergia, parceria e solidariedade para melhorar a segurança do paciente e qualidade do cuidado. Brasília-DF, 2021b. Disponível em: <https://tinyurl.com/5ha5x6v2>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. MS. ANVISA. Resolução – RDC/ANVISA nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 15 mar. 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015\\_15\\_03\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html). Acesso em: 03 set. 2023.

BRASIL. MS. ANVISA. Resolução – RDC/ANVISA nº 20, de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 5 mai. 2011a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0020\\_05\\_05\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0020_05_05_2011.html). Acesso em: 9 jun. 2023.

BRASIL. MS. ANVISA. Resolução – RDC/ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 25 jul. 2013a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 7 jun. 2023.

BRASIL. MS. ANVISA. Resolução – RDC/ANVISA nº 42, de 25 de outubro de 2010. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 25 out. 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042\\_25\\_10\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html). Acesso em: 02 jun. 2023.

BRASIL. MS. ANVISA. Resolução – RDC/ANVISA nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 25 nov. 2011b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063\\_25\\_11\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html). Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. MS. ANVISA. Resolução – RDC/ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018. **Diário Oficial da União:** Brasília-DF, 28 mar. 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222\\_28\\_03\\_2018.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf). Acesso em: 15 jun. 2023.

BRASIL. MS. NR nº 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Redação dada pela Portaria MTb n.º 485, de 11 de novembro de 2005. **Diário Oficial da União:** Brasília-DF, 11 nov. 2005. Disponível em: <https://tinyurl.com/ywtjhyv4>. Acesso em: 27 junh. 2023.

BRASIL. MS. Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União:** Brasília-DF, 2020b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264\\_19\\_02\\_2020.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html). Acesso em: 11 jun. 2023.

BRASIL. MS. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União:** Brasília-DF, Edição: 217 | Seção: 1 | Página: 126, 1 abr. 2013b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 27 jun. 2023.

BRASIL. MS. Portaria GM/MS nº 888, de 4 de maio de 2021. Altera o Anexo XX da Portaria de Consolidação nº5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. **Diário Oficial da União:** Brasília-DF, 4 mai. 2021c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0888\\_07\\_05\\_2021.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0888_07_05_2021.html). Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. MS. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União:** Brasília-DF, 21 set. 2017c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 23 jun. 2023.

BRASIL. MS. Portaria GM/MS nº 3.435, de 8 de dezembro de 2021. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2022 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2020. **Diário Oficial da União:** Brasília-DF, 8 dez. 2021d. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3435\\_09\\_12\\_2021.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3435_09_12_2021.html). Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. MS. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. **Diário Oficial da União:** Brasília-DF, 12 mai. 1998. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616\\_12\\_05\\_1998.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html). Acesso em: 19 jun. 2023.

COFEN. **Diretrizes para elaboração de protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde pelos Conselhos Regionais**. Brasília-DF, 2018. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Diretrizes-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-protocolos-de-Enfermagem-.pdf>. Acesso em: 09 dez 2023.

COFEN. Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 15 dez. 2009. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cofen-n-736-de-17-de-janeiro-de-2024-539060363>. Acesso em: 09 set. 2022.

COFEN. Resolução COFEN nº 736/2024, de 17 de janeiro de 2024. Dispões sobre a implementação do PE em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, Edição: 16 | Seção: 1 | Página: 74, 17 jan. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 23 jan. 2024.

COSTA, R.K.S.; MIRANDA, F.A.N. O enfermeiro e a estratégia de saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev da Rede de Enferm do Nordeste**, v. 2, n. 9, p. 120-128, 2008. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027962015.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

CRISIGIOVANNI, A. B. R. **Ações estratégicas para a segurança do paciente na atenção primária à saúde**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/66271?show=full>. Acesso em: 10 nov. 2022.

DALLA NORA, C. R., BEGHETTO, M. G. Desafios da segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão de escopo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. Rev. Bras. Enferm., 2020. Disponível em: <https://tinyurl.com/t8a6e5ax>. Acesso em: 16 dez. 2023.

DALCIN, T. C. *et al.* **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática**. Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre, 2020.

DAMASIO, B. F., BORSA, J. C. Manual de Desenvolvimento de Instrumentos Psicológicos. Vetor Editora, 2018.

DONABEDIAN A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1980.

HAIR J.R. *et al.* Fundamentos de Pesquisa de Marketing. 3. ed. AMGH Editora, 2014.

KIMBERLIN, C. L.; WINTERSTEIN, A. G. **Validity and reliability of measurement instruments used in research.** American Journal of Health-System Pharmacy, v. 65, n. 23, p. 2276–2284, 2008.

LIKERT, R. **A technique for the measurement of attitudes.** Archives of Psychology. New York University, 1932.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing: foco na decisão.** 3ª Edição. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2011.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V.; PAVÃO, A. L. B. **Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 31, nov. 2015.

MARCONI M.A; LAKATOS E.M. **Fundamentos da metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.

NIETSCHE, E. A. *et al.* Enfermagem e o processo de validação de tecnologias voltadas a educação em saúde: estudo bibliométrico. In: TEIXEIRA, E. **Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais:** v. 2, ed. 1. Porto Alegre: Moriá Editora, 2020.

NIETSCHE, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. **Tecnologias cuidativo-educacionais:** uma possibilidade para o empoderamento do/a enfermeiro. Porto Alegre (RS): Moriá, 2014.

OMS. **Aprimorar a prevenção e o controle de infecção nos serviços de saúde:** Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações da OMS sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção. Genebra, 2018. Disponível em: <https://tinyurl.com/59wr3v26>. Acesso em: 25 out. 2022.

OMS. **Orientações sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção em nível nacional e de serviços de saúde.** Genebra, 2016. Disponível em: <https://tinyurl.com/2nt3u6dc>. Acesso em: 26 out. 2022.

OMS. **Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030:** Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra, 2021. Disponível em: <https://tinyurl.com/5jvr7ewh>. Acesso em 27 dez. 2023.

OMS. **Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção.** Genebra, 2019. Disponível em <https://tinyurl.com/2v9whbpr>. Acesso em: 19 dez. 2023.

OPAS. **Sobre a OPAS/OM S Brasil.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/brasil/sobre-opasoms-brasil>. Acesso em: 10 nov. 2022.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, p. 992–999, 2009.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Bbp7hnp8TNmBCWhc7vjbXgm/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 dez. 2023.

POLIT, D. F. Getting serious about test–retest reliability: a critique of retest research 20 and some recommendations. **Quality of Life Research**, v. 23, n. 6, p. 1713–1720, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24504622/>. Acesso em: 15 dez. 2023.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

REASON, J. Human error: models and management. **The BMJ**, 2000.

REBRAENSP. **Sobre a REBRAENSP**. Disponível em: <https://www.rebraensp.com.br/quem-somos>. Acesso em: 03 jan. 2023.

SANTA CATARINA. **Nota Técnica CECISS/LACEN nº 01/2016**. Estabelece o Plano de gerenciamento das ações a ser adotado pelos Serviços de Saúde públicos e privados para redução de Eventos Adversos Infeciosos – Infecção Relacionada à Assistência à Saúde e Resistência Microbiana e orienta quanto ao diagnóstico laboratorial e fluxo de encaminhamento das bactérias multirresistentes ao LACEN-SC. Florianópolis, 01 out. 2016.

SANTA CATARINA. **Nota Técnica DAPS/SPS/CESP/SUV/SES nº 004/2022**. Orientações para apoiar os profissionais de saúde nas ações da Segurança do Paciente na Atenção Primária- APS. Florianópolis, 02 set. 2022.

SANTA CATARINA. **Nota Técnica CECISS/SUV nº 01/2019**. Orientações para o cadastramento das Comissões e Serviços de Controle de Infecção hospitalar e Vigilância Epidemiológicas de Indicadores de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde do estado de Santa Catarina. Florianópolis, jan. 2019a.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023**. Florianópolis, 2019b. Disponível em: <https://tinyurl.com/5ezktttsy>. Acesso em: 02 set. 2022.

SANTOS, T. C. F. *et al.* Florence Nightingale’s legacy: a reflection from Pierre Bourdieu’s perspective. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 31, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Tp7bhPFV9KrXzFY3Yj84ZXD/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2022.

SILVA, L. L. T. *et al.* Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/rnmtbZ8tBK49ycDMTrF4pyc/?lang=pt#>. Acesso em: 20 out. 2022.

SOUSA, A. R.; SANTOS, G. L. A.; SILVA, R. S.; CARVALHO, E. S. S. Reflexões sobre o processo de enfermagem no trabalho de enfermeiras frente à pandemia da covid-19. **Enferm Foco**, v. 11, n. spe1, p. 62-67, nov. 2020. Disponível em: <https://tinyurl.com/yeyj65aw>. Acesso em: 10 set. 2023.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. M. S. S. **Educação em saúde**: Tecnologias Educacionais em Foco. Série educação em saúde. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, v. 2, 2011.

TEIXEIRA, E.; NASCIMENTO, M. H. M. Pesquisa Metodológica: perspectivas operacionais e densidades participativas. In: **Desenvolvimento de Tecnologias cuidativo-educacionais**: v. 2. Porto Alegre: Moriá, 2020.

WHO. **About WHO**. Geneva, 2022a. Disponível em: <https://www.who.int/pt/about>. Acesso em: 10 nov. 2022.

WHO. **Global report on infection prevention and control**: executive summary. Geneva, 2022b. Disponível em: <https://tinyurl.com/2xf73ct3>. Acesso em: 12 mai. 2023.

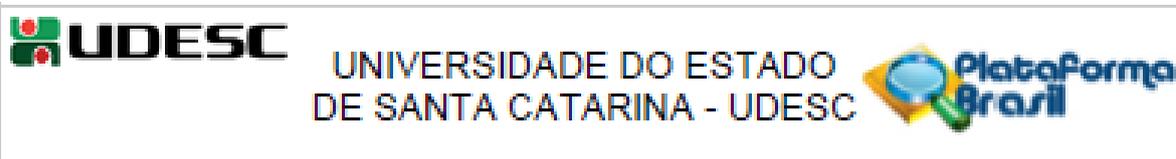
WHO. **Infection Prevention and Control Assessment**. Geneva, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330072/WHO-HIS-SDS-2018.9-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 dez. 2022.

WHO. **Minimum requirements for infection prevention and control**. Geneva, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516945>. Acesso em: 03 jun. 2023.

WHO. **World Hand Hygiene Day**: Save Lives: Clean Your Hands. Geneva, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day>. Acesso em: 15 mar. 2024.

## ANEXO

### ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS PARA A CONSULTA DO ENFERMEIRO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

**Pesquisador:** Edlamar Kátia Adamy

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 50165621.2.0000.0118

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC

**Patrocinador Principal:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.047.628

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de segunda versão apresentada ao CEP de Protocolo relacionado a projeto de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção primária à Saúde, proveniente do Departamento de Enfermagem do CEO, intitulado "DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS PARA A CONSULTA DO ENFERMEIRO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE", sob responsabilidade da Profa. Dra. Edlamar Kátia Adamy cuja equipe de pesquisadores são: Carla Argenta, Elisângela Argenta Zanatta, Denise Antunes de Azambuja Zocche, Silvana dos Santos Zanotelli, Olivan Martins da Silva, Andrea Noeremberg Guimarães, Lucinéia Ferraz, Lucimare Ferraz, Marta Kolhs, Rafael Gue Martini, Otília Cristina Coelho Rodrigues, Edlane Bergamin, Letícia Maria Rostrolla, Patrícia Poltronieri, Débora Rafaelly da Silva Vicente, Alana Camila Schneider, Adriane Karal.

##### Hipótese:

Diante da necessidade emergente de implantação/implementação da CE nas RAS, se considera de suma importância o desenvolvimento de tecnologias que possam instrumentalizar os enfermeiros na execução deste método de trabalho, que tem as etapas do PE e os SLP como suporte científico. As tecnologias oriundas desta pesquisa, poderão subsidiar enfermeiros e equipe na prestação do cuidado com base em evidências científicas.



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Projeto: 5.047.628

Participantes: 300 enfermeiros

Critério de Inclusão:

Para o curso:

Para os cursos, participarão os enfermeiros atuantes nas RAS da Macrorregião que manifestarem interesse em fazer o curso.

Para a validação:

A validação do conteúdo do curso será realizada por enfermeiros doutores integrantes da RePPE (Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem) que avaliarão o conteúdo em sua dimensão técnico-científica e por pedagogos doutores que farão a avaliação do conteúdo em sua dimensão didático-illustrativa.

Critério de Exclusão:

Para o Curso:

Serão excluídos aqueles enfermeiros que, no período da realização do curso, estiverem em férias, atestado e/ou licença.

Para validação:

Serão excluídos aqueles que, no período da realização da validação, estiverem em férias, atestado e/ou licença.

Metodologia Proposta:

Trata-se de uma pesquisa metodológica. Este tipo de estudo envolve a produção, construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa com o objetivo de elaborar um produto (POLIT, BECK, 2018). A proposta metodológica esteve associada ao desenvolvimento de instrumentos para coleta de dados, envolveu métodos complexos e sofisticados, como modelos de método misto. Nesses casos o pesquisador costuma realizar análises separadas, destinadas a esclarecer um tema metodológico e gerar estratégias para solucionar o problema da pesquisa (POLIT e BECK, 2011). Além disso, a opção pela pesquisa metodológica foi devido a ela permitir desenvolver tecnologias cuidativo-educacionais e gerenciais além da validação (TEIXEIRA, NASCIMENTO, 2020). Desta forma, esta metodologia torna-se aplicável na área da enfermagem, considerando que a prática profissional contempla os enfermeiros assistenciais, enfermeiros docentes, pesquisadores, estudantes e outros profissionais da saúde, permite uma interação e integração entre os ensino-serviço. De acordo com Polit e Beck (2011), a pesquisa aplicada é motivada a partir de uma necessidade existente, e tem como objetivo construir intervenções



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 5.047.628

**Imediatas do problema.** **Campo do estudo** O estudo será desenvolvido com os enfermeiros que desenvolvem suas atividades laborais nos municípios que compõem a Coordenação Macrorregional de Saúde Grande Oeste, a Supervisão Regional de São Miguel do Oeste e a Agência de Saúde de Xanxerê. O território compreende três regiões saúde, sendo Região de Saúde Oeste (27 municípios), Região de Saúde de Xanxerê (21 municípios) e Região de Saúde Extremo Oeste (30 municípios), totalizando 78 municípios. Para os cursos, participarão os enfermeiros atuantes nas RAS da Macrorregião que manifestarem interesse em fazer o curso. Serão excluídos aqueles que, no período da realização do curso, estiverem em férias, atestado e/ou licença. Após aceite, será solicitado aos participantes o preenchimento de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado em meio virtual para a participação no estudo (APÊNDICE A). **Etapas do estudo** Para o desenvolvimento desta pesquisa serão desenvolvidas cinco etapas, adaptadas de Polit e Beck (2018), Benevides et al (2016), Teixeira, Nascimento (2020) sendo elas: Fase exploratória, Construção da tecnologia, Validação, Avaliação, Publicização.

**Fase exploratória:** Essa etapa tem como objetivo o aprofundamento nos conhecimentos das áreas preliminarmente envolvidas na pesquisa, permitindo uma compreensão mais aprofundada dos temas e conteúdo a serem levados em consideração para a construção do portal.

**Construção da tecnologia:** Desenvolvimento de tecnologia cuidativo-educacional. Esta etapa será realizada no período entre janeiro de 2022 e dezembro de 2025, a depender do atendimento do objetivo proposto. Tendo em vista o caráter tecnológico e a necessidade de conhecimentos técnicos, essa etapa poderá contar com a participação de um analista de sistemas da UDESC e de um designer para operacionalizar e organizar os conteúdos dos

cursos no Moodle® da UDESC, além de pesquisadores do estudo, para desenvolvimento das tecnologias, após a seleção e desenvolvimento dos conteúdos que emergiram das etapas anteriores.

**Validação:** A validação consiste em uma estratégia para avaliar e mensurar o que é proposto pela pesquisa e se refere à proporção do que se quer mensurar, conferindo fidedignidade ao estudo (NIETSCHE, TEIXEIRA, MEDEIROS; 2014; NIETSCHE et al., 2020). No presente estudo, serão considerados dois aspectos de validação: conteúdo e semântica.

**Avaliação:** A avaliação será constituída de duas etapas:

1) Na perspectiva do DIC, a avaliação ocorre durante todo o processo de construção da tecnologia, desde a concepção até a implementação e finalização 2) Será feita a avaliação do impacto causado pelo produto, por meio de um instrumento elaborado pela autora para este fim, seguindo as recomendações do documento de relatório de Impacto Social (CAPES, 2019)



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 5.047.628

#### Metodologia de Análise de Dados:

A análise qualitativa seguirá a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), que se divide em três etapas: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Os dados quantitativos serão originados a partir dos questionários de validação de conteúdo e semântica, respondidos pelos juízes ou público-alvo incluídos no estudo. Após as etapas de seleção dos juízes e respostas aos questionários aplicados aos mesmos, os dados serão tabulados e posteriormente analisados, seguindo o coeficiente de Kappa e Kendal. Após as etapas de seleção dos juízes e respostas aos questionários aplicados aos mesmos, os dados serão tabulados e posteriormente analisados, seguindo o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o Índice de Concordância Semântica (ICS), o coeficiente de Kappa e de Kendall. Para avaliação do grau de concordância entre os juízes enfermeiros e pedagogos em relação ao conteúdo do curso, será utilizado o IVC. Para serem aprovados, os itens deverão possuir IVC maior ou igual a 0,80. Os itens com IVC inferior a 0,80 serão readequados conforme sugestão dos juízes. Para o cálculo do IVC será utilizada a seguinte fórmula:  $IVC = \frac{n^{\circ} \text{ respostas } (3^{\circ} \text{ e } 4^{\circ})}{n^{\circ} \text{ total de respostas}}$  (POLIT, BECK; 2011). Para a validação semântica do produto será utilizado o ICS. Para serem aprovados, os itens deverão obter um ICS de no mínimo 0,80. Os itens que obtiverem valor inferior a 0,80 serão revisados e submetidos a readequações. O cálculo do ICS será realizado da seguinte maneira:  $ICS = \frac{n^{\circ} \text{ respostas } (3^{\circ} \text{ e } 4^{\circ})}{n^{\circ} \text{ total de respostas}}$  (TEIXEIRA, 2020). O ICS é calculado com base em duas equações matemáticas: o Índice de concordância semântica no nível do item (I-ICS) e a média do índice de concordância semântica no nível escala (S-ICS/Ave). O I-ICS consiste no índice de concordância semântica dos itens individuais, calculado a partir da divisão entre o número de respostas positivas a um determinado critério de validação estabelecido sobre o número total de respostas ao item. O S-ICS/Ave é compreendido como a média dos índices de concordância semântica para determinado conjunto de critérios de validação. Também será calculado o Índice global de concordância semântica (S-ICS Global) da tecnologia produzida, que representa a média dos I-ICS para todos os critérios de validação (SIQUEIRA et al., 2020). Para complementar as validações de conteúdo e semântica, realizadas pelos cálculos de IVC e ICS, será também utilizado os coeficientes de Kappa e de Kendall. Ambos os coeficientes visam garantir a consistência da validação realizada pelos juízes, indicando que esta avaliação não será fruto de alguma aleatoriedade de escolha ou de grande variação na percepção dos avaliadores. Embora o



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 5.047.628

coeficiente de Kappa seja tradicional para validação de pesquisas no campo de Enfermagem (POLIT,

BECK; 2011), há alternativas menos conservadoras e mais adequadas para avaliação de escalas Likert ou outras medidas ordinais. Uma delas é o coeficiente de Kendall. Sua interpretação é semelhante à do coeficiente de Kappa, sendo que ao atingir o valor de 1, indica a existência da concordância perfeita, porém o coeficiente de Kendall

atribui pesos diferentes quando há discordância entre os juízes (CONOVER, 1980). Assim, se no questionário de validação do produto um juiz concorda totalmente com o item (4 = concordo fortemente), outro apenas concorda (3=concordo) e um terceiro discorda fortemente (1=discordo fortemente), o coeficiente Kappa considera todas as diferenças de mesmo peso. Já o coeficiente de Kendall atribui um peso menor à diferença em relação ao segundo juiz (do valor 4 para 3) e um peso maior à diferença em relação ao terceiro juiz (do valor 4 para 1). Nesse sentido, não deixa de ser um coeficiente de Kappa ponderado (COHEN, 1968). Os cálculos desses coeficientes estão disponíveis de modo automatizado em programas estatísticos. Para o presente estudo, será utilizado o programa Minitab 17.

Orçamento, financiamento próprio:

Designer Instrucional Custelo R\$ 5.000,00

Submissão do artigo Custelo R\$ 1.400,00

Aquisição Bibliográfica Custelo R\$ 580,00

Assessoria uso de ortografia, gramática e traduções Custelo R\$ 1.000,00

Pendrive 32 GB para armazenamento de dados da pesquisa Custelo R\$ 50,00

Encadernação do Trabalho de conclusão de Curso Custelo R\$ 300,00

Materials diversos (folhas, canetas, lápis...) Custelo R\$ 100,00

Fotocópias de materials diversos Custelo R\$ 300,00

Inscrição em evento científico Custelo R\$ 1.000,00

Confeção de banners para apresentação de trabalhos Custelo R\$ 300,00

Total em R\$ R\$ 10.030,00

Cronograma:

Seminário para discussões de marcos teóricos com os pesquisadores 19/08/2021 26/08/2021

Coleta de dados 31/01/2022 30/12/2025

Análise dos dados 31/01/2022 30/12/2025



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 5.047.628

avaliação de Impacto 31/01/2022 30/12/2025

Validação de conteúdo e semântica 31/01/2022 30/12/2025

Revisão de literatura 30/07/2021 30/12/2021

Seminário para alinhamento teórico e metodológico 19/08/2021 26/08/2021

Elaboração de artigos científicos 31/01/2022 30/12/2026

Relatório final 01/10/2026 30/12/2026

Elaboração de resumos para eventos 31/01/2022 30/12/2026

Encaminhamento para comitê de ética em Pesquisa 20/07/2021 20/07/2021

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Desenvolver tecnologias para subsidiar a execução da Consulta do Enfermeiro nas Redes de Atenção à Saúde;

Criar e organizar cursos de capacitação para instrumentalizar os enfermeiros para a execução da Consulta.

**Objetivo Secundário:**

- 1) Desenvolver tecnologias cuidativo-educacionais para a Consulta do Enfermeiro, considerando as diferentes etapas da vida e situações de cuidado
- 2) Produzir Instrumentos para validação, avaliação e Impacto das tecnologias
- 3) Validar as tecnologias desenvolvidas para execução da Consulta do Enfermeiro e uso dos sistemas de linguagens padronizada
- 4) Avaliar as tecnologias desenvolvidas, bem como seu impacto e aplicação no cuidado de enfermagem
- 5) Instrumentalizar os enfermeiros da RAS, com ações de Educação Permanente em Saúde, para o uso dos sistemas de linguagens padronizada na consulta.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos descritos no projeto básico:**

Os riscos previstos da participação no estudo são relacionados a possíveis desconfortos ao responder os questionamentos. Há a possibilidade de desencadear desconforto emocional, ansiedade, angústia e medo. Em caso de algum desconforto ou estresse, as atividades serão interrompidas até o que Senhor(a) se sinta à vontade para continuar. Pode também optar por se retirar da atividade a qualquer momento. Em caso de ocorrer algum desconforto ou estresse, o senhor(a) será acompanhado pelas pesquisadoras que se dispõem a intervir para limitar ou



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 5.047.628

remediar qualquer dano causado, mediante atendimento individual. No que tange os riscos relacionados ao ambiente virtual, pode-se citar a Invasão de privacidade; responder a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade; revitimizar e perder o autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados; Discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; Divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE). Os pesquisadores asseguram manter/zelar sigilo e confidencialidade de dados conforme orientação do CONEP, entretanto, por se tratar de tecnologia virtual, não se descarta o risco de violação de dados, considerando a limitação dos pesquisadores em garantir total segurança e/ou Impedir Hackers de conteúdo.

No projeto detalhado consta na continuidade desse trecho acima, o seguinte detalhamento: "Para armazenamento das respostas deste formulário a pesquisadora responsável fará download para um pen drive de uso exclusivo para este fim, apagando todo e qualquer registro da plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Saliencia-se que o pen drive que armazenará as informações será compactado e protegido com senha. Todas as medidas de segurança de informação serão adotadas pelos pesquisadores, mas ainda, será deixado o participante ciente que há risco de violação das informações por tratar-se de ambiente virtual."

#### Benefícios:

Diretos: Implantação da CE; Implementação da CE, Instrumentalização dos enfermeiros, fortalecimento das ações de integração ensino serviço, fortalecimento das orientações de cuidados de enfermagem na atenção domiciliar. Desenvolvimento de tecnologias cuidativo educacionais (capacitação, folder, cartilha, aplicativo, manuais, matriz assistencial entre outros).Indiretos: Publicações científicas, socialização dos resultados em reuniões de coordenação de enfermagem dos municípios. Ampliação dos conhecimentos dos pacientes para o autocuidado no domicílio.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está estruturado e embasado para a análise ética.

Os objetivos apresentados no PB são os mesmos do PD; e são passíveis de desenvolvimento para pesquisa científica.



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 5.047.628

Os riscos são relacionados a possíveis desconfortos emocional, ansiedade, angústia e medo ao responder os questionamentos. Em caso de algum desconforto ou estresse, as atividades serão interrompidas até o que participante se sinta à vontade para continuar. Em caso de ocorrer algum desconforto ou estresse, o senhor(a) será acompanhado pelas pesquisadoras que se dispõem a intervir para limitar ou remediar qualquer dano causado, mediante atendimento individual. No que tange os riscos relacionados ao ambiente virtual, pode-se citar a invasão de privacidade; responder a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade; revitimizar e perder o autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados; Discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; Divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE). Os pesquisadores asseguram manter/zelar sigilo e confidencialidade de dados conforme orientação do CONEP, entretanto, por se tratar de tecnologia virtual, não se descarta o risco de violação de dados, considerando a limitação dos pesquisadores em garantir total segurança e/ou impedir hackers de conteúdo.

Quanto aos benefícios, são considerados diretos ao possibilitar a implantação da CE; Implementação da CE, Instrumentalização dos enfermeiros, fortalecimento das ações de integração ensino serviço, fortalecimento das orientações de cuidados de enfermagem na atenção domiciliar. Desenvolvimento de tecnologias cuidativo educacionais (capacitação, folder, cartilha, aplicativo, manuals, matriz assistencial entre outros). E como indiretos: Publicações científicas, socialização dos resultados em reuniões de coordenação de enfermagem dos municípios. Ampliação dos conhecimentos dos pacientes para o autocuidado no domicílio.

Constam critérios de inclusão e exclusão.

O número de participantes é o mesmo em todos os documentos, ou seja, Folha de Rosto, PB, PD.

Há viabilidade do orçamento e cronograma apresentado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

**DOCUMENTOS APRESENTADOS/ANEXADOS:**

- Folha de rosto, assinada: 300 participantes;
- Projeto de Pesquisa Básico gerado pela Plataforma Brasil;



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 5.047.628

- Projeto de Pesquisa Detalhado (Inserido pelo pesquisador(a));
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - modelo página do CEP;
- Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas - modelo página do CEP;
- Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações (p/ participante) - modelo página do CEP;
- APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PRÉ-CURSO
- APÊNDICE C- PROJETO INSTRUCIONAL
- APÊNDICE D- INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO
- APÊNDICE F- INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO SEMÂNTICA
- APÊNDICE G -INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CURSO DE CAPACITAÇÃO
- APÊNDICE H – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE IMPACTO E RELEVÂNCIA DO CURSO
- APÊNDICE I – CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

ATENDIMENTO ÀS PENDÊNCIAS LISTADAS NO PARECER nº 4.930.957:

1) Há divergências entre os riscos e benefícios descritos no Projeto Básico, TCLE Enfermeiros e TCLE Juizes, rever todos eles de forma a adequar-se ao estudo (vide Item "Avaliação dos riscos e benefícios" neste parecer) e a gradação dos mesmos (mínimos). A primeira frase dos riscos do projeto básico, contradiz o restante do paragrafo. Os benefícios do TCLE Juizes consta direcionado à crianças. Ainda, rever riscos e benefícios descritos no projeto básico e no projeto detalhado de forma a contemplar ambos públicos, incluindo os riscos característicos do ambiente virtual. Conforme Comunicado CONEP "ORIENTAÇÕES PARA PROCEDIMENTOS EM PESQUISAS COM QUALQUER ETAPA EM AMBIENTE VIRTUAL". Caberá ao pesquisador destacar, além dos riscos e benefícios relacionados com a participação na pesquisa, aqueles riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas. Adicionalmente, devem ser informadas as limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação. Rever. PENDÊNCIA ATENDIDA

2) "As pesquisadoras se dispõem a Intervir para limitar ou remediar qualquer dano causado em decorrência da participação na pesquisa, mediante atendimento individual pelas próprias pesquisadoras ou pelo serviço de psicologia da UDESC." Anexar uma declaração de anuência do profissional de psicologia da UDESC em estar de acordo para atender possíveis participantes em



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 5.047.628

tela. Sem ônus para o participante e para UDESC. PENDÊNCIA ATENDIDA

3) Esclarecer no projeto sobre a aplicação do questionário pré-curso. Será via-email? Como eles serão convidados? No projeto detalhado consta que: "Nessa etapa também serão aplicados, questionários pré curso de capacitações para avallar o conhecimento prévio dos enfermeiros sobre o tema que será abordado em cada curso de capacitação (APÊNDICE B)". Porém o questionário é genérico sobre o conhecimento das etapas da consulta, haverá questões destinadas às temáticas selecionadas? PENDÊNCIA ATENDIDA

4) Esclarecer o processo de recrutamento/convite dos enfermeiros e dos juizes. Apenas consta: "Para os cursos, participarão os enfermeiros atuantes nas RAS da Macromregião que manifestarem interesse em fazer o curso." Como irão manifestar interesse? como saberão do curso? como serão convidados os juizes? como conseguirão os e-mails? PENDÊNCIA ATENDIDA

5)Anexar na Plataforma Brasil os Instrumentos conforme serão apresentados aos participantes. Conforme comunicado CONEP se ambiente virtual: "O pesquisador deverá apresentar na metodologia do projeto de pesquisa a explicação de todas as etapas/fases não presenciais do estudo, enviando, inclusive, os modelos de formulários, termos e outros documentos que serão apresentados ao candidato a participante de pesquisa e aos participantes de pesquisa." Além disso, verificar as formas de convite/recrutamento, processo de assentimento, devendo todos estes pontos estarem descritos nos projetos e documentos." Ainda, esclarecer o descarte dos documentos: "Em relação ao ambiente virtual, o mesmo cuidado deverá ser seguido para os registros de consentimento livre e esclarecido que sejam gravações de vídeo ou áudio. É recomendado ao pesquisador responsável fazer o download dos dados, não sendo indicado a sua manutenção em qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". O pesquisador precisa apontar a forma de descarte utilizada após os cinco anos." "O convite para a participação na pesquisa deverá conter, obrigatoriamente, link para endereço eletrônico ou texto com as devidas instruções de envio, que informem ser possível, a qualquer momento e sem nenhum prejuízo, a retirada do consentimento de utilização dos dados do participante da pesquisa. Nessas situações, o pesquisador responsável fica obrigado a enviar ao participante de pesquisa, a resposta de ciência do interesse do participante de pesquisa retirar seu consentimento." PENDÊNCIA ATENDIDA



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 5.047.628

6) Anexar separadamente na Plataforma Brasil e descrever a aplicação dos documentos:

- APÊNDICE G - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CURSO DE CAPACITAÇÃO
- APÊNDICE H – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE IMPACTO E RELEVÂNCIA DO CURSO
- APÊNDICE I – CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES.

PENDÊNCIA ATENDIDA

7) Esclarecer qual etapa ocorrerá utilizando a plataforma de videochamadas, conforme consta no TCLE dos enfermeiros. Pelos critérios de inclusão e exclusão consta os enfermeiros para curso. Depois para esse público consta a aplicação de questionários pré curso de capacitações para avaliar o conhecimento prévio dos enfermeiros sobre o tema que será abordado em cada curso de capacitação (APÊNDICE B). Rever. Ainda esclarecer o que será abordados nos encontros no plataforma Microsoft Teams? Incluir roteiro de entrevista. "Os encontros estão previstos para acontecer de forma on-line síncrona, via plataforma Microsoft Teams (Office 365 comercial, versão por assinatura) ou Plataforma moodle® (ambos pelo Office 365 comercial, versão por assinatura). As datas e horários serão acordados com os participantes ao término de cada encontro." "Quanto ao ambiente de videochamada, será disponibilizado link de acesso somente aos participantes convidados, via e-mail individual, contendo um remetente e um destinatário. O(a) Senhor(a) não poderá compartilhar este link com outras pessoas, bem como, não está autorizado a gravar ou fazer imagens dos encontros. A videochamada será gravada apenas pelos pesquisadores que imediatamente após o término do encontro farão download da gravação para um pen drive apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem" no web microsoft stream. Salienta-se que o pen drive que armazenará a gravação será compactado e protegido com senha. Todas as medidas de segurança de informação estão sendo adotadas pelos pesquisadores, mas ainda, há risco de violação das informações por tratar-se de ambiente virtual." PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerando o atendimento às pendências listadas, conclui-se protocolo de pesquisa APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado APROVA o Protocolo de Pesquisa e Informa que, qualquer alteração necessária ao planejamento e desenvolvimento do Protocolo Aprovado ou cronograma final, seja comunicada ao CEP via Plataforma Brasil na forma de EMENDA, para análise sendo que para a execução deverá ser aguardada aprovação final do CEP. A ocorrência de situações adversas durante a execução da



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC

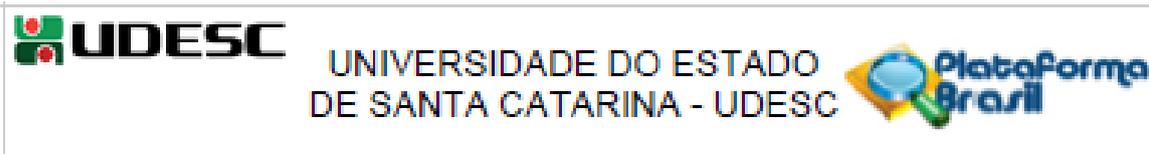


Continuação do Parecer: 5.047.628

pesquisa deverá ser comunicada imediatamente ao CEP via Plataforma Brasil, na forma de NOTIFICAÇÃO. Em não havendo alterações ao Protocolo Aprovado e/ou situações adversas durante a execução, deverá ser encaminhado RELATÓRIO FINAL ao CEP via Plataforma Brasil até 60 dias da data final definida no cronograma, para análise e aprovação. Lembramos ainda, que o participante da pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, bem como o pesquisador responsável, deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1795140.pdf	25/09/2021 07:50:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	macroprojetoaversao2509.pdf	25/09/2021 07:49:51	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
Outros	CARTARESPOSTACEP.pdf	25/09/2021 07:41:03	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
Outros	TCLEpublicoalvo.pdf	25/09/2021 07:18:13	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEjuizes.pdf	25/09/2021 07:16:50	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
Outros	APENDICEJCONVITE.pdf	25/09/2021 07:13:06	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
Outros	APENDICEGavallacaodocurso.pdf	25/09/2021 07:12:19	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
Outros	APENDICEHImpacto.pdf	25/09/2021 07:11:29	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
Outros	APENDICEIfotogravacao.pdf	25/09/2021 07:10:15	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
Outros	CONSENTIMENTOPARAFOTOGRAFIA S.pdf	26/07/2021 07:34:23	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/07/2021 07:33:47	Edlamar Kátia Adamy	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MacroprojetoFinal_Final.pdf	26/07/2021 07:33:10	Edlamar Kátia Adamy	Aceito



Continuação do Parecer: 5.047.628

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	26/07/2021 07:29:26	Ediamar Kátia Adamy	Aceito
Declaração de concordância	termocienciaeconcordancia.pdf	18/07/2021 13:15:13	Ediamar Kátia Adamy	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 19 de Outubro de 2021

Assinado por:

Gesliani Júlia da Silva Honório  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007  
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.035-001  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3664-8084 Fax: (48)3664-8084 E-mail: cep.udesc@gmail.com

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PREVENÇÃO E DO CONTROLE DE INFECÇÃO (PCI) PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO OESTE – CEO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF



Você está sendo convidado a responder o formulário de validação de conteúdo do Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde.

No desenvolvimento do instrumento foram utilizadas como norteadoras as seguintes publicações: 1) “Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção” (OMS, 2019); 2) “Resultados do Inquérito de avaliação nacional das estratégias para o controle de infecções e o gerenciamento do uso de antimicrobianos na APS” (BRASIL, 2022); 3) Portaria nº 2.436/2017 que aprova a PNAB - Política Nacional de Atenção Básica; e 4) Resoluções da Diretoria Colegiada, Decretos, Normas Regulamentadoras e Portarias.

#### I - IDENTIFICAÇÃO

Nome do avaliador (iniciais): \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos.

Sexo: ( )Feminino ( )Masculino

Formação (graduação): \_\_\_\_\_

Tempo de experiência profissional (em anos): \_\_\_\_\_

Atuação neste momento (escolha uma ou mais opções):

Nível: ( )Municipal ( )Regional ( )Estadual ( )Nacional

Região: ( )Norte ( )Nordeste ( )Centro-Oeste ( )Sudeste ( )Sul

UF de atuação: ( )AC ( )AL ( )AM ( )AP ( )BA ( )CE ( )DF ( )ES ( )GO

( )MA ( )MG ( )MS ( )MT ( )PA ( )PB ( )PE ( )PI ( )PR ( )RJ ( )RN ( )RO

( )RR ( )RS ( )SC ( )SE ( )SP ( )TO

Maior titulação acadêmica: ( )Graduação ( )Especialização ( )Mestrado ( )Doutorado

## II - INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Por gentileza, leia minuciosamente o instrumento apresentado intitulado “Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde”. Após, atribua uma valoração conforme descrito abaixo, para as seguintes dimensões acerca da avaliação de conteúdo: Objetivo; Conteúdo, estrutura e apresentação; Relevância e usabilidade.

Valorações:

(1) Inadequado	(2) Parcialmente inadequado
(3) Adequado	(4) Totalmente Adequado

**Atenção: É possível marcar apenas uma valoração para cada item.** Responda todos os itens. Nos itens em que considerou as valorações 1 e 2, **obrigatoriamente** utilize o espaço “Comentários gerais e sugestões” de cada quadro de avaliação para descrever o item que você julga que deve ser alterado/modificado/excluído e por qual motivo; para as valorações 3 e 4 o preenchimento deste campo é opcional.

### 1. OBJETIVOS

Referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do instrumento.

Itens	Valorações			
	1	2	3	4
1.1 As questões estão apropriadas com o que preconizam as publicações internacionais e nacionais.	1	2	3	4
1.2 As questões são suficientes para coletar os dados da realidade local acerca das atividades de PCI na APS.	1	2	3	4
1.3 O questionário possibilita a identificação das atividades de gestão da PCI na APS	1	2	3	4
1.4 O questionário é adequado para coletar informações acerca das ações de Educação Permanente relacionadas a PCI na APS	1	2	3	4
1.5 Instiga reflexões sobre a prática profissional relacionada a PCI na APS.	1	2	3	4
1.6 Atende aos objetivos de avaliação da PCI na APS.	1	2	3	4
Comentários gerais e sugestões:				

Fonte: Elaborado pelos autores (2023) com base em Teixeira, Mota (2011).

## 2. CONTEÚDO, ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO DO INSTRUMENTO

Refere-se à forma de apresentar o conteúdo, incluindo a sua organização geral, a estrutura, a estratégia de apresentação, a coerência e a formatação.

Itens	Valorações			
	1	2	3	4
2.1 As informações estão coerentes.	1	2	3	4
2.2 As terminologias estão apropriadas para os profissionais da APS.	1	2	3	4
2.3 Está organizado de maneira clara e objetiva.	1	2	3	4
2.4 Há uma sequência lógica na apresentação do conteúdo proposto.	1	2	3	4
2.5 O tamanho do título e da estrutura do instrumento estão adequados.	1	2	3	4
2.6 Esse instrumento é apropriado aos profissionais e gestores assistenciais da APS.	1	2	3	4
2.7 As informações estão bem estruturadas em consenso e ortografia.	1	2	3	4
2.8 O número de itens está adequado.	1	2	3	4
Comentários gerais e sugestões:				

*Fonte: Elaborado pelos autores (2023) com base em Teixeira, Mota (2011).*

## 3. RELEVÂNCIA E USABILIDADE

Refere-se às características que avaliam o grau de significação do material apresentado.

Itens	Valorações			
	1	2	3	4
3.1 Esse instrumento permite a coleta de informações sobre o nível de implementação das atividades de PCI na APS.	1	2	3	4
3.2 Explora o conhecimento dos profissionais e gestores assistenciais da APS sobre PCI neste nível de atenção à saúde.	1	2	3	4
3.3 Aborda os assuntos necessários para explorar as ações de PCI na APS.	1	2	3	4
3.4 Está adequado para ser aplicado aos profissionais e gestores da APS.	1	2	3	4
3.5 Pode ser usado em todo o território nacional.	1	2	3	4
3.6 Tem potencial para contribuir para elaboração de políticas públicas para a APS.	1	2	3	4
Comentários gerais e sugestões:				

*Fonte: Elaborado pelos autores (2023) com base em Teixeira, Mota (2011).*

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AVALIADORES-ESPECIALISTAS DE CONTEÚDO



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO OESTE – CEO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF



Comitê de Ética em Pesquisas  
Envolvendo Seres Humanos - Udesc

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de um estudo que faz parte do projeto de pesquisa do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) denominado “Desenvolvimento de Tecnologias para a Consulta do Enfermeiro nas Redes de APS”, Edital 08/2021 – Acordo CAPES/COFEN. O presente estudo objetiva desenvolver um “Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção (PCI) para a Atenção Primária à Saúde (APS).

Sua participação será via *Microsoft Forms* e se destina a validação de conteúdo do referido instrumento que é inédito à nível mundial para nível da APS. Desta forma, para a elaboração do instrumento foi realizada uma profunda análise documental, em documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Diário Oficial da União, a fim de identificar os marcos legais, orientações, recomendações, por meio de leis nacionais, estaduais, portarias e resoluções sobre a prevenção e controle de infecção relacionados à APS. Não foi necessário aplicar nenhum recorte temporal visto que todos os documentos vigentes foram analisados.

O “Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção (PCI) para a Atenção Primária à Saúde (APS)” será capaz de avaliar a situação atual das ações de PCI na APS, ou seja, as atividades/recursos existentes, e identificar os pontos fortes e as lacunas que podem ajudar a detectar problemas relevantes ou deficiências que requerem melhorias de acordo com padrões e requisitos nacionais e internacionais. Este será um instrumento aplicável em todo o Brasil e seus resultados poderão subsidiar o país a traçar os planos futuros para a APS.

O(a) Senhor(a) não é obrigado a participar de todos etapas da pesquisa e, não terá despesas e nem será remunerado por sua participação.

Os riscos previstos da participação no estudo são relacionados a possível desconforto emocional, ansiedade, angústia e medo ao responder os questionamentos. Neste caso o senhor(a) poderá optar por se retirar da atividade a qualquer momento e tem a possibilidade de ser acompanhado pelas pesquisadoras que se dispõem a intervir para limitar ou remediar qualquer dano causado, mediante atendimento individual. No que tange os riscos relacionados ao ambiente virtual, pode-se citar a invasão de privacidade e divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE). Em caso de danos em seu computador, e havendo comprovação, por meio de avaliação por empresa habilitada, de que foi decorrente da participação nesta pesquisa em ambiente virtual, será garantido ressarcimento.

Por isso, antes de responder participar das atividades disponibilizadas em ambiente não presencial ou virtual, é apresentado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A confirmação de anuência e concordância em participar deste estudo será através da confirmação abaixo.

Os pesquisadores asseguram manter/zelar sigilo e confidencialidade de dados conforme orientação do CONEP, entretanto, por se tratar de tecnologia virtual, não se descarta o risco de violação de dados, considerando a limitação dos pesquisadores em garantir total segurança e/ou impedir Hackers de conteúdo.

Quanto ao link de acesso a este formulário, somente aos participantes convidados, via e-mail individual, contendo um remetente e um destinatário. O(a) Senhor(a) não poderá compartilhar este link com outras pessoas, bem como, não está autorizado a gravar ou fazer imagens. Para armazenamento das respostas deste formulário será realizado download para um pen drive apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Salienta-se que o pen drive que armazenará as informações será compactado e protegido com senha. Todas as medidas de segurança de informação estão sendo adotadas pelos pesquisadores, mas ainda, há risco de violação das informações por tratar-se de ambiente virtual.

A sua identidade será preservada, você será identificado pela letra "e" de especialista, seguido por um número ordinal, conforme ordem da devolutiva da sua avaliação (e1, e2, e3 e assim sucessivamente).

Os benefícios se referem aos resultados da pesquisa e aos produtos que serão gerados no decorrer. Destaca-se que a produção de um "Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção (PCI) para a Atenção Primária à Saúde (APS)"

é algo inovador a nível mundial, o que corrobora o potencial de replicabilidade desta tecnologia/produto.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores Neiva Vargas Poleze (mestranda); Denise de Azambuja Zocche (professora orientadora); Edlamar Kátia Adamy (professora co-orientadora);

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento. Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida, seu nome não será divulgado, como dito anteriormente sua identificação será por meio da letra “e” (especialista) seguida por um número de acordo com a ordem de devolutiva do formulário de avaliação (Exemplo: e1, e2...).

É importante que o (a) senhor(a) guarde em seus arquivos uma cópia deste documento eletrônico, para tanto, você já o recebeu neste e-mail.

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PARA CONTATO: Neiva Vargas Poleze  
 NÚMERO DO TELEFONE: (49) 999211944  
 ENDEREÇO: Rua Dom Pedro I, 1417. Bairro São Cristóvão.  
 ASSINATURA DO PESQUISADOR:



Assinatura do(a) Aluno(a)

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UEDESC Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Florianópolis – SC -88035-901 Fone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 - E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br / cepsh.udesc@gmail.com.

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa SRTV 701, Via W5 Norte – lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-DF - 70719-040 Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br).

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO**

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes a pesquisa e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Fui informado e compreendo que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso \_\_\_\_\_.

Assinatura \_\_\_\_\_.

Local: \_\_\_\_\_ . Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PREVENÇÃO E DO CONTROLE DE INFECÇÃO (PCI) PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) (1ª VERSÃO)



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO OESTE – CEO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF



Comitê de Ética em Pesquisas  
Envolvendo Seres Humanos - Udesc

Este instrumento foi desenvolvido a partir de um projeto que faz parte do macroprojeto de pesquisa proposto pelo Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), aprovado pelo COFEN/CAPES nº 08/2021, denominado “Desenvolvimento de Tecnologias para Consulta do Enfermeiro na Atenção Primária a Saúde”.

É um instrumento sistemático que pode fornecer uma avaliação das atividades de Prevenção e Controle de Infecções na Atenção Primária à Saúde, bem como possibilita a realização de avaliações contínuas por meio da reaplicação do formulário de forma regular para documentar o progresso ao longo do tempo e orientar a busca de melhoria.

É um questionário estruturado em formato fechado que se destina principalmente a ser respondido pelo próprio serviço de saúde e gestores assistenciais diretos (ferramenta de autoavaliação), mas também pode ser usado para avaliações conjuntas, por meio de discussões entre avaliadores externos (por exemplo, Anvisa, estados/DF e municípios) e os profissionais do serviço de saúde.

O objetivo do formulário é avaliar a situação atual das ações de PCI na sua unidade de APS, ou seja, pode ser considerada uma ferramenta de diagnóstico para identificar as atividades/recursos existentes, os pontos fortes e as lacunas que podem ajudar a traçar os planos futuros.

Para tanto, é muito importante que a unidade de APS responda a autoavaliação de forma verdadeira, objetiva e precisa. Identificar os pontos fortes e realizações existentes ajudará a criar confiança e a convencer os tomadores de decisão de que o sucesso e o progresso são possíveis. Entendemos que a identificação das lacunas ajudará a criar um senso de urgência para as mudanças necessárias. Esses resultados podem ser usados para desenvolver um plano de ação local, visando fortalecer as medidas existentes e intensificar os esforços para o cumprimento dos objetivos e metas.

O “Instrumento de Avaliação da Prevenção e do Controle de Infecção para a Atenção Primária à Saúde” é estruturado de acordo com as recomendações das Diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre os componentes essenciais dos Programas de PCI e é dividido em oito seções que refletem os oito componentes essenciais do Programa da OMS. Os requisitos mínimos para cada componente essencial foram estruturados como questões com respostas objetivas, baseados em evidências reveladas pela análise documental que contemplou referências internacionais e nacionais, sendo elas: 1) “Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção” (OMS, 2019). 2) “Resultados do Inquérito de Avaliação nacional das estratégias para o controle de infecções e o gerenciamento do uso de antimicrobianos na APS” (BRASIL, 2022). 3) Portaria nº 2.436/2017 que aprova a PNAB - Política Nacional de Atenção Básica. 4) Resoluções da Diretoria Colegiada, Decretos, Normas Regulamentadoras e Portarias.

Ao responder as perguntas contidas nas oito seções, escolha a opção que descreve com mais precisão a realidade da sua unidade de Atenção Primária à Saúde:

Inexistente: definitivamente não; de jeito nenhum;

Parcialmente: em algum grau; de alguma forma;

Totalmente: em grande medida; definitivamente.

Em algumas questões foram adicionadas “Notas” e “\*” que visam elucidar algumas situações ou termos técnicos que possam gerar dúvidas.

Quem pode preencher este instrumento?

Profissionais/equipes que atuam diretamente nas unidades de Atenção Primária à Saúde ou que estejam ligados à gestão assistencial destas unidades. Ou seja, por profissionais que sejam responsáveis pela organização e/ou implementação das atividades de PCI e que tenham conhecimento e compreensão sobre o tema.

O formulário deve ser respondido avaliando a unidade de APS como um todo, ou seja, pode ser necessário consultar todos os membros da equipe para poder responder às perguntas com maior precisão.

Se usado em avaliações conjuntas, o avaliador externo deve ser um profissional com expertise em prevenção e controle de infecção, com uma compreensão profunda sobre o tema.

### Dados do respondente

Formação profissional do respondente: ( )Enfermeiro ( )Médico ( )Cirurgião-dentista ( )Outro

Atuação principal do respondente neste serviço: ( )Assistência ( )Gestão

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES: \_\_\_\_\_

Região: ( )Norte ( )Nordeste ( )Centro-oeste ( )Sudeste ( )Sul

UF de atuação: ( )AC ( )AL ( )AM ( )AP ( )BA ( )CE ( )DF ( )ES ( )GO ( )MA ( )MG ( )MS ( )MT ( )PA ( )PB ( )PE  
( )PI ( )PR ( )RJ ( )RN ( )RO ( )RR ( )RS ( )SC ( )SE ( )SP ( )TO

Tipo de unidade de saúde: ( )Unidade Saúde da Família ( )Unidade Básica de Saúde ( )Centro de Saúde da Família

Tipo de equipe que compõe o serviço de saúde: ( )Equipe de Saúde da Família ( )Equipe de Atenção Primária ( )Outros

Serviços de saúde que possuem computadores: ( )Sim ( )Não

Serviços de saúde que possuem acesso à internet: ( )Sim ( )Não

Sistema de informação utilizado no serviço de saúde: ( )Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS

Sistema de prontuário próprio  e-SUS APS CDS  e-SUS APS PEC

Faixas etárias dos pacientes atendidos no serviço de saúde:  Recém-nascido (0 a 28 dias)  Criança (29 dias a 12 anos incompletos)  Adolescentes (12 a 18 anos completos)  Adultos (20 e 59 anos)  Idosos (60 até 79 anos)  Super-idosos (acima de 80 anos)  Todas as faixas etárias

Patologias infecciosas que são predominantes na unidade (escolha as três principais):  Trato Urinário  Ossos ou Articulações  Abdominais  Sistema Nervoso Central  Pele e tecido subcutâneo (exceto as sexualmente transmissíveis)  Genitais (incluindo as sexualmente transmissíveis)  Trato Respiratório Superior  Trato Respiratório Inferior

### Componente 1 - Planejamento das ações de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

Itens		Inexistente	Parcialmente	Totalmente
1. As intervenções de prevenção e controle de infecções:	1.1 Estão incluídas no plano anual do município.			
	1.2. Estão o Plano de Segurança do Paciente*. *Plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco (RDC nº 36, de 25 de julho de 2013).			
	1.3 Possuem objetivos e ações claramente definidas.			
2. Existe na unidade um profissional responsável pelas ações de segurança do paciente/medidas de prevenção e controle de infecção. Nota: caso tenha respondido “Inexistente” nesta pergunta, responda “Inexistente” para todas as perguntas seguintes do Componente 1.				
3. Esse profissional diretamente responsável pelas ações de segurança	3.1 É treinado especificamente para exercer as atividades de prevenção e controle de infecção, incluindo todas as seguintes: epidemiologia básica, vigilância, prevenção e controle de infecções.			

do paciente/ medidas de prevenção e controle de infecções:	3.2 Possui tempo dedicado (horas semanais determinadas) especificamente para o desenvolvimento das atividades de prevenção e controle de infecção.			
	3.3 É articulado com um profissional treinando do próximo nível administrativo (por exemplo, município) e possui apoio para o desenvolvimento das atividades de prevenção e controle de infecção, especialmente as de monitoramento.			
4. Esse profissional diretamente responsável pelas ações de segurança do paciente/ medidas de prevenção e controle de infecções é responsável por:	4.1 Aconselhar sobre a aquisição e manutenção de equipamentos e materiais.			
	4.2 Monitorar e supervisionar as atividades de prevenção e controle de infecções.			
	4.3 Fazer a ligação com os coordenadores do próximo nível administrativo no que se refere a prevenção e controle de infecção.			
	4.4 Fazer a ligação com o serviço de vigilância epidemiológica que regula as doenças de notificação compulsória e relato de eventos incomuns.			
	4.5 Realizar a supervisão no trabalho/mentoria para a equipe de saúde e profissionais de limpeza acerca das medidas de prevenção e controle de infecção.			

## Componente 2 - Diretrizes de Prevenção e Controle de Infecção

Itens	Inexistente	Parcialmente	Totalmente
5. A unidade possui profissionais com conhecimento em prevenção e controle de infecção ou doenças infecciosas para o desenvolvimento ou a adaptação de diretrizes/protocolos/Procedimento Operacional Padrão (POP) nacionais ou internacionais.			
6.1 Higienização das mãos.			

6. A unidade possui diretrizes/protocolos/POP disponíveis para consulta por todos os profissionais, sobre:	6.2 Limpeza, desinfecção e esterilização de produtos de saúde.			
	6.3 Desinfecção de equipamentos e materiais de atendimento ao paciente.			
	6.4 Limpeza e desinfecção ambiental.			
	6.5 Gerenciamento de resíduos de saúde.			
	6.6 Segurança na administração de medicamentos injetáveis.			
	6.7 Biossegurança para profissionais da saúde. Exemplos: profilaxia pós-exposição e vacinações.			
	6.8 Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI*). *EPI: Luvas de procedimento e cirúrgicas, máscaras cirúrgicas, óculos de proteção ou protetor facial, aventais impermeáveis/descartáveis, máscaras N95/PFF2/equivalentes e gorros.			
	6.9 Técnicas assépticas.			
	6.10 Triagem de pacientes com infecção.			
	6.11 Princípios básicos de precauções padrão.			
	6.12 Princípios básicos de precauções baseadas em transmissão de microrganismos*. *As precauções baseadas na forma de transmissão (contato, gotículas, aerossóis) devem ser usadas além das precauções padrão para pacientes que podem estar infectados ou colonizados por agentes infecciosos para os quais precauções adicionais são necessárias para prevenir a transmissão da infecção.			
	6.13 Identificação, investigação, manejo e prevenção de surtos.			
	7. A implementação das diretrizes/protocolos/POP é adaptada de acordo com as necessidades e os recursos locais.			
8. A revisão das diretrizes/protocolos/POP é realizada minimamente a cada dois anos.				

9. Em relação ao gerenciamento do uso de antimicrobianos para melhorar os resultados dos pacientes e ao mesmo tempo minimizar o desenvolvimento e a disseminação da resistência microbiana:	9.1 Existe uma padronização dos antimicrobianos prescritos de acordo com relação nacional de medicamentos (Rename), estadual (Rem) ou municipal (Remume).			
	9.2 Existe documento formal/protocolo/POP para o diagnóstico e tratamento das principais infecções que ocorrem no serviço de saúde.			
	9.3 O serviço de saúde possui uma política que exige que os prescritores (médicos, dentistas e enfermeiros) registrem na prescrição a dose, duração e indicação de todos os antimicrobianos prescritos.			
	9.4 A política é seguida pelos prescritores de antimicrobianos. Nota: caso tenha respondido “Inexistente” na pergunta anterior, responda “Inexistente” nesta também.			
	9.5 Os antimicrobianos são dispensados apenas mediante prescrição.			
	9.6 Os antimicrobianos são dispensados de forma fracionada, prevendo dias de tratamento prescrito.			
	9.7 A prescrição de antimicrobianos é guiada por exames laboratoriais do paciente.			
	9.8 A prescrição de antimicrobianos é guiada por antibiograma.			
	9.9 O serviço de saúde possui interface com laboratório de análises clínicas/microbiológicas e tem acesso aos resultados emitidos pelo mesmo.			
	9.10 O laboratório de análises clínicas/microbiológicas disponibiliza os resultados em tempo oportuno e com qualidade. Nota: caso tenha respondido “Inexistente” na pergunta anterior, responda “Inexistente” nesta também.			

**Componente 3 - Educação e treinamento em prevenção e controle de infecções**

Itens		Inexistente	Parcialmente	Totalmente
10. O município:	10.1 Possui algum núcleo, comissão ou grupo de trabalho atuante na segurança do paciente/prevenção e controle de infecção.			
	10.2 Este núcleo, comissão ou grupo de trabalho possui profissionais com expertise em prevenção e controle de infecção ou doenças infecciosas e uso de antimicrobianos para liderar as capacitações oferecidas aos profissionais da unidade de saúde.			
11. O município oferta pelo menos uma vez ao ano (de forma sistemática e não apenas esporadicamente) ações de Educação Permanente para os profissionais da unidade de saúde sobre os seguintes temas:	11.1 Higienização das mãos.			
	11.2 Medidas de precaução padrão.			
	11.3 Medidas de precauções baseadas em transmissão.			
	11.4 Diagnóstico e tratamento das principais infecções que ocorrem no serviço de saúde.			
	11.5 Epidemiologia das infecções.			
	11.6 Uso correto de antimicrobianos.			
	11.7 Medidas gerais de prevenção e controle de infecção.			
	11.8 Limpeza e desinfecção ambiental.			
	11.9 Limpeza, desinfecção e esterilização de produtos para saúde.			
	11.10 Descarte de resíduos.			
12. Toda a equipe que atua na unidade sabe da existência e possui acesso aos Protocolos/POP sobre as medidas de prevenção e controle de infecção.				
13. Os médicos, enfermeiros e odontólogos da unidade de saúde sabem da existência e possuem acesso aos protocolos/POP de diagnóstico e tratamento das principais infecções que ocorrem no serviço de saúde.				

14. Todos os profissionais de saúde da unidade recebem treinamento/capacitação sobre prevenção e controle de infecções:	14.1 Quando são admitidos no serviço de saúde.			
	14.2 De forma regular uma vez ao ano.			
15. Os profissionais de saúde são treinados/capacitados utilizando informações escritas/instruções orais ou educação à distância, com registro/documentação da sua realização.				
16. Todo os profissionais de limpeza da unidade recebem treinamento/capacitação sobre prevenção e controle de infecções:	16.1 Quando são admitidos no serviço de saúde			
	16.2 De forma regular uma vez ao ano.			
17. Os profissionais de limpeza são treinados/capacitados utilizando informações escritas/instruções orais ou educação à distância, com registro/documentação da sua realização.				
18. Acerca das atividades de Educação Permanente para os profissionais da saúde e de limpeza:	18.1 A periodicidade é previamente definida.			
	18.2 São registradas contendo: data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos.			
19. Acerca das ações de Educação Continuada para pacientes e famílias:	19.1 Existem de protocolos e são realizadas orientações aos pacientes e familiares para estimular o uso de medidas de higiene adequadas na comunidade, como lavar as mãos e utilização da			

	etiqueta respiratória (cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar e subsequente higiene de mãos).			
	19.2 A unidade de saúde distribui material impresso (panfletos, cartilhas, etc.) para os pacientes e/ou familiares com orientações sobre prevenção e controle de infecções e sobre o uso de antimicrobianos.			
	19.3 As orientações ao paciente/família sobre o uso de antimicrobianos contemplam: forma de preparo e armazenamento; posologia; forma de uso; interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento; o que fazer em caso de esquecimento de dose; principais reações adversas e como proceder caso ocorram; modo de descarte; não utilização de sobras de tratamentos anteriores.			
	19.4 Caso o paciente/família tenha dificuldades de leitura e interpretação das orientações sobre o uso de antimicrobianos, é realizada a adaptação da estratégia para melhor compreensão do paciente, como repetição verbal das orientações, utilização de tabelas, desenhos, etc.			
	19.5 Familiares que assumem atividades de cuidado, recebem orientações para protegerem-se a si mesmos e a seus entes queridos e, assim, minimizar qualquer possibilidade de transmissão cruzada.			

#### Componente 4 - Vigilância de infecções associadas aos cuidados de saúde

Itens	Inexistente	Parcialmente	Totalmente
20. A vigilância das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)* é uma atividade prevista na unidade de saúde. * IRAS: infecção adquirida após			

o paciente ser submetido a um procedimento de assistência à saúde ou a uma internação.				
21. A unidade de saúde realiza a busca ativa e notifica:	21.1 Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, conforme lista nacional.			
	21.2 A suspeita ou confirmação de surtos* infecciosos. *Aumento da ocorrência de casos de infecção acima do limite endêmico (incidência máxima esperada) ou confirmação da ocorrência de um caso por microrganismo de relevância epidemiológica que não havia sido anteriormente identificado no serviço de saúde.			

#### Componente 5 - Estratégias para implementar atividades de prevenção e controle de infecções

Itens		Inexistente	Parcialmente	Totalmente
22. Acerca da higienização das mãos:	22.1 Há medidas implementadas para melhorar a adesão a higienização das mãos por todos os profissionais da unidade de saúde.			
	22.2 Todos os profissionais de saúde que conhecem os 5 momentos de higienização das mãos.			
	22.3 Todos os profissionais da unidade de saúde conhecem a técnica correta da higiene de mãos.			
	22.4 Os 5 momentos da higienização das mãos estão expostos na unidade de saúde para acesso dos pacientes/profissionais (cartaz por exemplo).			
23. Pelo menos anualmente (de forma sistemática e não apenas esporadicamente) são implementadas	23.1 A administração segura de injetáveis.			
	23.2 Limpeza e desinfecção ambiental e de superfícies, incluindo a definição de uma rotina (responsáveis, periodicidade).			
	23.3 A limpeza e desinfecção de instrumentais e produtos para saúde.			

estratégicas para melhorar:				
24. É realizada a limpeza manual* de todos os instrumentais reutilizáveis, antes da desinfecção/esterilização. Para o procedimento de limpeza manual de instrumental são utilizados produtos (saneantes) adequados para este fim. *A limpeza manual deve ocorrer na unidade de saúde com objetivo de remover matéria orgânica, mesmo no caso de envio dos instrumentais para serviços de processamento de produtos para a saúde terceirizados.				
25. Para o procedimento de limpeza manual de instrumental são utilizados produtos (saneantes) adequados para este fim.				
26. A limpeza e desinfecção do ambiente e de superfícies horizontais (mesas e bancadas):	26.1 É realizada pelo menos uma vez ao dia, todos os dias em que há atendimento na unidade.			
	26.2 É registrada, assinada pelos profissionais que realizaram e está acessível para consulta.			
27. Os profissionais responsáveis pela limpeza ambiental utilizam os EPIs adequados para a atividade, entre eles: sapato fechado e luvas de borracha.				
28. A unidade de saúde adota medidas para todos os tipos de precauções: padrão, contato, gotículas e aerossóis.				
29. São adotadas medidas de priorização de atendimento de acordo com o tipo de agravo e de precaução adotada (contato/gotículas/aerossol/protetor), por todos os profissionais da saúde.				
30. Os profissionais de saúde recebem capacitações registradas* para o uso dos Equipamentos de Proteção Individual	30.1 Na admissão na unidade de saúde.			
	30.2 Periodicamente pelo menos uma vez ao ano.			

<p>(EPI) de acordo com a necessidade de cada precaução adotada e atividade/cuidado prestado. *O registro deve conter: data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos.</p>				
<p>31. Os profissionais de limpeza recebem capacitações registradas para o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI).</p>	<p>31.1 Na admissão na unidade de saúde. 31.2 Periodicamente pelo menos uma vez ao ano.</p>			
<p>32. Existe um controle (manual ou automatizado) da dispensação dos antimicrobianos. Caso a unidade de saúde não dispense antimicrobianos, responda “Totalmente”.</p>				

**Componente 6 - Monitoramento, auditoria e feedback**

Itens		Inexistente	Parcialmente	Totalmente
33. É monitorada e documentada (de forma sistemática e não esporádica)	33.1 A adesão dos profissionais de saúde aos 5 momentos de higienização das mãos por meio de observação.			
	33.2 A implementação de pelo menos alguns Protocolos/POP para avaliar a efetividade e auxiliar nos ajustes e melhorias das estratégias de implementação.			
34. Existem avaliações periódicas anuais da eficácia das ações de educação permanente.				

**Componente 7 - Carga de trabalho**

Itens		Inexistente	Parcialmente	Totalmente
35. Para reduzir a superlotação e otimizar os níveis de pessoal é utilizado:	35.1 Um sistema de fluxo de pacientes.			
	35.2 Triagem (incluindo de referência).			
	35.3 Gerenciamento de consultas.			

**Componente 8 - Estrutura física, materiais e equipamentos**

Itens		Inexistente	Parcialmente	Totalmente
Itens				

36. A água potável:	36.1 Está disponível o tempo todo e em quantidade suficiente para todos os usos (por exemplo, lavar as mãos, beber, atividades assistenciais, esterilização, higiene e limpeza ambiental).			
	36.2 É oriunda de uma fonte confiável, como um poço artesiano profundo ou um abastecimento de água encanada tratada e gerenciada com segurança.			
37. Há fonte de energia e iluminação disponível durante todo o horário de trabalho.				
38. Acerca do layout da unidade de saúde:	38.1 Permite ventilação ambiental funcional (natural* ou mecânica**) nas áreas de atendimento aos pacientes. * Ventilação natural: ar externo impulsionado por forças naturais (por exemplo, ventos) através de aberturas construídas de propósito, incluindo janelas, portas, chaminés solares, torres eólicas e ventiladores de gotejamento. **Ventilação mecânica: ar conduzido por vias mecânicas instaladas diretamente nas janelas ou paredes ou em dutos de ar para fornecer ar para dentro ou para retirar o ar de uma sala (exaustão).			
	38.2 Possui local para limpeza e desinfecção de produtos de saúde reutilizáveis.			
	38.3 Possui espaço para coorte*/isolamento/separação física temporária de pacientes com suspeita ou confirmação de doenças infectocontagiosas. *Coorte: aplica-se nos casos de pacientes com microrganismos semelhantes (exemplo: sarampo, COVID-19, etc).			
	38.4 Há pelo menos dois banheiros funcionais, um para pacientes e outro para funcionários.			
	39.1 Existem estações para a higiene das mãos em funcionamento em todos os pontos de			

39. Acerca da higienização das mãos.	assistência/tratamento (envolvendo o contato do profissional com o paciente) e banheiros.			
	39.2 Os produtos para higienização das mãos incluem uma solução alcoólica e um sabão/sabonete líquido.			
	39.3 Os produtos para higienização das mãos estão disponíveis de forma constante.			
	39.4 Para a secagem das mãos após a higienização há papel toalha descartável disponível de forma constante.			
40. Acerca dos resíduos:	40.1 As lixeiras existentes da unidade possuem acionamento por pedal.			
	40.2 As lixeiras existentes na unidade são suficientes e disponíveis próximas dos pontos de geração do resíduo.			
	40.3 As lixeiras são devidamente rotuladas conforme RDC 222/2018, de acordo com a classificação do resíduo de saúde.			
	40.4 Os resíduos são acondicionados em recipientes (lixeiras) específicas de acordo com a sua classificação: não infecciosos (geral), infecciosos, caixas para materiais perfurocortantes.			
	40.5 Há recipientes (lixeiras) disponíveis e em condições adequadas (íntegras, funcionantes)			
	40.6 Estão disponíveis caixas coletoras os pontos de geração de resíduos perfurocortantes (exemplo: sala de imunização, sala de coleta de exames, etc.)			
	40.7 Quando realizado atendimento domiciliar prevê o uso de itens perfurocortantes, ocorre o manejo do resíduo em caixa coletora.			
	40.8 A unidade de saúde descarta os antimicrobianos vencidos respeitando as orientações da legislação			

	vigente: recipientes rígidos com tampa, identificados como Resíduo Perigoso - Grupo B.			
	40.9 A unidade de saúde possui ponto de coleta para o descarte de antimicrobianos/medicamentos trazidos pelos pacientes.			
41.	A unidade de saúde possui e fornece equipamentos, materiais e saneantes suficientes e adequados para a limpeza e desinfecção ambiental (por exemplo, esfregões, baldes, mops, produtos saneantes regularizados junto à Anvisa, etc).			
42.	A unidade de saúde serviço possui equipamentos e insumos suficientes e adequados para o processamento e esterilização de materiais reutilizáveis ou envia para uma Central de Material e Esterilização ou Empresa Processadora licenciada.			
43.	A unidade de saúde tem equipamentos e materiais esterilizados e desinfetados prontos para uso, em quantidade suficiente, funcionamento adequado e processamento confiável.			
44.	Estão disponíveis continuamente e em quantidade suficiente todos os itens descartáveis necessários para os cuidados de saúde (por exemplo, seringas, agulhas, luvas de procedimentos, etc.)			
45.	Na unidade de saúde os Equipamentos de Proteção Individual (EPI)* estão disponíveis continuamente, em quantidade suficiente para todos os usos e para todos os profissionais de saúde. *EPI: Luvas de procedimento e cirúrgicas, máscaras cirúrgicas, óculos de proteção ou protetor facial, aventais impermeáveis/descartáveis, máscaras N95/PFF2/equivalentes e gorros.			